

03



03

Welche **Faktoren**
beeinflussen die
Gesundheit?

3.1

SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

-
- / *Frauen mit niedrigem Einkommen haben eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen mit hohem Einkommen; bei Männern beträgt der Unterschied elf Jahre.*
-
- / *Ein niedriger sozioökonomischer Status geht häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Depression einher.*
-
- / *Bereits im Kindes- und Jugendalter ist die gesundheitliche Entwicklung mit der sozialen Herkunft assoziiert.*
-
- / *Entwicklungsrisiken wie ungesunde Ernährung, Übergewicht oder Verhaltensauffälligkeiten treten bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen häufiger auf.*
-
- / *Eine soziallyagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung kann helfen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.*

INFOBOX 3.1

OPERATIONALISIERUNG DES SOZIOÖKONOMISCHEN STATUS IN DEN GESUNDHEITSSURVEYS DES ROBERT KOCH-INSTITUTS

Der Begriff sozioökonomischer Status bzw. Sozialstatus beschreibt zusammenfassend die Stellung eines Menschen innerhalb einer Gesellschaft. Um den sozioökonomischen Status zu bestimmen, wird zumeist auf Informationen zur schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung und zur Einkommenssituation zurückgegriffen [13]. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts wird auf Basis dieser Angaben ein additiver Index des sozioökonomischen Status berechnet. Dazu wird jedem der drei Merkmale ein Punktwert zugewiesen zwischen 1 und 7, der die relative sozioöko-

nomische Lage bezüglich der jeweiligen Dimension sozialer Ungleichheit abbilden soll und sich dazu an externen Kriterien wie Löhnen, internationalen Skalen zum Berufsstatus oder der Einkommensposition orientiert [14]. Die Punktwerte aus den drei Teildimensionen werden dann zu einem Gesamtscore aufsummiert. Anhand des Gesamtscores wird die Bevölkerung verteilungsba- siert in drei Statusgruppen eingeteilt, wobei die niedrige und hohe Statusgruppe jeweils etwa 20 % und die mittlere Statusgruppe etwa 60 % umfasst. Die Messung erfolgt in den Gesundheitssurveys Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) und Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) nach einem vergleichbaren Ansatz [14–16].



3.1

SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sind sozial ungleich verteilt. Innerhalb von Gesellschaften sind sozial benachteiligte Personen gegenüber sozial besser gestellten in der Regel auch gesundheitlich benachteiligt. Diese Menschen haben ein vergleichsweise höheres Risiko, krank zu werden und früher zu sterben. Ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage besteht nicht nur in Entwicklungs- und Schwellenländern, sondern auch in Industriestaaten mit hohem allgemeinen Lebensstandard und relativ gut ausgebauten sozialen Sicherungssystemen [1–3]. Wie eine Vielzahl an Forschungsarbeiten belegt, stellt auch Deutschland in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar [4–6].

Die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen spielt in der Diskussion über gesellschaftliche Solidarität, Teilhabe und Chancengerechtigkeit eine zunehmend wichtige Rolle. Sie ist mittlerweile ein Thema auch in sozial- und gesundheitspolitischen Dokumenten, etwa in den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung [7, 8] oder in den Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [9, 10]. Auch die Gesetzliche Krankenversicherung soll dazu beitragen, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Der § 20 SGB V legt fest, dass dies ein zentrales Ziel der geförderten Präventionsmaßnahmen sein soll. Auch Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kita, Schule oder Betrieb können dazu beitragen, dass mehr sozial benachteiligte Zielgruppen bzw. Menschen mit einem erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen erreicht werden. Wenn es gelingt, die gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern, dürfte dies positive Effekte auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung insgesamt haben. Schätzungen zufolge kann eine Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter auch Kosten reduzieren, die für die Behandlung von Krankheiten, Frühberentungen und die Kompen-

sation krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgewendet werden müssen [11, 12].

Die folgenden Abschnitte enthalten zentrale Befunde über den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit, getrennt nach Erwachsenenalter sowie Kindheit und Jugend. Eine wichtige Datenquelle zur Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter in Deutschland sind die am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Untersuchungs- und Befragungssurveys Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) sowie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). Daneben können zahlreiche weitere Datenquellen herangezogen werden, etwa das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), der Mikrozensus des Statistischen Bundesamts, die Fehlzeitenstatistik der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Daten der Deutschen Rentenversicherung [6]. Auch für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen steht mittlerweile eine breite Datengrundlage zur Verfügung. Neben der am RKI durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) liefern beispielsweise die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geförderte Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) und auch die Schuleingangsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wichtige Erkenntnisse.

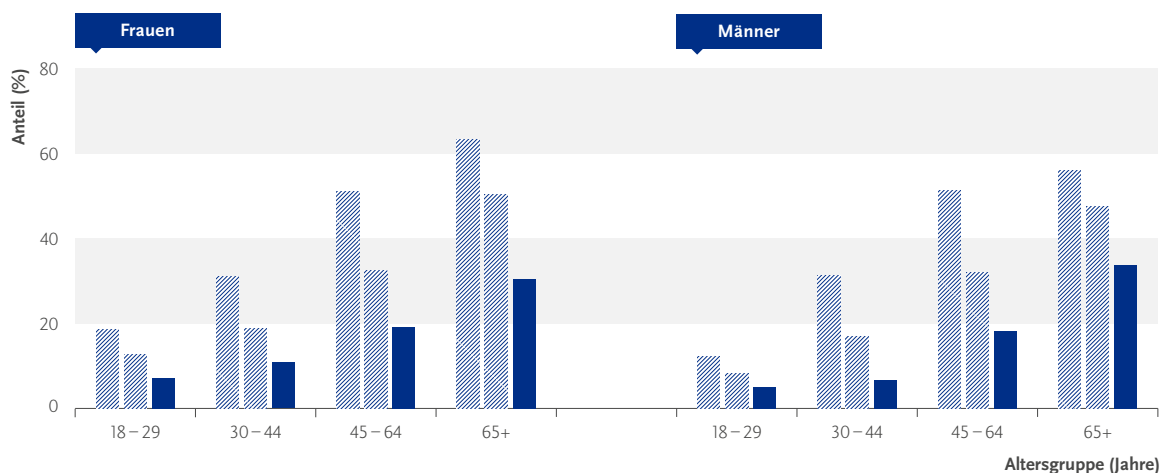
3.1.1

GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT BEI ERWACHSENEN

Für aktuelle Auswertungen sozialer Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen stehen die zusammengefassten Daten zweier Wellen (2009 und 2010) der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) zur Verfügung. Geht es um die subjektive Gesundheit, zeigen diese Studien, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich häufiger als »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« einschätzen

3.1

► **Abbildung 3.1.1**
Selbsteinschätzung des
allgemeinen Gesund-
heitszustandes
(mittelmäßig bis sehr
schlecht) nach
sozioökonomischem
Status
Datenbasis:
GEDA 2009/2010



als Personen mit hohem sozioökonomischen Status (Abb. 3.1.1). Da sich auch zwischen der niedrigen und mittleren sowie zwischen der mittleren und hohen Statusgruppe signifikante Unterschiede abzeichnen, kann von einem »sozialen Gradienten« in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands gesprochen werden. Dieser Zusammenhang ist bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen deutlich ausgeprägt.

Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status geben zudem häufiger an, dass gesundheitliche Beschwerden sie in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten dauerhaft einschränken. So sind den GEDA-Daten zufolge mit 50,7% gegenüber 24,0% deutlich mehr Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status von gesundheitsbedingten Einschränkungen in ihrer Alltagsbewältigung betroffen als Frauen mit hohem Status. Bei Männern sind die Unterschiede zwischen den Statusgruppen mit 39,4% im Vergleich zu 18,7% ähnlich stark ausgeprägt, wenn auch auf insgesamt niedrigerem Niveau. Der Sozialstatus beeinflusst die Verbreitung gesundheitlicher Einschränkungen nicht nur im höheren Lebensalter. Bereits im jungen Erwachsenenalter sind Einschränkungen aufgrund von Gesundheitsproblemen in der niedrigen Statusgruppe deutlich häufiger als in den höheren Statusgruppen.

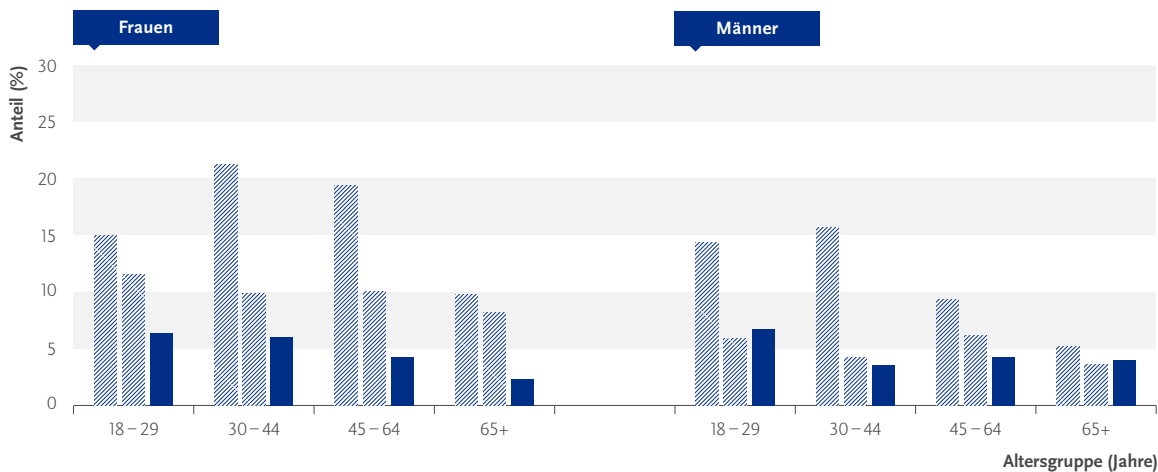
Für eine Vielzahl chronischer Krankheiten gilt: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist das Erkrankungsrisiko. Zu diesen Krankheiten zählen Herzinfarkt und Schlaganfall, bestimmte Krebsarten wie Lungen- und Magenkrebs, Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus sowie degenerative Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems [17, 18]. Umgekehrt gibt es nur wenige Krankheiten, die bei Personen mit hohem sozioökonomischen Status häufiger auftreten. Dies gilt insbesondere für allergische Erkrankungen [19, 20]. Darüber hinaus deuten internationale Studien darauf hin, dass Frauen mit hohem Sozialstatus häufiger an Brustkrebs erkranken [21].

Nicht nur die Mehrzahl körperlicher Erkrankungen, auch psychische Störungen sind bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker verbreitet [22, 23]. Die Daten des Zusatzmoduls »Psychische Gesundheit« (DEGS1-MH), das im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

durchgeführt wurde, belegen, dass die 12-Monats-Prävalenz irgendeiner psychischen Störung bei Frauen und Männern aus der niedrigen Statusgruppe mit 43,3% bzw. 32,3% deutlich höher liegt als bei jenen aus der hohen Statusgruppe mit 27,4% bzw. 17,7% [23]. Unterschiede zuungunsten der niedrigen Statusgruppe zeichnen sich auch mit Blick auf das Depressionsrisiko ab [22, 24]. 16,0% der Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zeigen eine depressive Symptomatik, während die Frauen der mittleren und hohen Statusgruppe mit 9,9% bzw. 5,0% seltener Symptome einer Depression aufweisen. Von den Männern mit niedrigem Sozialstatus sind 11,1% betroffen im Vergleich zu 5,3% der Männer mit mittlerem und 4,3% der Männer mit hohem Status. Die altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass die statusspezifischen Unterschiede in der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen besonders deutlich ausgeprägt sind (Abb. 3.1.2). Dies gilt auch für die Gruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen.

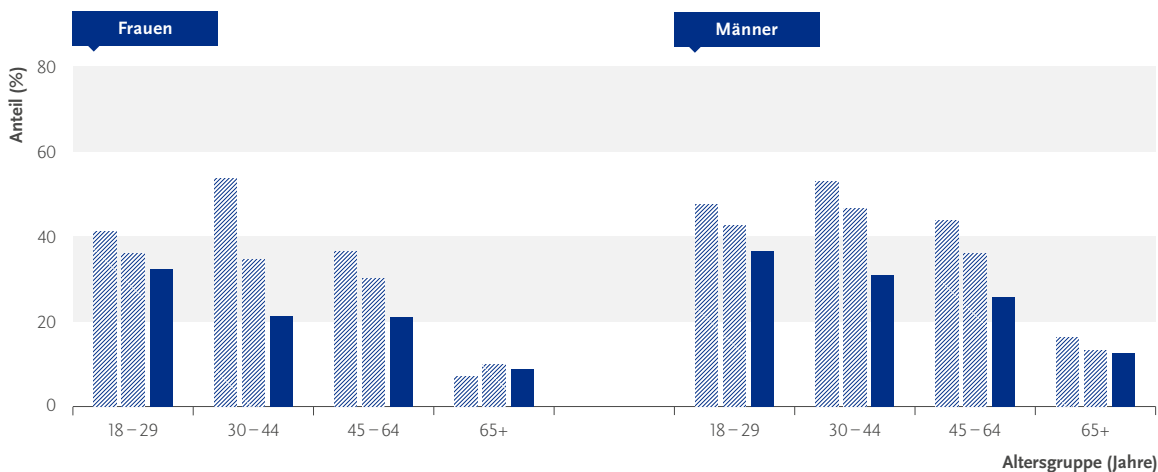
Das höhere Krankheitsrisiko und die häufigeren Gesundheitsprobleme spiegeln sich letztlich in einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen wider [25]. Auf Basis der Daten des SOEP wurden für den Zeitraum 1995 bis 2005 fünf Einkommensgruppen im Hinblick auf die Lebenserwartung miteinander verglichen: Es zeigt sich, dass die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe 8,4 Jahre bei Frauen und 10,8 Jahre bei Männern betragen [26]. Neuere Analysen auf Basis des SOEP und Ergebnisse der Deutschen Rentenversicherung machen deutlich, dass auch bei der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 40 bzw. 65 Jahren erhebliche Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen bestehen [27–30].

Die mit dem sozioökonomischen Status einhergehenden Unterschiede im Krankheits- und Sterbegeschehen lassen sich zum Teil auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten und der damit verbundenen Risikofaktoren zurückführen [31, 32]. Hierbei spielen neben gesundheitsbezogenem Wissen auch Einstellungen und Handlungskompetenzen eine wichtige Rolle, die für die Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster relevant sind. Die Bedeutung des sozioökonomischen Status für das Gesundheitsverhalten



◀ **Abbildung 3.1.2**
Prävalenz von depressiver Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Pkt.) nach sozioökonomischem Status
Datenbasis: DEGS1

Sozialstatus:
 / / / Niedrig
 - - - Mittel
 ■ Hoch



◀ **Abbildung 3.1.3**
Verbreitung des Rauchens nach sozioökonomischem Status
Datenbasis: GEDA 2009/2010

Sozialstatus:
 / / / Niedrig
 - - - Mittel
 ■ Hoch

ten zeigt sich unter anderem beim Tabakkonsum (siehe Kapitel 3.12). Den zusammengefassten GEDA-Daten aus den Jahren 2009 und 2010 zufolge ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status am größten (Abb. 3.1.3). Im mittleren Erwachsenenalter sind die Unterschiede zwischen den Statusgruppen besonders gravierend, während sie in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren gering ausfallen.

Auch das Bewegungsverhalten variiert in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status. Dabei gilt es jedoch zwischen körperlicher Aktivität und sportlicher Betätigung zu differenzieren. Beide Aspekte wurden in der GEDA-Studie separat erfasst. Dass sie innerhalb der letzten drei Monate Sport getrieben haben, trifft den GEDA-Daten 2009/10 zufolge auf Frauen und Männer mit hohem sozioökonomischen Status deutlich häufiger zu als auf jene mit niedrigem Status [33]. Hinsichtlich des Ausmaßes körperlicher Aktivität verhält es sich genau umgekehrt: Zumindest im jungen und mittleren Erwachsenenalter liegt der Anteil der Frauen und Männer, die mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich derart aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten, in der hohen Statusgruppe niedriger als in der unteren Statusgruppe. Die gegensätzlichen Befunde zur körperlichen und sportlichen Aktivität stehen in Zusammenhang mit unterschiedlichen beruflichen Anforderungsprofilen und Freizeitpräferenzen, die durch den sozioökonomischen Status mitbeeinflusst werden [33,

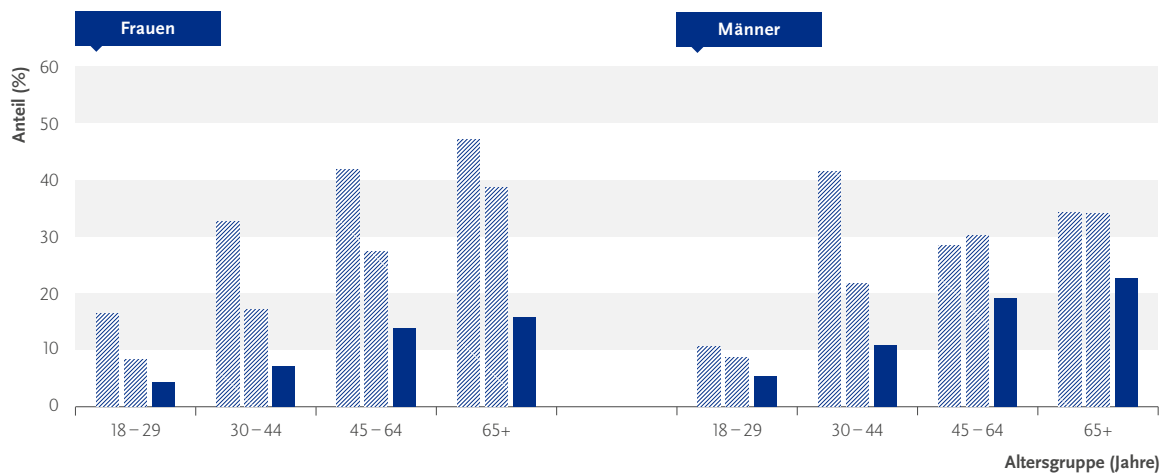
34]. Mit Blick auf die Ernährung ergeben Auswertungen der Nationalen Verzehrsstudie (NVS II, 2005–2007) des Max Rubner-Instituts ein ungünstigeres Ernährungsverhalten bei Frauen und Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status [35]. Die GEDA-Studie 2012 zeigt Unterschiede im Obst- und Gemüseverzehr nach Bildungsgrad [36].

Besonders ausgeprägt ist die Bedeutung des sozioökonomischen Status für die Verbreitung von Adipositas [37, 38]. Starkes Übergewicht ist ein bedeutender Risikofaktor für Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck, erhöht das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Krankheiten und geht mit einer verringerten Lebenserwartung einher (siehe Kapitel 3.9). Der Anteil adipöser Personen ist in den niedrigen Statusgruppen deutlich größer als in den höheren Statusgruppen. Bei Frauen wirkt sich der sozioökonomische Status stärker aus als bei Männern, bei denen sich vor allem bei den 30- bis 44-Jährigen markante Unterschiede abzeichnen (Abb. 3.1.4). Betrachtet man weitere Risikofaktoren, so zeigen sich für den Bluthochdruck Sozialstatusunterschiede nur bei Frauen (siehe Kapitel 3.10) [39]. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen hoher Cholesterinwerte und dem sozioökonomischen Status wurde nicht gefunden (siehe Kapitel 3.11) [40].

Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status nehmen Präventionsangebote seltener in Anspruch als Personen mit höherem Status [41]. Dies zeigt sich beispielsweise bei einem Großteil der Untersuchungen zur

► **Abbildung 3.1.4**
Prävalenz von Adipositas
nach sozioökonomischem Status
Datenbasis: DEGS1

Sozialstatus:
Niedrig 
Mittel 
Hoch 



Krebsfrüherkennung [42–44] oder verhaltenspräventiven Maßnahmen in den Bereichen körperliche Aktivität und Entspannung [45, 46]. Neben dem sozioökonomischen Status wurden weitere Determinanten identifiziert, die das Inanspruchnahmeverhalten von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wesentlich beeinflussen können. Dazu zählen neben Alter und Geschlecht auch Partner- und Elternschaft, der allgemeine Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung, der Wohnort sowie die persönliche Einstellung zu Krebsfrüherkennung [44, 47–50]. Die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informationen sowie die Struktur und Organisation der Untersuchungen sind Aspekte, die auf Seiten der Leistungsanbieter im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme stehen [51, 52].

Auch bei der Teilnahme am Gesundheits-Check-up der Gesetzlichen Krankenversicherung, einer kostenlosen Untersuchung zur Krankheitsfrüherkennung für Personen ab 35 Jahren, bestehen soziale Unterschiede zuungunsten der unteren Statusgruppen [53]. Soziale Unterschiede beeinflussen auch das Wissen über spezifische Krankheitssymptome, zum Beispiel von Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie die Fähigkeit, eine Krankheit aktiv zu bewältigen. Diabetikerinnen und Diabetiker mit niedriger Bildung nehmen beispielsweise seltener an Diabetikerschulungen teil und berichten über weitaus größere Schwierigkeiten, die Behandlung ihrer Erkrankung im Alltag umzusetzen [54].

Sozioökonomische Unterschiede bei Gesundheit und Lebenserwartung sind kein spezifisch deutsches Phänomen. In den meisten Ländern, für die aussagekräftige Daten vorliegen, bestehen ähnliche oder sogar noch stärkere Zusammenhänge zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage [2, 55]. Zum Teil finden sich auch Hinweise auf eine Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheit [56]. Studien aus den USA und Norwegen weisen etwa darauf hin, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung zwischen den Bevölkerungsgruppen mit geringer und hoher Bildung weiter zugenommen haben [57, 58]. In Deutschland werden Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends bislang durch eine eingeschränkte Datenlage erschwert. Die wenigen vorliegenden Befunde liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit in den letzten Jahren verringert haben könnte [6, 59, 60].

3.1.2 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Schon die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen wird durch den sozioökonomischen Status ihrer Herkunftsfamilie geprägt [61–63]. Bereits während der Schwangerschaft und in den ersten Monaten nach der Geburt zeichnen sich bei zentralen Einflussfaktoren der gesundheitlichen Entwicklung im späteren Leben soziale Unterschiede ab. Wie die Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) belegen, sinkt der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, mit zunehmendem Sozialstatus, während der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, mit zunehmendem Sozialstatus ansteigt [64, 65]. Das Stillen gilt in den ersten Monaten nach der Geburt als wichtiger Schutzfaktor für die gesundheitliche Entwicklung des Säuglings. Die KiGGS-Daten zeigen, dass Kinder von Müttern mit niedrigem Bildungsstatus deutlich seltener jemals bzw. mindestens vier Monate ausschließlich gestillt wurden als Kinder von Müttern mit hohem Bildungsstatus [66].

Die verminderten Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status lassen sich weniger an der Verbreitung akuter oder chronischer Erkrankungen als an anderen Gesundheitsindikatoren festmachen [65]. Beispielsweise schätzen Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich schlechter ein als Eltern mit hohem Status [16]. Darüber hinaus sind Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status vermehrt von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen [67, 68]. Die Daten aus KiGGS Welle 1 geben bei 29,4% der 3- bis 17-jährigen Mädchen und 37,0% der gleichaltrigen Jungen mit niedrigem sozioökonomischen Status Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Im Vergleich dazu sind 8,0% der Mädchen und 11,6% der Jungen aus der hohen Statusgruppe betroffen (Abb. 3.1.5). Auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen ein Arzt oder Psychotherapeut bereits einmal die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gestellt hat, ist in der niedrigen Statusgruppe am größten [68, 69].

kommen als in Deutschland. Dazu gehören beispielsweise die Niederlande, Dänemark und die USA [78].

Die für eine Studie zusammengefassten Daten aus 34 HBSC-Teilnehmerländern deuten darauf hin, dass sich die sozialen Unterschiede bei bestimmten Aspekten der gesundheitlichen Lage von Jugendlichen (psychische und körperliche Symptome, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität) über die Zeit sogar vergrößert haben [79]. Bereits frühere Erhebungen der HBSC-Studie dokumentieren für Deutschland einen engen Zusammenhang zwischen dem familiären Wohlstand bzw. dem elterlichen Berufsstatus und der gesundheitlichen Entwicklung 11- bis 15-jähriger Jugendlicher [80, 81]. Mit Blick auf den selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand scheint das Ausmaß der sozialen Unterschiede im Zeitraum von 2002 bis 2010 für beide Geschlechter weitestgehend konstant geblieben zu sein [82].

LITERATUR

- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. WHO, Genf
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 358(23):2468-2481
- Mackenbach JP (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 75(4):761-769
- Mielck A, Helmert U (2012) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften 5, vollständig überarbeitete Auflage*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, S. 493-515
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage*. Springer VS, Wiesbaden
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2013) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Zentrales Datenmanagement (Hrsg) *Datenreport 2013 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 259-271
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) *Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) *Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2006) *Sondergutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010) *Sondergutachten 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Nomos Verlag, Baden-Baden
- Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE (2011) Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 65(5):412-419
- Kroll LE, Lampert T (2013) Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. *BMC Health Serv Res* 13(1):271
- Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven – 2 aktualisierte Auflage*. Springer VS, Wiesbaden, S. 309-334
- Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(1):131-143
- Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):631-636
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):762-770
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
- Geyer S (2008) Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. *Cancer Causes Control* 19(9):965-974
- Elvers HD (2005) *Lebenslage, Umwelt und Gesundheit: Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Entstehung von Allergien*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):698-706
- Klassen AC, Smith KC (2011) The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden: a review of the literature. *Cancer Epidemiol* 35(3):217-234
- Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):733-739
- Jacobi F, Hofer M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85(1):77-87
- Lampert T, von der Lippe E, Kroll LE et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):814-821
- Lampert T, Kroll LE (2014) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt* 5(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *APuZ* 42:11-18
- Kroh M, Neiss H, Kroll L et al. (2012) Menschen mit hohem Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht* 38:3-16
- Himmelreicher RK, Sewöster D, Scholz R et al. (2008) Die fernere Lebenserwartung von Rentnern und Pensionären im Vergleich. *WSI-Mitteilungen* 5:274-280
- Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38(3):545-564
- Kibele EU, Jasilionis D, Shkolnikov VM (2013) Widening socioeconomic differences in mortality among men aged 65 years and older in Germany. *J Epidemiol Community Health* 67(5):453-457
- Lampert T (2010) Smoking, physical inactivity, and obesity: associations with social status. *Dtsch Arztebl Int* 107(1-2):1-7
- Nocon M, Keil T, Willich SN (2007) Education, income, occupational status and health risk behaviour. *J Public Health* 15(5):401-405
- Lampert T, Mensink GB, Müters S (2012) Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 55(1):102-110
- Finger JD, Tylleskar T, Lampert T et al. (2012) Physical activity patterns and socioeconomic position: the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC Public Health* 12:1079
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008) *Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 2*. MRI, Karlsruhe
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):786-794
- Max Rubner-Institut (Hrsg) (2008) *Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ergebnisbericht, Teil 1 und 2*. MRI, Karlsruhe

39. Neuhauser H, Thamm M, Ellert U (2013) Blutdruck in Deutschland 2008-2011: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):795-801
40. Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H et al. (2013) Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):661-667
41. Kowalski C, Löss J, Kölsch F et al. (2014) Utilization of Prevention Services by Gender, Age, Socioeconomic Status, and Migration Status in Germany: An Overview and a Systematic Review. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) Health Care Utilization in Germany. Springer, New York, S. 293-320
42. Geyer S, Jaunzeme J, Hillemanns P (2015) Cervical cancer screening in Germany: group-specific participation rates in the state of Niedersachsen (Lower Saxony). A study with health insurance data. Arch Gynecol Obstet 291(3):623-629
43. Starker A, Saß AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):858-867
44. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 68(3):139-146
45. Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):878-884
46. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 23-33
47. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 48(12):1365-1373
48. Sieverding M (2011) Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Bezirkamt Lichtenberg von Berlin (Hrsg) Man(n), wie gehts? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011, Berlin, S. 39-48
49. Riens B, Schäfer M, Altenhofen L (2011) Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID11bis13_Dok1_Bericht.pdf (Stand: 15.04.2015)
50. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
51. Altgeld T (2003) Was spricht Männer an? Männergerechte Gesundheitskommunikation findet in der Gesundheitsförderung und Prävention kaum statt. Impulse Newsletter für Gesundheitsförderung 39: S 8
52. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
53. Hoebel J, Richter M, Lampert T (2013) Sozialer Status und Teilnahme am Gesundheits-Check-up bei Männern und Frauen in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. Dtsch Arztebl Int 110(41):679-685
54. Mielck A, Reitmeir P, Rathmann W (2006) Knowledge about diabetes and participation in diabetes training courses: the need for improving health care for diabetes patients with low SES. Exp Clin Endocrinol Diabetes 114(5):240-248
55. Organisation for Economic, Co-operation and Development, (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD, Paris
56. Kunst AE, Bos V, Lahelma E et al. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int J Epidemiol 34(2):295-305
57. Steingrimsdottir OA, Naess O, Moe JO et al. (2012) Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. Eur J Epidemiol 27(3):163-171
58. Meara ER, Richards S, Cutler DM (2008) The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000. Health Affairs 27(2):350-360
59. Kroll LE (2010) Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Springer VS, Wiesbaden
60. Maron J, Hunger M, Kirchberger I et al. (2014) Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Trends beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Rauchen und bei Adipositas zwischen 1984/85 und 1999/2000 bei Erwachsenen in Augsburg. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(4):431-444
61. Lampert T, Richter M (2009) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden, S. 209-230
62. Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 11-50
63. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
64. Pfänder M, Feldmann R, Liebig S (2013) Alcohol during pregnancy from 1985 to 2005: Prevalence and High Risk Profile. Sucht 59(3):165-174
65. Lampert T (2011) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Pädiatrie up2date 6(2):119-142
66. von der Lippe E, Brettschneider A-K, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):849-859
67. Lampert T, Kurth BM (2007) Socioeconomic status and health in children and adolescents – results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 104(43):2944-2949
68. Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):807-819
69. Schlack R, Holling H, Kurth BM et al. (2007) The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5/6):827-835
70. Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):840-848
71. Kleiser C, Mensink GB, Scheidt-Nave C et al. (2009) HuSKY: a healthy nutrition score based on food intake of children and adolescents in Germany. Br J Nutr 102(4):610-618
72. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
73. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5):736
74. Landesamt für Umwelt Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2015) Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit. www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/list.php?page=gesi_startseite_neu_p (Stand: 15.04.2015)
75. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2013) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012. www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundauswertungen/ (Stand: 15.04.2015)
76. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheits-

- ämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010 - 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sachsen-Anhalt, Magdeburg
77. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg) (2013) *Kinder-
gesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchung 2012*. NLGA, Hannover
 78. Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. (Hrsg) (2012) *Social deter-
minants of health and well-being among young people. Health
Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international
report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and
Adolescents*, No 6. World Health Organization, Kopenhagen
 79. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I et al. (2015) *Socioeconomic inequa-
lities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34
countries participating in the Health Behaviour in School-aged
Children study. Lancet* 385(9982):2088-2095
 80. Richter M (2005) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im
Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Springer VS,
Wiesbaden
 81. Richter M, Hurrelmann K, Klocke A et al. (Hrsg) (2008) *Gesund-
heit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der
zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltge-
sundheitsorganisation WHO*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim
 82. Moor I, Pfortner TK, Lampert T et al. (2012) *Sozioökonomi-
sche Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis
15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002-2010.
Gesundheitswesen* 74(Suppl 1):S49-S55

3.2 ARBEIT UND GESUNDHEIT

- / 2013 gab es in Deutschland rund 40 Millionen Erwerbstätige; diese profitieren von einem gut ausgebauten Arbeitsschutz und von betrieblicher Gesundheitsförderung.

- / Gemessen an Fehlzeiten oder Unfallrisiken geht es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern heute deutlich besser als früheren Generationen.

- / Allerdings haben in den letzten Jahren Fehlzeiten und Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen.

- / Dies wird unter anderem mit gestiegenen psychosozialen Arbeitsanforderungen und Belastungen in Verbindung gebracht.

- / Hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit bestehen zwischen den Erwerbstätigen ausgeprägte soziale Ungleichheiten.

3.2 ARBEIT UND GESUNDHEIT

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2013 sind in Deutschland 68,8% der Frauen und 77,7% der Männer im Alter zwischen 15 und 65 Jahren erwerbstätig [1], insgesamt 39,6 Millionen Menschen. In den letzten Jahren ist die Zahl der Erwerbstätigen kontinuierlich gestiegen. Bei Frauen lagen 2013 die höchsten Erwerbsquoten in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen, bei Männern bereits bei den 40- bis 45-Jährigen.

Die Erwerbsarbeit ist für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle zur Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes [2]. Daneben ermöglicht die Erwerbsarbeit soziale Kontakte und ein erhöhtes soziales Ansehen und gibt dem Tag eine Zeitstruktur. Risiken aus der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen oder psychischen Beanspruchungen durch die Arbeit sowie aus Unfall- und Verletzungsrisiken am oder auf dem Weg zum Arbeitsplatz [3, 4]. Im Zeitverlauf haben sich diese Bedingungen nachhaltig gewandelt, da sich die von industriellen und agrarischen Arbeitsplätzen geprägte Arbeitswelt hin zu einer durch Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich geprägten Wirtschaft entwickelt hat. Der technische Fortschritt und die wirtschaftliche Globalisierung fördern zudem Prozesse, die zu einer Intensivierung der Erwerbsarbeit führen. Fertigungs-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozesse beschleunigen sich, dauerhafte Beschäftigungsformen werden seltener, Anforderungen an die Mobilität und Erreichbarkeit steigen [5].

Erwerbstätige sind aus Sicht der Public Health eine wichtige Personengruppe, sowohl im Bereich der medizinischen Versorgung als auch bei Prävention und Gesundheitsförderung. Dies beruht zum einen auf der großen Zahl der Erwerbstätigen und zum anderen auf den Ressourcen, die jedes Jahr für die Versorgung von Krankheiten und Unfällen, für Fehlzeiten und Rehabilitationsmaßnahmen sowie für krankheitsbedingte Frühberentungen aufgewendet werden. Für Prävention und Gesundheitsförderung sind Erwerbstätige eine der wichtigsten Zielgruppen, da sie am Arbeitsplatz (Lebenswelt Betrieb) gut erreicht werden können (siehe Kapitel 4.6).

Als wichtiger Einflussfaktor auf die gesundheitliche Lage von Erwerbstätigen stehen Arbeitsbelastungen mit gesundheitsschädigendem Potential im Fokus der Betrachtung [6]. Gesundheitliche Beanspruchungen gibt es an jedem Arbeitsplatz in unterschiedlichem Maße, sie resultieren aus körperlichen, geistigen oder sozialen Belastungen durch die Tätigkeit oder die Arbeitsorganisation [3, 4]. In den Arbeitswissenschaften hat sich das Belastungs-/Beanspruchungskonzept durchgesetzt. Ihm zufolge sind Belastungen dann ein Gesundheitsrisiko, wenn die Stärke der Belastung die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit der Beschäftigten übersteigt und dieses Missverhältnis nicht durch geeignete technische oder organisatorische Maßnahmen ausgeglichen wird [7, 8]. Daneben sind in der Forschung zu psychosozialen Arbeitsbelastungen weitere Modelle wie das sogenannte Anforderungs-Kontroll-Modell oder das Modell beruflicher Gratifikationskrisen gebräuchlich, um konkrete Konstellationen zu benennen, die zur Entstehung stressassoziierter Erkrankungen führen können [9, 10].

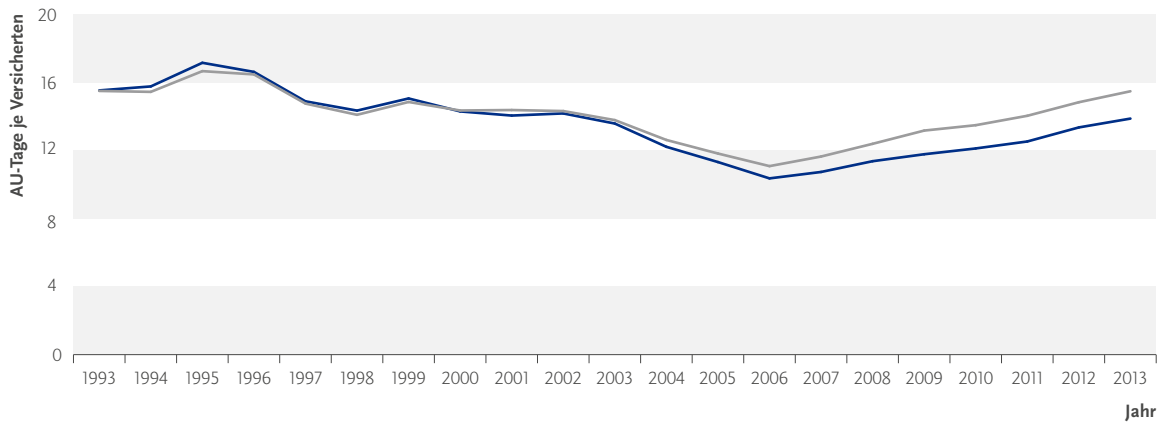
Schutz und Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen sind in Deutschland gesetzliche Aufgabe der Arbeitgeber; deren Überwachung erfolgt im Rahmen des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) durch kommunale oder Landesaufsichtsbehörden sowie die gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Hinzu kommen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften, die freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement sind die wesentlichen Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dieses soll aktiv und partizipativ dazu beitragen, die Gesundheit der Erwerbstätigen in den Betrieben zu verbessern (siehe Kapitel 4.6).

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Verbreitung und Entwicklung von Fehlzeiten in der Arbeitswelt, Erwerbsunfähigkeitsrenten, Berufskrankheiten sowie Arbeitsbelastungen. Dazu wird hauptsächlich auf Daten der gesetzlichen Krankenkassen, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Rentenversicherung sowie der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) zurückgegriffen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf aktuellen Entwicklungen sowie auf Analysen zu sozialen Unterschieden zwischen den Erwerbstätigen. Arbeits- und Wegeunfälle werden im Kapitel 2.12 beschrieben.

3.2.1 ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage der Erwerbstätigen. Sie werden für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der KM 1/13- und KG 2-Statistik erfasst. Das Niveau des Krankenstandes und die Anzahl der Krankheitstage unterliegen im Zeitverlauf Schwankungen, die nicht direkt als Veränderungen der gesundheitlichen Lage der Erwerbstätigen zu interpretieren sind [11]. So nimmt etwa in Zeiten hoher Arbeitslosenquoten in der Regel die Bereitschaft der Beschäftigten ab, wegen Gesundheitsbeschwerden der Arbeit fernzubleiben – aus Sorge um den eigenen Arbeitsplatz. Zudem werden in der Regel nur Arbeitsunfähigkeitszeiten mit einer Dauer von mindestens drei Tagen an die Krankenversicherungen gemeldet, sodass durch diese Datenquelle das tatsächliche Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit unter den Erwerbstätigen unterschätzt wird. Bei der Interpretation von Daten zur Arbeitsunfähigkeit muss zudem berücksichtigt werden, dass Fehlzeiten bei der Arbeit sowohl gesundheitliche als auch nicht gesundheitliche Gründe haben können [12, 13]. Somit sind Fehltage zwar ein Indikator für die Entwicklung der Gesundheit von Erwerbstätigen, sie werden aber auch durch Entwicklungen unabhängig von den eigentlichen Arbeitsbedingungen beeinflusst. Zu nennen sind hier insbesondere die konjunkturelle Lage, aber auch Veränderungen in der persönlichen und familiären Situation der Erwerbstätigen.

Der Krankenstand ist in den letzten Jahrzehnten sukzessive gesunken. In den 1970er-Jahren waren in den alten Ländern durchschnittlich noch über 5,5% der gesetzlich Krankenversicherten arbeitsunfähig. Nach der Wiedervereinigung betrug der Anteil 4,7% im Jahr 1993;



◀ **Abbildung 3.2.1**
Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen der GKV-Mitglieder (ohne Rentner)
Datenbasis: KM 1/13- und KG 2-Statistik [14, 15]

— Frauen
— Männer

ICD-10-HAUPTGRUPPE	FRAUEN		MÄNNER	
	2007	2013	2007	2013
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	22,6	20,2	25,3	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	13,1	14,4	11,8	12,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	8,3	8,1	16,0	13,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	10,9	12,8	6,3	7,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	5,8	5,0	7,7	7,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)	6,4	7,0	5,1	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	6,2	4,9	6,7	5,6
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	3,6	4,2	3,5	4,1
Neubildungen (C00–D48)	4,5	4,1	2,8	2,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	3,7	3,1	3,9	3,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	3,6	3,6	3,0	3,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	3,6	2,8	1,5	1,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	1,4	1,3	1,9	1,7
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	1,0	1,0	0,9	0,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50–D90)	0,9	0,8	0,7	0,7
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	0,6	0,7	0,8	0,8
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	0,4	0,4	0,3	0,3

◀ **Tabelle 3.2.1**
Arbeitsunfähigkeitstage von erwerbstätigen AOK-Mitgliedern: Anteil von Diagnosen nach ICD-10-Hauptgruppen an allen Fällen 2007 und 2013
Datenbasis: AOK, Fehlzeiten-Report [16]

er ist bis 2014 auf 3,7% gesunken. Diese langfristige Entwicklung zeigt sich auch beim Blick in die KG 2-Statistik (Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro Kalenderjahr) und die KM 1-Statistik (Durchschnittliche Anzahl der Versicherten pro Kalenderjahr) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), aus der sich die mittlere jährliche Anzahl von Fehltagen pro Versicherten in der GKV (ohne Rentner) ableiten lässt. 2013 wurde ein Pflichtmitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung durchschnittlich für 12,9 Kalendertage krankgeschrieben [14]. Diese Kalendertage umfassen sowohl Arbeits- als auch Sonn- und Feiertage. Gegenüber 1993 ist die mittlere Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) bei Frauen um 1,7 Tage und bei Männern um 2,6 Tage zurückgegangen (Abb. 3.2.1). In den Daten zeigt sich – im Kontext einer stabilen Konjunktur – nach 2006 wieder ein leichter Anstieg der Fehltagelänge. Eine Zunahme von Fehltagen in wirtschaftlichen Konjunkturphasen mit sinkenden Arbeitslosenquoten wurde bereits früher in Deutschland beobachtet. Zudem nimmt das durchschnittliche Alter der Erwerbstätigen in Folge der demografischen Alterung der Gesellschaft sukzessive zu, was sich ebenfalls tendenziell steigernd auf die Zahl der Fehltagelänge auswirkt.

Der häufigste Anlass für Krankschreibungen sind Atemwegserkrankungen. 2013 gingen nach Daten der

AOK 24,6% der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) auf diese Krankheitsgruppe zurück. Auf Grund einer relativ geringen durchschnittlichen Erkrankungsdauer betrug der Anteil der Atemwegserkrankungen am Krankenstand allerdings nur 13,4%. Die meisten AU-Tage wurden durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht, die häufig mit langen Ausfallzeiten verbunden sind. Auf diese Gruppe von Erkrankungen gingen 2013 insgesamt 21,8% der AU-Tage zurück, obwohl sie nur 16,0% der AU-Fälle verursachten.

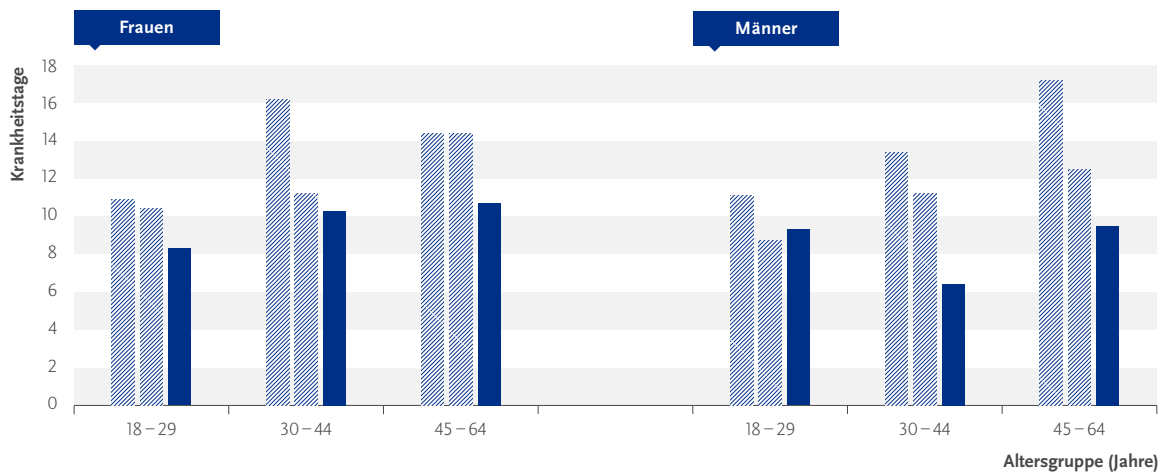
Zwischen Frauen und Männern gibt es deutliche Unterschiede in der Bedeutung der verschiedenen Krankheitsgruppen. So führen Muskel- und Skeletterkrankungen ebenso wie Verletzungen bei Männern häufiger zur Arbeitsunfähigkeit als bei Frauen, während psychische Erkrankungen und Atemwegserkrankungen bei Frauen häufiger sind (Tab. 3.2.1). Ungeachtet insgesamt sinkender Krankenstände haben die psychischen und Verhaltensstörungen als Ursache der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen und Männern in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen [16]. So sind bei den Mitgliedern der AOK die Fehltagelänge aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren sukzessive gestiegen (siehe Kapitel 2.11) [17].

Beim Auftreten von Fehlzeiten gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Beschäftigten, die sich

3.2

► **Abbildung 3.2.2**
Krankheitstage im
letzten Jahr nach
Berufsstatus
Datenbasis: GEDA 2010

Berufsstatus:
Niedrig 
Mittel 
Hoch 



sowohl im Vergleich von Branchen und beruflichen Tätigkeiten als auch nach dem Berufsstatus zeigen. Im Branchenvergleich ergeben sich bereits auf Basis der Daten der AOK Hinweise auf soziale Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit. Für das Jahr 2013 zeigt sich, dass Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Baugewerbe besonders häufig und lange arbeitsunfähig sind, Beschäftigte in den Bereichen Erziehung und Unterricht sowie Banken und Versicherungen hingegen besonders selten [17].

Die Studie GEDA 2010 erfasst anhand von Selbstangaben auch Krankheitstage mit einer Dauer von weniger als drei Tagen [18]. Abbildung 3.2.2 fasst die Anzahl von selbstberichteten Krankheitstagen in den letzten zwölf Monaten differenziert nach Quintilen des Internationalen Sozioökonomischen Index für den Berufsstatus (ISEI) zusammen. Der ISEI verwendet das Einkommen und die für die Ausübung der Tätigkeit notwendige Qualifikation bzw. Bildung, um den Status eines Berufs abzubilden. Während Frauen und Männer zwischen 18 und 64 Jahren, die gemessen an ihrem Berufsstatus zum unteren Fünftel der Beschäftigten gehören, jeweils auf 14,3 Fehltage kommen, liegt diese Anzahl beim oberen Fünftel der Beschäftigten nur bei 10,2 beziehungsweise 8,2 Tagen im Jahr. Ursachen für die beobachtbaren Berufsstatusunterschiede in den Fehlzeiten sind nicht zuletzt soziale Unterschiede der körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen zuungunsten der unteren Berufsstatusgruppen.

3.2.2 ERWERBSMINDERUNGSRENTEN

In der gesetzlichen Rentenversicherung werden Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) gewährt, wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – bei Erfüllung der sonstigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen – aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur noch weniger als drei Stunden pro Tag arbeiten können. Ist eine Tätigkeit zwischen drei und sechs Stunden möglich, berechtigt dies zum Bezug einer halben EM-Rente. Bei Fehlen eines geeigneten Teilzeitarbeitsplatzes können teilweise Erwerbsgeminderte die volle EM-Rente erhalten [19]. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten sind neben Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht, der beruflichen Tätigkeit und der Arbeitssituation der Versi-

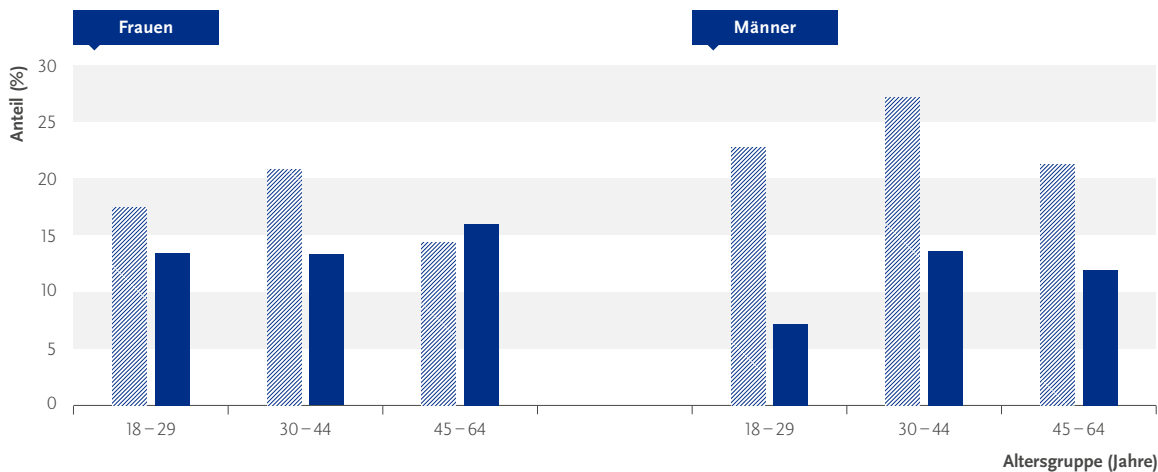
cherten auch versicherungsrechtliche Regelungen, die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt sowie die demografische Entwicklung [19, 20].

2013 erhielten 851.435 Frauen und 867.911 Männer Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Von diesen waren 10,2 % neu berentet worden (Rentenzugänge). Das durchschnittliche Alter bei Rentenzugang betrug 51,0 Jahre (Frauen: 50,4 Jahre, Männer: 51,7 Jahre) [21, 22]. 81,6 % der neu Berenteten erhielt die volle Erwerbsminderungsrente [23]. Der Anteil der EM-Renten an allen Rentenzugängen hat seit den 1960er-Jahren deutlich abgenommen. Zwischen 1993 und 2004 sank er von 25,6 % auf 17,3 %. Seitdem nimmt die Bedeutung der Erwerbsminderungsrenten wieder zu: 2013 betrug ihr Anteil an allen Rentenzugängen 21,4 % [20, 22].

Ähnlich wie bei den Fehlzeiten spielen psychische Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderungsrenten eine immer größere Rolle. 2013 waren 42,7 % der Rentenzugänge auf psychische Störungen (ICD-10: F00–F99) zurückzuführen [22]. Dies wird auch mit gestiegenen psychosozialen Arbeitsanforderungen und -belastungen in Verbindung gebracht. Ein weiterer Grund für die Bedeutungszunahme psychischer Störungen in der Arbeitswelt ist, dass sie häufiger erkannt und therapiert werden – auch aufgrund einer höheren Sensibilität bei Betroffenen und Behandelnden [24] (siehe Kapitel 2.11).

3.2.3 BERUFSKRANKHEITEN

Im Gegensatz zu den Fehltagen bei der Arbeit besteht zwischen den Arbeitsbedingungen und dem Auftreten von Berufskrankheiten ein direkter wissenschaftlich und rechtlich abgesicherter Zusammenhang [25]. Als Berufskrankheiten (BK) bezeichnet die Bundesregierung auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 SGB VII durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Krankheiten, die Versicherte infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleiden [26]. Für die Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten gilt die Voraussetzung, dass die Erkrankung durch besondere Einwirkungen verursacht ist, denen Beschäftigte in bestimmten Berufen durch ihre Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Selbst wenn entsprechende Zusammenhänge dokumentiert sind, müssen Erkrankungen allerdings nicht zwangsläufig auch als Berufskrankheiten aner-



◀ **Abbildung 3.2.3**
Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit bei Vollzeit-erwerbstätigen nach beruflicher Qualifikation
Datenbasis: GEDA 2010 [29]

▨ Lehre
■ Hochschulabschluss

kannt werden. Die Unfallversicherungsträger müssen gemäß § 9 Absatz 2 SGB VII jedoch Krankheiten, die nicht als Berufskrankheiten anerkannt sind, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen medizinischen Erkenntnissen die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind. Die Liste der Berufskrankheiten enthält 73 Positionen und unterscheidet sechs Kategorien von Ursachen oder Krankheitslokalisationen: 1. chemische Einwirkungen, 2. physikalische Einwirkungen, 3. Infektionserreger oder Parasiten, 4. Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und des Bauchfells, 5. Hautkrankheiten, 6. sonstige Ursachen.

Im Zeitraum 2010 bis 2012 wurden die meisten der 221.336 Verdachtsfälle auf Berufskrankheiten in den Bereichen Hautkrankheiten (35,0%), physikalische Einwirkungen (32,6%) und Atemwegserkrankungen (22,9%) angezeigt [26]. Demgegenüber zeigt sich bei der Verteilung der 47.755 anerkannten Fälle ein deutliches Missverhältnis zuungunsten der Anerkennung berufsbedingter Hauterkrankungen. So waren 46,2% der anerkannten Fälle Erkrankungen aufgrund physikalischer Einwirkungen und 39,0% Atemwegserkrankungen, aber lediglich 3,9% Hauterkrankungen. Die seltene Anerkennung von Hauterkrankungen als Berufskrankheiten gilt als Erfolg sekundärpräventiver Maßnahmen [25]. Zur Anerkennung einer Berufserkrankung muss diese schwer oder wiederholt aufgetreten sein und zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für Entstehung, Verschlimmerung oder Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder gewesen sein könnten. Bei Hauterkrankungen führen sekundärpräventive Maßnahmen der Unfallversicherungsträger und von Betriebsärzten zu einer Besserung – insbesondere die Bereitstellung geeigneter Handschuhe oder Hautschutzmittel sowie der Ersatz eines ursächlichen Gefahrstoffes. Die Tätigkeit muss darum nicht unterlassen werden. Eine formelle Anerkennung als Berufskrankheit erfolgt darum nur, wenn sekundärpräventive Maßnahmen erfolglos sind.

Die zeitliche Entwicklung des Berufskrankheitengeschehens zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Meldezahlen von 33.727 auf 57.740 in den alten Ländern vor der Wiedervereinigung [25, 26]. Nach der Wiedervereinigung stiegen die absoluten Fallzahlen zwischen 1991 und 1993 von 68.858 auf 108.989 angezeigte Fälle;

danach kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Fallzahlen bis zum Jahr 2008 (63.757 Fälle). Seitdem steigt die Zahl der Anzeigen wieder; sie lag 2012 bei 73.574 Fällen.

Bei der Interpretation der zeitlichen Entwicklung des Berufskrankheitengeschehens ist zu berücksichtigen, dass die absolute Anzahl der Anzeigen sowohl von der Zahl der Erwerbstätigen im Bezugszeitraum als auch von der Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten abhängt. Darum erlaubt die Entwicklung der Zahl der Anzeigen von Berufskrankheiten oder auch die Zahl der Anerkennungen keine Rückschlüsse auf die Veränderung der gesundheitlichen Lage der Erwerbstätigen [25].

3.2.4 ARBEITSBELASTUNGEN

Arbeitsbelastungen sind ein wichtiger Ansatzpunkt für Maßnahmen im Zuge des gesetzlichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, um Fehlzeiten zu reduzieren und die Gesundheit der Erwerbstätigen insgesamt zu verbessern. Im Kontext eines allgemein verschärften internationalen Wettbewerbs gibt es auch in der deutschen Arbeitswelt Tendenzen zur Verdichtung von Arbeit und zur stärkeren Beanspruchung der Erwerbstätigen [5, 8].

In der GEDA-Studie werden die erwerbstätigen Befragten regelmäßig um ihre Selbsteinschätzung zu den gesundheitlichen Folgen ihrer Arbeit gebeten [27, 28]. 2012 gaben dazu 19,1% der Frauen und 21,4% der Männer an, dass die eigenen Arbeitsbedingungen »stark oder sehr stark gesundheitsgefährdend« seien. Dies ist im Vergleich zur vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2010 insbesondere bei Frauen eine deutliche Zunahme. Weiterführende Analysen für die GEDA-Studie 2010 zeigen, dass diese Wahrnehmung eng mit dem Beschäftigungsumfang und der beruflichen Qualifikation verbunden ist. Deshalb beziehen sich die nachfolgenden Darstellungen nur auf Vollzeit-erwerbstätige (Abb. 3.2.3).

14,5% der vollzeiterwerbstätigen Frauen mit einem Universitätsabschluss und 12,3% der gleich qualifizierten Männer geben an, durch ihre Arbeit gesundheitlich stark belastet zu sein. Die Anteile in der Vergleichsgruppe mit einer abgeschlossenen Lehre oder Ausbildung an einer Berufs- oder Fachschule liegen bei 17,2% (Frauen) und 23,8% (Männer). Bei Männern besteht dieser Zusammenhang in allen Altersgruppen, bei Frauen

nur im Alter von 18 bis 44 Jahren. Nur hochqualifizierte Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren berichten häufiger von einer starken Belastung als Frauen gleichen Alters, die eine Lehre absolviert haben. Wird der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit und der Exposition gegenüber verschiedenen Belastungen näher betrachtet, so zeigt sich, dass für Frauen und Männer soziale Konflikte am Arbeitsplatz, körperlich schwere Arbeit unter schwierigen Umgebungsbedingungen sowie Leistungs- und Termindruck häufige Gründe sind, die eigene Arbeit als gesundheitsgefährdend wahrzunehmen [18].

Der Anteil von Beschäftigten in Deutschland, die ihre Gesundheit durch die Arbeit gefährdet sehen, bewegt sich im europäischen Vergleich nach dem European Working Conditions Survey (EWCS) 2010 auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau [30]. So gehen 21,9 % der Beschäftigten in Deutschland, aber 25,0 % der Beschäftigten im Alter ab 15 Jahren in der EU27 davon aus, dass die eigene Gesundheit durch die Arbeit negativ beeinflusst wird. Die Daten des EWCS differenzieren dabei allerdings nicht zwischen geringen und starken Beanspruchungen oder zwischen Voll- und Teilzeiterwerbstätigen, sodass sie sich nicht direkt mit den Ergebnissen aus der GEDA-Studie vergleichen lassen.

3.2.5

KONSEQUENZEN FÜR DIE PRÄVENTION

Angesichts der vorgestellten Befunde wird deutlich, dass die Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und krankheitsbedingten Fehlzeiten auch weiterhin ein wichtiges Ziel der verschiedenen Akteure am Arbeitsmarkt und im Gesundheitswesen sein muss. Hierzu sollen auch die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Verzahnung mit dem Arbeitsschutz im Präventionsgesetz beitragen. Darüber hinaus sind die Anstrengungen in diesem Bereich 2007 im Rahmen der sogenannten Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern gebündelt worden [31]. Die aktuelle Strategie umfasst den Zeitraum 2013 bis 2018. Die darin festgelegten Ziele betreffen die weitere Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes, die Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie erstmals auch den Schutz vor arbeitsbedingter psychischer Belastung inklusive der Stärkung der Gesundheit in diesen Fällen. Damit rücken psychische Erkrankungen zunehmend in den Blickpunkt der Anstrengungen zu Förderung von Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt. Bisher muss allerdings festgestellt werden, dass der betriebliche Arbeitsschutz in der Wirtschaft nicht unumstritten ist. So zeigt die Zwischenevaluation der Deutschen Arbeitsschutzstrategie, dass nur in etwa der Hälfte der Betriebe die Verantwortlichen davon überzeugt sind, dass der Arbeitsschutz kosteneffektiv ist [32]. Zudem hat nur eine Minderheit der Betriebe (21 %) Ziele oder eine Strategie zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten festgelegt. Damit besteht in der Arbeitswelt weiterhin ein erhebliches Potenzial für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 4.6).

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt (2014) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland. Fachserie 1, Reihe 4.1.1.* Destatis, Wiesbaden
2. Alter H, Finke C, Kott K et al. (2013) *Private Haushalte – Einkommen, Ausgaben, Ausstattung.* In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) *Datenreport 2013: Der Sozialbericht für Deutschland.* Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden
3. Schlick C, Bruder R, Luczak H (2010) *Arbeitswissenschaft.* Springer, Heidelberg
4. Griefahn B (1996) *Arbeitsmedizin.* Thieme, Stuttgart
5. Lenhardt U, Ertel M, Morschhäuser M (2010) *Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen.* WSI-Mitteilungen 63(7):335–342
6. BAuA (2013) *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011.* Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin
7. Rohmert W (1984) *Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept.* Z Arbeitswiss 38(10):196–200
8. Lohmann-Haislah (2012) *Stressreport Deutschland 2012.* Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
9. Siegrist J (1996) *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions.* J Occup Health Psychol 1(1):27–41
10. Karasek R, Theorell T (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books, New York
11. Busch K (2010) *Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV.* In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2009.* Springer, Heidelberg, S. 425–431
12. Alexanderson K (1998) *Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized.* Scand J Public Health 26(4):241–249
13. Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (Hrsg) (2014) *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Verlag Hans Huber, Bern
14. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014) *KG2-Statistik.* www.gbe-bund.de (Stand: 28.03.2015)
15. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014) *KM1/13-Statistik.* www.gbe-bund.de (Stand: 28.03.2015)
16. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2014) *Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (Jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage als Anteil aller Fälle bzw. Tage). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Wirtschaftszweig – WZ 2008, ICD10* www.gbe-bund.de (Stand: 19.06.2015)
17. Meyer M, Weirach H, Weber F (2014) *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013.* In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2012.* Springer, Heidelberg, S. 323–352
18. Kroll LE, Lampert T (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010.* Gesundheitswesen 75(4):210–215
19. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) *Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30.* RKI, Berlin
20. Bäcker G (2012) *Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Altersübergangs-Report 2012-03*
21. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) *Statistik des Rentenbestands. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung.* www.gbe-bund.de (Stand: 24.06.2015)
22. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) *Statistik des Rentenzugangs. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung.* www.gbe-bund.de (Stand: 24.06.2015)
23. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) *Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf.* Stand: Mai 2014. DRV, Berlin
24. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2014) *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.* DRV, Berlin
25. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) *Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 38.* RKI, Berlin
26. BAuA (2014) *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012.* Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

27. Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) *Arbeitsbelastungen und Gesundheit*. GBEkompakt2(5), Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 25.06.2015)
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen*. Faktenblatt zu GEDA 2012.
29. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) *Datenreport 2013: Der Sozialbericht für Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S. 259-271
30. Eurofound (2012) *Fifth European Working Conditions Survey*. Publications Office of the European Union, Luxemburg
31. Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2007) *Joint German Occupational Safety and Health Strategy. Detailed Concept and Occupational Safety and Health Objectives 2008 – 2012*. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, Berlin.
32. Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2013) *Arbeitsschutz auf dem Prüfstand. Zwischenbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie*. NAK, Berlin

3.3
ARBEITSLOSIGKEIT

- / 2014 waren in Deutschland etwa 6,7% der zivilen Erwerbspersonen (knapp 2,9 Millionen Menschen) arbeitslos gemeldet.

- / Arbeitslose und prekär Beschäftigte haben eine schlechtere körperliche Gesundheit und leiden häufiger unter seelischen Problemen und Beeinträchtigungen.

- / Arbeitslosigkeit kann sowohl die Ursache als auch die Folge von Gesundheitsproblemen und Erkrankungen sein.

- / Arbeitslose und prekär Beschäftigte rauchen häufiger und treiben seltener Sport als Erwerbstätige in sicheren Beschäftigungsverhältnissen.

- / Präventionsmaßnahmen beispielsweise zur Krankheitsfrüherkennung werden von Arbeitslosen seltener in Anspruch genommen.

INFOBOX 3.3.1

ARBEITSLOSIGKEIT

Die Bundesagentur für Arbeit definiert Arbeitslose im Sinne des SGB III als Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Erwerbslose nach ILO-Definition (ILO = International Labour Organization der UNO) sind nicht erwerbstätige Frauen und Männer im Alter zwischen 15 bis 74 Jahren, die in den letzten vier

Wochen vor der Befragung aktiv nach einer bezahlten Tätigkeit von mind. 1 Stunde wöchentlich gesucht haben und eine solche innerhalb von zwei Wochen aufnehmen könnten. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer danach gefragt, ob sie derzeit arbeitslos sind. Das subjektive Messkonzept berücksichtigt, dass auch nicht als arbeitslos gemeldete Personen (sogenannte »stille Reserve«) auf der Suche nach einer Teilzeit- oder Vollzeitstelle sein können.



3.3

ARBEITSLOSIGKEIT

Die Zahl der Arbeitslosen in Deutschland ist nach der Wiedervereinigung nahezu ununterbrochen von Jahr zu Jahr angestiegen und erreichte fast 4,4 Mio. im Jahr 1997. Nach einem dann einsetzenden Abwärtstrend begann im Jahr 2003 eine erneute Phase steigender Arbeitslosenzahlen, die ihren Höchststand mit beinahe 4,9 Mio. Arbeitslosen im Jahr 2005 erreichte, danach sind die Zahlen bis heute beinahe kontinuierlich gesunken. Im Durchschnitt des Jahres 2014 waren 2,9 Millionen Menschen in Deutschland arbeitslos gemeldet. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 6,7% bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen. Im europäischen Vergleich ist die Arbeitslosigkeit in Deutschland gering. Für internationale Vergleiche zum Ausmaß der Arbeitslosigkeit wird üblicherweise die ILO-Erwerbslosenquote verwendet (siehe Infobox 3.3.1). Für Deutschland lag diese Quote 2014 bei 5,0% und damit deutlich unter dem Mittel der Länder der Europäischen Union (EU28) von 10,2% [1]. Die höchsten Erwerbslosenquoten wurden in Griechenland mit 26,5% und Spanien mit 24,5% registriert, die niedrigsten Quoten hatten Deutschland mit 5,0% und Österreich mit 5,6%. Dies ist eine positive Entwicklung, da die deutsche Quote noch im Jahr 2008 oberhalb des Durchschnittswertes der EU gelegen hatte.

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsproblemen dokumentieren zahlreiche empirische Studien [2–4]. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische und körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und sie haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der die Betroffenen in besonderem Maße psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale und deutsche Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belasten und gesundheitsschädigende Wirkungen entfalten kann [4, 5].

Arbeitslosigkeit kann sowohl die Ursache als auch die Folge von Gesundheitsproblemen sein [6, 7]. So haben Arbeitslose mit chronischen Erkrankungen geringere Chancen, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, und Beschäftigte mit Erkrankungen werden häufiger arbeitslos als Gesunde [8]. In der sozialepidemiologischen Forschung werden diese beiden Wirkungsrichtungen auch als Kausa-

tionshypothese (»Arbeitslosigkeit macht krank«) und als Selektionsthese (»Krankheit führt zu Arbeitslosigkeit«) diskutiert. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind beide Zusammenhänge gleichermaßen bedeutend, allerdings leiten sich aus ihnen jeweils spezifische Präventions- und Interventionsbedarfe ab.

Die folgenden Abschnitte beschreiben den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Der Schwerpunkt liegt auf der Erwerbsbeteiligung von chronisch Kranken, auf der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen und Tagen mit Gesundheitsproblemen von Arbeitslosen sowie auf dem Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen. Dazu wird auf Daten der gesetzlichen Krankenkassen sowie der GEDA-Studien des Robert Koch-Instituts zurückgegriffen.

3.3.1

KRANKHEIT UND ERWERBSBETEILIGUNG

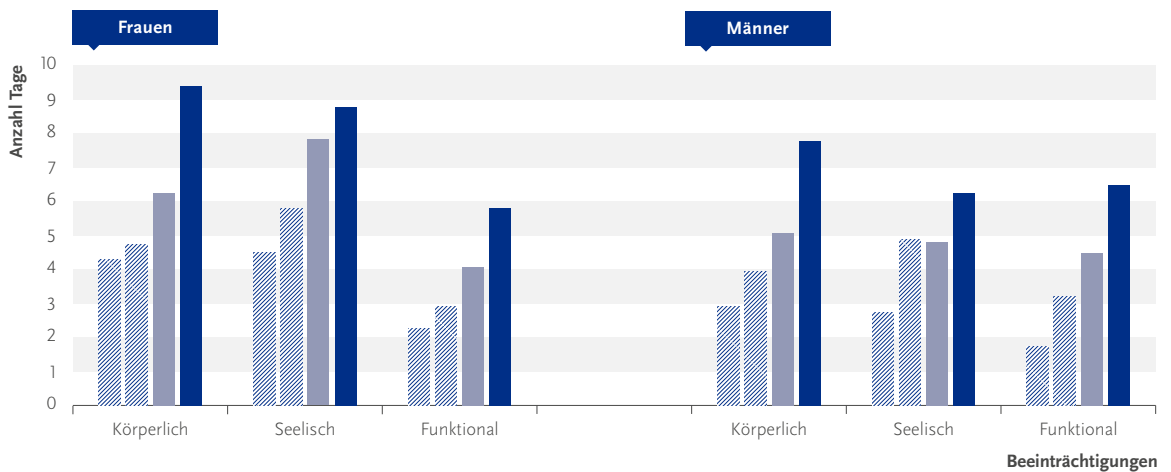
Gesundheitsprobleme können eine starke Hürde bei der Suche nach einer Beschäftigung sein [9]. Analysen auf Basis der kombinierten Daten der Studien Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009 und 2010 zeigen, dass Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren deutlich seltener einer Erwerbsarbeit nachgehen, wenn sie eine ärztlich diagnostizierte chronische Erkrankung haben [10]. Nach Kontrolle für Altersunterschiede zeigt sich, dass Frauen ohne chronische Erkrankungen zu 65,3% erwerbstätig sind; bei Frauen mit höchstens einer Erkrankung liegt die entsprechende Quote ebenfalls noch bei 64,2%. Bei Männern betragen die entsprechenden Quoten in Folge einer höheren allgemeinen Erwerbsbeteiligung 81,8% und 78,0%. Kumulieren mehrerer chronische Erkrankungen bei Frauen oder Männern, fallen deren Erwerbsquoten aber deutlich ab. So sind Frauen mit zwei oder mehr Erkrankungen nur noch zu 56,1% und Männer zu 70,8% erwerbstätig. Frauen und Männer mit einer ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depression haben besonders niedrige Erwerbsquoten. Diese liegen, unabhängig von möglichen Begleiterkrankungen, bei lediglich 51,2% beziehungsweise 55,0%.

In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts werden arbeitslose Studienteilnehmer regelmäßig danach gefragt, ob sie selbst davon ausgehen, dass gesundheitliche Einschränkungen ein Grund für ihre Arbeitslosigkeit sind. Im telefonischen Gesundheitssur-

3.3

► **Abbildung 3.3.1**
Tage mit Beeinträchtigungen nach Erwerbsstatus
Datenbasis:
GEDA 2010 [4]

Erwerbstätigkeit:
Sicher beschäftigt
Prekär beschäftigt
Arbeitslos
Langzeitarbeitslos



vey 2003 führten 12,1% der arbeitslosen Frauen und 13,8% der arbeitslosen Männer die eigene Arbeitslosigkeit auf Gesundheitsprobleme zurück [3]. Aktuellere Daten der GEDA-Studie 2010 zeigen, dass sich dieser Anteil seitdem weiter erhöht hat. Im Jahr 2010 gaben 15,0% der arbeitslosen Frauen und 16,9% der arbeitslosen Männer an, dass die eigene Arbeitslosigkeit eine Folge von Gesundheitsproblemen sei.

3.3.2 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT

Arbeitslose Frauen und Männer leiden häufiger an Gesundheitsproblemen als Erwerbstätige gleichen Alters. Dies gilt nicht nur für psychische, sondern auch für körperliche Beeinträchtigungen sowie für Einschränkungen in der Ausübung von typischen Alltagsaktivitäten [3, 4]. Abbildung 3.3.1 zeigt die durchschnittliche Anzahl von Tagen mit Beeinträchtigungen in den letzten vier Wochen vor der Befragung differenziert nach dem Erwerbsstatus. Verglichen wurden Erwerbstätige, die sich keine Sorgen um die Sicherheit der eigenen Beschäftigung machen (»sicher beschäftigt«), solche, die sich Sorgen machen (»prekär beschäftigt«), Arbeitslose, die erst weniger als zwölf Monate ohne Erwerbstätigkeit waren (»arbeitslos«), sowie Arbeitslose, die bereits zwölf Monate oder länger arbeitslos waren (»langzeitarbeitslos«). Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Zahl der Tage mit Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, des seelischen Befindens und der Ausübung von Alltagsaktivitäten sukzessive mit der Unsicherheit der Beschäftigung und der Dauer der Arbeitslosigkeit zunimmt. Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden geben prekär beschäftigte Frauen 35% mehr Tage mit körperlichen Beschwerden an als sicher beschäftigte. Bei arbeitslosen Frauen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, ist die Anzahl der Tage mit Beeinträchtigungen um 63% und bei Langzeitarbeitslosen sogar um 105% erhöht. Für Männer betragen die entsprechenden Differenzen zu sicher beschäftigten Erwerbstätigen 49%, 83% und 145%.

Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Lage melden sich arbeitslose Frauen und Männer häufiger arbeitsunfähig und nehmen das medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch. Die Daten des Gesundheitsreportes der Betriebskrankenkassen (BKK) aus dem Jahr 2014 zeigen, dass arbeitslose Frauen in

der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2013 mit durchschnittlich 27,7 Tagen erheblich häufiger arbeitsunfähig waren als erwerbstätige Frauen mit 17,5 Tagen [11]. Bei Männern betragen die entsprechenden Werte 26,6 und 11,7 Tage. Eine nach den Ursachen der Arbeitsunfähigkeit differenzierte Darstellung auf Basis des BKK-Gesundheitsreportes 2014 macht deutlich, dass Arbeitslose vor allem von psychischen und Verhaltensstörungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Krankheiten des Nervensystems stärker betroffen sind (Tab. 3.3.1).

3.3.3 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN

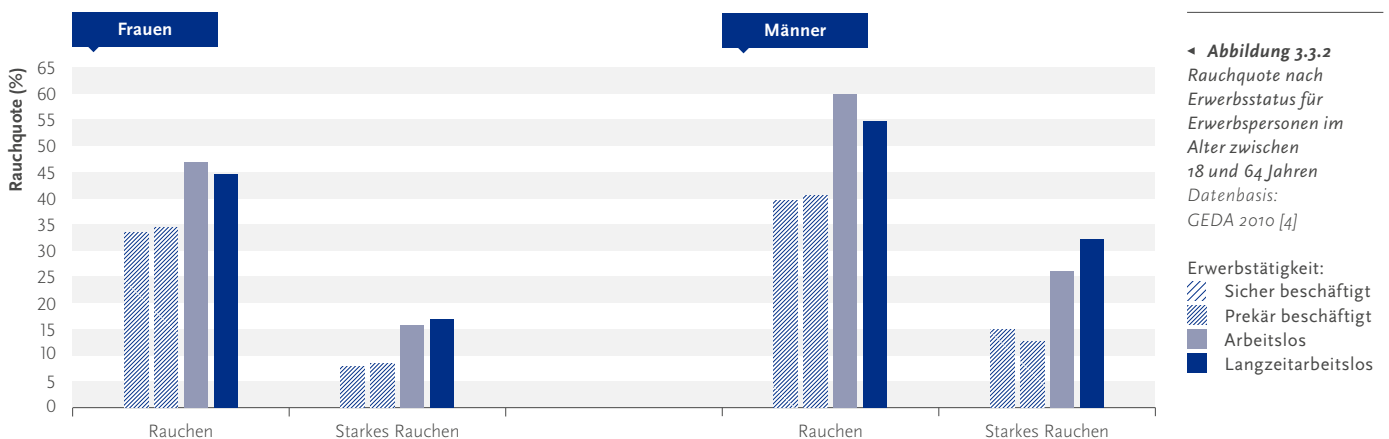
Arbeitslosigkeit geht mit beträchtlichen materiellen und psychosozialen Belastungen einher. Ein Teil der Betroffenen versucht, die Beanspruchung durch die Arbeitslosigkeit mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen zu kompensieren. So deuten Befunde darauf hin, dass sich Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Frauen und Männer häufiger gesundheitsriskant verhalten und weniger auf ihre Gesundheit achten als vergleichbare Erwerbstätige mit sicheren Beschäftigungsverhältnissen [2, 6, 12–14]. Unterschiede zeigen sich etwa im Gesundheitsbewusstsein, der sportlichen Aktivität und oder dem Tabakkonsum.

Auf Basis der 6. Welle des Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahr 2012 liegen Analysen zum Gesundheitsverhalten von Arbeitslosengeld-II-Beziehern und Erwerbstätigen in Deutschland vor [14]. In PASS sind Haushalte von Arbeitslosengeld-II-Beziehern überrepräsentiert. Die Analysen zeigen, dass Frauen und Männer, deren Erwerbseinkommen durch das ALG II aufgestockt wird (»Aufstocker«), häufiger keinen Sport treiben und zu einem größeren Anteil übergewichtig sind. Einen häufigeren Alkoholkonsum bei ALG-II-Empfängern zeigen die Daten des PASS nicht.

Mit den Daten der GEDA-Studie 2010 ist eine Differenzierung des Tabakkonsums von sicher Beschäftigten, prekär Beschäftigten und Kurz- sowie Langzeitarbeitslosen möglich (Abb. 3.3.2). Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitslose deutlich häufiger rauchen und auch häufiger als starke Raucher einzuordnen sind – also 20 und mehr Zigaretten am Tag rauchen – als die Vergleichsgruppe

DIAGNOSEGRUPPE (ICD-10)	FRAUEN		MÄNNER	
	Pflichtversichert Beschäftigte	Arbeitslose	Pflichtversichert Beschäftigte	Arbeitslose
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	0,8	0,5	0,8	0,4
Neubildungen (C00–D48)	0,8	1,2	0,5	1,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	0,1	0,2	0,1	0,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	3,0	9,9	1,9	8,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	0,5	0,9	0,4	0,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	0,1	0,1	0,1	0,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	0,2	0,1	0,1	0,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	0,5	0,7	0,9	1,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	3,1	1,6	2,8	1,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	0,8	0,8	1,0	1,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	0,2	0,2	0,3	0,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	3,8	7,1	4,9	7,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	0,4	0,5	0,2	0,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	0,3	0,4	0,0	0,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	0,9	1,0	0,7	0,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	1,5	1,7	2,5	2,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	0,4	0,6	0,3	0,4
Zusammen	17,5	27,7	17,7	26,6

◀ **Tabelle 3.3.1**
Arbeitsunfähigkeitstage je Versicherten nach Versichertenstatus und Geschlecht 2013
Datenbasis:
BKK Bundesverband [11]



◀ **Abbildung 3.3.2**
Rauchquote nach Erwerbsstatus für Erwerbspersonen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren
Datenbasis:
GEDA 2010 [4]

Erwerbstätigkeit:
 // Sicher beschäftigt
 // Prekär beschäftigt
 // Arbeitslos
 // Langzeitarbeitslos

der Erwerbstätigen [4]. Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden ist das Risiko, aktuell zu rauchen, bei kurzzeitig arbeitslosen und bei langzeitarbeitslosen Frauen jeweils 1,7-fach gegenüber der Vergleichsgruppe mit sicherer Beschäftigung erhöht. Bei Männern sind die entsprechenden Risiken um das 2,3-Fache sowie 2,1-Fache erhöht.

3.3.4 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI ARBEITSLSEN

Arbeitslose sind aufgrund ihrer erhöhten Krankheitslast eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der primären und sekundären Krankheitsprävention. Allerdings sprechen die vorliegenden Daten dafür, dass sie seltener an den durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach §20 SGB V finanzierten Präventionsmaßnahmen und auch an den durch die Kassen finanzierten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen [15].

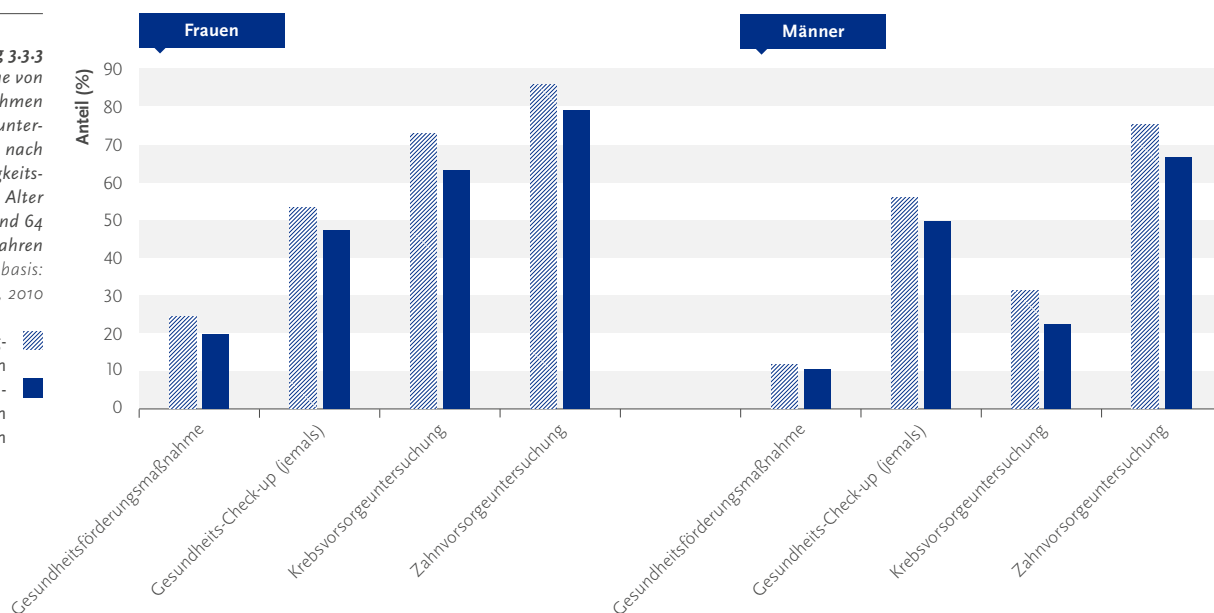
Die Ursachen hierfür sind bisher allerdings nicht voll geklärt, zu berücksichtigen ist aber, dass die nach §20 SGB V finanzierten Maßnahmen häufig eine finanzielle Eigenbeteiligung vorsehen.

Ergebnisse auf Basis der GEDA-Studien 2009 und 2010 sprechen ebenfalls dafür, dass gesetzlich krankenversicherte Frauen und Männer im Alter zwischen 35 und 64 Jahren mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren empfohlene und durch die GKV finanzierte Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung seltener in Anspruch nehmen (Abb. 3.3.3). Dies gilt neben den nach §20 SGB V finanzierten Maßnahmen auch für Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den letzten zwölf Monaten und für den Anteil von Frauen und Männern, die berichten, mindestens einmal am Gesundheits-Check-up teilgenommen zu haben.

Arbeitslosigkeit ist ein wichtiges Gesundheitsrisiko. Das verdeutlichen die vorliegenden Befunde zum

► **Abbildung 3.3-3**
Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen nach Arbeitslosigkeits-erfahrungen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren
Datenbasis:
GEDA 2009, 2010

Keine Arbeitslosig-
keits-
erfahrungen
Arbeitslosigkeits-
erfahrungen
i.d.l. 5 Jahren



Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Es ist darum von großer sozial- und gesundheitspolitischer Relevanz, gesundheitliche Probleme oder manifeste Erkrankungen bei arbeitslosen Frauen und Männern zu verhindern und bereits erkrankte, aber noch nicht behandelte Arbeitslose einer angemessenen Therapie zuzuführen. »Jobfit«, »AmigA« und »AktivA« sind beispielsweise Programme für die Zielgruppe der Arbeitslosen. Darüber hinaus werden im Bundesprogramm »Perspektive 50plus« des BMAS und in einem Modellprojekt des GKV-Spitzenverbandes mit der Bundesagentur für Arbeit Ansätze zur Gesundheitsförderung für Arbeitslose erprobt [15]. Auch Maßnahmen der Arbeitsvermittlung sollen sich zukünftig stärker auf Gesundheitsförderung fokussieren [16]. Neben diesen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die auf die Krankheitsprävention bei gesunden Arbeitslosen abzielen, bedarf es allerdings auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung weiterer Anstrengungen, Arbeitslose mit akutem Behandlungsbedarf in eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung zu vermitteln. Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung im Rahmen der Arbeitsvermittlung können aber zusätzlich dazu dienen, gesundheitliche Einschränkungen und akute Behandlungsbedarfe offenzulegen, die auf unzureichender medizinischer Versorgung beruhen.

LITERATUR

1. Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (2015) Eurostat Online Datenbank. Eurostat, Brüssel
2. Holleder A (2011) Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. *J Public Health* 19(3):257-268
3. Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48(11):1256-1264
4. Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE kompakt* 3(1). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)

5. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K et al. (2005) Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med* 60(7):1593-1602
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*. RKI, Berlin
7. Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Dtsch Arztebl Int* 104(43):2957-2962
8. Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J et al. (2006) Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med* 63(3):212-217
9. Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) *Sozial-Epidemiologie*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, S. 71-82
10. Varekamp I, van Dijk FJ, Kroll LE (2013) Workers with a chronic disease and work disability: Problems and solutions. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(3):406-414
11. Knieps F, Pfaff H (Hrsg) (2014) *Gesundheit in Regionen. BKK Gesundheitsreport 2014*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband, Berlin
12. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2011) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) *Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S. 247-258
13. Schunck R, Rogge BG (2010) Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health* 55(4):271-278
14. Eggs J, Trappmann M, Unger S (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG II Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. *IAB Kurzbericht* 2014(23):8
15. Büttner R, Schweer O (2011) *Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung*. IAQ-Report 2011(01):1-17
16. Bundesagentur für Arbeit, GKV-Spitzenverband (2012) *Empfehlung zur Zusammenarbeit der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. BA, GKV-Spitzenverband, Nürnberg, Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Praev_Empf_Zus_BA-GKV_zu_Arbeitslosigkeit_und_Gesundheit_2012.pdf (Stand: 15.04.2015)

3.4 FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT

- / *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.*

- / *Etwa sieben von zehn Erwachsenen mittleren Alters lebten im Jahr 2013 zusammen mit der Partnerin oder dem Partner in einem Haushalt.*

- / *Im mittleren Erwachsenenalter sind Partnerschaft und teilweise Elternschaft mit einer guten Gesundheit und einem gesundheitsförderlichen Verhalten assoziiert.*

- / *Alleinlebende Pflegebedürftige sind häufiger auf professionelle Pflegeleistungen angewiesen als Pflegebedürftige, die in Partnerschaft leben.*



INFOBOX 3.4.1

LEBENSFORMEN UND FAMILIE

Das Statistische Bundesamt greift bei der Beschreibung von Lebensformen auf das Lebensformenkonzept zurück. Beim Lebensformenkonzept wird die erwachsene Bevölkerung entlang zweier »Achsen« statistisch erfasst: erstens der Partnerschaft und zweitens der Elternschaft. Ob es sich bei einer Partnerschaft um ein Ehepaar oder eine Lebensgemeinschaft Unverheirateter handelt, spielt keine Rolle. Einbezogen werden dabei nur Menschen, die gemeinsam in einem Haushalt leben. Eltern-Kind-Beziehungen oder Partnerschaften mit getrennter Haushaltsführung werden nicht berücksichtigt.

Daraus ergeben sich für das Erwachsenenalter folgende Lebensformen:

- / mit Partner(in), mit Kind(ern)
- / mit Partner(in), ohne Kinder
- / ohne Partner(in), mit Kind(ern) (alleinerziehend)
- / ohne Partner(in), ohne Kinder (alleinstehend)
- / lediges Kind in einer Lebensgemeinschaft (im Elternhaushalt lebend)

Familie umfasst alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, d. h. Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im Haushalt. Einbezogen sind in diesen Familienbegriff neben leiblichen Kindern auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder ohne Altersbegrenzung [2, 3].

3.4

FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT

Mit Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit kommt neben der sozioökonomischen Lage und der Berufstätigkeit auch den familiären Lebensformen (siehe Infobox 3.4.1) Bedeutung zu. Die familiäre Lebenssituation beeinflusst das gesundheitliche Wohlbefinden sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen [1, 2]. Das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin, Kindern oder den Eltern kann zum einen eine protektive Wirkung auf die Gesundheit entfalten – etwa durch eine höhere soziale und emotionale Unterstützung, eine stärkere soziale Kontrolle oder die Hilfe im Krankheitsfall. Zum anderen kann das Zusammenleben aber auch gesundheitsbeeinträchtigende Effekte haben, insbesondere bei starken innerfamiliären Konflikten oder Gewalt. Ferner kann die Pflege von hilfsbedürftigen Angehörigen, die alleinige Zuständigkeit für die Erziehung von Kindern sowie die Vereinbarung von Familie und Beruf große Herausforderungen mit sich bringen. Die Analyse von Zusammenhängen zwischen familiären Lebensformen und der gesundheitlichen Lage ermöglicht es, zielgruppenspezifische Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Sie kann so einen Beitrag zur Entwicklung passgenauer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung leisten.

Familiäre Lebensformen sind in Deutschland in den letzten Jahrzehnten vielfältiger geworden. So sank der Anteil verheirateter Paare mit Kindern, während der Anteil von Single-Haushalten, kinderlosen Ehepaaren, eingetragenen Lebensgemeinschaften, nichtehelichen Lebensgemeinschaften sowie Eineltern-, Stief- und Patchwork-Familien zugenommen hat [4]. Die Veränderungen der familiären Lebensformen gehen gleichzeitig einher mit demografischen Veränderungen, wie der höheren Lebenserwartung, dem Rückgang der Geburtenrate, der Zunahme des Alters der Eltern bei der Geburt des ersten Kindes, dem Rückgang der Kinderzahl sowie der Zunahme von Trennungen und Ehescheidungen [4].

Im Folgenden wird ein Überblick über Zusammenhänge zwischen familiären Lebensformen und Gesundheit in den Lebensphasen Kindheit und Jugend, junges und mittleres Erwachsenenalter sowie im höheren und hohen Lebensalter gegeben. Unter Rückgriff auf die Surveydaten des Robert Koch-Instituts werden die Ergebnisse um Auswertungen zum Zusammenhang zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitszustand und Lebensform in verschiedenen Altersgruppen ergänzt; bei Kindern und Jugendlichen wird die Einschätzung der Eltern berücksichtigt.

3.4.1

FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT IM KINDES- UND JUGENDALTER

Als primäre Sozialisationsinstanz hat die Familie großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [1]. Als wichtigste, die Gesundheit von Kindern fördernde Faktoren von Familie werden eine dauerhaft gute Beziehung zu primären Bezugspersonen und ein sicheres Bindungsverhalten eingestuft [5]. Darüber hinaus haben unter anderem auch das Familienklima, der elterliche Erziehungsstil sowie schwere Erkrankungen eines Elternteils Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern [6]. In der Scheidungsforschung wird zudem die Trennung oder Scheidung der Eltern als kritisches Lebensereignis im Kindes- und Jugendalter gewertet. Insbesondere das Erleben starker Konflikte in der Ursprungsfamilie, der Kontaktverlust zu einem Elternteil, ein Umzug in ein neues Wohngebiet nach der Trennung der Eltern, der gegebenenfalls damit einhergehende Wechsel von Schule oder Kindertagesstätte sowie ungünstigere zeitliche und ökonomische Ressourcen des alleinerziehenden Elternteils können zu psychosozialen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen führen [7–9]. Allerdings kann die Trennung der Eltern auch mit Vorteilen für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen einhergehen – nicht zuletzt durch die Entschärfung familiärer Konflikte [10]. Geht der alleinerziehende Elternteil eine neue Partnerschaft ein, kann dies einerseits mit einer Verbesserung der sozia-

len und finanziellen Ressourcen der Familie verbunden sein. Andererseits macht es auf Seiten der Kinder eine neuerliche Anpassung an veränderte Lebensverhältnisse erforderlich [10]. Im Jahr 2013 wuchsen von den 13,0 Millionen in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren 82,4% in Zweieltern- und 17,6% in Einelternfamilien auf [11]. Bei neun von zehn Alleinerziehenden handelt es sich um alleinerziehende Mütter [12]. Der Anteil der in Stieffamilien (Familien mit einem leiblichen und einem sozialen Elternteil) lebenden Kinder und Jugendlichen liegt Schätzungen wissenschaftlicher Studien zufolge zwischen 6,0% [13] und 10,9% [14].

Der Zusammenhang von Familienform und gesundheitlicher Lage von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland bisher erst in Ansätzen untersucht: Die vorliegenden Studien ergeben insbesondere für die psychische und nur in Teilen für die körperliche Gesundheit höhere Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen, die nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammenleben, gegenüber Gleichaltrigen, die bei beiden leiblichen Elternteilen aufwachsen [9, 15–22]. Für den von den Eltern eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand zeigen sich in der ersten Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1, 2009–2012) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Familienformen.

Kinder und Jugendliche, die in Einelternfamilien aufwachsen, sind darüber hinaus überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen [23]. So beziehen Einelternfamilien im Vergleich zu Zweielternfamilien im Bundesdurchschnitt fünf Mal häufiger staatliche Grundsicherungsleistungen (»Hartz IV«) [24]. Studien zeigen, dass ein Teil der Unterschiede in der Gesundheit von Heranwachsenden aus Ein- und Zweielternfamilien auf die sozio-ökonomische Lage der Familie zurückgeführt werden kann. Allerdings lassen sich die Unterschiede zwischen den Familienformen nicht gänzlich durch die soziale Lage der Familie erklären [18, 19]. Auch Untersuchungen, die sich mit dem Wohlergehen von Kindern – darunter als einem Indikator auch mit ihrem Gesundheitszustand – befassen, berücksichtigen unterschiedliche Familienformen. Dass ein Alleinerziehendenstatus an sich einen negativen Effekt auf das Wohlergehen ausübt, konnte nicht bestätigt werden, jedoch, dass ökonomische Belastungen negativ auf die Gesundheit wirken [25].

3.4.2

FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT IM JUNGEN ERWACHSENENALTER

Das junge Erwachsenenalter ist eine den weiteren Lebenslauf prägende Phase, in der viele wichtige biografische Entscheidungen getroffen oder vorbereitet werden – wie etwa der Abschluss der schulischen Bildung und die Wahl von Ausbildung und Beruf, der Auszug aus dem Elternhaus, die Partnerwahl oder die Familiengründung [26]. Sind junge Erwachsene bereits in dieser Lebensphase als Eltern für Kinder verantwortlich und können sie dabei nicht auf die Unterstützung durch einen Partner beziehungsweise eine Partnerin oder ihre Familie zurückgreifen, stellt dies die betroffenen jungen Eltern vor eine besondere Herausforderung [27, 28].

Im Alter von 18 bis 24 Jahren lebte im Jahr 2013 noch mehr als die Hälfte der jungen Erwachsenen bei ihren

Eltern im Haushalt (Männer: 68,4%; Frauen: 55,2%). Unter den 25- bis 29-jährigen Männern bildeten die Alleinstehenden mit 39,7% die größte Gruppe. Bei den Frauen lagen im Alter von 25 bis 29 Jahren die Anteile für die Alleinstehenden (30,4%), für Frauen in einem kinderlosen Partnerhaushalt (27,7%) und für Frauen in einem Haushalt mit Kindern (29,6%) auf ähnlichem Niveau. Der Anteil der alleinerziehenden Mütter an allen 25- bis 29-jährigen Frauen betrug 6,6% [11].

Der Zusammenhang zwischen Lebensformen und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter wurde bislang für Deutschland nur selten erforscht. Insgesamt scheint der Zusammenhang zwischen Lebensform und Gesundheit in dieser Lebensphase, die durch häufige Wechsel der Lebensformen gekennzeichnet ist, geringer auszufallen als im mittleren Erwachsenenalter. In den Daten der Studien Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009 und 2010 des Robert Koch-Instituts bezeichnen sich junge Erwachsene in allen Lebensformen als vergleichsweise gesund. Allerdings schätzen junge Mütter mit und ohne Partner ihre Gesundheit im Vergleich zu jungen Frauen, die in dieser Lebensphase noch im Elternhaus leben, signifikant seltener als gut oder sehr gut ein (Abb. 3.4.1). Für die psychische Gesundheit ergibt sich in der GEDA-Studie ein positiver Zusammenhang zum Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin; höhere Prävalenzen für Depressionen bestehen sowohl bei alleinlebenden als auch bei alleinerziehenden Frauen und Männern dieser Altersgruppe [29]. Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens ist von Bedeutung, ob Kinder im Haushalt leben. So finden sich für junge Frauen und Männer, die mit Kindern zusammenleben, seltener riskante Alkoholkonsummuster als bei kinderlosen jungen Frauen und Männern [30].

3.4.3

FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT IM MITTLEREN ERWACHSENENALTER

Das mittlere Erwachsenenalter startet für viele Frauen und Männer als »Rush-Hour des Lebens« [31, 32]. So fallen gerade im Alter von 30 bis 40 Jahren oftmals die Etablierung im Beruf und die Gründung einer Familie beziehungsweise die aktive Familienphase zeitlich zusammen. In der späten Familienphase und mit Zunahme des Lebensalters steigt zudem die Wahrscheinlichkeit der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Eltern. Sowohl die Erziehung der Kinder als auch die Betreuung der Eltern stellt viele Frauen und Männer vor die Herausforderung, berufliche und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren.

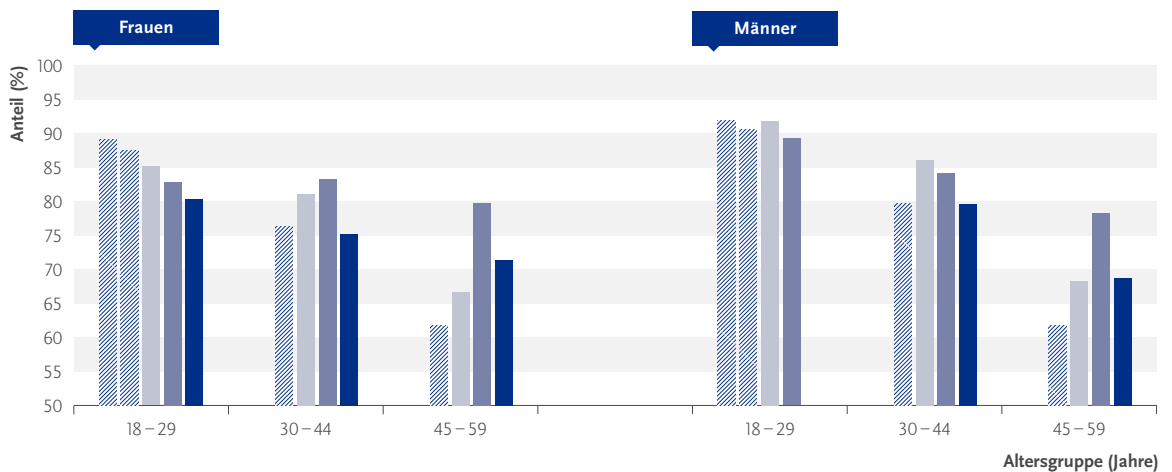
Im mittleren Erwachsenenalter stellt das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin die häufigste Lebensform dar: 71,7% der Frauen und 67,9% der Männer im Alter von 30 bis 59 Jahren lebten im Jahr 2013 mit Ehe- oder Lebenspartnern zusammen. Mit Partner oder Partnerin und Kind(ern) im gemeinsamen Haushalt lebten 45,0% der Frauen und 44,3% der Männer. Der Anteil der Alleinerziehenden lag bei Frauen in dieser Lebensphase mit 10,1% deutlich höher als bei Männern mit 1,7% [11].

Zahlreiche Studien zeigen, dass in Partnerschaft lebende beziehungsweise verheiratete Frauen und Männer ein geringeres Mortalitätsrisiko besitzen als Allein-

3.4

► **Abbildung 3.4.1**
Guter oder sehr guter
allgemeiner Gesundheits-
zustand von
18- bis 59-Jährigen
(Selbsteinschätzung)
nach Lebensform
Quelle:
GEDA 2009/2010

- Im Elternhaushalt lebend
- Ohne Partner(in), ohne Kinder
- Mit Partner(in), ohne Kinder
- Mit Partner(in), mit Kind(ern)
- Ohne Partner(in), mit Kind(ern)



lebende oder Alleinstehende [33–36], wobei das Mortalitätsrisiko der unverheirateten Männer größer ist als das der unverheirateten Frauen. Auch für viele Aspekte der Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens zeigen sich Unterschiede nach Familienstand beziehungsweise Partnerschaft dahingehend, dass Frauen und Männer, die in einer (Ehe-)Partnerschaft leben, gesünder sind und sich seltener gesundheitsriskant verhalten als Alleinlebende [29, 30, 37].

Zur Bedeutung von Elternschaft für Gesundheit und Gesundheitsverhalten legen Studien den Schluss nahe, dass Frauen und Männer, die mit Kindern zusammenleben, sich seltener gesundheitsriskant verhalten und in Teilen eine bessere Gesundheit aufweisen als kinderlose Frauen und Männer [29, 38, 39]. Es finden sich jedoch auch internationale Studien, die für Eltern höhere Stressbelastungen und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit aufzeigen [40, 41]. Insgesamt sind die Ergebnisse weniger konsistent als zur Partnerschaft und variieren zudem mit der Anzahl und dem Alter der Kinder. Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede danach, ob Eltern in einem Partnerhaushalt leben oder nicht. So lassen sich für alleinerziehende Mütter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern häufiger körperliche und psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit sowie gesundheitsriskante Verhaltensweisen finden [42–45]. Auch alleinerziehende Väter besitzen im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Vätern ein größeres Risiko für Depressionen und einen selbst als nicht gut eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand [30]. Die Differenzen in der Gesundheit von Alleinerziehenden im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern lassen sich dabei zum Teil auf die schlechtere sozio-ökonomische Lage der Alleinerziehenden zurückführen [29].

Auswertungen der Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 des Robert Koch-Instituts zeigen ferner, dass die Unterschiede in der selbst eingeschätzten Gesundheit nach Lebensform in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen stärker ausfallen als in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen (Abb. 3.4.1). Während in der Altersgruppe von 30 bis 44 Jahren lediglich bei den Frauen die in Partnerschaft Lebenden signifikant häufiger ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen als nicht in Partnerschaft lebende Frauen, berichten im Alter zwischen 45 und 59 Jahren sowohl alleinstehende Frauen

als auch Männer signifikant seltener einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand als Frauen und Männer in anderen Lebensformen. Frauen und Männer, die mit Partner beziehungsweise Partnerin und Kindern zusammenleben, bewerten in dieser Altersgruppe ihre Gesundheit am häufigsten als gut oder sehr gut.

3.4.4 FAMILIÄRE LEBENSFORMEN UND GESUNDHEIT IM HÖHEREN UND HOHEN ERWACHSENENALTER

Im höheren Erwachsenenalter beenden viele Frauen und Männer ihre berufliche Tätigkeit. Eigene Kinder leben in dieser Phase meist nicht mehr im Elternhaushalt („empty nest-Phase“). Beides kann mit einer veränderten Bedeutung von Partnerschaft einhergehen [46]. Durch die gestiegene Lebenserwartung und die längere, in relativer Gesundheit verbrachte Lebenszeit sind viele Menschen heute erst im hohen Alter mit dem Verlust der Partnerin oder des Partners und einer damit einhergehenden grundlegenden Veränderung ihrer Lebenssituation konfrontiert [47].

Im höheren und hohen Erwachsenenalter nimmt der Anteil der Alleinstehenden – insbesondere unter den Frauen – deutlich zu. Im Alter von 60 bis 74 Jahren waren im Jahr 2013 30,8% der Frauen und 18,3% der Männer alleinstehend, ab 75 Jahren betragen die entsprechenden Anteile bereits 62,2% und 24,1% [11].

Für das höhere und hohe Alter belegen internationale Studien, dass ein Leben in (Ehe-)Partnerschaft mit einem geringeren Mortalitäts- und teilweise auch mit einem geringeren Morbiditätsrisiko einhergeht [48], obgleich der Zusammenhang im höheren Lebensalter weniger stark ausgeprägt zu sein scheint als im mittleren Erwachsenenalter [49]. Die Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 zur selbst eingeschätzten Gesundheit zeigen, dass Unterschiede zwischen in Partnerschaft und alleinlebenden Frauen und Männern im Alter geringer werden und in der Altersgruppe ab 75 Jahren nicht mehr zu sehen sind. Auch mit Blick auf die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen kommt der Partnerschaft eine bedeutende Rolle zu. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben und in Partnerschaften meist jünger sind, stehen sie ihren pflegebedürftigen Partnern sehr viel häufiger als Pflegeperson zur Verfügung als umgekehrt. Wenn ältere Frauen hingegen pflegebedürftig werden, leben

sie oftmals schon alleine und sind daher eher auf professionelle Pflegeleistungen (ambulante Pflegedienste, Pflegeheime) angewiesen [47] (siehe Kapitel 5.4).

3.4.5

FAZIT

Der Überblick über Zusammenhänge zwischen familiären Lebensformen und Gesundheit zeigt, dass soziale Beziehungen, wie sie in Partnerschaft und Familie zum Ausdruck kommen, wichtige Ressourcen für die Gesundheit darstellen können, aber auch gesundheitliche Belastungen mit sich bringen können. Neben dem Einfluss, den Partnerschaft und Familie auf Gesundheit ausüben, darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass bei Zusammenhängen zwischen Partner- und Elternschaft und Gesundheit auch starke Selektionseffekte bestehen. So finden gesündere Frauen und Männer häufiger eine Partnerin oder einen Partner und können leichter eine Familie gründen als Kranke, Menschen mit Behinderung oder Menschen mit stark gesundheitsriskanten Verhaltensweisen [50, 51].

Die Zusammenhänge zwischen Lebensformen und gesundheitlicher Lage variieren stark mit der Lebensphase und dem untersuchten Gesundheitsindikator. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass innerhalb der hier vorgestellten Lebensformgruppen eine große Heterogenität vorhanden ist. So umschließt die Gruppe der Alleinlebenden neben den nie verheirateten Singles auch alleinlebende Frauen und Männer mit Partnerin beziehungsweise Partner sowie verwitwete, getrennt lebende oder geschiedene Frauen und Männer. Unberücksichtigt blieben in diesem Überblick ferner qualitative Aspekte sozialer Beziehungen, die neben der Haushaltsstruktur ebenfalls mit Gesundheit assoziiert sind [52, 53].

Es ist zu vermuten, dass der in den letzten Jahrzehnten in Deutschland festzustellende Trend der Pluralisierung der Lebensformen auch in den kommenden Jahren anhalten wird. Ob die damit einhergehende größere gesellschaftliche Akzeptanz von unterschiedlichen Lebenswürfen und Lebensformen sich auch in einer Veränderung des Zusammenhangs zwischen Lebensform und Gesundheit niederschlägt, kann derzeit nicht beurteilt werden, weil dazu bislang Studien fehlen.

Eine familienorientierte Gesundheitsförderung zielt darauf, soziale Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Benachteiligungen für einzelne Lebensformen ausgeglichen werden und in jeder Lebensform ein gesundes Leben möglich ist. Mit Blick auf das mittlere Erwachsenenalter lassen sich hier Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Beispiel nennen [54].

LITERATUR

- Kolip P, Lademann J (2012) Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, S. 517-540
- Hammes W (2013) *Haushalte und Lebensformen der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Lengerer A, Bohr J, Janßen A (2005) *Haushalte, Familien und Lebensformen im Mikrozensus – Konzepte und Typisierungen*. ZUMA-Arbeitsbericht 2005(5), Mannheim
- Peuckert R (2012) *Familienformen im sozialen Wandel*. 8. Auflage. Springer VS, Wiesbaden
- Egle U, Hardt J, Nickel R et al. (2002) Früher Streß und Langzeitfolgen für die Gesundheit. Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. *Z Psychosom Med Psychother* 48:411-434
- Hurrelmann K (2006) *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel
- Amato PR (2000) The Consequences of Divorce for Adults and Children. *J Marriage Fam* 62(4):1269-1287
- Amato PR (2001) Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis. *J Fam Psychol* 15(3):355-370
- Wendt E-V, Walper S (2007) *Entwicklungsverläufe von Kindern in Ein-Eltern- und Stieffamilien*. In: Alt C (Hrsg) *Kinderleben – Start in die Grundschule – Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle*. Springer VS, Wiesbaden, S. 211-242
- Walper S (2002) Einflüsse von Trennung und neuer Partnerschaft der Eltern. Ein Vergleich von Jungen und Mädchen in Ost- und Westdeutschland. *Z Soziol Erzieh Sozi* 22(1):25-46
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2015) *Lebensformen nach Altersgruppen. Sonderauswertung Mikrozensus 2013 (eigene Berechnungen)*
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2011) *Familienreport 2011. Leistungen, Wirkungen, Trends*. BMFSFJ, Berlin
- Teubner M (2002) *Wie viele Stieffamilien gibt es in Deutschland?* In: Bien W, Hartl A, Teubner M (Hrsg) *Stieffamilien in Deutschland Eltern und Kinder zwischen Normalität und Konflikt*. Leske + Budrich Verlag, Opladen, S. 23-50
- Steinbach A (2008) *Stieffamilien in Deutschland. Ergebnisse des "Generations and Gender Survey" 2005*. *Z Bevölkerungswiss* 33(2):153-180
- Brockmann H (2012) *Ungesunde Verhältnisse? Eine Längsschnittanalyse zur Gesundheit von Kindern in zusammen- und getrenntlebenden Familien*. SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
- Erhart M, Ravens-Sieberer U (2008) *Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter* In: Richter M, Hurrelmann K, Klocke A et al. (Hrsg) *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 190-213
- Hagen C, Lange C, Lampert T (2010) *Gesundheitliche Situation von Kindern alleinerziehender Mütter*. In: Collatz J (Hrsg) *Familienmedizin in Deutschland Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven – Für eine inhaltlich orientierte Gesundheitsreform*. Pabst Science Publishers, Lengereich, S. 176-200
- Klocke A, und das HBSC-Team Deutschland (2012) *Gesundheit der Kinder in Einelternfamilien*. *Gesundheitswesen* 74(Suppl 1):S70-S75
- Rattay P, von der Lippe E, Lampert T (2014) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien – Ergebnisse der ersten Folgebefragung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):860-868
- Scharte M, Bolte G, & die GME-Studiengruppe (2012) *Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen*. *Gesundheitswesen* 74:123-131
- Schlack R (2013) *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien unter besonderer Berücksichtigung von Jungen*. *Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS)*. In: Franz M, Karger A (Hrsg) *Scheiden tut weh Elterliche Trennung aus Sicht der Väter und Jungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 122-144
- Seyda S, Lampert T (2009) *Familienstruktur und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. *Z Fam Forsch* 21(2):168-192
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) *Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung*. BMAS, Bonn
- Lenze A, im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (2014) *Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Schölmerich A, Agache A, Leyendecker B et al. (2013) *Endbericht des Moduls Wohlergehen von Kindern, erstellt im Auftrag der*

- Geschäftsstelle Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Leistungen in Deutschland (im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
<http://aktuell.rub.de/mam/content/studie-wohlergehen.pdf>
 (Stand: 27.08.2015)
26. Konietzka D (2010) Der Übergang in das Erwachsenenalter – Konzepte und Dimensionen. In: Konietzka D (Hrsg) *Zeiten des Übergangs – Sozialer Wandel des Übergangs in das Erwachsenenalter*. Springer VS, Wiesbaden, S. 107-128
 27. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) *Alleinerziehende: Lebens- und Arbeitssituation sowie Lebenspläne. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage*. BMFSFJ, Berlin
 28. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2009) *Familienform: Alleinerziehend. Soziale Situation alleinerziehender Mütter und Väter im Land Brandenburg*. Beiträge zur Sozialberichterstattung Nr 8. MASF, Potsdam
 29. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) *Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern*. GBE Kompakt 4(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin.
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
 30. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 31. Bittman M, Wajcman J (2000) *The rush hour: the character of leisure time and gender equity*. *Social Forces* 79(1):165-189
 32. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2012) *Achter Familienbericht: Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik*. BMFSFJ, Berlin
 33. Hu Y, Goldman N (1990) *Mortality differentials by marital status: an international comparison*. *Demography* 27(2):233-250
 34. Lund R, Due P, Modvig J et al. (2002) *Cohabitation and marital status as predictors of mortality—an eight year follow-up study*. *Soc Sci Med* 55(4):673-679
 35. Brockmann H, Klein T (2002) *Love and Death in Germany. The marital biography and its impact on mortality*. MPIDR WORKING PAPER WP 2002-015. Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock.
www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2002-015.pdf
 (Stand: 15.04.2015)
 36. Roelfs DJ, Shor E, Kalish R et al. (2011) *The rising relative risk of mortality for singles: meta-analysis and meta-regression*. *Am J Epidemiol* 174(4):379-389
 37. Klein T, Rapp I, Schneider B (2013) *The Influence of Couples' Living Arrangements on Smoking Habits and Body Weight*. *Comparative Population Studies*. *Z Bevölkerungswiss* 38(3):673-694
 38. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) *Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(11):889-896
 39. von der Lippe E, Rattay P (2014) *Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland*. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 93(1):5-20
 40. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K (1990) *The impact of the family on health: The decade in review*. *J Marriage Fam* 52(4):1059-1078
 41. Evenson RJ, Simon RW (2005) *Clarifying the relationship between parenthood and depression*. *J Health Soc Behav* 46(4):341-358
 42. Lange C, Saß AC (2006) *Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen*. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72:121-126
 43. Hoffmann B, Swart E (2002) *Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys*. *Gesundheitswesen* 64(4):214-223
 44. Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S (2011) *Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(6):735-744
 45. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. RKI, Berlin
 46. Tesch-Römer C (2010) *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart
 47. Statistisches Bundesamt (2011) *Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU*. Destatis, Wiesbaden
 48. Manzoli L, Villari P, Pirone GM et al. (2007) *Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis*. *Soc Sci Med* 64(1):77-94
 49. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD et al. (2000) *Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study*. *Ann Epidemiol* 10(4):224-238
 50. Unger R (2007) *Gesundheit im Lebenslauf. Zur relativen Bedeutung von Selektions- gegenüber Kausaleffekten am Beispiel des Familienstands*. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
 51. Waldron I, Hughes ME, Brooks TL (1996) *Marriage protection and marriage selection – Prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health*. *Soc Sci Med* 43(1):113-123
 52. Hibbard JH, Pope CR (1993) *The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality*. *Soc Sci Med* 36(3):217-225
 53. Plaisier I, Beekman ATF, de Bruijn JGM et al. (2008) *The effect of social roles on mental health: A matter of quantity or quality?* *J Affect Disord* 111(2-3):261-270
 54. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) *Alleinerziehende: Lebens- und Arbeitssituation sowie Lebenspläne. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage*. BMFSFJ, Berlin

3.5 MIGRATION

- / In Deutschland haben rund 20% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund; 7% der Bevölkerung sind als Nachkommen von Einwanderern in Deutschland geboren.*
- / Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nur wenig in ihrer körperlichen Gesundheit.*
- / Es gibt aber Hinweise auf eine schlechtere seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund.*
- / Viele Menschen mit Migrationshintergrund trinken weniger Alkohol, treiben aber auch weniger Sport und ernähren sich weniger gesund.*
- / Menschen mit Migrationshintergrund nutzen viele Gesundheitsleistungen seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund.*



INFOBOX 3.5.1

DEFINITION: MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Unter dem Begriff »Migration« wird die vorübergehende oder dauerhafte Verlegung des Wohnortes einer Person in ein anderes Land verstanden (internationale Migration). Prägend für die Unterscheidung zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland ist die Definition, die das Statistische Bundesamt seit 2005 für seine Fachserie »Bevölkerung mit Migrationshintergrund« zugrunde legt [8]: Kern dieser Definition ist es, dass nicht allein die Staatsangehörigkeit einer Person bestimmt, ob ein Migrationshintergrund vorliegt. Vielmehr werden in der Bevölkerungsstatistik neben zugewanderten Ausländerinnen und Ausländern der ersten Generation auch zugewanderte Deutsche

(wie etwa Spätaussiedlerinnen und -aussiedler) sowie die Nachkommen beider Gruppen (zweite und dritte Generation) als Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet. Damit wird Migration nicht mehr als vorübergehende Zuwanderung angeworbener Arbeitskräfte oder von Asylsuchenden verstanden. Sondern es wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig dauerhaft in Deutschland leben wollen und dass der Migrationshintergrund über mehrere Generationen hinweg für das Leben der betreffenden Personen prägend sein kann. Seit der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003–2006 wird eine ähnliche Definition auch in den Studien des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut angewandt [9].

3.5 MIGRATION

Deutschland war in den vergangenen Jahrzehnten das Ziel vieler Migrantinnen und Migranten, die ihr Heimatland aus unterschiedlichen Motiven verlassen haben. Viele dieser Menschen und ihre Nachkommen bleiben dauerhaft in Deutschland und stellen das Gesundheitswesen vor besondere Herausforderungen. Zum einen bilden sprachliche und kulturelle Barrieren ein Hemmnis für eine optimale gesundheitliche Versorgung. Zum anderen weisen Menschen mit Migrationshintergrund spezifische gesundheitsbezogene Risiken, aber auch Ressourcen auf [1, 2].

Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wird sowohl durch das Herkunftsland als auch das Zuwanderungsland geprägt. Mit längerer Aufenthaltsdauer nimmt die Bedeutung der Lebensbedingungen im Herkunftsland ab (beispielsweise schlechtere Hygiene, weniger umfassende Gesundheitsversorgung, Krieg und Gewalt). Vieles beeinflusst jedoch auch nach der Einwanderung noch die gesundheitliche Lage (zum Beispiel »importierte« Infektionen, spezifische Muster beim Alkohol- oder Tabakkonsum, genetische Dispositionen). Hinzu treten neue Einflüsse: Beispielsweise passen sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen den vorherrschenden Verhaltensroutinen der aufnehmenden Gesellschaft an [3, 4].

Die Migrationserfahrung ist also ein Lebensereignis, das die Gesundheit von Menschen nachhaltig beeinflusst. Zwar eröffnet eine Migration neue Lebenschancen, sie kann aber auch gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen [5]. Die Eingewöhnung in die neue Umgebung stellt vielfältige Anforderungen und erfordert eine lang andauernde, generationenübergreifende Integrationsleistung, die der dauerhaften Unterstützung durch die aufnehmende Gesellschaft bedarf [6, 7].

Aufgrund dieser vielen Einflüsse ist die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund nicht einheitlich. Vielmehr müssen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund thematisch differenziert beschrieben werden. Dabei soll-

ten soziodemografische Besonderheiten ebenso wie die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe in Hinblick auf Faktoren wie die Herkunftsregionen, die Aufenthaltsdauer oder die vielfältigen Migrationserfahrungen Berücksichtigung finden.

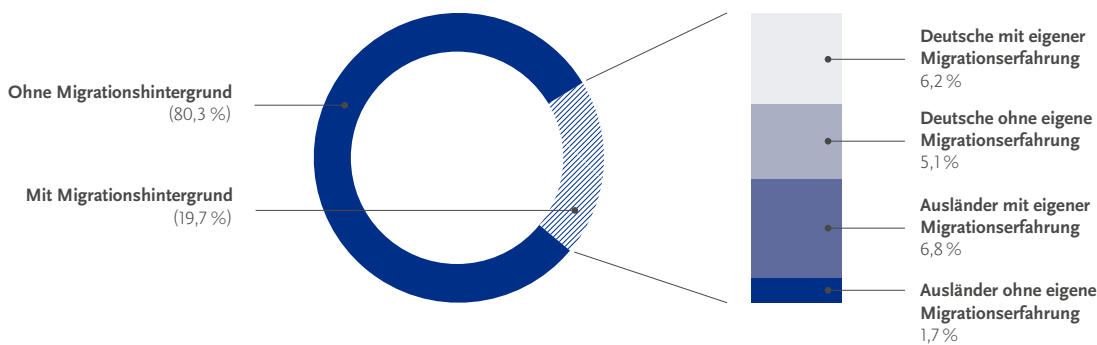
3.5.1 MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEUTSCHLAND

Im Jahr 2013 lebten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 15,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 19,7% [8]. Etwa 5,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (6,8% der Bevölkerung) sind in Deutschland geboren und haben keine eigene Migrationserfahrung. Knapp 9,1 Millionen Personen mit Migrationshintergrund (11,3% der Bevölkerung) haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn sind somit deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger. 8,5% der Bevölkerung in Deutschland sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (Abb. 3.5.1).

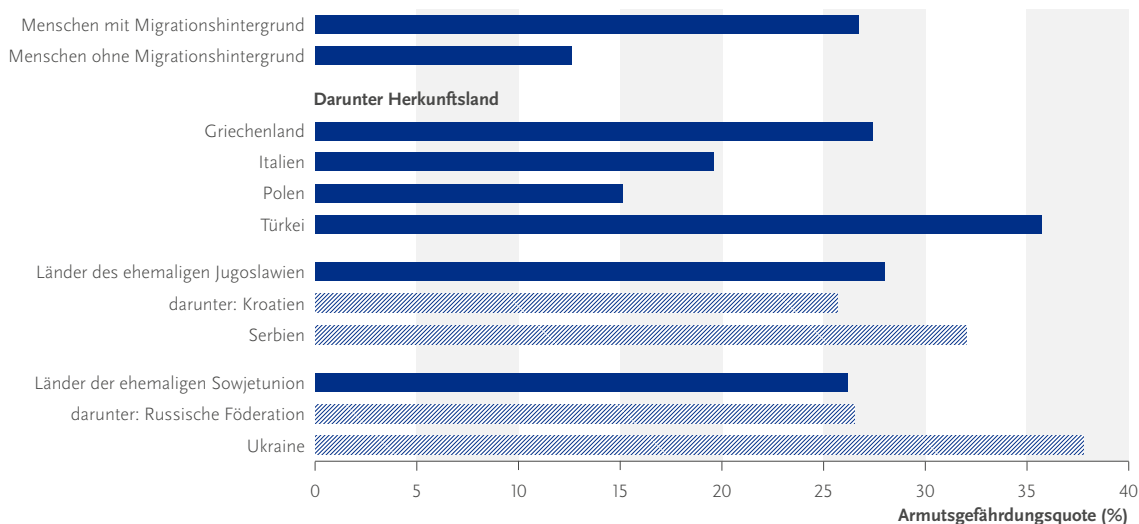
Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen. Mit einem Anteil von 18,0% hat die größte Gruppe einen türkischen Migrationshintergrund (rund 2,8 Millionen). 18,0% entstammen den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (rund 2,9 Millionen), 9,3% dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien (rund 1,5 Millionen) und 9,6% haben einen polnischen Hintergrund (rund 1,5 Millionen) [8]. Weitere wichtige Herkunftsländer sind Italien, Griechenland, Spanien und Rumänien.

Aus verschiedenen Ländern Osteuropas und Asiens rekrutiert sich die Gruppe der Spätaussiedlerinnen und -aussiedler, die als Nachfahren deutscher Auswanderer vor allem in den 1990er-Jahren nach dem Bundesvertriebenengesetz in Deutschland eingebürgert wurden. Sie machen etwa ein Fünftel aller Menschen mit Migrationshintergrund aus (rund 3,1 Millionen) [8].

Menschen mit Migrationshintergrund sind im Mittel jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und konzentrieren sich demografisch im jüngeren und



◀ **Abbildung 3.5.1** Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Migrationshintergrund
Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2013 [8]



◀ **Abbildung 3.5.2** Armutsgefährdungsquoten (Netto-Äquivalenzeinkommen < 60% des Bevölkerungsmedians) nach Migrationshintergrund und ausgewählten Herkunftsländern
Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2013 [8]

3.5

mittleren Erwerbsalter [8]. Ältere und hochbetagte Menschen mit Migrationshintergrund sind dagegen eine relativ kleine Gruppe, die im Zuge der demografischen Alterung jedoch stetig an Bedeutung gewinnt (siehe auch Kapitel 8) [10, 11].

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich auch in Bezug auf ihre soziale Lage deutlich von der einheimischen Bevölkerung. Sie verlassen die Schule häufiger ohne Abschluss und seltener mit Hochschulreife. Dies gilt unter den großen Herkunftsgruppen besonders für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, aber auch für Personen mit griechischer, italienischer und ehemals jugoslawischer Abstammung. Demgegenüber weisen Menschen aus Osteuropa häufiger höhere Bildungsabschlüsse auf [8].

Die Unterschiede im Bildungsniveau zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund haben sich im Zeitverlauf tendenziell verringert [12]. Auch zeigen die Ergebnisse der PISA-Studie für einige Gruppen von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund eine Verbesserung von Teilkompetenzen im Vergleich zu einheimischen Jugendlichen [13, 14]. Im Grundsatz behält der Befund einer ausgeprägten sozialen Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund dennoch Gültigkeit. So liegt das Armutsrisiko der Migrantinnen und Migranten – definiert als ein bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 60% des Medianeinkommens – nach Ergebnissen des Mikrozensus 2013 deutlich höher als das der einheimischen Bevölkerung [8]. Unter den großen Zuwandererländern weisen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund die höchsten

Armutsgefährdungsquoten auf (Abb. 3.5.2). Die höchsten Armutsrisiken aller auf Basis des Mikrozensus differenzierbaren Zuwanderergruppen tragen Menschen mit Herkunft aus der Ukraine (37,8%) und aus Afrika (41,5%).

Aber auch hier wird eine große Heterogenität innerhalb der Menschen mit Migrationshintergrund sichtbar: Personen aus Griechenland, Italien oder Polen sind deutlich weniger armutsgefährdet als Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Und Menschen mit ukrainischem Migrationshintergrund weisen Armutsgefährdungsquoten auf, die deutlich über denen von Personen aus der Russischen Föderation liegen. Gleiches gilt für Personen mit serbischem im Vergleich zu Personen mit kroatischem Migrationshintergrund. Die soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich also nicht pauschal bestimmen, sondern bedarf differenzierter Betrachtungen [8].

3.5.2 MIGRATION UND GESUNDHEIT

Zwar lassen sich in einigen Bereichen Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund treffen, aber insgesamt ist die Datenlage lückenhaft. Zu wichtigen Themen wie der Prävalenz chronischer Erkrankungen, der Qualität der gesundheitlichen Versorgung oder zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (wie der Konsum psychoaktiver Substanzen oder das Bewegungsverhalten) liegen nur sehr wenige belastbare Informationen vor. Das gilt auch für Daten zur gesundheitlichen Lage der Menschen, die – derzeit verstärkt – in Deutschland Asyl suchen. Sie bringen unterschiedliche

gesundheitliche Risiken und Ressourcen mit. Diese können nach Herkunftsregion, aber auch mit den Erfahrungen, die vor und auf der Flucht gemacht wurden, stark variieren. So können sich die Risiken für Infektionen, chronische Erkrankungen, aber auch für Traumatisierung und andere seelische Probleme innerhalb der Asylsuchenden deutlich unterscheiden. Informationen über das Ausmaß gesundheitlicher Problemlagen insgesamt wie auch spezifisch, das heißt innerhalb einzelner Subgruppen, sind bislang rar. Deshalb ist es von hoher Priorität, diese Bevölkerungsgruppe in Zukunft besser in ein Monitoring der Gesundheit einzubeziehen. Die gesundheitliche Lage und die spezifischen Versorgungsbedarfe neu angekommener Asylsuchender sollten dabei ebenso Berücksichtigung finden wie jene von Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben.

Die Betrachtung wird zudem durch unterschiedliche Definitionen des Migrationshintergrundes erschwert. Besonders in Gesundheitssurveys werden neuere Definitionen umgesetzt, die Personen mit eigener Migrationserfahrung von in Deutschland Geborenen unterscheiden. Dagegen findet sich in vielen amtlichen Statistiken und Routinedaten nach wie vor die Staatsangehörigkeit als vorherrschendes Unterscheidungsmerkmal, mit dem nur ein möglicherweise selektiver Teil der Migrationsbevölkerung abgebildet werden kann.

Eine weitere Einschränkung bilden die fehlenden soziodemografischen Informationen. Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrer gesundheitlichen Lage häufig schon aufgrund ihres jüngeren Durchschnittsalters oder ihrer schlechteren sozialen Lage von Menschen ohne Migrationshintergrund. Um aussagekräftige Vergleiche ziehen zu können, muss der Einfluss dieser Faktoren berücksichtigt werden. Während dies beim Alter meist möglich ist, gibt es nur wenige Datenquellen, die Rückschlüsse auf die sozioökonomische Position der untersuchten Personen zulassen.

Generell sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht kränker oder gesünder als Menschen ohne Migrationshintergrund [15]. Häufig wandern zunächst vorwiegend jüngere und gesündere Menschen aus den Herkunftsländern aus. Die Gesundheit der Zuwanderer ist zunächst besser und die Sterblichkeit in jüngeren und mittleren Altersgruppen ist geringer als bei Personen ohne Migrationshintergrund (healthy migrant effect) [1, 16, 17]. Mit längerer Aufenthaltsdauer machen sich auch gesundheitliche Nachteile bemerkbar [4]: Die Vorteile in Bezug auf die Mortalität haben sich nach und nach verringert [16]. Zudem schätzen Personen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit heute generell schlechter ein als die einheimische Bevölkerung [1, 9]. Teilweise lässt sich dies auf die schlechtere soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zurückführen: Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich bei ähnlichem Sozialstatus in der Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit kaum voneinander [18].

3.5.3 NICHTÜBERTRAGBARE UND CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Aufgrund fehlender Informationen, gerade im Bereich nichtübertragbarer, häufig chronisch verlaufender Erkrankungen, sind Vergleiche schwierig und bezie-

hen sich zumeist auf kleinräumige Studien oder Teilgruppen. Analysen mit regionalen Krebsregisterdaten belegen, dass bösartige Neubildungen bei Personen mit Migrationshintergrund seltener zu finden sind als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [19]. Lediglich bei Krebslokalisationen, die mit Infektionen im früheren Lebenslauf in Verbindung stehen, darunter Magen- oder Leberkarzinome, sind Morbidität und Sterblichkeit unter Migrantinnen und Migranten erhöht. Andere Krebserkrankungen, wie Lungenkrebs, treten bei Personen mit Migrationshintergrund hingegen seltener auf [19–21]. Für die ebenfalls mit dem Lebensstil assoziierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde in der Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler eine geringere Mortalität nachgewiesen [22].

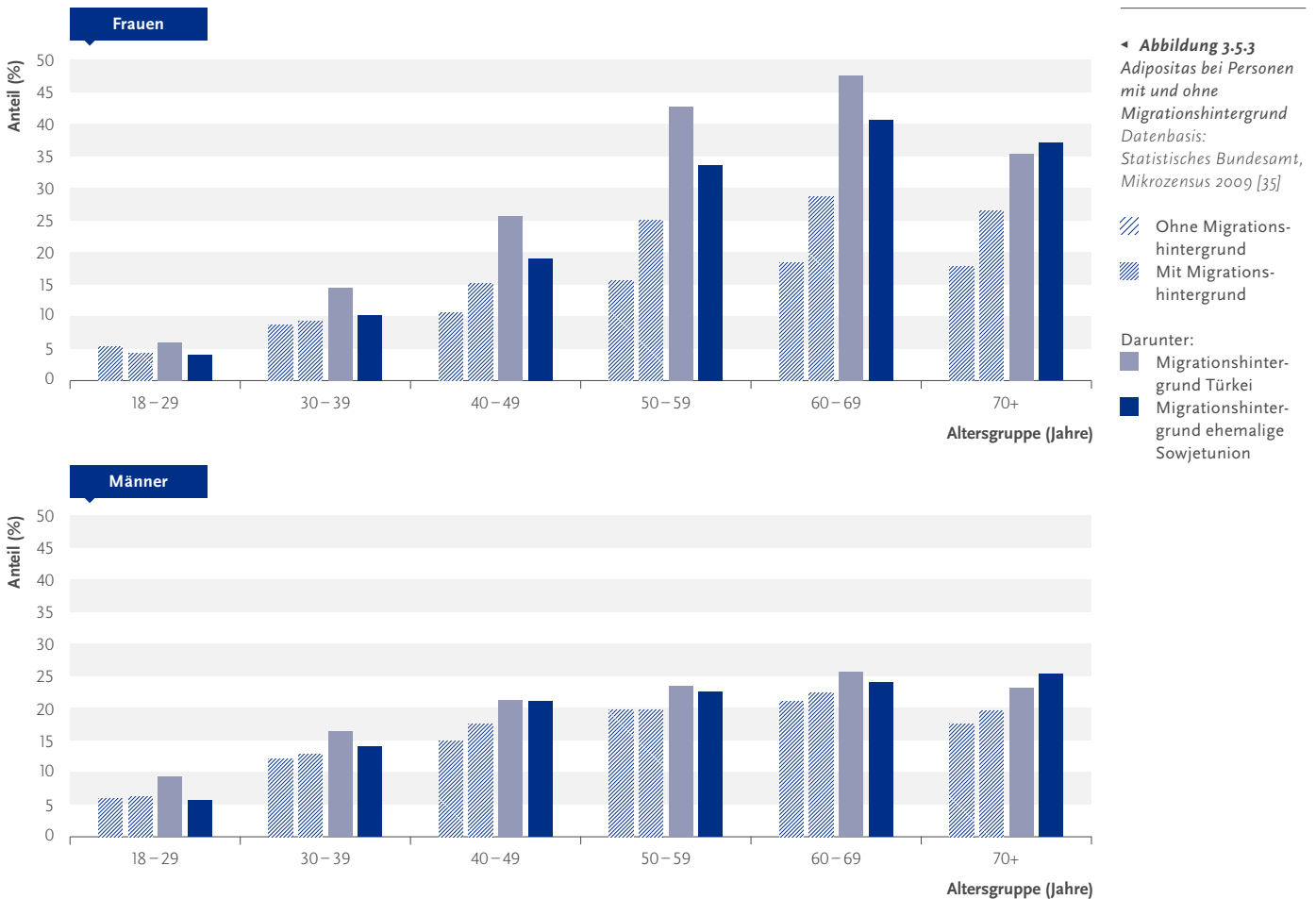
Für die Häufigkeit (Prävalenz) des Diabetes Typ 2, der stark mit Übergewicht und Bewegungsmangel einhergeht, liegen keine verlässlichen Zahlen für Menschen mit Migrationshintergrund vor [23, 24]. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Prävalenz insbesondere bei älteren Migranten über dem Niveau der Allgemeinbevölkerung liegt. Erhöhte Erkrankungsraten haben sich auch beim Schwangerschaftsdiabetes bei türkischen Frauen gezeigt [25].

Studien zur psychischen Gesundheit haben für Depressionen sowie psychosomatische Erkrankungen ebenfalls zumeist höhere Prävalenzen bei Menschen mit Migrationshintergrund gefunden [26–29]. Die Datenlage ist jedoch durch große Heterogenität, methodische Probleme sowie in Teilen widersprüchliche Ergebnisse gekennzeichnet [30, 31]. Zudem gibt es Hinweise, dass eine schlechtere psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund stark durch deren niedrigeren Sozialstatus mitbedingt ist [28].

Bei Kindern und Jugendlichen lassen sich auf Basis der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) bezüglich körperlicher Erkrankungen nur wenige Unterschiede feststellen. Erhöhte Prävalenzen zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund allein bei der Diagnose Blutarmut (Anämie); geringere Erkrankungsraten finden sich bei den Diagnosen Skoliose, Migräne sowie bei den atopischen Erkrankungen [9].

3.5.4 RISIKOFAKTOREN UND GESUNDHEITSVERHALTEN

Beim Entstehen vieler chronischer Erkrankungen spielen das Gesundheitsverhalten sowie die verhaltensassoziierten Gesundheitsrisiken eine große Rolle (siehe Kapitel 3.7 bis 3.12). Für Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich hier spezifische Risiken und Ressourcen. So machen die Ergebnisse der KiGGS-Studie deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zwar seltener Alkohol konsumieren, andererseits aber auch seltener Sport treiben und sich weniger gesund ernähren [9, 32–34]. Auswertungen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) bestätigen diese Befunde zum Alkoholkonsum sowie zum Sporttreiben auch für die erwachsene Bevölkerung [29]. Zum Anteil übergewichtiger Personen liefern der Mikrozensus 2009 sowie die KiGGS-Studie Informationen. Insgesamt unterscheiden sich die Anteile stark übergewichtiger erwach-



sener Personen nur wenig zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. 13,4 % der Frauen ohne und 15,3 % der Frauen mit Migrationshintergrund sind nach den im Mikrozensus erhobenen Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht als adipös einzustufen. Bei Männern betragen die entsprechenden Anteile 15,4 % und 14,8 % [35]. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil adipöser Migrantinnen stärker an als der Anteil adipöser Frauen ohne Migrationshintergrund (Abb. 3.5.3).

Unter den großen Herkunftsgruppen ist diese Entwicklung bei türkischen Frauen, aber auch bei Frauen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion besonders auffällig. Bei Männern gibt es dagegen auch im Altersgang nur geringe Unterschiede im Anteil von Adipositas.



In den nachwachsenden Generationen ist starkes Übergewicht bei Jungen wie Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund [9]. Unter den großen Herkunftsgruppen sind vergleichsweise hohe Prävalenzen vor allem bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen zu finden [9]. Übergewicht und Adipositas sind bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund umso weiter verbreitet, je länger die Eltern in Deutschland leben. Hierfür wird eine Mischung der Ernährungsgewohnheiten des Herkunfts- und des Aufnahmelandes verantwortlich gemacht. Nach und nach werden mitgebrachte Ernährungsmuster durch neue Verhaltensroutinen ergänzt [36, 37]. Auswertungen der KiGGS-Studie zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit

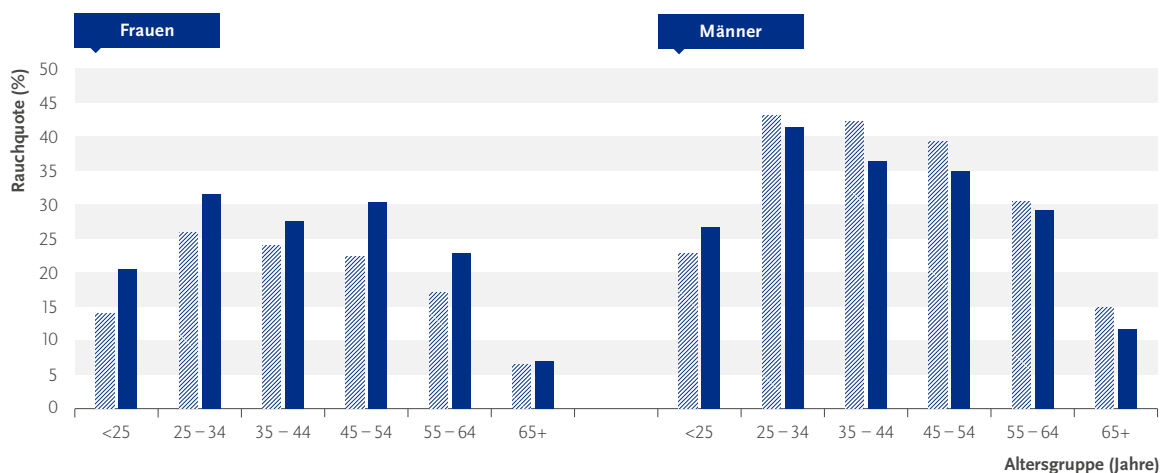
Migrationshintergrund eine weniger gesunde Ernährung aufweisen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. So ist der Konsum von Softdrinks und Snacks unter den wichtigsten Herkunftsgruppen besonders in Familien mit türkischem Migrationshintergrund weit verbreitet [33].

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund neigen weniger stark zum Tabakkonsum als solche ohne Migrationshintergrund. Besonders Kinder und Jugendliche mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund rauchen seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund [9]. Für Erwachsene zeigt der Mikrozensus, dass der Anteil der Männer mit Migrationshintergrund, die regelmäßig oder gelegentlich rauchen, mit 33,3 % über der Rauchquote von Männern ohne Migrationshintergrund (27,9 %) liegt.





Demgegenüber zeigt sich bei Frauen ein mit 19,2 % etwas geringerer Anteil an Raucherinnen im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund (20,4 %). Insgesamt bleibt der beschriebene Zusammenhang im Altersgang stabil (Abb. 3.5.4). Eine Berücksichtigung der Herkunftsregionen zeigt, dass hierbei insbesondere der geringe Raucherinnenanteil unter Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion ins Gewicht fällt. Frauen aus anderen großen Herkunftsländern rauchen ähnlich häufig wie einheimische Frauen. Männer mit Migrationshintergrund und darunter besonders türkische Männer rauchen dagegen generell häufiger als Männer ohne Migrationshintergrund [35, 38]. Das Konsumverhalten ändert sich mit längerer Aufenthaltsdauer: So steigt

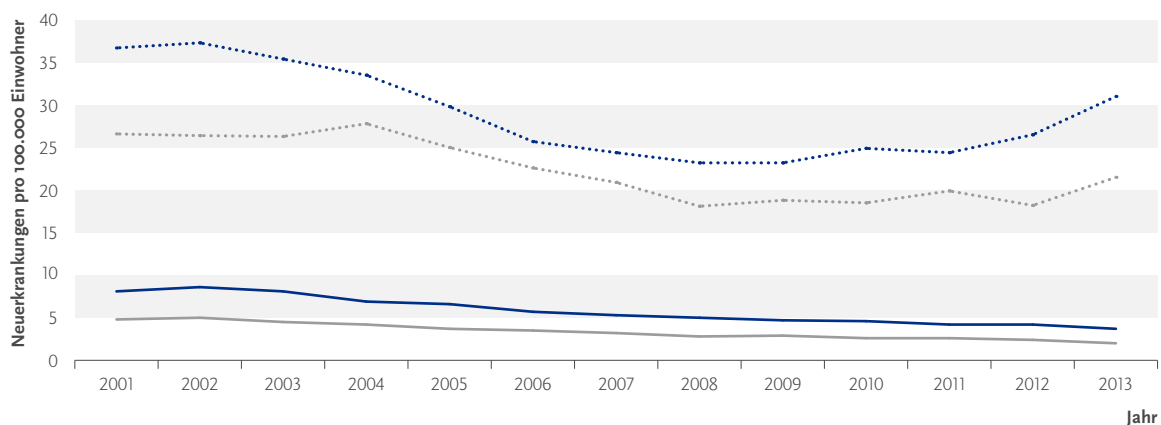
► **Abbildung 3-5.4**
Rauchquoten bei
Menschen mit und ohne
Migrationshintergrund
Datenbasis:
Statistisches Bundesamt,
Mikrozensus 2013 [8]

Mit Migrations-
hintergrund 
Ohne Migrations-
hintergrund 



► **Abbildung 3-5.5**
Tuberkuloseerkrankungen bei Menschen
mit deutscher und nicht-
deutscher Staatsangehörigkeit im Zeitverlauf
Datenbasis:
Robert Koch-Institut [43]

Frauen nicht-deutsch 
Männer nicht-deutsch 
Frauen deutsch 
Männer deutsch 



die Rauchquote unter Aussiedlerinnen, während sie bei männlichen Aussiedlern sinkt [39]. Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bildet sich ein stärker sozialstatusspezifisches Rauchverhalten heraus.

3.5.5 INFEKTIONSKRANKHEITEN

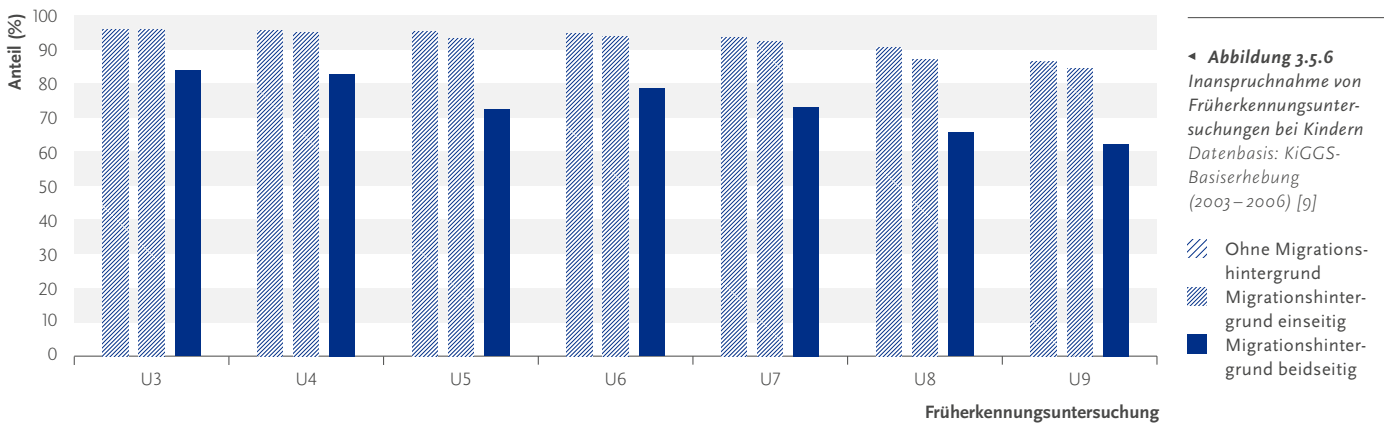
Aufgrund der höheren Infektionslast in vielen Herkunftsländern tragen Menschen mit Migrationshintergrund bei einigen ansteckenden Krankheiten ein höheres Erkrankungsrisiko. Ob die Infektion in den Herkunftsländern oder nach der Einwanderung erfolgt ist, kann bei in Deutschland neu registrierten Fällen häufig nicht mehr geklärt werden. Grundsätzlich ist aber nicht auszuschließen, dass bei diesen Erkrankungen das Infektionsrisiko auch nach Einwanderung durch Ansteckung innerhalb der Herkunftsgruppen erhöht bleibt.

Neuerkrankungen werden bei den meldepflichtigen Erkrankungen durch das Robert Koch-Institut systematisch registriert. Danach sind Menschen mit Migrationshintergrund beispielsweise bei den HIV-Neuinfektionen überrepräsentiert. Etwa ein Viertel der Neuinfektionen in Deutschland entfällt auf Personen mit einem anderen Herkunftsland. Insbesondere Personen aus Subsahara-Afrika sind dabei mit etwa 8% aller Meldungen überproportional vertreten [41].

Die Neuerkrankungsrate für Tuberkulose ist bei nichtdeutschen Personen im Vergleich zu Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit um den Faktor 9,4

erhöht. Sie lag im Jahr 2013 unter nicht-deutschen Frauen bei 21,5 und unter nicht-deutschen Männern bei 31,0 pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.03.2014). Insgesamt entfielen im Jahr 2013 von allen registrierten Tuberkuloseerkrankungen 48,4% auf Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Die altersspezifische Verteilung zeigt, dass Tuberkuloseerkrankungen unter Migrantinnen und Migranten verstärkt in der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen vorkommen und einen weiteren Höhepunkt unter den 70- bis 79-Jährigen aufweisen; in der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit konzentrieren sie sich dagegen bei älteren Menschen. Im Zeitverlauf zeigt sich in allen Gruppen ein Rückgang der Neuerkrankungsraten bis etwa 2008. Dieser hat sich in der deutschen Bevölkerung bis ins Jahr 2013 fortgesetzt. Bei Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ist es dagegen in den vergangenen Jahren wieder zu einem deutlichen Anstieg der Neuerkrankungsraten bei Tuberkulose gekommen (Abb. 3-5.5). Steigende Erkrankungszahlen werden unter anderem für Personen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion wie auch aus Rumänien berichtet [42].

Menschen mit Migrationshintergrund infizieren sich auch bei Besuchsreisen. So entfällt ein beträchtlicher Anteil von »importierten« Hepatitis A-Infektionen in Deutschland auf in Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund, die sich bei Besuchen im Herkunftsland anstecken [44]. Generell gilt diese Gruppe, zu der überproportional Kinder und Jugendliche zählen, als besonders gefährdet [45, 46]. Aktuelle



◀ **Abbildung 3.5.6**
Inanspruchnahme von
Früherkennungsunter-
suchungen bei Kindern
Datenbasis: KiGGS-
Basiserhebung
(2003–2006) [9]

▨ Ohne Migrations-
hintergrund
▨ Migrationshinter-
grund einseitig
■ Migrationshinter-
grund beidseitig

Infektionsgefahren im Herkunftsland sind häufig nicht bekannt und präventive Maßnahmen wie Impfungen werden unterlassen.

Darüber hinaus sind bei Kindern und Jugendlichen auch die klassischen Kinderkrankheiten von besonderem Interesse. Nach Ergebnissen der Basiserhebung der KiGGS-Studie unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nur bei einigen der ansteckenden Kinderkrankheiten von Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund [9]: Die Lebenszeitprävalenz für Masern liegt demnach bei Kindern aus Migrantenfamilien höher, während Windpocken und Scharlach seltener auftreten.

3.5.6

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

Viele Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Gesundheitsleistungen bei gegebenem Bedarf aufgrund sprachlicher und kultureller Probleme oder infolge von Diskriminierungserfahrungen seltener in Anspruch [1]. Es wird kritisch angemerkt, dass sich die Institutionen der gesundheitlichen Versorgung nicht hinreichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt hätten [47] und dass es zu einer systematischen interkulturellen Öffnung der Angebotsstrukturen kommen sollte [48].

Viel diskutiert wird in diesem Zusammenhang die pflegerische Versorgung. Es leben zunehmend ältere und pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland [10, 49]. In einer deutschlandweiten Befragung wurde ermittelt, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund im Durchschnitt jünger sind als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund, der Unterschied betrug etwa zehn Jahre (62,1 Jahre vs. 72,7 Jahre) [50]. Ein Teil des Unterschieds kann dadurch erklärt werden, dass es sich bei den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund anteilig häufiger um minderjährige Kinder handelt, die von ihren Eltern gepflegt werden. Weiterhin können für die früher beginnende Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise auch die häufig ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen, und damit verbunden höhere gesundheitliche Belastungen im Alter, verantwortlich gemacht werden. Grundsätzlich gilt jedoch, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger vor institutionellen Pflegearrangements zurück-

schrecken [4, 51]. Es wird kritisiert, dass das System der pflegerischen Versorgung auf den Zuwachs Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund nicht hinreichend vorbereitet sei und dass die vorhandenen Strukturen migrantenspezifischen Bedürfnissen nicht gerecht würden [52, 53].

Die Nichtinanspruchnahme von Leistungen kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen haben. Deutlich wird dies am Beispiel von Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen, die das Auftreten von Erkrankungen und deren gesundheitliche Folgen verhindern sollen. So ist für Menschen mit Migrationshintergrund gezeigt worden, dass sie Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung seltener wahrnehmen als der Rest der Bevölkerung [29, 54]. Auch Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U-Untersuchungen) sowie die Zahnvorsorge werden nach Informationen der KiGGS-Studie von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund weniger stark nachgefragt als von Familien ohne Migrationshintergrund. Dabei zeigt sich, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Eltern, die beide einen Migrationshintergrund aufweisen (beidseitiger Migrationshintergrund), besonders ausgeprägt sind (Abb. 3.5.6). Bei einer längeren Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland nimmt die Inanspruchnahme von Früherkennung hingegen zu [9].

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich bei den Schutzimpfungen. Insgesamt weisen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund heute ähnliche Durchimpfungsraten auf wie Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund [9]. Impflücken zeigen sich vor allem in jenen Familien, die weniger als zehn Jahre in Deutschland leben und als schlecht integriert gelten [9].

Insgesamt liegen nur für wenige Teilbereiche Erkenntnisse darüber vor, ob von einer qualitativ gleichwertigen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen werden kann. Beispielsweise liegt die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund unter den Raten der einheimischen Bevölkerung [55], wobei die Behandlungsergebnisse und damit die Chance, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, bei Migranten tendenziell schlechter ausfallen [56–58]. Dies gilt jedoch nicht zwingend für andere Versorgungsbereiche: So bestehen in

der Geburtshilfe trotz geringerer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund nach bisherigen Erkenntnissen keine Unterschiede in Bezug auf Ergebnisindikatoren wie Totgeburten, Frühgeburten oder Fehlbildungen [59]. Die Frage nach der Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich also nicht pauschal beantworten, sondern bedarf migrationsspezifischer Forschungsansätze für einzelne Versorgungsbereiche.

3.5.7 FAZIT

Aus den genannten Informationen lassen sich verschiedene Ansätze einer migrantenspezifischen Prävention und Versorgung ableiten. Eine bessere Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in das deutsche Bildungssystem ist hierbei ein wichtiger Schritt. Kenntnisse über Krankheiten und Risiken sowie die Funktionsweise des Gesundheitswesens hängen stark vom allgemeinen Bildungsstand der Betroffenen ab. Schulische Bildung kann daher ein wichtiger Baustein sein, um migrationsspezifische Risiken zu minimieren und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Darüber hinaus benötigen Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Aufklärung über Infektionserkrankungen, hinsichtlich der Risikofaktoren für nichtübertragbare Erkrankungen sowie auch zu den vorhandenen Versorgungsangeboten.

In Deutschland existieren bereits vielversprechende Ansätze. Das Projekt »Mit Migranten für Migranten« arbeitet mit einem deutschlandweiten Netzwerk bilingualer Gesundheitslotsen im Bereich Wissens- und Informationsvermittlung [60, 61]. In der Datenbank »Gesundheitliche Chancengleichheit« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind mehr als 300 weitere migrationsspezifische Projekte aufgeführt [62]. Im Bereich der interkulturellen Öffnung engagiert sich auch die Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration mit ihrem Arbeitskreis »Migration und öffentliche Gesundheit« [63, 64]. Dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen. In einer durch demografischen Wandel geprägten Einwanderungsgesellschaft verändern sich auch die Herausforderungen einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die in Deutschland vorhandene Heterogenität sollte sich auch in der Gesundheitsforschung und Versorgungslandschaft widerspiegeln. Hierzu gehört die systematische Berücksichtigung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Epidemiologie und Versorgungsforschung, ebenso wie die Bewältigung von Diversität in allen Bereichen des Versorgungsalltags. Dabei gilt es anzuerkennen, dass kulturelle und ethnische Orientierungen nur ein Aspekt von Heterogenität sind. Spezifischer Bedarf kann ebenso an weitere Aspekte wie sexuelle oder religiöse Orientierungen, den Bildungshintergrund oder die Geschlechterzugehörigkeit gekoppelt sein. Eine interkulturelle Öffnung wäre insofern auch im Rahmen eines umfassenden Konzepts von Diversity Management zu realisieren, bei dem Menschen mit Migrationshintergrund als eine wichtige Gruppe gleichberechtigt in den Versorgungsalltag integriert werden sollten [65].

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
2. Kohls M (2011) *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
3. Razum O, Spallek J (2012) Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. Springer VS, Wiesbaden, S. 161-180
4. Okken P-K, Spallek J, Razum O (2008) *Pflege türkischer Migranten*. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Springer VS, Wiesbaden, S. 396-422
5. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) *Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 49(9):873-883
6. Sluzki C (1979) *Migration and Family Conflict*. Family Process 18(4):379-390
7. Machleidt W (2009) *Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen*. In: Heinrich Böll Stiftung (Hrsg) *Dossier: Migration und Gesundheit*. Heinrich Böll Stiftung, Berlin, S. 32-39
8. Statistisches Bundesamt (2014) *Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Fachserie 1, Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
10. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2011) *Beiträge zur Statistik Bayerns. Vorausberechnung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Bayern bis 2022*. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, München
11. Schimany P, Baykara-Krumme H (2012) *Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. Springer VS, Wiesbaden, S. 43-73
12. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2012) *9. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin
13. Segeritz M, Walter O, Stanat P (2010) *Muster des schulischen Erfolgs von jugendlichen Migranten in Deutschland: Evidenz für segmentierte Assimilation?* KZfSS 62(1):113-138
14. Stanat P, Rauch D, Segeritz M (2010) *Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund*. In: Klieme E, Artelt C, Hartig J et al. (Hrsg) *PISA 2009 - Bilanz nach einem Jahrzehnt*. Waxmann, Münster, S. 200-230
15. Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008) *Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken*. Dtsch Arztebl Int 105(47):A2520-2522
16. Kohls M (2008) *Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
17. Razum O (2009) *Migration, Mortalität und der Healthymigrant-Effekt*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Springer VS, Wiesbaden, S. 267-282
18. Baykara-Krumme H, Hoff A (2006) *Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg) *Altwerden in Deutschland - Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Springer VS, Wiesbaden, S. 447-515
19. Arnold M, Razum O, Coebergh JW (2010) *Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature*. Eur J Cancer 46(14):2647-2659
20. Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Ott JJ et al. (2009) *Stomach cancer mortality in two large cohorts of migrants from the Former Soviet Union to Israel and Germany: Are there implications for prevention?* Eur J Gastroenterol Hepatol 21(4):409-416
21. Spallek J, Arnold M, Razum O et al. (2012) *Cancer mortality patterns among Turkish immigrants in four European countries and in Turkey*. Eur J Epidemiol 27(12):915-921
22. Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Becher H et al. (2006) *All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants*

- from the Former Soviet Union: a cohort study. *BMC Public Health* 6:16
23. Icks A, Kulzer B, Razum O (2011) Diabetes bei Migranten. In: *Diabetes D.E.* (Hrsg) *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011*. Kirchheim + Co GmbH, Mainz, S. 148-154
 24. Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):668-677
 25. Reeske A, Zeeb H, Razum O et al. (2012) Unterschiede in der Gestationsdiabetesinzidenz im Vergleich zwischen türkischstämmigen und deutschen Frauen: Eine Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Berlin, 2005-2007. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 72(4):305-310
 26. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 37(5):225-232
 27. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al. (2012) Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungs-basierten Querschnittstudie. *Psychiatr Prax* 39(3):116-121
 28. Sahyazici F, Huxhold O (2012) Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. Springer VS, Wiesbaden, S. 181-200
 29. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 58(6):543-552
 30. Lindert J, Brähler E, Wittig U et al. (2008) Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *PPmP* 58(3-4):109-122
 31. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung? *Psychiatr Prax* 36(1):16-22
 32. Lampert T, Thamm M (2007) *Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):600-608
 33. Kleiser C, Mensink GBM, Neuhauser H et al. (2010) Food intake of young people with a migration background living in Germany. *Public Health Nutr* 13(3):324-330
 34. Lampert T, Mensink GB, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):634-642
 35. Statistisches Bundesamt (2013) *Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, gesundheitlich bedingten Erwerbsunterbrechungen und Armutsgefährdungsquote. Daten aus dem Mikrozensus 2005 und 2009 (Sonderauswertung)*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 36. Ünal A (2011) Warum sind türkische Kinder oft so dick? Ernährung bei Familien mit Migrationshintergrund. *MMW-Fortschritte der Medizin* 153(43):50-52
 37. Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. *Ernährungs-Umschau* 50(6):219-221
 38. Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(2):108-116
 39. Reiss K, Spallek J, Razum O (2010) "Imported risk" or "health transition"? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany – analysis of microcensus data. *Int J Equity Health* 9(15)
 40. Reeske A, Spallek J, Razum O (2009) Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Microcensus. *Int J Equity Health* 8(26)
 41. Santos-Hövenner C (2012) HIV bei Migranten in Deutschland. Erhobene Daten zur Migration im HIV-Meldesystem. *Epidemiologisches Bulletin* 2012(3):19-21
 42. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2013*. RKI, Berlin
 43. Robert Koch-Institut (2015) *Tuberkuloseerkrankungen bei Menschen mit deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit im Zeitverlauf (Sonderauswertung)*. RKI, Berlin
 44. Faber MS, Stark K, Behnke SC et al. (2009) Epidemiology of hepatitis A virus infections, Germany, 2007-2008. *Emerg Infect Dis* 15(11):1760-1768
 45. Han P, Yanni E, Jentes ES et al. (2012) Health challenges of young travelers visiting friends and relatives compared with those traveling for other purposes. *Pediatr Infect Dis J* 31(9):915-919
 46. Hendel-Paterson B, Swanson S (2011) Pediatric travelers visiting friends and relatives (VFR) abroad: Illnesses, barriers and pre-travel recommendations. *Travel Med Infect Dis* 9(4):192-203
 47. Lindert J, Priebe S, Penka S et al. (2008) Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *PPmP* 58(3-4):123-129
 48. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch Arztebl Int* 101(43):2439-2443
 49. Kohls M (2012) *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
 50. Bundesministerium für Gesundheit (2011) *Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. BMG, Berlin
 51. Kohls M (2012) *Leben älterer Migranten länger? In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) Viele Welten des Alterns*. Springer VS, Wiesbaden, S. 201-222
 52. Ulusoy N, Gräßel E (2010) Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 43(5):330-338
 53. Zeman P (2012) Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alterspolitik. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. Springer VS, Wiesbaden, S. 449-465
 54. Aparicio M, A D, Mielck A et al. (2005) Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz Präventivmedizin* 50(2):107-118
 55. Brzoska P, Voigtlander S, Spallek J et al. (2010) Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur J Epidemiol* 25(9):651-660
 56. Brause M, Reutin B, Razum O et al. (2012) *Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen*. *Rehabilitation* 51(5):282-288
 57. Mösko MO, Pradel S, Schulz H (2011) Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(4):465-474
 58. Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M et al. (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund – Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *ZPPP* 58(3):181-187
 59. Spallek J, Lehnhardt J, Reeske A et al. (2013) Perinatal outcomes of immigrant women of Turkish, Middle Eastern and North African origin in Berlin, Germany: a comparison of two time periods. *Arch Gynecol Obstet* 289(3):505-512
 60. Gerken U, Salman R, Krauth C et al. (2008) Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. *Public Health Forum* 16(59):20e1-20e3
 61. Ethnomedizinisches Zentrum e. v., BKK Bundesverband (2015) *Das Gesundheitsprojekt. MiMi – Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Deutschland*. www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/ (Stand: 15.04.2015)
 62. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) *Gesundheitliche Chancengleichheit*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/ (Stand: 15.04.2015)
 63. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2013) *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin
 64. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2007) *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin
 65. Razum O, Spallek J (2014) Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? *Int J Public Health* 59(6):893-895

3.6
WOHNEN UND UMWELT

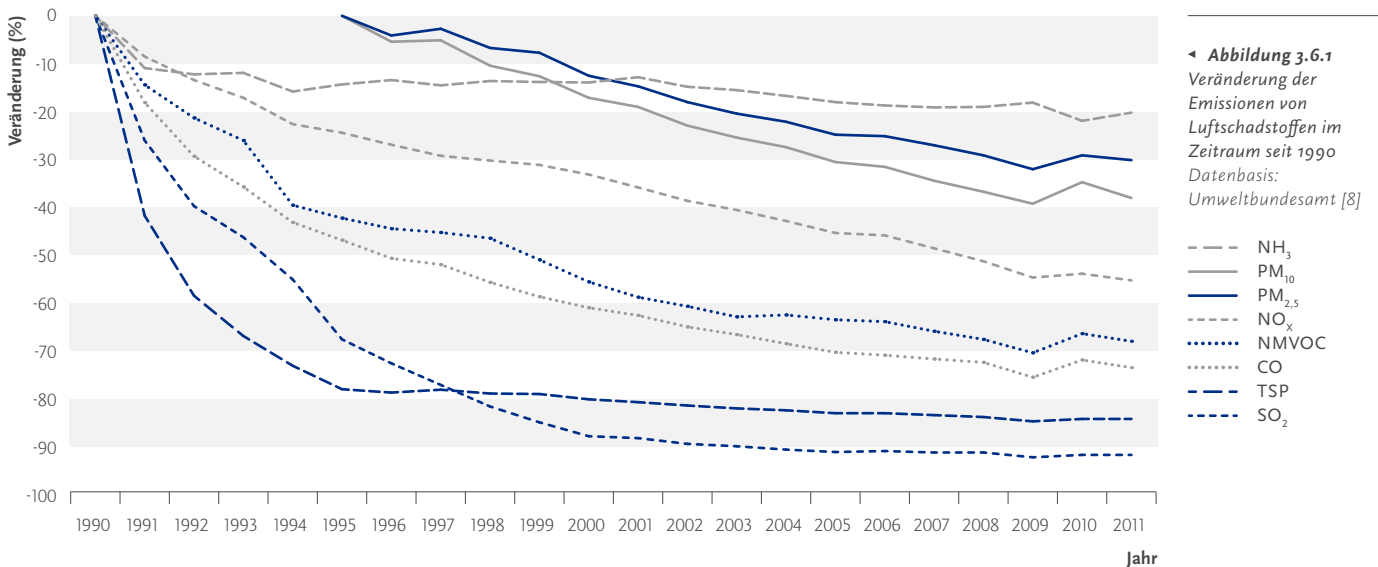
- / *Die Wohnsituation in Deutschland hat sich seit 1990 hinsichtlich vieler Schadstoffe erheblich verbessert.*

- / *Mit Ausnahme der UV-Strahlung der Sonne ist die Bevölkerung keiner signifikanten Strahlenbelastung ausgesetzt.*

- / *Die Exposition gegenüber Lärm aus der Umwelt, insbesondere Verkehrslärm, ist deutlich gesunken.*

- / *Die Beeinträchtigung der Atemluft durch Passivrauchen in Wohn- und Geschäftsräumen geht insgesamt zurück.*

- / *Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind stärker von Umweltbelastungen betroffen als Personen höherer Statusgruppen.*



3.6 WOHNEN UND UMWELT

Für ein gesundes Wohnen ist die Einhaltung baulicher Mindestanforderungen maßgebend, zum Beispiel die ausreichende Größe einer Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Lüftung und sanitäre Anlagen. Außerdem sollten möglichst keine gesundheitlichen Belastungen aus dem Wohnumfeld resultieren [1]. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Wohnverhältnisse in Deutschland kontinuierlich verbessert und wesentlich zur gestiegenen Lebensqualität der Bevölkerung beigetragen [2]. Die Wohnsituation in Deutschland ist im Hinblick auf die Geräumigkeit und Ausstattung der Wohnungen sehr gut, aber auch im Vergleich mit den Wohnkosten in anderen europäischen Ländern [2]. Durch den Trend zur Verstärkung des Wohnens in Deutschland wandeln sich die Wohn- und Lebensbedingungen der Bevölkerung nachhaltig. So gibt es in Städten zwar eine besser ausgebaute Infrastruktur als auf dem Land, in der Regel ist aber auch mit stärkeren Belastungen durch Luftschadstoffe innerhalb und außerhalb der Wohnung zu rechnen. Auch Lärmbelastigungen durch Verkehr oder Nachbarn sind in großen Städten weiter verbreitet als in ländlichen Gebieten [3].

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick zur Entwicklung wichtiger Umweltbelastungen im Wohnraum und der Wohnumgebung in Deutschland gegeben. Als Quellen dienen die regelmäßig erscheinenden Daten des Luftmessnetzes des Umweltbundesamtes (UBA) sowie Ergebnisse der regelmäßigen Repräsentativerhebung Umweltbewusstsein in Deutschland des UBA, ergänzt durch Daten zur Wohnqualität aus den Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut.

3.6.1 BELASTUNG DER AUSSENLUFT

Die Ursache für Schadstoffbelastungen der Außenluft in Deutschland sind vor allem Emissionen des Straßenverkehrs, hinzu kommen Abgase aus Verbrennungsprozessen der Heizungs- und Industrieanlagen, der Energieerzeugung sowie aus der Landwirtschaft. Für den Menschen besonders schädlich sind Feinstaub und

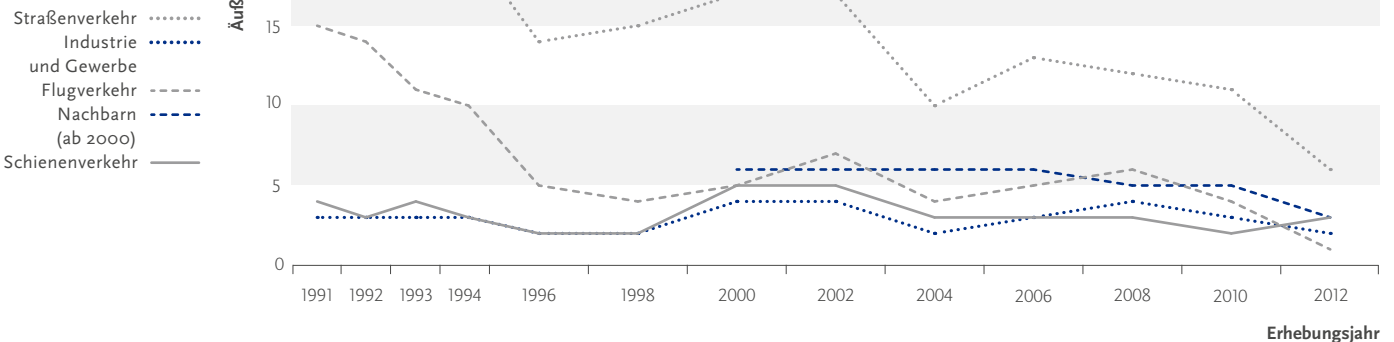
Stickstoffdioxid [4]. Personen, die diesen Schadstoffen regelmäßig ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden, darunter Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen [4–6]. Bereits für Kinder und Jugendliche gibt es Hinweise darauf, dass Asthma, Bronchitis und Allergien häufiger auftreten, je näher ihre Wohnung an einer vielbefahrenen Straße liegt [7]. Der mit Abstand größte Verursacher von Stickstoffoxiden ist der Verkehr, insbesondere von Dieselfahrzeugen. Speziell für Stickstoffoxide ist das Vorkommen und die Überschreitungen von Tagesgrenzwerten in verkehrsnahen Bereichen häufig [8]. Die kontinuierlich erhobenen Messwerte des Luftmessnetzes des Umweltbundesamtes machen deutlich, dass die Exposition gegenüber Luftschadstoffen in Deutschland seit 1990 in vielen Bereichen erheblich gesunken ist (Abb. 3.6.1) [8]. Dies gilt insbesondere für Schwefelverbindungen (SO₂) und Kohlenmonoxid (CO), aber auch für flüchtige organische Verbindungen (NMVOC) oder den Gesamtstaub (TSP). Die Belastung durch gesundheitsschädlichen Feinstaub (PM₁₀, PM_{2,5}) und weitere »Problemschadstoffe« wie Stickstoffoxide (NO_x) und Ammoniak (NH₃) hat sich dagegen weniger stark verringert. Die Belastungen sinken zwar deutschlandweit kontinuierlich, allerdings ist das Ausmaß des Rückgangs geringer als bei anderen Luftschadstoffen. Somit spielt die Belastung mit Feinstaub im Wohnumfeld weiterhin eine entscheidende Rolle.

3.6.2 BELASTUNG DURCH LÄRM

Lärm ist eine der Umweltbeeinträchtigungen, die in der Bevölkerung am stärksten wahrgenommen und diskutiert werden [9]. Die wichtigste Lärmquelle in Wohngebieten ist der motorisierte Straßenverkehr. Verkehrslärm wird häufig als störend empfunden und kann den Schlaf negativ beeinflussen. Bei langjähriger Exposition kann Lärm zu Gesundheitsproblemen führen, insbesondere im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems [10–12]. Häufiger nächtlicher Lärm beeinträchtigt die Gefäßfunktion, da er auch bei gesunden Menschen die Adrenalinausschüttung stimuliert [13]. Neben dem Lärm durch Straßenverkehr sowie durch Gewerbebetriebe und die Industrie

3.6

► **Abbildung 3.6.2**
Entwicklung der
subjektiven Lärmbelastung
nach Quellen
Datenbasis:
Umweltbundesamt
(UBA) [8, 14, 15]



zählen auch Geräusche von Nachbarn zu den häufig wahrgenommenen Lärmbelastungen [9] (Abb. 3.6.2). In den letzten Jahren ist die subjektive Belastung der Bevölkerung durch Lärm deutlich zurückgegangen, der Straßenverkehr ist dabei weiterhin die wichtigste Ursache für Lärmbelastigungen.

3.6.3 BELASTUNG DURCH STRALUNG

Die für die Gesundheit der Bevölkerung wichtigsten Strahlungsarten sind UV-Licht sowie ionisierende Strahlung (Radioaktivität) [16]. UV-Strahlung ist einerseits für den menschlichen Körper notwendig, da sie die Bildung von Vitamin D fördert, kann aber bei einer übermäßigen Exposition gesundheitlich bedenklich sein. Wer sich im Übermaß natürlicher oder künstlich erzeugter UV-Strahlung aussetzt, kann kurzfristig einen Sonnenbrand und Sonnenallergien davontragen; langfristig drohen vorzeitige Hautalterung sowie schlimmstenfalls Hautkrebs. In Deutschland hat die UV-Strahlung im letzten Jahrzehnt nur gering zugenommen, die Entwicklung der Häufigkeit (Prävalenz) UV-bedingter Hautschäden wird darum vor allem durch das Verhalten der Bevölkerung und nicht durch die natürliche Exposition bestimmt [17].

Ionisierende Strahlung hat sowohl natürliche als auch technische Ursprünge. Ein Beispiel für natürliche Radioaktivität ist das Edelgas Radon, das im Gestein und Erdreich vorkommt. Es verursacht den größten Beitrag zur Strahlenexposition der Bevölkerung aus natürlichen Strahlenquellen in Deutschland. Ein großer Teil von Lungenkrebskrankungen der nichtrauchenden Bevölkerung ist auf diese Strahlung zurückzuführen. Radon kommt in der Innenluft deutlich häufiger als in der Außenluft vor, sodass der Luftaustausch in Wohnungen ein wichtiger Schutz vor einer zu hohen Exposition sein kann. Demgegenüber gelangen Radionuklide wie Cäsium (Cs-137) und Jod (I-131) bei radioaktiven Unfällen in großen Mengen in die Umwelt. Beide Radionuklide werden in Deutschland in der Außenluft ständig gemessen, um frühzeitig auf Probleme reagieren zu können [18, 19]. Die Messwerte waren beispielsweise nach dem Reaktorunfall im japanischen Fukushima vom 11. März 2011 bis etwa Mai 2011 auch in Deutschland in geringem

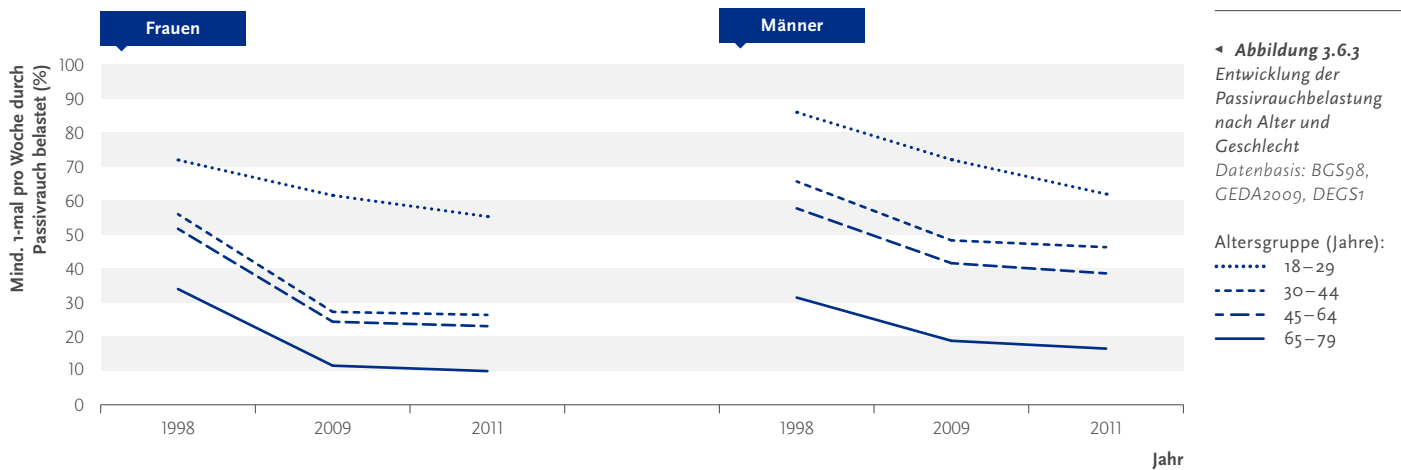
Maße erhöht. Insgesamt ergab sich dadurch aber keine gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung [20].

3.6.4 BELASTUNG DER INNENRAUMLUFT

In Deutschland verbringen die Menschen einen großen Teil ihres Lebens in Innenräumen, davon im Durchschnitt etwa zwei Drittel in ihrer eigenen Wohnung [21, 22]. Innenräume sind darum der wichtigste Ort für die Exposition gegenüber Schadstoffen. Zu den dort verbreiteten Schadstoffen zählen neben dem Tabakrauch flüchtige organische Verbindungen, die aus Farben, Lacken oder Möbeln ausgasen können. Hinzu kommen Feinstaub und biogene Faktoren wie Bakterien, Viren und Schimmelpilzbestandteile. Die Daten der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern (ehemals Kinder-Umwelt-Survey (KUS)) zeigen, dass die Luftqualität in Innenräumen vor allem durch die Bewohner selbst beeinflusst wird [22]. Die Luftqualität erhöht sich bereits durch richtiges Lüften, das nicht nur Geruchsbelastigungen beseitigt, sondern auch Schadstoffe und Feuchtigkeit abtransportiert. Die folgenden beiden Abschnitte beschreiben zwei der wichtigsten Ursachen für Belastungen der Innenraumluft im Detail: Passivrauchen und Schimmelpilze.

PASSIVRAUCHEN

In der Innenraumluft von »Raucher-Haushalten« – dort, wo Raucherinnen und Raucher leben – werden signifikant höhere Konzentrationen gesundheitsschädlicher Substanzen ermittelt als in »Nichtraucher-Haushalten« [22]. Passivrauchen ist für alle Betroffenen eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit, vor allem für Kinder. Personen, die sich regelmäßig in verräuchten Räumen aufhalten, haben ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl von Krankheiten und Beschwerden, zum Beispiel Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen [23]. Zwischen 1998 und 2011 ist der Anteil von Frauen und Männern in Deutschland, die durch Passivrauchen belastet sind, von 54,2 % auf 32,0 % der nichtrauchenden Bevölkerung zurückgegangen (Abb. 3.6.3). Diese Entwicklung wird auf die Einführung des Schutzes vor Tabakrauch am Arbeitsplatz im Jahr 2002 (Arbeitsstättenverordnung) und das



◀ **Abbildung 3.6.3**
Entwicklung der
Passivrauchbelastung
nach Alter und
Geschlecht
Datenbasis: BGS98,
GEDA2009, DEGS1

Altersgruppe (Jahre):
 18–29
 - - - - 30–44
 - - - - 45–64
 ——— 65–79

Bundesnichtraucherschutzgesetz vom September 2007 mit den anschließend auch auf Länderebene eingeführten gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz zurückgeführt [23].

Kinder reagieren besonders empfindlich auf die Inhaltsstoffe des Tabakrauchs [24]. Sie haben eine höhere Atemfrequenz und verfügen über weniger Möglichkeiten, die Schadstoffe abzubauen. Deshalb nehmen sie die Schadstoffe des Tabakrauchs in deutlich höherer Konzentration auf als Erwachsene. Bei jedem Kind, das in einem Raucherhaushalt aufwächst, lassen sich die entsprechenden Schadstoffe im Blut nachweisen. In Deutschland lebte nach Ergebnissen auf Basis der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) etwa die Hälfte der 6- bis 14-jährigen Kinder in Raucherhaushalten, daran hat sich seit 1990 nichts verändert [25]. In der Altersgruppe von 11 bis 17 Jahren halten sich 87% der nichtrauchenden Mädchen und 85% der nichtrauchenden Jungen zumindest gelegentlich in Räumen auf, in denen geraucht wird [23]. Einer täglichen Belastung durch Passivrauchen sind 27% der nichtrauchenden Mädchen und 24% der nichtrauchenden Jungen ausgesetzt [26].

BELASTUNG DURCH SCHIMMELPILZE IN DER RAUMLUFT

Schimmelpilze sind ein allgegenwärtiger Bestandteil unserer Biosphäre und in Deutschland in der Stadt- oder Landluft allgegenwärtig. Sie sollten allerdings möglichst nicht in Gebäuden auftreten. Schimmelpilze entstehen in Innenräumen, wenn warme Raumluft, die mehr Wasserdampf enthält als kühle Luft, in Kontakt mit deutlich kühleren Oberflächen kommt. Kochen, Duschen und Schwitzen erhöhen die Raumluftfeuchte. Wird nicht ausreichend gelüftet oder verhindern bauliche Mängel in einem Gebäude einen ausreichenden Luftaustausch, kann dies Schimmelbefall begünstigen. Schimmelpilze können allergische Sensibilisierungen bewirken und in einem Teil der Fälle zu allergischen Erkrankungen führen [27]. Nach Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) nehmen insgesamt 11,3% der Erwachsenen in Deutschland einen Schimmelbefall oder muffig-modrigen Geruch in der Wohnung wahr; besonders betroffen ist die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen.

Daten aus dem Kinder-Umwelt-Survey (Zusatzmodul der KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) zeigen, dass ungefähr sechs Prozent der getesteten Kinder im Alter von 3 bis 14 Jahren gegenüber mindestens einer der vier untersuchten Schimmelpilzarten, die in Innenräumen bedeutend sind, sensibilisiert waren [27].

STADT-LAND-UNTERSCHIEDE BEI PASSIVRAUCHEN UND SCHIMMELBEFALL

Vom Passivrauchen sind 6,7% der Frauen und 4,9% der Männer im ländlichen Bereich betroffen; im kleinstädtischen Bereich lauten die Zahlen 9,0% und 6,2%, im mittelstädtischen Bereich 7,5% und 5,1% und in Großstädten 10,6% und 10,1%. Die Belastung durch Schimmel oder modrigen Geruch in der Wohnung ist relativ gleich verteilt: Betroffen sind 13,3% der Frauen und 9,3% der Männer im ländlichen Bereich, 12,6% und 10,4% im kleinstädtischen Bereich, 9,7% und 10,6% im mittelstädtischen Bereich und 13,2% und 10,9% in Großstädten.

3.6.5 SOZIALE UNTERSCHIEDE BEI BELASTUNGEN IN DER WOHNUNG ODER WOHNUMWELT

Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind deutlich häufiger gesundheitlichen Belastungen in der Wohnung und der Wohnumwelt ausgesetzt als solche mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus. Sie wohnen häufiger an stark befahrenen Haupt- und Durchgangsstraßen und nehmen auch subjektiv eine höhere Belastung durch Lärm wahr [28]. Dies führt zu einer höheren Belastung mit verkehrsbedingten Luftschadstoffen bei sozial benachteiligten Personen. Die Daten der Studie DEGS1 zeigen, dass es sich auch beim Passivrauchen um eine im hohen Maß sozial ungleich verteilte Belastung handelt. So sind 13,4% der Frauen und 10,7% der Männer mit niedrigem Sozialstatus regelmäßig mit Tabakrauch konfrontiert, obwohl sie selbst nicht rauchen, aber nur 8,5% der Frauen und 6,8% der Männer aus der mittleren Statusgruppe und sogar nur 4,7% der Frauen und 4,9% der Männer aus der oberen Statusgruppe. Bei der Exposition gegenüber dem anderen wichtigen Innenraumschadstoff, den Schimmelpilzen, bestehen vor allem für Männer Statusunterschiede: 12,6% der Frauen und 11,9% der Männer mit niedrigem Sozialstatus sind Schimmelbefall in der Wohnung ausge-

setzt sowie 12,3 % der Frauen und 10,7 % der Männer aus der mittleren Statusgruppe und nur 10,5 % der Frauen und 9,6 % der Männer aus der oberen Statusgruppe.

LITERATUR

1. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D (2011) *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing. A Method Guide to the Quantification of Health Effects of Selected Housing Risks in the WHO European Region*. WHO, Kopenhagen
2. Noll HH, Weick S (2009) *Wohnen in Deutschland: Teuer, komfortabel und meist zur Miete* Analysen zur Wohnsituation und Wohnqualität im europäischen Vergleich. ISI 2009(41):1-6
3. World Health Organization (2010) *Urbanization and health*. Bull World Health Org 88(4):245-246
4. Newby DE, Mannucci PM, Tell GS et al. (2015) *Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease*. Eur Heart J 36(2):83-93b
5. Straif K, Cohen A, Samet J (2013) *Air Pollution and Cancer*. IARC Scientific Publication No. 161. www.iarc.fr/en/publications/books/sp161/AirPollutionandCancer161.pdf (Stand: 15.04.2015)
6. World Health Organization (2013) *Review of Evidence on Health Aspects of Air Pollution - REVIHAAP Project: Technical Report*. WHO, Kopenhagen
7. Ising H, Lange-Asschenfeldt H, Lieber GF et al. (2004) *Exposure to Traffic-Related Air Pollution and Noise and the Development of Respiratory Diseases in Children*. Journal Child Health 2(2):145-157
8. Umweltbundesamt (Hrsg) (2012) *Luftqualität 2012 – vorläufige Auswertung*. Januar 2013. UBA, Dessau-Roßlau
9. Umweltbundesamt (2013) *Umweltbewusstsein in Deutschland 2012. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. UBA, Dessau-Roßlau
10. Babisch W (2008) *Road traffic noise and cardiovascular risk*. Noise Health 10(38):27-33
11. Munzel T, Gori T, Babisch W et al. (2014) *Cardiovascular effects of environmental noise exposure*. Eur Heart J 35(13):829-836
12. Babisch W (2014) *Updated exposure-response relationship between road traffic noise and coronary heart diseases: A meta-analysis*. Noise Health 16(68):1-9
13. Schmidt FP, Basner M, Kroger G et al. (2013) *Effect of nighttime aircraft noise exposure on endothelial function and stress hormone release in healthy adults*. Eur Heart J 34(45):3508-3514a
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
15. Umweltbundesamt (Hrsg) (2012) *Umweltbewusstsein in Deutschland 2012, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. UBA, Berlin
16. Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) (2012) *Jahresbericht 2011*. BfS, Salzgitter
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) *Klimawandel und Gesundheit. Ein Sachstandsbericht*. RKI, Berlin
18. Allard E (1995) *Having, Loving Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*. In: Nussbaum M, Sen A (Hrsg) *The Quality of Life*. Clarendon Press, Oxford, S. 88-95
19. Bundesamt für Strahlenschutz (2015) *Thema: Strahlung*. www.bfs.de (Stand: 19.05.2015)
20. Grosche B (2013) *Der Reaktorunfall von Fukushima: Folgen für Japan und uns*. Gesundheitswesen 75(4):179-183
21. Bundesminister für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (2005) *Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen. Ausgewählte Handlungsschwerpunkte aus Sicht BMU*. BMU, Bonn, Berlin
22. Schulz C, Ullrich D, Prick-Fuß H et al. (2010) *Kinder-Umwelt-Survey (KUS) 2003/06: Innenraumluft – flüchtige organische Verbindungen in der Innenraumluft in Haushalten mit Kindern in Deutschland*. Schriftenreihe Umwelt & Gesundheit 2010(3):1-231
23. Lampert T, List S (2010) *Gesundheitsrisiko Passivrauchen*. GBE kompakt 3(1). Robert Koch-Institut (Hrsg). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
24. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) *Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, Berlin
25. Becker K, Müssig-Zufika M, Conrad A et al. (2008) *German Environmental Survey for Children 2003/06 (GerES IV). Human Biomonitoring. Levels of selected substances in blood and urine of children in Germany*. WaBoLu-Hefte 8(1):1-85
26. Pötschke-Langer M, Mons U, Schaller K et al. (2009) *Tabakatlas Deutschland*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
27. Robert Koch-Institut (2007) *Schimmelpilzbelastung in Innenräumen - Befunderhebung, gesundheitliche Bewertung und Maßnahmen*. Mitteilung der Kommission »Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin«. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(10):1308-1323
28. Bolte G, Kohlhuber M (2008) *Sozioökonomische Faktoren und Umweltbelastungen in Deutschland - aktueller Erkenntnisstand und exemplarische Analysen ausgewählter Umweltschadstoffe. Teilprojekt A: Systematische Zusammenstellung der Datenlage in Deutschland*. Umweltbundesamt, Dessau-Roßlau

3.7 KÖRPERLICH-SPORTLICHE AKTIVITÄT

- / Mehr als drei Viertel der Kinder und Jugendlichen treiben Sport. Etwa zwei Drittel der Erwachsenen sind zumindest gelegentlich sportlich aktiv.*

- / Dennoch erfüllen lediglich etwa zwei Fünftel der Erwachsenen und ein Viertel der Minderjährigen die Bewegungsempfehlungen der WHO.*

- / Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit niedrigem sozioökonomischen Status sind deutlich seltener sportlich aktiv als Personen mit hohem Sozialstatus.*

- / Der Anteil sportlich Inaktiver ist bei älteren Menschen tendenziell höher als bei jüngeren.*

- / Seit 1998 hat sich die sportliche Aktivität vor allem bei älteren Erwachsenen deutlich erhöht.*



INFOBOX 3.7.1

KÖRPERLICHE UND SPORTLICHE AKTIVITÄT

Der Begriff körperliche Aktivität bezeichnet jegliche durch die Skelettmuskulatur hervorgebrachte körperliche Bewegung, die den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt [14]. Sport oder sportliche Aktivität ist eine historisch-kulturell definierte Untergruppe von körperlicher Aktivität, für die traditionell insbesondere Spaß an der Bewegung, körperliche Leistung und Wettkampf typisch sind [15, 16]. Beispielsweise sind Gartenarbeit oder mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren körperliche Aktivitäten. Das Fußballspielen im Verein oder das Training im Fitnessstudio sind ebenfalls körperliche Aktivitäten, die zudem der Untergruppe sportliche Aktivität zugeordnet werden können.

Nach den Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [17] sollten Erwachsene wöchentlich mindestens 2,5 Stunden mäßig anstrengend körperlich aktiv sein – alternativ können auch 75 Minuten sehr anstrengende Aktivitäten ausgeübt werden. Darüber hinaus wird eine Kräftigung der großen Muskelgruppen an mindestens zwei Tagen der Woche empfohlen. Kinder und Jugendliche sollten laut WHO-Empfehlung jeden Tag mindestens 60 Minuten mit einer mäßigen bis anstrengenden Intensität körperlich aktiv sein und an mindestens drei Tagen der Woche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur ausführen. Eine körperliche Aktivität in diesem Ausmaß wird auch vom Bundesministerium für Gesundheit empfohlen [18].

3.7

KÖRPERLICH-SPORTLICHE AKTIVITÄT

Körperliche und sportliche Aktivität (siehe Infobox 3.7.1) kann eine schützende Wirkung vor einer Vielzahl von nichtübertragbaren Erkrankungen haben sowie das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko senken [1, 2]. Beispielsweise kann das Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2, Brust- und Darmkrebs, Osteoporose oder Depression zu erkranken, durch ein angemessenes Maß an körperlicher Aktivität verringert werden [3–6]. Körperliche Aktivität beugt auch gesundheitlichen Risikofaktoren vor, speziell Übergewicht und Adipositas (siehe Kapitel 3.9). Eine besondere Bedeutung hat körperliche Aktivität für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der häufigsten Todesursache in Deutschland [7, 8]. Neben den positiven Effekten in der Prävention von Erkrankungen wird körperliche Aktivität auch zur Behandlung von bestehenden Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen [9, 10].

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 [11–13]. Neben der sportlichen Betätigung können auch körperliche Aktivitäten im Alltag, wie beispielsweise das Fahrradfahren zur Arbeit oder zügiges Spaziergehen, eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben.

Das folgende Kapitel fasst anhand repräsentativer Daten aus dem Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut Erkenntnisse über die körperliche und sportliche Aktivität der Bevölkerung Deutschlands zusammen, differenziert für das Erwachsenenalter sowie für Kinder und Jugendliche. Zuerst wird dabei das Ausmaß körperlicher und sportlicher Aktivität beschrieben; anschließend werden die jeweiligen Determinanten und

Entwicklungen vertiefend erörtert. Am Ende des Kapitels werden Ansätze diskutiert, die einer zu geringen körperlichen und sportlichen Aktivität entgegenwirken.

3.7.1

KÖRPERLICH-SPORTLICHE AKTIVITÄT BEI ERWACHSENEN

Die bundesweite Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 (GEDA 2012), die in den Jahren 2012 bis 2013 mittels telefonischer Interviews durchgeführt wurde, bietet eine Orientierung, inwieweit die internationalen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität in Deutschland erfüllt werden (Tab. 3.7.1). 65,0% der Frauen und 56,4% der Männer sind demnach weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv und verfehlen somit die Bewegungsempfehlungen der WHO. Während der Anteil derjenigen, die die WHO-Empfehlungen zu körperlicher Aktivität nicht erfüllen, bei Männern bereits ab der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre ansteigt, ist bei Frauen erst ein Anstieg in der Altersgruppe ab 65 Jahren festzustellen.

Rund 34% der Erwachsenen in Deutschland haben in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben (Tab. 3.7.1). Diesbezüglich gibt es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern, allerdings sind Männer mit 25,4% häufiger in hohem Umfang (mehr als vier Stunden pro Woche) sportlich aktiv als Frauen (17,3%) [19]. Mit Zunahme des Alters erhöht sich der Anteil der Erwachsenen, die sportlich inaktiv sind. Während im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 29 Jahren rund 15% keinen Sport treiben, sind es im höheren Lebensalter ab 65 Jahren rund 49%.

Die Differenzierung nach sozioökonomischem Status verdeutlicht, dass der Anteil der Personen, die in den letzten drei Monaten sportlich inaktiv waren, von der hohen zur niedrigen Statusgruppe stetig zunimmt [19]. Hingegen weisen Personen mit niedrigem Sozialstatus eine höhere Alltagsaktivität auf als Personen mit hohem Sozialstatus [20]. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus vermehrt berufsbedingt körperlich aktiv sind und Personen mit hohem Sozialstatus eine

ALTER	KÖRPERLICHE AKTIVITÄT WENIGER ALS 2,5 STD. PRO WOCHE		SPORTLICHE AKTIVITÄT KEIN SPORT IN DEN LETZTEN 3 MONATEN	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
18–29 Jahre	62,9	42,3	15,9	14,9
30–44 Jahre	62,3	51,4	31,2	31,2
45–64 Jahre	61,2	60,9	32,3	37,2
65 Jahre und älter	73,4	66,5	49,2	48,8
Gesamt	65,0	56,4	34,3	34,2

◀ **Tabelle 3.7.1**
Körperliche und sportliche Aktivität (Anteil in %)
Datenbasis: GEDA 2012 [19]



◀ **Abbildung 3.7.1**
Zeitliche Entwicklung des Anteils der sportlich aktiven 18- bis 79-Jährigen
Datenbasis: BGS98, GSTel03, GEDA09 und GEDA12 (modifiziert nach [20])

Altersgruppe (Jahre):
 18–29
 30–39
 - - - - 40–49
 - - - - 50–59
 ——— 60–69
 ——— 70–79

fehlende körperliche Aktivität im Beruf durch vermehrtes Sporttreiben in der Freizeit ausgleichen [20–22].

Die zeitliche Entwicklung der sportlichen Aktivität von Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren kann anhand der Daten der bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts über 14 Jahre beobachtet werden. Die Häufigkeit der sportlichen Aktivität hat sich demnach von 1998 bis 2012 deutlich erhöht, wobei insbesondere bei Frauen seit 1998 eine deutliche Zunahme beobachtet werden konnte. 1998 waren 50,3% der Frauen und 56,0% der Männer sportlich aktiv. Bis zum Jahr 2012 stieg der Anteil der sportlich aktiven Frauen bis auf 67,9% an, der Anteil der Männer bis auf 66,6%. Eine altersgruppenspezifische Darstellung verdeutlicht, dass die sportliche Aktivität darüber hinaus vor allem bei Frauen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren und bei Männern zwischen 70 und 79 Jahren deutlich zugenommen hat (Abb. 3.7.1).

Die Daten der Befragung Eurobarometer der Europäischen Kommission ermöglichen einen internationalen Vergleich hinsichtlich der Prävalenz der sportlichen Aktivität in den 28 Mitgliedstaaten der EU im Jahr 2013 [23]. Bezogen auf den Anteil der Personen, die nach eigenen Angaben sportlich aktiv sind, liegt Deutschland demnach über dem EU-Durchschnitt, wird jedoch von den nordischen Ländern Schweden, Dänemark und Finnland übertroffen [23].

3.7.2

KÖRPERLICH-SPORTLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Eine regelmäßige körperliche und sportliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter trägt zu einer gesunden Entwick-

lung und langfristig zur Prävention lebensstilbedingter Erkrankungen bei. Bereits in jungen Jahren können positive Effekte körperlicher Aktivität auf das Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-System, die Gewichtsentwicklung sowie die psychische Gesundheit beobachtet werden [24, 25]. Langzeituntersuchungen zeigen, dass inaktive Kinder häufig auch im späteren Leben einen bewegungsarmen Lebensstil pflegen, während umgekehrt Kinder mit stark ausgeprägter körperlicher Aktivität auch als Erwachsene zu mehr Bewegung neigen [26].

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts sowie das Motorik-Modul (MoMo) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT), welches ein Zusatzmodul der KiGGS-Studie ist, liefern in regelmäßigen Abständen Daten zur körperlichen und sportlichen Aktivität von in Deutschland lebenden 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus werden durch die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC; 2009/10) regelmäßig Daten zur körperlichen und sportlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klasse bereitgestellt. Die folgenden Ergebnisse zum körperlichen Aktivitätsverhalten von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen beziehen sich vorwiegend auf KiGGS Welle 1, die zwischen 2009 und 2012 durchgeführt wurde [27].

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in ihrer Freizeit Sport treiben, liegt bei 77,5% (Mädchen 76,1%, Jungen 78,8%; Tab. 3.7.2). Statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede, die für eine geringere Sportbeteiligung von Mädchen sprechen, bestehen aber lediglich bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (75,8%

3.7

► **Tabelle 3.7.2**
Häufigkeit körperlicher
und sportlicher Aktivität
bei Mädchen und Jungen
(Anteil in %)
Datenbasis:
KiGGS Welle 1
2009–2012 [27]

ALTER	SPORT TREIBEN		IM SPORTVEREIN AKTIV		TÄGLICH MIND. 60 MIN KÖRPERLICH AKTIV	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
3–6 Jahre	68,4	63,0	53,6	48,5	50,7	52,2
7–10 Jahre	80,8	82,7	64,6	73,5	30,5	31,4
11–13 Jahre	79,9	85,3	60,3	65,9	12,0	17,4
14–17 Jahre	75,8	84,8	49,4	61,9	8,0	15,0
Gesamt	76,1	78,8	56,8	62,5	25,4	29,4

vs. 84,8%). Bereits im Alter von drei bis sechs Jahren sind mit 65,6% rund zwei Drittel der Kinder sportlich aktiv, in den höheren Altersgruppen gilt dies für rund 80% der Kinder und Jugendlichen. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Umfang der sportlichen Aktivität deutlich an. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens fünf Stunden Sport pro Woche treiben, nimmt von 8,0% bei den 3- bis 6-Jährigen (Mädchen 6,0%, Jungen 9,8%) auf 32,6% bei den 14- bis 17-Jährigen zu (Mädchen 21,2%, Jungen 43,7%). Mehr als die Hälfte (59,7%) der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen ist in einem Sportverein aktiv. Im Jugendalter üben Jungen häufiger Vereinssport aus als Mädchen.

Dem von der WHO empfohlenen moderaten bis intensiven körperlichen Aktivitätsniveau von täglich mindestens 60 Minuten werden laut KiGGS Welle 1 lediglich 27,5% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen (Mädchen 25,4%, Jungen 29,4%) gerecht. Auch hier treten geschlechtsspezifische Unterschiede zuungunsten von Mädchen erst ab dem Jugendalter zutage. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich mäßig bis anstrengend intensiv aktiv sind, rapide ab. Während im Vorschulalter noch rund die Hälfte der Kinder die WHO-Empfehlung erfüllt, gilt dies bei den 14- bis 17-Jährigen nur noch für 11,5%. Die Ergebnisse der HBSC-Studie bestätigen für die Altersspanne der 11- bis 15-Jährigen, dass Jungen häufiger körperlich aktiv sind als Mädchen und das Ausmaß körperlicher Aktivität mit zunehmendem Alter zurückgeht [28].

Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status treiben laut KiGGS Welle 1 seltener Sport und sind seltener in einem Sportverein aktiv als Gleichaltrige mit höherem sozioökonomischen Status [27]. Dies gilt für Jungen und Mädchen gleichermaßen. Mit Blick auf die WHO-Empfehlung zur täglichen körperlichen Aktivität von mindestens 60 Minuten zeichnen sich hingegen keine Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Statusgruppen ab.

3.7.3 PRÄVENTION KÖRPERLICH-SPORTLICHER INAKTIVITÄT

Aufgrund der gesundheitlichen Risiken des Bewegungsmangels ist die Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag und des Sporttreibens in allen Altersspannen eine zentrale Aufgabe von Public Health [17]. Die Bandbreite möglicher Interventionen reicht dabei von Angeboten für Einzelpersonen und Familien über Gruppenprogramme

bis hin zu bevölkerungsweiten Kampagnen [29]. Dabei lassen sich verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen voneinander unterscheiden, wobei letztere ihren Schwerpunkt auf die Förderung bewegungsfreundlicher Rahmenbedingungen legen. Kinder und Jugendliche werden häufig durch Projekte zur Bewegungsförderung in Kitas und Schulen erreicht [29]. Neben der Förderung der körperlichen Aktivität zielen präventive Maßnahmen derzeit auch vermehrt auf die Reduktion von langanhaltenden Sitzzeiten ab (zum Beispiel Bewegungspausen in der Schule und am Arbeitsplatz). Dies hat den Hintergrund, dass sich vermehrtes Sitzen unabhängig von der körperlichen Aktivität negativ auf die Gesundheit auswirken kann [30]. Die Forschung zum sitzenden Verhalten der deutschen Bevölkerung sowie zu den gesundheitlichen Folgen vermehrten Sitzens steht allerdings noch am Anfang.

Das Konzept des Gesundheitssports hat sich mit Hilfe von Kooperationen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie mit den Sportverbänden deutschlandweit etabliert. Die signifikant gesteigerte sportliche Aktivität der älteren Männer und Frauen deutet darauf hin, dass die Erweiterung der Sportangebote (wie Herz- und Rehabilitationssport, Walkinggruppen), die in den letzten Jahren im Kontext des demografischen Wandels gerade für die ältere Bevölkerung erfolgte, positive Auswirkungen auf die Aktivität der Älteren hatte [31]. Allerdings scheinen die Angebote ältere Frauen besser zu erreichen als ältere Männer, bei denen es in den letzten Jahren eine geringere Zunahme der sportlichen Aktivität gab. Die Sportbranche hat sich in den letzten Jahren eher auf Frauen konzentriert und müsste mit ihren Angeboten gezielt auch Männer ansprechen [32].

Um den größtmöglichen Public-Health-Nutzen zu erreichen, fordert die WHO die Nationen auf, Maßnahmen zu entwickeln, die bevölkerungsweit ansetzen und Menschen aller Statusgruppen erreichen [33]. Eine Verbesserung von Infrastrukturen für körperliche Aktivität kann beispielsweise durch intersektorale Zusammenarbeit erreicht werden [34]. Neben der Einbeziehung des Gesundheits-, Sport- und Freizeitsektors sind unter anderem auch der Verkehrs- und Umweltsektor relevant. Aus unterschiedlichen Blickrichtungen verfolgen sie gleiche Ziele: aktive Transportwege; Ausbau von Rad- und Fußgängerwegen, die für tägliche Wegstrecken genutzt werden können; Parkanlagen und Grünflächen, die in der Nähe des unmittelbaren Wohnortes zur körperlichen und sportlichen Aktivität anregen. Es sollten Verhältnisse geschaffen werden, die den Leitsatz der

WHO verwirklichen "The healthy choice must be the easy choice" [35]. Dazu müssten zum Beispiel Treppenhäuser in öffentlichen Gebäuden einfacher zugänglich sein als Fahrstühle.

Neben dem sektorenübergreifenden Ansatz sollten Maßnahmen im Sinne einer ganzheitlichen Herangehensweise auch verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens einbeziehen. Ein Beispiel hierfür ist der Nationale Aktionsplan »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung«, der gemeinsam vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit ins Leben gerufen wurde [36]. Er zielt darauf ab, durch Projekte und Aktionen das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen in Deutschland zu verbessern, um auf diese Weise der Entstehung lebensstilassoziierter Erkrankungen vorzubeugen. Dabei berücksichtigt er auch die Ziele und Maßnahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses (siehe Kapitel 7).

LITERATUR

- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380(9838):219-229
- Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 174(6):801-809
- Langsetmo L, Hitchcock CL, Kingwell EJ et al. (2012) Physical activity, body mass index and bone mineral density-associations in a prospective population-based cohort of women and men: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Bone* 50(1):401-408
- Schulz KH, Meyer A, Langguth N (2012) Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 55(1):55-65
- Wolin KY, Yan Y, Colditz GA et al. (2009) Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer* 100(4):611-616
- Steindorf K, Ritte R, Eomois PP et al. (2013) Physical activity and risk of breast cancer overall and by hormone receptor status: the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int J Cancer* 132(7):1667-1678
- Sofi F, Capalbo A, Cesari F et al. (2008) Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 15(3):247-257
- Statistisches Bundesamt (2014) *Gesundheit – Todesursachen in Deutschland*. Fachserie 12, Reihe 4. Destatis, Wiesbaden
- Rimer J, Dwan K, Lawlor DA et al. (2012) Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD004366
- Whelton SP, Chin A, Xin X et al. (2002) Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 136(7):493-503
- Ekeland E, Heian F, Hagen KB et al. (2004) Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD003683
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. (2012) Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD007146
- Paterson DH, Warburton DE (2010) Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7:38
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 100(2):126-131
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1996) *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. USDHHS, Atlanta
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) *Körperliche Aktivität*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. RKI, Berlin
- World Health Organization (2010) *Global recommendations on physical activity for health*. WHO, Genf
- Bundesministerium für Gesundheit (2012) *Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention*. BMG, Berlin. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Ratgeber_zur_gesundheitlichen_Praevention.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Mensink GBM, Müters S (2012) Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 55(1):102-110
- Finger JD, Tylleskar T, Lampert T et al. (2012) Physical activity patterns and socioeconomic position: the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC Public Health* 12:1079
- Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K et al. (2012) Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 9:116
- Europäische Kommission (2010) *Sport and physical activity*. Special Eurobarometer 334/Wave 72.3. TNS Opinion & Social. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ et al. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr* 146(6):732-737
- Biddle SJ, Asare M (2011) Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 45(11):886-895
- Telama R (2009) Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts* 2(3):187-195
- Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):840-848
- HBSC-Team Deutschland (2011) *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen«*. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld
- Jordan S, Weiß M, Krug S et al. (2012) Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 55(1):73-81
- Thorp AA, Owen N, Neuhaus M et al. (2011) Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996-2011. *Am J Prev Med* 41(2):207-215
- Krug S, Jordan S, Mensink GBM et al. (2013) Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):765-771
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- World Health Organization (2006) *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. WHO, Kopenhagen
- Rütten A, Frahsa A, Engels L et al. (2011) *Empfehlung für europäische Leitlinien*. Verbesserung von Infrastrukturen für körperliche Aktivität auf lokaler Ebene. Erlangen
- World Health Organization (2007) *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. WHO, Kopenhagen
- Bundesministerium für Ernährung Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) *IN FORM*. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. BMELV, BMG, Berlin

3.8 ERNÄHRUNG

- / Die Zufuhr der meisten Vitamine und Mineralstoffe ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Durchschnitt ausreichend.*

- / Bei Vitamin D, Vitamin E, Folat und Jod ist die Zufuhr bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen noch nicht optimal, ebenso die Zufuhr von Eisen bei Mädchen und Frauen.*

- / Dagegen liegt die Zufuhr von Natrium deutlich über der empfohlenen Menge.*

- / In Deutschland werden zu wenig Fisch, Milch- und Milchprodukte, Brot, Getreide, Obst und Gemüse verzehrt. Mädchen, Jungen und Männer essen zudem zu viel Fleisch.*

- / Eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Bewegung sind wichtige Aspekte eines gesundheitsförderlichen Lebensstils.*

INFOBOX 3.8.1

LEBENSMITTEL UND NÄHRSTOFFE

Lebensmittel sind Stoffe, die dazu bestimmt sind, von Menschen zu Zwecken der Ernährung oder des Genusses verzehrt zu werden [5]. Die Inhaltsstoffe von Lebensmitteln werden unterteilt in Makronährstoffe, zu denen Eiweiß (Proteine), Kohlenhydrate, Fette und Alkohol gehören, und Mikronährstoffe, die in erster Linie

Vitamine und Mineralstoffe umfassen. Während der Körper aus Makronährstoffen Energie gewinnt, sind Mikronährstoffe für die Aufrechterhaltung von Stoffwechselfvorgängen notwendig. Die optimale Versorgung mit Mikro- und Makronährstoffen ist damit wesentlich für den menschlichen Organismus. Über- oder Unterversorgung können hingegen zu gesundheitlichen Problemen führen [6].

INFOBOX 3.8.2

D-A-CH-REFERENZWERTE FÜR DIE NÄHRSTOFFZUFUHR

D-A-CH ist der Zusammenschluss der Deutschen (D), der Österreichischen (A) und der Schweizerischen (CH) Gesellschaften für Ernährung. Die D-A-CH-Referenzwerte benennen Mengen für die tägliche Zufuhr von Energie und Nährstoffen und stellen damit die Grundlage dar, um eine vollwertige Ernährung praktisch umzusetzen und eine gesundheitlich bedenkliche Über- und Unterversorgung mit Nährstoffen zu verhindern.

Sie sind so gewählt, dass der Bedarf von nahezu allen gesunden Personen (etwa 98% der Bevölkerung) im Durchschnitt gedeckt ist. Die Referenzwerte unterteilen sich in Empfehlungen, Schätz- und Richtwerte. Empfehlungen orientieren sich am experimentell ermittelten durchschnittlichen Bedarf. Lässt sich der Bedarf nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit festlegen, spricht man von Schätzwerten. Richtwerte werden hingegen angegeben, wenn die Zufuhr nicht innerhalb scharfer Grenzwerte, aber doch in einem aus gesundheitlicher Sicht wünschenswerten Bereich liegen sollte [6].



3.8

ERNÄHRUNG

Die Ernährung hat einen entscheidenden Einfluss auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Der Lebensmittelverzehr sichert in erster Linie die Energie- und Nährstoffversorgung des Körpers und gewährleistet damit den Ablauf von Stoffwechselprozessen, den Aufbau und Erhalt der Zellen sowie die Funktion des Immun- und Nervensystems. Außerdem spielt Essen eine wichtige Rolle im sozialen und kulturellen Kontext und trägt in der Regel bedeutend zum Wohlbefinden bei.

Deutschland verfügt zu jeder Jahreszeit über ein reichhaltiges und relativ preiswertes Lebensmittelangebot. Dieses ist größer als jemals zuvor, insgesamt sind mehr als 100.000 Lebensmittel im deutschen Lebensmitteleinzelhandel verfügbar [1]. Mangelkrankheiten kommen daher nur noch selten vor [2]. Auf der anderen Seite bewirkt das große Angebot, insbesondere in Kombination mit der abnehmenden Notwendigkeit von körperlicher Aktivität im Alltag, dass Übergewicht und Adipositas zu den wichtigsten ernährungsmitbedingten Gesundheitsproblemen unserer Zeit geworden sind (siehe Kapitel 3.9) [3]. Ist die Ernährung unausgewogen und nicht an den Energiebedarf angepasst, kann dies auch die Entstehung von anderen chronischen (Folge-) Krankheiten und Beschwerden begünstigen. Zu diesen gehören zum Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und Krebserkrankungen [4].

3.8.1

ERNÄHRUNGSSITUATION VON ERWACHSENEN

Wichtige Aspekte der Ernährungssituation sind der Lebensmittelverzehr sowie die Nährstoffversorgung

einer Bevölkerung. Einen Überblick für Deutschland liefern die Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) des Max Rubner-Instituts. Hierfür wurden zwischen November 2005 und Januar 2007 bundesweit insgesamt 19.329 deutschsprachige Männer und Frauen im Alter von 14 bis 80 Jahren umfassend zu ihrem Ernährungsverhalten befragt [7, 8]. Eine Beurteilung der Lebensmittelauswahl in der Bevölkerung ist anhand der lebensmittelbezogenen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) möglich [9]. Zur Beurteilung der Nährstoffversorgung können die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (D-A-CH-Referenzwerte) herangezogen werden, die für Deutschland, Österreich und die Schweiz erarbeitet wurden (siehe Infobox 3.8.2) [6].

3.8.2

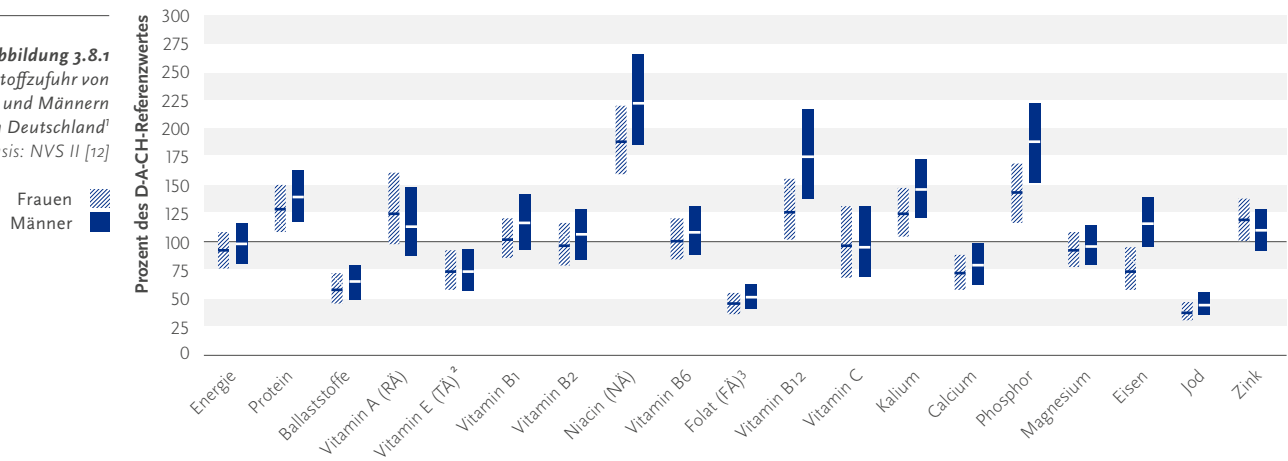
LEBENSMITTELKONSUM VON ERWACHSENEN

Laut Ergebnissen der NVS II essen Männer mehr Fleisch als von der DGE empfohlen [7, 8], bei Frauen liegt der Verzehr im oberen Bereich der Empfehlung. Lebensmittel, die sowohl von Frauen als auch von Männern zu wenig konsumiert werden, sind Fisch, Milch, Käse, Quark, andere Milchprodukte, Gemüse, Obst sowie Brot und Getreide. Im Bereich der empfohlenen Mengen liegt der Verzehr von Eiern, Butter und Margarine. Mit durchschnittlich etwa zwei Litern am Tag wird auch ausreichend Flüssigkeit getrunken (Empfehlung: mindestens 1,5 Liter am Tag über Getränke).

Die Ergebnisse der NVS II weisen darüber hinaus darauf hin, dass Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus ungünstigere Ernährungsmuster aufweisen als Personen mit höherem Sozialstatus [10, 11]. Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus essen demnach

3.8

► **Abbildung 3.8.1**
Nährstoffzufuhr von
Frauen und Männern
in Deutschland¹
Datenbasis: NVS II [12]



- ¹ Schätzung auf Grundlage von zwei 24h-Recalls durch Multiple-Source-Method; gewichtete Daten auf Basis des Mikrozensus 2006; Ausreißer und Extremwerte nicht dargestellt; die Abbildung enthält korrigierte Daten für die Kaliumzufuhr
- ² TÄ überwiegend auf Basis von α -Tocopherol und ohne Berücksichtigung weiterer Vitamin-E-Verbindungen berechnet
- ³ Bei angereicherten Lebensmitteln wurde bei der Berechnung ein Faktor von 1,7 verwendet

weniger unerhitztes Gemüse, Obst und Milcherzeugnisse als Frauen und Männer mit höherem Sozialstatus. Auf der anderen Seite konsumieren sie mehr Limonaden [7].

3.8.3 NÄHRSTOFFVERSORGUNG VON ERWACHSENEN

Die Ergebnisse der NVS II zur Nährstoffzufuhr machen deutlich, dass sowohl die Energiezufuhr als auch die Zufuhr der meisten Vitamine und Mineralstoffe in der Bevölkerung gesichert sind (Abb. 3.8.1). Die Energiezufuhr entspricht im Median den Richtwerten für Personen mit pauschal geringer körperlicher Aktivität. Da der individuelle Energiebedarf jedoch von der jeweiligen persönlichen körperlichen Aktivität sowie unter anderem auch von Körpergröße und -gewicht abhängt, lassen sich aus diesem Ergebnis keine Rückschlüsse auf die langfristige Energiebilanz ziehen.

KOHLHYDRATE, PROTEINE, FETTE, BALLASTSTOFFE

Die Zufuhr der energieliefernden Nährstoffe Kohlenhydrate, Proteine und Fette entspricht im Wesentlichen den Referenzwerten. Sie werden jedoch nicht immer im erwünschten Verhältnis aufgenommen. Während der Anteil von Proteinen an der Energiezufuhr für beide Geschlechter bei etwa 14% und damit im akzeptablen Bereich liegt (Empfehlung: 15%), ist die mediane Kohlenhydrataufnahme mit 49% bei Frauen und 45% bei Männern etwas geringer als erwünscht (Richtwert: 50%) [7]. Die Fettzufuhr ist mit etwa 34% bei Frauen und mit 35% bei Männern hingegen höher als erwünscht, da sie den Richtwert von 30% der Energiezufuhr übersteigt. Eine hohe Fettaufnahme, insbesondere von gesättigten Fettsäuren, erhöht das Risiko für Stoffwechselstörungen (Dyslipoproteinämie, siehe Kapitel 3.11), Arteriosklerose und Übergewicht. Dagegen kann ein hoher Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren das Risiko für Dyslipoproteinämie und koronare Herzkrankheit senken [13]. Laut den Daten der NVS II liegt der Anteil der gesättigten Fettsäuren höher und der Anteil der mehrfach ungesättigten Fettsäuren niedriger als die jeweilige Empfehlung (zehn Energieprozent gesättigte Fettsäuren, sieben Ener-

gieprozent mehrfach ungesättigte Fettsäuren). Insgesamt ist damit das Verhältnis von gesättigten zu ungesättigten Fettsäuren nicht optimal. In den vergangenen Jahren wurde darüber hinaus diskutiert, dass sich die spezielle Gruppe der trans-Fettsäuren ungünstig auf die Gesundheit auswirken können. Neben dem natürlichen Vorkommen in Milchprodukten und bestimmten Fleischsorten können trans-Fettsäuren bei der industriellen Verarbeitung von Pflanzenfetten entstehen. Eine erhöhte Aufnahme ist ebenfalls mit einem höheren Risiko für Dyslipoproteinämie sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten verbunden [6]. Die DGE empfiehlt daher, nicht mehr als ein Prozent der Nahrungsenergie in Form von trans-Fettsäuren zu sich zu nehmen [13]. Laut einer Einschätzung des Bundesinstituts für Risikobewertung aus dem Jahr 2013 liegt die mittlere Aufnahme bei 14- bis 80-Jährigen in Deutschland mit 0,66% im empfohlenen Bereich [14]. Die Zufuhr von den nicht energieliefernden Ballaststoffen liegt mit 18 Gramm pro Tag bei Frauen und 19 Gramm pro Tag bei Männern deutlich unter dem Richtwert von mindestens 30 Gramm pro Tag. Ballaststoffe fördern die Verdauung und wirken sich positiv auf die Blutzucker- und Cholesterinkonzentration im Blut aus [15].

VITAMINE UND MINERALSTOFFE

Für die Vitamine A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, C und für Niacin liegen die Mediane der Zufuhr im Bereich der D-A-CH-Referenzwerte oder darüber [6]. Die mediane Zufuhr der Vitamine E und D sowie von Folat liegt hingegen deutlich unter den entsprechenden Referenzwerten. Für die Versorgung mit Vitamin D ist die Aufnahme über die Nahrung allerdings von geringerer Bedeutung, da der menschliche Körper das Vitamin zum größten Teil selbst unter Einfluss von UV-Licht in der Haut produziert [16, 17]. Bei Vitamin-D-Mangel kann es zu Knochenerweichungen oder Knochenverformungen kommen (Osteomalazie); ebenso ist das Risiko einer Osteoporose erhöht [18]. Serumanalysen haben gezeigt, dass die Versorgung mit Vitamin D in der Bevölkerung zwar niedrig ist, bei der Mehrheit der Bevölkerung aber kein klinisch relevanter Vitamin-D-Mangel vorliegt [19, 20]. Die Vitamin-E-Zufuhr wird vermutlich unterschätzt, da bislang nur Vita-

min-Äquivalente aufgrund von α -Tocopherol ohne Berücksichtigung weiterer Vitamin-E-Verbindungen in die Berechnung einfließen [7]. Eine Unterversorgung mit Vitamin E kann unter anderem Beeinträchtigungen des Muskelstoffwechsels oder des Nervensystems hervorrufen [21]. Folat ist für zahlreiche Stoffwechselvorgänge im Organismus wichtig, unter anderem für die Zellteilung und das Zellwachstum. Eine geringe Folatversorgung während der ersten Schwangerschaftswochen kann darüber hinaus Fehlbildungen (Neuralrohrdefekte) beim Ungeborenen verursachen [6]. Daher wird Frauen, die schwanger werden wollen bzw. werden könnten, empfohlen, Folsäurepräparate einzunehmen [22].

Bei den Mineralstoffen liegt die Zufuhr von Kalium über den Referenzwerten. Dies trifft ebenso für Natrium zu, dessen wichtigste Quelle Kochsalz ist. Die Referenzwerte stellen allerdings nur die Schätzwerte für die Mindestzufuhr da. Laut Empfehlungen der DGE [6] entsprechen 2,4 Gramm Natrium bzw. 2 bis 3 Gramm Kalium einer ausreichenden täglichen Zufuhr. Allerdings lassen die Befragungsdaten der NVS II nur eine grobe Schätzung der Natriumaufnahme zu, unter anderem, weil die Verwendung von Salz beim Kochen sowie bei Tisch nicht komplett erfasst wurde. Die Messung der Natriumauscheidung im Urin ist eine weitere Möglichkeit, um die Aufnahme zu bestimmen. Diese Untersuchung wurde in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) vorgenommen. Demnach nahmen Männer im Median 3,9 Gramm und Frauen 3,3 Gramm Natrium pro Tag zu sich und damit deutlich mehr als die empfohlenen 2,4 Gramm pro Tag [23]. Eine Natriumaufnahme deutlich oberhalb des täglichen Bedarfs ist aufgrund der potenziell blutdruckerhöhenden Wirkung nicht wünschenswert [6]. Die Kaliumzufuhr liegt laut Daten der NVS II bei 2,5 Gramm pro Tag für Frauen und 2,9 Gramm pro Tag bei Männern.

Die medianen Aufnahmen der Mineralstoffe Calcium und Jod liegen jeweils unterhalb der Referenzwerte. Calcium ist unter anderem für den Knochenstoffwechsel und die Erregbarkeit der Muskeln von Bedeutung [6]. Eine genaue Aussage über die Jodversorgung ist mittels der NVS II-Daten nicht möglich, da die relativ weit verbreitete Verwendung von Jodsalz im Haushalt sowie mit Jodsalz hergestellte Lebensmittel nicht berücksichtigt werden konnten. Zu einer genaueren Abschätzung der Jodaufnahme können wiederum die Daten von DEGS1 herangezogen werden. Die geschätzte mediane Jodaufnahme liegt demnach für Männer bei 126 Mikrogramm pro Tag und für Frauen bei 125 Mikrogramm pro Tag. Damit weisen etwa 30% der Erwachsenen eine Jodaufnahme unterhalb des Referenzwertes auf (200 Mikrogramm bei Personen bis 65 Jahre, 180 Mikrogramm bei Personen ab 65 Jahren) [24]. Jod wird zur Bildung von Schilddrüsenhormonen benötigt. Diese sind bei Erwachsenen an der Regulation wichtiger Stoffwechselvorgänge beteiligt, bei Kindern und Ungeborenen sind sie darüber hinaus für das Wachstum, die Entwicklung von Organen, des Nervensystems und der Muskulatur verantwortlich. Daher wird Schwangeren und Stillenden mit ungenügender Jodversorgung empfohlen, Jodpräparate einzunehmen [22].

Bei der Betrachtung der Nährstoffzufuhr sollte ebenfalls bedacht werden, dass für fast alle Vitamine und Mineralstoffe eine Zufuhr über die Referenzwerte

hinaus keinen gesundheitlichen Mehrwert verspricht. Im Gegenteil können sehr hohe Mengen sogar mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sein. Normalerweise werden so hohe Mengen über die natürliche Ernährung nicht erreicht; bei einer übermäßigen Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln oder einem hohen Konsum von angereicherten Lebensmitteln ist dies aber möglich. Daten der NVS II zeigen, dass Personen, die Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente mit Vitamin- oder Mineralstoffzusatz (Supplemente) zu sich nehmen, im Mittel die Referenzwerte der untersuchten Nährstoffe (mit Ausnahme von Jod) erreichen und zum Teil sogar deutlich überschreiten [7]. Bei diesen beträgt die Zufuhr der Vitamine B₁, B₂, B₆ und C das Doppelte der in den D-A-CH-Referenzwerten angegebenen Menge, bei Niacin das Dreifache.

Durch die zusätzliche Einnahme von Supplementen können sogar die Obergrenzen für die tägliche Gesamtzufuhr von Nährstoffen (Tolerable Upper Intake Level, UL), die von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) herausgegeben werden, überschritten werden. Diese Obergrenzen stellen Höchstmengen dar, von denen angenommen wird, dass ihre Aufnahme wahrscheinlich keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Folge hat [25, 26]. Bei den meisten Nährstoffen werden die UL nur von einem geringen Anteil der Supplementnehmerinnen und -nehmer der NVS II überschritten, bei Vitamin A und Magnesium hingegen von einem höheren Anteil (12,7% bzw. 15,7%) [7].

3.8.4

ERNÄHRUNGSSITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

In der frühen Lebensphase ist der Bedarf an Energie und Nährstoffen, bezogen auf das Körpergewicht, besonders hoch, da sich Körper und Körperfunktionen noch entwickeln müssen. Eine adäquate und gesundheitsförderliche Ernährungsweise im Kindes- und Jugendalter ist in dieser Zeit besonders wichtig. Ein Überblick über das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen liefern die Ergebnisse der VELS-Studie (Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern für die Abschätzung eines akuten Toxizitätsrisikos durch Rückstände von Pflanzenschutzmitteln) [27] und der Ernährungsstudie EsKiMo, einem Modul der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) [28, 29]. Bei der VELS-Studie wurden der Lebensmittelverzehr und die Nährstoffzufuhr von Säuglingen ab 6 Monaten und Kleinkindern bis unter 5 Jahren erfasst. Bei EsKiMo wurde im Jahr 2006 bei einer Unterstichprobe von KiGGS eine detaillierte Ernährungserhebung durchgeführt. Bundesweit nahmen Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren teil.

3.8.5

LEBENSMITTELKONSUM VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Der Lebensmittelkonsum von Kindern und Jugendlichen lässt sich anhand der Empfehlungen des Konzeptes der optimierten Mischkost (optimiX, Tab. 3.8.1) des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) beurteilen [30, 31].

► **Tabelle 3.8.1**
Empfohlene, altersge-
mäßige Lebensmittel-
verzehrsmengen in der
Optimierten Mischkost
»optimiX«
Quelle:
Forschungsinstitut für
Kinderernährung [31]

	EINHEIT	ALTERSGRUPPE				
		6 Jahre	7–9 Jahre	10–12 Jahre	13–14 Jahre (M/J) ¹	15–17 Jahre (M/J) ¹
Empfohlene Lebensmittel (≥ 90 % der Gesamtenergie)						
reichlich						
Getränke	ml/Tag	800	900	1.000	1.200 / 1.300	1.400 / 1.500
Brot, Getreide (-flocken)	g/Tag	170	200	250	250 / 300	280 / 350
Kartoffeln, Nudeln, Reis u. a. Getreide	g/Tag	180	220	270	270 / 330	300 / 350
Gemüse	g/Tag	200	220	250	260 / 300	300 / 350
Obst	g/Tag	200	220	250	260 / 300	300 / 350
mäßig						
Milch, -produkte	ml (g)/Tag	350	400	420	425 / 450	450 / 500
Fleisch, Wurst	g/Tag	40	50	60	65 / 75	75 / 85
Eier	Stck./Woche	2	2	2–3	2–3 / 2–3	2–3 / 2–3
Fisch	g/Woche	50	75	90	100 / 100	100 / 100
sparsam						
Öl, Margarine, Butter	g/Tag	25	30	35	35 / 40	40 / 45
Geduldete Lebensmittel (< 10 % der Gesamtenergie)						
	kcal/Tag	150	180	220	220 / 270	250 / 310

¹ M: Empfehlung für Mädchen der jeweiligen Altersgruppe;
J: Empfehlung für Jungen

Gemessen an den optimiX-Empfehlungen verzehren Kinder und Jugendliche zu viel Fleisch und Wurstwaren. Der empfohlene Verzehr von Milch und Milchprodukten wird von unter einjährigen Kindern im Mittel erreicht, von älteren Kleinkindern jedoch nicht [27]. Die sechsjährigen Kinder sowie die älteren Jungen erreichen die empfohlenen Mengen, während die älteren Mädchen sie nicht erreichen [32]. Laut Empfehlung des FKE sollte nicht mehr als 10 % der Energieaufnahme aus den so genannten »geduldeten« Lebensmitteln stammen. Dazu gehören Süßwaren (etwa Schokolade, andere Süßigkeiten, süße Brotaufstriche), süße und pikante Backwaren (wie Kuchen, Torten), Knabbergebäck, Limonaden und auch gesüßte Frühstückscerealien. Fast alle Kinder und Jugendlichen nehmen deutlich mehr Energie über »geduldete« Lebensmittel auf als empfohlen [32]. Andererseits verzehren sie zu wenig Fisch und zu wenig pflanzliche Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Brot, Getreide und Kartoffeln [32]. Lediglich Kinder unter zwei Jahren erreichen im Mittel die empfohlenen Obstmengen [27]. Der Getränkekonsum nimmt wie empfohlen mit dem Alter zu [32]. Im Median werden die empfohlenen Getränkemengen in den meisten Altersgruppen erreicht. Bei den jüngeren Kindern wird mit etwa 50 % am häufigsten Wasser getrunken, gefolgt von Obstsaften. Mit zunehmendem Alter nimmt allerdings der Anteil von zuckerhaltigen Limonaden deutlich zu, was aus gesundheitlicher Sicht nicht erwünscht ist [33].

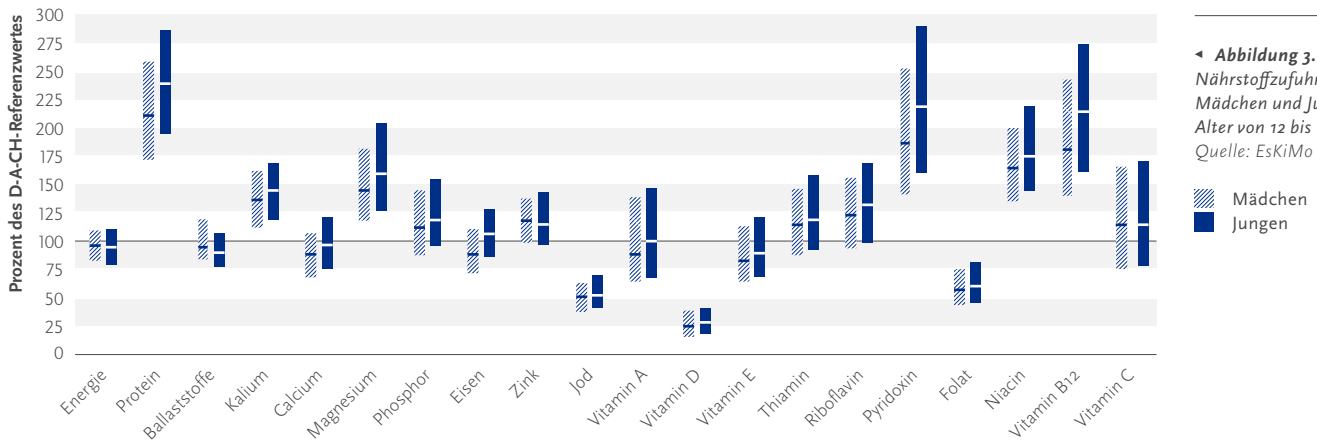
In verschiedenen Studien finden sich Hinweise, dass sich Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ungünstiger ernähren als Heranwachsende aus Familien mit höherem Sozialstatus [34, 35]. Auch

Auswertungen der KiGGS-Studie weisen darauf hin. So verzehren Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weniger Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Rohkost, dafür mehr Limonaden, Süßwaren, Wurst, Fleisch und Fastfood als Jungen und Mädchen aus Familien anderer Sozialstatusgruppen [36].

3.8.6 NÄHRSTOFFVERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die durchschnittliche Aufnahme von Energie, Fett und Kohlenhydraten entspricht bei Kindern und Jugendlichen in etwa den D-A-CH-Referenzwerten (Abb. 3.8.2) [6]. Bei der Fettzufuhr ist wie bei den Erwachsenen das Verhältnis von gesättigten zu mehrfach ungesättigten Fettsäuren nicht optimal [32]. Bei den Kohlenhydraten werden zu viele Mono- und Disaccharide im Vergleich zu Polysacchariden konsumiert. Mono- und Disaccharide sind vor allem in Süßwaren, Kuchen und Gebäck sowie gesüßten Getränken enthalten. Polysaccharide kommen zwar auch in hoch verarbeiteten Lebensmitteln vor, eine höhere Aufnahme deutet aber meist auf einen hohen Konsum von Vollkornprodukten, Obst und Gemüse hin. Die tägliche Proteinzufuhr liegt deutlich über den Referenzwerten; Ballaststoffe werden dagegen zu wenig aufgenommen. Außerdem trinken Kinder zwischen sechs und elf Jahren etwas weniger Wasser als empfohlen. Im Jugendalter entsprechen die medianen Zufuhrmengen den Referenzwerten beziehungsweise überschreiten diese zum Teil deutlich.

Kinder und Jugendliche sind im Durchschnitt ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt.



◀ **Abbildung 3.8.2**
Nährstoffzufuhr von Mädchen und Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren¹
Quelle: EsKiMo [28]

▨ Mädchen
■ Jungen

¹ Ausreißer und Extremwerte sind nicht dargestellt

Jedoch nehmen sie generell zu wenig Vitamin D und Folat auf, Sechs- bis Elfjährige außerdem zu wenig Calcium, Vitamin A und E sowie Mädchen zusätzlich zu wenig Eisen. Die mediane Zufuhr von Natrium und Kalium liegt hingegen im Kindes- wie im Jugendalter oberhalb der Schätzwerte für eine minimale Zufuhr (Abb. 3.8.2).

Durch eine Unterversorgung mit Calcium sowie Vitamin D kann es zu einer ungenügenden Mineralisierung beziehungsweise zur Demineralisierung des Knochens kommen, was das Risiko für Knochenbrüche erhöht. Ein schwerer und anhaltender Vitamin-D-Mangel kann u. a. zur Erweichung von Knochen und Verformungen des Skeletts führen (Rachitis) [18]. Ein langfristiger Mangel an Vitamin A kann unter anderem Sehstörungen, Trockenheit der Haut und eine höhere Infektionsanfälligkeit bewirken [6]. Zu den Symptomen eines Eisenmangels gehören Beeinträchtigungen der Haut und Schleimhäute (etwa entzündliche Veränderungen in den Mundwinkeln) sowie Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und Anämie [6]. Die Folgen einer Unterversorgung von Folat und Vitamin E entsprechen bei Kindern und Jugendlichen denen von Erwachsenen.

3.8.7 SCHLUSSBETRACHTUNG

Insgesamt gesehen ist die Nährstoffversorgung in Deutschland nach den vorliegenden Daten ausreichend. Ein Vitaminmangel kommt heute nur noch selten vor. Bei einigen Bevölkerungsgruppen ist die Nährstoffzufuhr jedoch nicht immer optimal.

Für eine ausreichende Nährstoffversorgung bedarf es einer ausgewogenen Ernährung. Hinsichtlich des Lebensmittelverzehrs zeigt sich allerdings, dass sowohl Erwachsene als auch Kinder zu viel Fleisch essen. Fisch, Milch- und Milchprodukte, Brot, Getreide, Obst und Gemüse werden hingegen zu wenig konsumiert. Bei Kindern und Jugendlichen stehen darüber hinaus zu häufig Süßigkeiten auf dem Speiseplan. Aber gerade bei Heranwachsenden sollte auf eine gesunde Ernährung geachtet werden. Zum einen, da sie (pro Kilogramm Körpergewicht) einen hohen Nährstoffbedarf haben, zum anderen, weil im Laufe der Kindheit entwickelte Ernährungsgewohnheiten meist bis ins Erwachsenenalter beibehalten werden.

Die Prävention von Fehlernährung im Kindes- und Jugendalter ist daher von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Zahlreiche regionale, bundes- und EU-weite Initiativen und Aktionsprogramme versuchen, gesunde Ernährung bereits im Kindes- und Jugendalter zu fördern. Hierzu gehört eine Verbesserung der Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln im Alltag bzw. den verschiedenen Lebensbereichen wie Kindertagesstätten, Kindergärten oder Schulen. Insbesondere das Setting Schule kann hierbei als ein wichtiger Ort (primär-)präventiver und gesundheitsförderlicher Handlungen angesehen werden (siehe Kapitel 4.8). Diesem Ansatz folgend, nimmt Deutschland beispielsweise am EU-Schulobstprogramm teil, bei dem Schulkindern kostenfrei Obst und Gemüse zur Verfügung gestellt wird [37]. In der Schule sollte das Thema gesunde Ernährung darüber hinaus praktisch und theoretisch eingebunden werden: Die Ernährungsbildung sollte zum einen Wissen über einen abwechslungsreichen und ausgewogenen Speiseplan vermitteln sowie praktische Kompetenzen und Fertigkeiten im Bereich der Mahlzeitenzubereitung. Diese Aspekte der Gesundheitsförderung sind ebenfalls zentraler Bestandteil des Nationalen Gesundheitsziels »Gesund aufwachsen« (siehe Kapitel 7). Auch der Nationale Aktionsplan IN FORM hat sich das Ziel gesetzt, einen gesunden Lebensstil zu fördern [38]. Dies beinhaltet neben einer ausgewogenen Ernährung auch ausreichend körperliche Bewegung, die über unterschiedliche Projekte nachhaltig verbessert werden sollen. Die Umsetzung soll dabei im Alltag stattfinden, an Orten, an denen sich Menschen regelmäßig aufhalten (z. B. bei der Arbeit, in der Schule). Hier sollen Strukturen geschaffen werden, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten zur Selbstverständlichkeit machen.

Neben den genannten Initiativen stellen Lebensmittelkennzeichnungen, die verständliche und eindeutige Nährstoffinformationen für verarbeitete Nahrungsmittel liefern, um eine gesunde Lebensmittelauswahl zu erleichtern, einen weiteren verhältnispräventiven Ansatz dar.

LITERATUR

1. Zühlendorf A, Spiller A (2012) Trends in der Lebensmittelvermarktung. Begleitforschung zum Internetportal lebensmittelklarheit.de: Marketingtheoretische Einordnung praktischer Erscheinungs-

- formen und verbraucherpolitische Bewertung. Agrifood Consulting GmbH, Göttingen
2. Bechthold A, Albrecht V, Leschik-Bonnet E et al. (2012) Beurteilung der Vitaminversorgung in Deutschland. Teil 1: Daten zur Vitaminzufuhr. *Ernährungs Umschau* 59(6):324-336
 3. Vandevijvere S, Chow C, Hall K et al. (2015) Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bull World Health Organ* 93:446-456
 4. World Health Organization (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series, 916. WHO, Genf
 5. Meyer AH (2000) Lebensmittelrecht: Bundesgesetze und-verordnungen sowie EG-Recht über Lebensmittel (einschließlich Wein), Tabakerzeugnisse, kosmetische Mittel und Bedarfsgegenstände; Textsammlung mit Anmerkungen und Sachverzeichnis. Band 1. Verlag C.H. Beck, München
 6. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) (2015) Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Neuer Umschau Buch Verlag, Bonn
 7. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2012) 12. Ernährungsbericht 2012. DGE, Bonn
 8. Max Rubner Institut (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ergebnisbericht, Teil 1 und 2. MRI, Karlsruhe
 9. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2014) Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen in Deutschland. DGE, Bonn
 10. Giskes K, Avendano M, Brug J et al. (2010) A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev* 11(6):413-429
 11. Darmon N, Drewnowski A (2008) Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 87(5):1107-1117
 12. Krems C, Walter C, Hoffmann I (2012) Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr - Ergebnisse der nationalen Verzehrsstudie II. In: DGE (Hrsg) Ernährungsbericht 2012, Bonn, S. 40-85
 13. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2015) Evidenzbasierte Leitlinie Fettzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten, 2. Version 2015. DGE, Bonn
 14. Bundesinstitut für Risikobewertung (2013) Höhe der derzeitigen trans-Fettsäureaufnahme in Deutschland ist gesundheitlich unbedenklich. Stellungnahme 028/2013 des BfR vom 6. Juni 2013. BfR, Berlin
 15. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2011) Evidenzbasierte Leitlinie. Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. Version 2011. DGE, Bonn
 16. Robert Koch-Institut (2015) Antworten des Robert Koch-Instituts auf häufig gestellte Fragen zu Vitamin D. www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Vitamin_D/Vitamin_D_FAQ-Liste.html (Stand: 09.07.2015)
 17. Holick MF, Garabedian M (2006) Vitamin D: photobiology, metabolism, mechanism of action, and clinical applications. In: Favus MJ (Hrsg) Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. American Society for Bone and Mineral Research, Washington DC, S. 129-137
 18. Holick MF (2004) Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 80(Suppl 6):1678S-1688S
 19. Hintzpeter B (2008) Vitamin D Status in Germany: Prevalence of Vitamin D Deficiency, Determinants and Potential Health Implications. Der Andere Verlag, Kiel
 20. Rabenberg M, Scheidt-Nave C, Busch M et al. (2015) Vitamin D status among adults in Germany – Results from the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *BMC Public Health* 15:641
 21. Witting LA, Horwitt MK (1964) Effect of Degree of Fatty Acid Unsaturation in Tocopherol Deficiency-Induced Creatinuria. *J Nutr* 82:19-33
 22. Bundesinstitut für Risikobewertung (2014) Jod, Folat/Folsäure und Schwangerschaft. BfR, Berlin
 23. Johner SA, Thamm M, Schmitz R et al. (2014) Current daily salt intake in Germany: biomarker-based analysis of the representative DEGS study. *Eur J Nutr* 2014(Epub)
 24. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2015) Jodversorgung in Deutschland: Ergebnisse des aktuellen Jodmonitoring. www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/_Texte/DEGS_JodStudie.html (Stand: 07.07.2015)
 25. Domke A, Großklaus R, Niemann B et al. (2004) Verwendung von Vitaminen in Lebensmitteln. Toxikologische und ernährungsphysiologische Aspekte, Teil I. http://www.bfr.bund.de/cm/350/verwendung_von_vitaminen_in_lebensmitteln.pdf (Stand: 20.07.2015)
 26. Domke A, Großklaus R, Niemann B et al. (2004) Verwendung von Mineralstoffen in Lebensmitteln. Toxikologische und ernährungsphysiologische Aspekte, Teil II. http://www.bfr.bund.de/cm/350/verwendung_von_mineralstoffen_in_lebensmitteln_bfr_wissenschaft_4_2004.pdf (Stand: 20.07.2015)
 27. Hesecker H, Oepping A, Vohmann C (2003) Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern für die Abschätzung eines akuten Toxizitätsrisikos durch Rückstände von Pflanzenschutzmitteln (VELS). Forschungsbericht. Universität Paderborn, Paderborn
 28. Mensink GBM, Hesecker H, Richter A et al. (2007) Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Robert Koch-Institut, Universität Paderborn, Berlin, Paderborn. www.bmelv.de (Stand: 15.04.2015)
 29. Stahl A, Vohmann C, Richter A et al. (2009) Changes in food and nutrient intake of 6- to 17-year-old Germans between the 1980s and 2006. *Public Health Nutr* 12(10):1912-1923
 30. Kersting M, Alexy U (2005) OptimiX. Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. aid infodienst, Bonn
 31. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. FKE, Dortmund
 32. Mensink GBM, Hesecker H, Stahl A et al. (2007) Die aktuelle Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus EsKiMo – Teil 1. *Ernährungs Umschau* 11(07):636-646
 33. Rabenberg M, Mensink G (2013) Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland. GBE kompakt 4(1). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
 34. Alexy U, Sichert-Hellert W, Kersting M (2002) Fifteen-year time trends in energy and macronutrient intake in German children and adolescents: results of the DONALD study. *Br J Nutr* 87(6):595-604
 35. Kleiser C, Mensink GB, Scheidt-Nave C et al. (2009) HuSKY: a healthy nutrition score based on food intake of children and adolescents in Germany. *Br J Nutr* 102(4):610-618
 36. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
 37. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg) (2012) Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse der in der Bundesrepublik Deutschland am EU-Schulobstprogramm teilnehmenden Länder für das Schuljahr 2010-2011. BMELV, Berlin
 38. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. BMELV, BMG, Berlin

3.9

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

-
- / Fast 25% aller Erwachsenen und etwa 6% der Kinder und Jugendlichen sind stark übergewichtig (adipös).
-
- / Insbesondere unter jungen Männern ist der Anteil adipöser Erwachsener in den letzten 15 Jahren deutlich angestiegen.
-
- / Bei Jugendlichen hat sich seit 2006 die Adipositasprävalenz erhöht, während die Prävalenz von Übergewicht gleich geblieben ist.
-
- / Je niedriger der sozioökonomische Status, desto häufiger treten Übergewicht und Adipositas auf.
-
- / Die Verringerung von Übergewicht und Adipositas ist ein wichtiger Schritt zur Vermeidung einer Vielzahl chronischer Erkrankungen.

3.9

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Als Übergewicht wird eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils bezeichnet, die mit einer Gesundheitsgefährdung verbunden ist und Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann [1]. Ist das Übergewicht besonders stark ausgeprägt, wird dies als Adipositas bezeichnet. Adipositas und Übergewicht werden in der Regel anhand von Referenzwerten für das Körpergewicht ermittelt, die von der Körpergröße abhängen (siehe Kapitel 3.9.1).

Je weiter der Körperfettanteil einer Person über dem Normalmaß liegt, desto gravierender sind die zu erwartenden gesundheitlichen Konsequenzen [2]. So führt insbesondere die Adipositas zu einer erhöhten Beanspruchung des Muskel- und Skelettsystems. Sie begünstigt das Entstehen von Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck [2], welche das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöhen [3–8]. Bereits bei stark übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ist ein erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil nachweisbar [9–11]. Auch einige Krebsarten kommen unter adipösen Erwachsenen vermehrt vor, dies gilt unter anderem für Dickdarm-, Bauchspeicheldrüsen- und Nierenkrebs sowie postmenopausalen Brustkrebs und Krebs der Gebärmutterschleimhaut bei Frauen [12–15].

Im Zusammenhang mit der erhöhten Krankheitslast ist bei adipösen Erwachsenen eine erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu Normalgewichtigen dokumentiert [16–19]. Demgegenüber ist die Sterblichkeit bei einem Übergewicht unterhalb der Grenze zur Adipositas mitunter sogar geringer als bei Normalgewicht [18, 19]. Diese Zusammenhänge lassen sich allerdings noch nicht abschließend bewerten [16, 17, 19–21]. Aus der erhöhten Krankheitslast und der verringerten Lebenserwartung von Adipösen resultieren erhebliche direkte und indirekte Kosten [22–24]: Die direkten Kosten fallen dabei insbesondere für die medizinische Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs an, während die indirekten Kosten auf eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit sowie ein erhöhtes Risiko für Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine krankheitsbedingte Frühberentung zurückzuführen sind.

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Messung von Übergewicht und Adipositas sowie deren Verbreitung bei Erwachsenen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Diskussion zeitlicher Entwicklungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie auf regionalen und sozialen Unterschieden. Daran anschließend wird die Situation bei Kindern und Jugendlichen zusammengefasst. Abschließend folgt eine Übersicht der Maßnahmen und Programme zur Prävention von Übergewicht und Adipositas.

3.9.1

MESSUNG VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Übergewicht und Adipositas werden in epidemiologischen Studien in der Regel anhand des so genannten

Body-Mass-Index (BMI) bestimmt [1]. Dazu wird das Körpergewicht (gemessen in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert. Der BMI ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche gebräuchlich. Nach Klassifikation der WHO wird Übergewicht bei Erwachsenen durch einen BMI von 25 kg/m^2 und höher definiert. Von Adipositas wird bei Erwachsenen ab einem BMI von 30 kg/m^2 gesprochen [25].

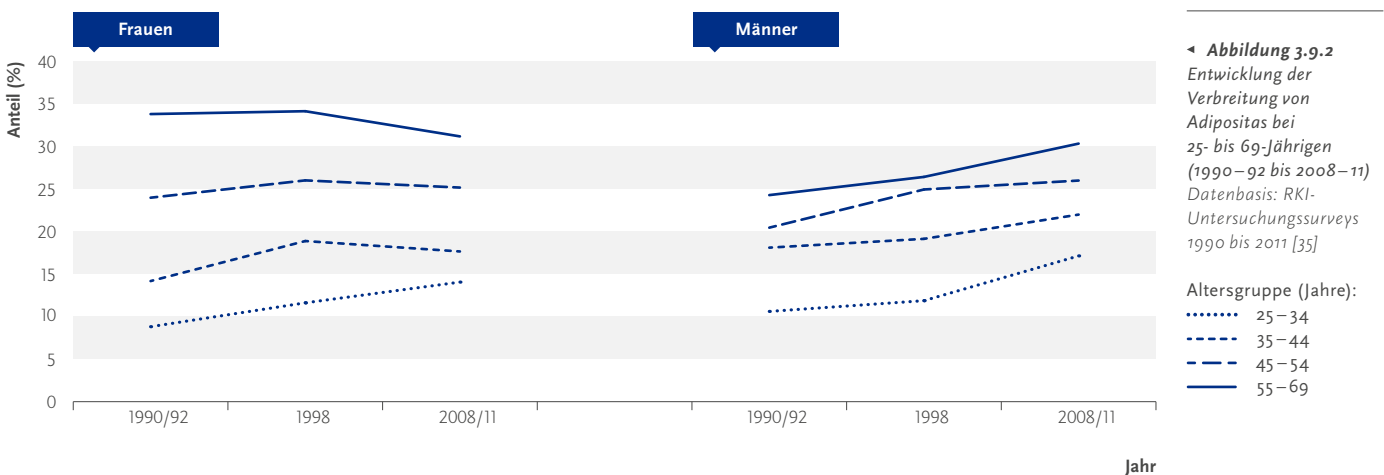
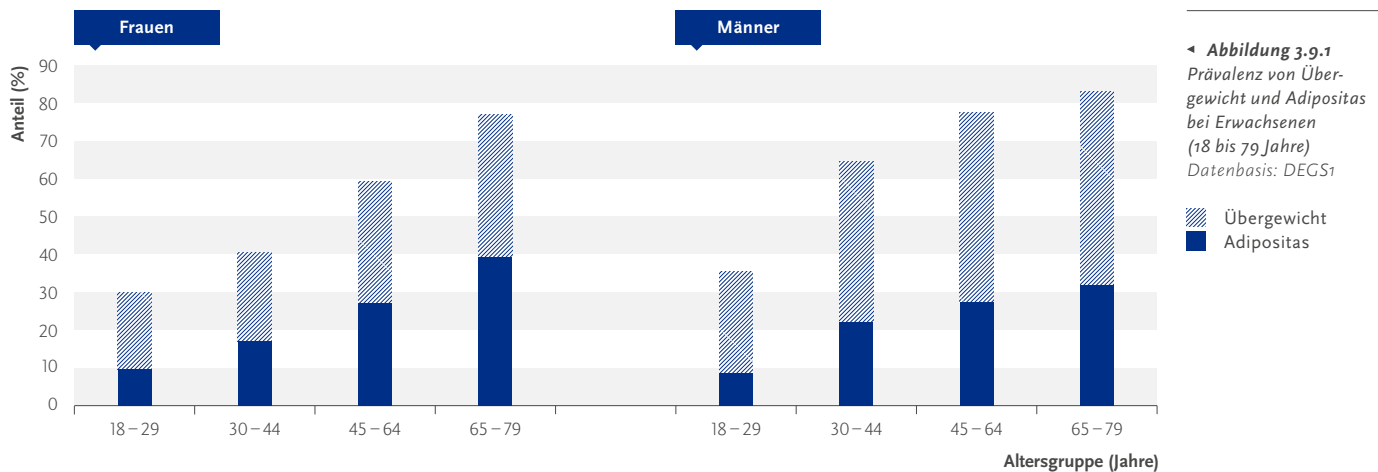
Da sich im Kindes- und Jugendalter das Verhältnis von Größe zu Gewicht ständig verändert, gibt es anders als bei Erwachsenen keinen für alle Altersgruppen einheitlichen Grenzwert, ab dem ein Kind übergewichtig oder gar adipös ist. In Deutschland werden seit 2001 Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [26] definiert. Danach spricht man bei Kindern und Jugendlichen von Übergewicht, wenn der BMI-Wert oberhalb des 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils der Referenzpopulation liegt. Liegt der BMI-Wert oberhalb des 97. Perzentils der Referenzpopulation, wird dies als Adipositas bewertet. Die Referenzpopulation setzt sich aus Daten verschiedener Studien aus den Jahren 1985 bis 1999 zusammen [27].

Der BMI eignet sich besonders gut für Gruppenvergleiche, da er relativ einfach und gut standardisiert zu messen ist. Deshalb wird er von verschiedenen Fachgesellschaften als Kennzahl zur Abschätzung des Körperfettanteils empfohlen [1, 28]. Neben dem BMI stehen allerdings auch alternative und genauere Messmethoden zur Verfügung (zum Beispiel Waist-to-Hip Ratio, Densitometrie, Hautfaltenmessung). Für den Einsatz in epidemiologischen Studien sind diese Methoden allerdings weniger gebräuchlich, da sie sich einerseits nur sehr zeit- und kostenaufwändig erheben lassen sowie andererseits nicht so gut standardisiert zu messen sind wie das Körpergewicht und die Körpergröße. Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung anhand des BMI sind auf der Grundlage von in Befragungen erhobenen Selbstangaben zwar möglich, aber stark verzerrt. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass Selbstangaben weniger zuverlässig sind als Messdaten [29, 30]. So wird bei Selbstangaben die Körpergröße regelmäßig überschätzt, das Körpergewicht hingegen unterschätzt [29, 31, 32], dies führt insgesamt zu einer systematischen Unterschätzung des BMI und damit auch der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Ergebnisse auf Basis von standardisierten anthropometrischen Messwerten zur Körpergröße und zum Körpergewicht gelten darum insgesamt als verlässlichere Basis für Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.

3.9.2

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI ERWACHSENEN

Verschiedene Studien liefern repräsentative Daten zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (RKI), deren Daten im Zeitraum von 2008 bis 2011 erhoben wurden, und die Nationale Verzehrsstu-



die II (NVS II) des Max Rubner-Instituts (MRI) aus dem Jahr 2006 bieten hierzu Informationen auf Basis von Messwerten [33, 34]. Ergebnisse auf Basis von Selbstanfragen können aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes, der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) des RKI oder dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung gewonnen werden, widerspiegeln aber kein realistisches Bild von der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.

Die aktuellsten bevölkerungsbezogenen Häufigkeiten (Prävalenzen) auf Basis von Messdaten liefert die DEGS1-Studie für die Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren [35]. Ihr zufolge sind Männer mit 67,1% häufiger übergewichtig als Frauen mit 53,0%. Die Adipositasprävalenz hingegen unterscheidet sich – mit Blick auf die gesamte Altersspanne – kaum zwischen den Geschlechtern; sie liegt bei 23,9% für Frauen und 23,3% für Männer. Der Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas nimmt im Altersgang zu (Abb. 3.9.1). Während bei Frauen eine stetige Zunahme der Übergewichts- und Adipositasprävalenz bis zur Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen beobachtet werden kann, schwächt sich bei Männern der entsprechende Anstieg bereits im mittleren Lebensalter ab. Der stärkste Unterschied in der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas zeichnet sich bei Männern im Vergleich der 18- bis 29-Jährigen und der 30- bis 44-Jährigen ab, wobei letztere fast doppelt so hohe Prävalenzen aufweisen.

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Industrie- und Schwellenländern nahmen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts Übergewicht und Adipositas deutlich zu [25, 29, 36, 37]. In den USA ist mittlerweile rund jeder dritte Erwachsene adipös; dort blieb die Adipositasprävalenz in den letzten zehn Jahren auf hohem Niveau stabil [38]. Für Deutschland zeigt der Vergleich der DEGS1-Daten mit den rund zehn Jahre zuvor gewonnenen Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98), dass der Anteil übergewichtiger Erwachsener seither nicht weiter gestiegen ist. Die Adipositasprävalenz hat sich im gleichen Zeitraum jedoch weiter erhöht, vor allem bei Männern. Während die Zunahme bei Frauen mit 22,5% gegenüber 23,9% vergleichsweise gering ausfällt, zeichnet sich bei Männern ein deutlicher Anstieg von 18,9% auf 23,3% ab.

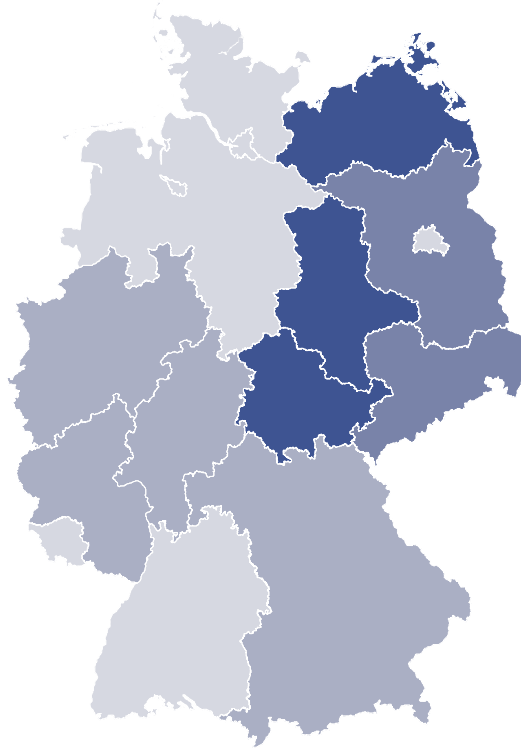
Über einen längeren Zeitraum sind Vergleiche auf der Basis von Messwerten bisher nur für die Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 69 Jahren möglich (Abb. 3.9.2). Im Zeitverlauf ist dabei insbesondere die Entwicklung des Bevölkerungsanteils mit Adipositas bemerkenswert. Während 1990 bis 1992 erst 20,9% der Frauen und 18,1% der Männer adipös waren, lagen die entsprechenden Anteile 2008 bis 2011 bei 23,0% und 24,5%. Altersdifferenzierte Betrachtungen verdeutlichen, dass Adipositas im jungen Erwachsenenalter am stärksten zunahm. Bei Frauen in den älteren Altersgruppen hat die Adipositasprävalenz bis 1998 zugenommen, während danach kein weiterer Anstieg und sogar ein leichter Rückgang zu

3.9

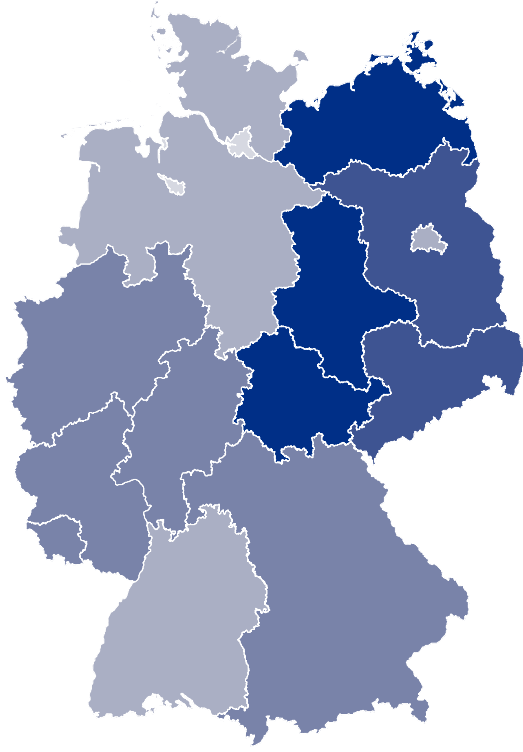
► **Abbildung 3.9.3**
 Verbreitung der
 Adipositas nach Ländern
 (Anteil in %)
 Datenbasis: Mikrozensus
 1999, 2005, 2009, 2013

- < 11,1
- 11,1 – < 12,9
- 12,9 – < 14,6
- 14,6 – < 16,2
- ≥ 16,2

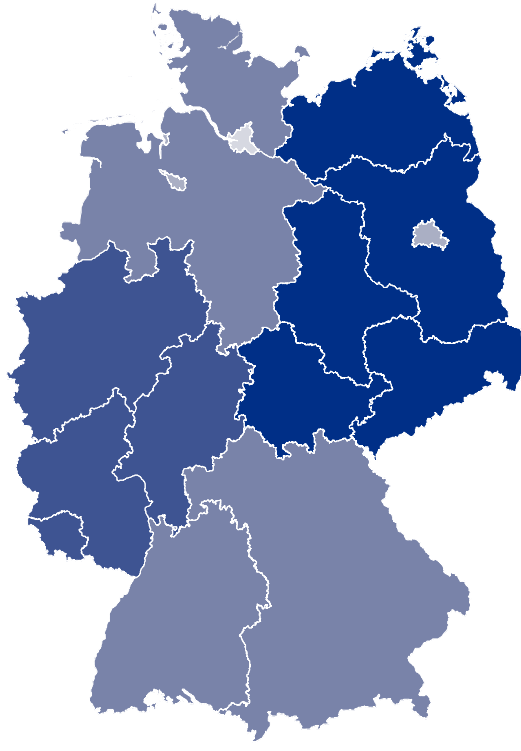
1999



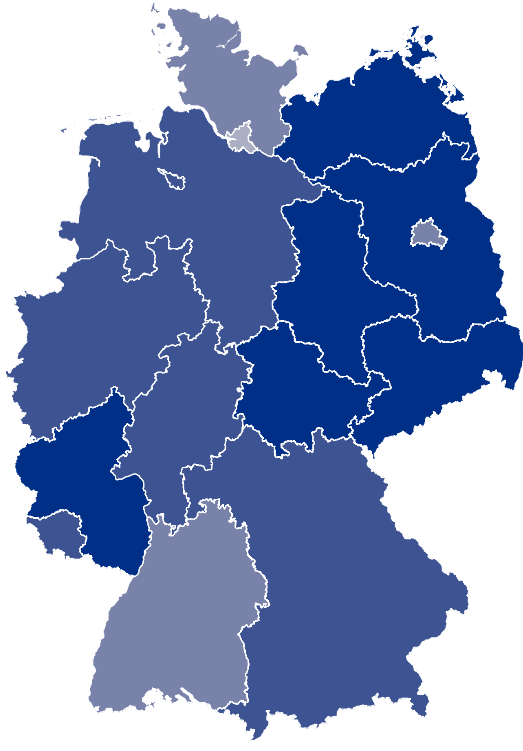
2005

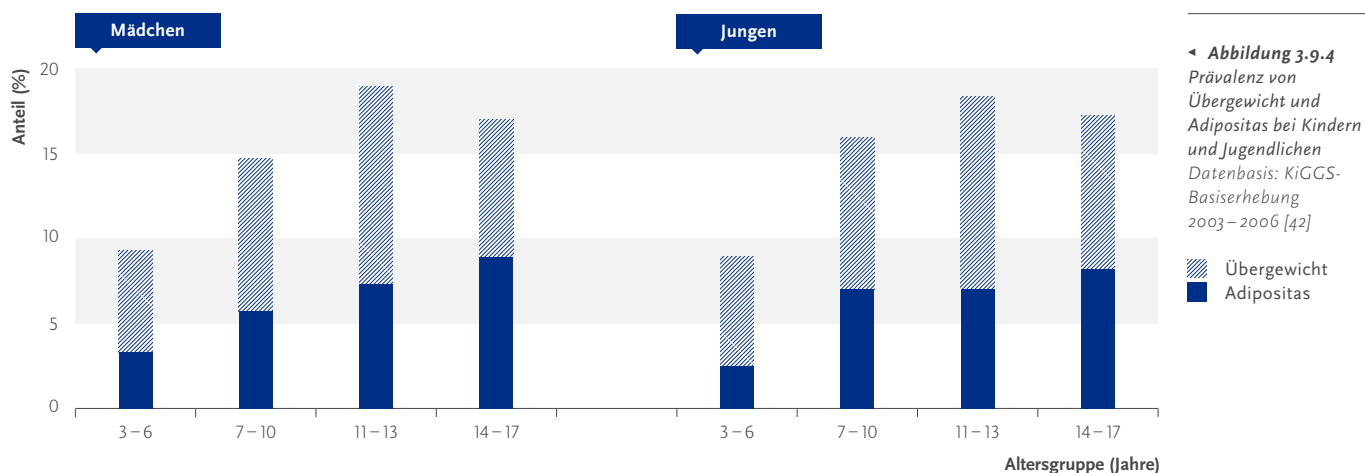


2009



2013





beobachtet ist. Bei Männern hingegen zeigt sich über die Zeit auch in den Altersgruppen 35 bis 44 Jahre sowie 55 bis 69 Jahre eine signifikante Zunahme. Die Ergebnisse auf der Basis von BGS98 und DEGS1 stehen im Einklang mit Befunden der Nationalen Verzehrsstudie I und II, die ebenfalls auf eine zunehmende Verbreitung von Adipositas hinweisen [34].

Weitere Hinweise auf die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas auf der Basis von Selbstangaben geben die Daten des amtlichen Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes. Ein Vorteil des Mikrozensus ist die hohe Fallzahl von mehr als 800.000 Personen, die auch eine Differenzierung und Regionalisierung der zeitlichen Entwicklungen ermöglicht. Ergebnisse zur geschätzten Verbreitung von Adipositas liegen für den Zeitraum 1999 bis 2013 vor. Die vorliegenden Daten bestätigen eine Zunahme der Verbreitung von Adipositas in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung (Abb. 3.9.3). Zwischen 1999 und 2013 hat der Bevölkerungsanteil von Erwachsenen mit Adipositas in Deutschland insgesamt um 3,3 Prozentpunkte bei Frauen und 5,0 Punkte bei Männern zugenommen. Besonders groß war die Zunahme in Sachsen-Anhalt bei Frauen (5,6 Prozentpunkte) und im Saarland bei Männern (6,9 Prozentpunkte). Im Ländervergleich zeigen die Daten des Mikrozensus zudem in allen Jahren ein deutliches Nordost-Südwest-Gefälle in der Verbreitung von Adipositas.

Der Mikrozensus ermöglicht aufgrund seiner großen Stichprobe eine weitergehende Regionalisierung der zwar verzerrt geschätzten Prävalenzen von Adipositas, die dennoch ausreichen, um innerhalb der Länder regionale Unterschiede auszuweisen. 2009 gab es in Deutschland 97 Raumordnungsregionen mit einer Bevölkerung von durchschnittlich 850.000 Personen. Im Vergleich der Raumordnungsregionen variierte der Bevölkerungsanteil von Personen mit Adipositas im Jahr 2009 um rund zehn Prozent, wobei für die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt in diesem Jahr keine tiefer regionalisierten Daten zur Verfügung standen. Allerdings finden sich auch in Ländern mit einer hohen Prävalenz von Adipositas wie etwa Mecklenburg-Vorpommern Regionen, in denen deutlich geringere Prävalenzen zu beobachten sind, etwa die Region Mittleres Mecklenburg/Rostock. Ebenso gibt es auch in Ländern mit einer geringen Prävalenz wie Bayern Raumordnungsregionen

wie Westmittelfranken im Nordwesten des Landes, die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Hochrechnungen auf Basis der Studien GEDA 2009 und 2010 bestätigen diese Befunde und sprechen insgesamt dafür, dass auch innerhalb der Länder erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung mit Adipositas bestehen [39].



3.9.3 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

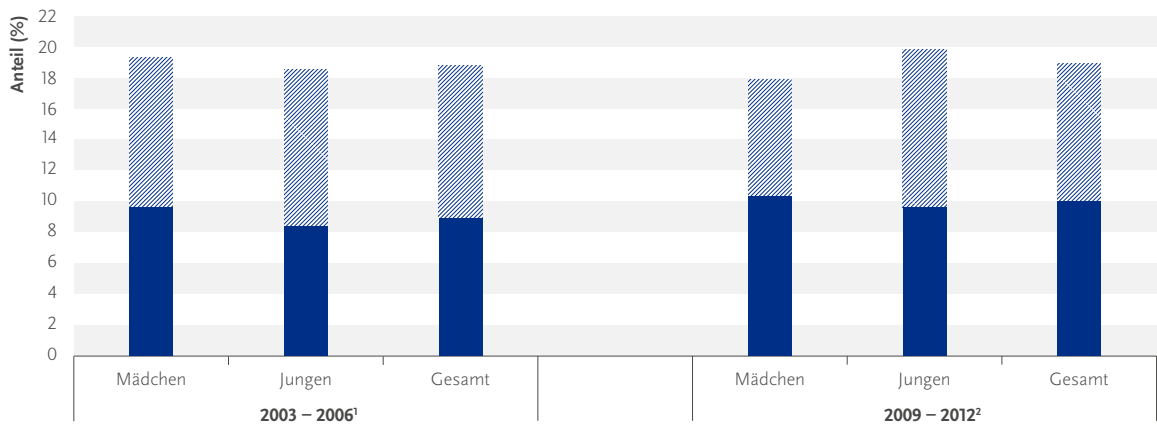
Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist ein besonders gravierendes Gesundheitsproblem, da neben den unmittelbaren körperlichen und psychosozialen Auswirkungen für sie ein erhöhtes Risiko besteht, auch im Erwachsenenalter übergewichtig oder adipös zu sein [40, 41]. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) war die erste bundesweit repräsentative Studie, die in Deutschland standardisierte Messungen von Körpergröße und Körpergewicht für eine große und repräsentative Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren vorlegte [42, 43]. Demnach waren in Deutschland insgesamt 15,0% der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren übergewichtig (Adipositas miteingeschlossen) und 6,3% adipös. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder steigt vom Kindesalter bis zur Adoleszenz an (Abb. 3.9.4).

Während in vielen Entwicklungsländern die Adipositas im Kindes- und Jugendalter weiterhin zunimmt, ist der Anstieg in den entwickelten Ländern in den letzten Jahren weitgehend zum Stillstand gekommen; mitunter ließ sich sogar ein leichter Rückgang verzeichnen [38, 44–46]. Aussagen, wie sich Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland entwickelt haben, sind durch den Vergleich der Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) mit Referenzwerten aus den 1980er- und 1990er-Jahren möglich [27, 42]. Demnach hat der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in diesem Zeitraum um 50% zugenommen, während sich die Adipositasprävalenz sogar verdoppelt hat. Für Kinder ab dem Grundschulalter war die Zunahme besonders groß. Aktuelle Auswertungen von Daten der Schuleingangsuntersuchungen sprechen dafür, dass der Anteil der übergewichtigen beziehungs-

► **Abbildung 3.9.5**
Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen (11–17 Jahre)

Datenbasis:
KiGGS-Basiserhebung,
KiGGS Welle 1 [48]

Übergewicht 
Adipositas 



¹ Messwerte

² korrigierte Selbstangaben

weise adipösen Schulanfänger in den letzten Jahren stagniert oder sogar leicht abgenommen hat [47]. Messwerte aus anderen Quellen liegen für Deutschland insgesamt derzeit nicht vor.

Um die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren zu beschreiben, können die Daten der ersten Folgebefragung von KiGGS (Welle 1, 2009 bis 2012) herangezogen werden [48]. Da bei einer Unterstichprobe der 11- bis 17-jährigen Größe und Gewicht exakt gemessen wurden, konnten aus den Befragungsergebnissen mit Hilfe eines Korrekturverfahrens unverzerrte Prävalenzschätzungen für Übergewicht und Adipositas berechnet werden. Anhand dieser Werte zeigt sich, dass der Anteil der übergewichtigen Jugendlichen (einschließlich Adipositas) im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung nicht weiter zugenommen hat (18,9 % gegenüber 18,8 %). Dagegen ist die Prävalenz von Adipositas leicht angestiegen, von 8,9 % auf 10,0 % (Abb. 3.9.5, [48]). Damit zeigt sich bei den Jugendlichen eine ähnliche Entwicklung wie bei den Erwachsenen.

3.9.4 SOZIALE UNTERSCHIEDE IM RISIKO VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Unterschiede in der sozioökonomischen Lage der Bevölkerung sind eine wichtige Erklärung für die in Deutschland zu beobachtenden regionalen Unterschiede bei der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas [39]. Für Deutschland ist seit langem dokumentiert, dass Arbeitslose, Männer und Frauen mit geringer Bildung oder geringem Berufsstatus sowie Personen mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze häufiger übergewichtig und adipös sind als Männer und Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status [49–51]. Aktuelle Ergebnisse zum Zusammenhang von Sozialstatus und Adipositas liegen auf Basis der Studie DEGS1 vor [52]. Demnach ist das Risiko für Adipositas bei Frauen mit niedrigem Sozialstatus nach Kontrolle für Altersunterschiede 4,4-fach gegenüber der Vergleichsgruppe mit hohem Sozialstatus erhöht, bei Männern beträgt die entsprechende Differenz das 2,3-Fache. Auch Frauen und Männer mit mittlerem Sozialstatus haben gegenüber der Vergleichsgruppe noch ein 2,5-fach beziehungsweise 1,9-fach erhöhtes Risiko. Deshalb kann von einem sozialen Gradienten

hinsichtlich des Adipositasrisikos bei Erwachsenen gesprochen werden.

Nach Sozialstatus differenzierte Analysen von Daten der KiGGS-Basiserhebung ergaben zudem, dass Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien deutlich häufiger übergewichtig und adipös sind als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus [43, 53]. Nach Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion lag das Risiko für Übergewicht bei Mädchen mit niedrigem Sozialstatus 2,8-fach über dem Risiko der Vergleichsgruppe mit hohem Sozialstatus. Das Risiko von Jungen war 2,0-fach erhöht. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit mittlerem Sozialstatus war das Risiko signifikant 1,7-fach beziehungsweise 1,5-fach erhöht, sodass sich auch bei Kindern und Jugendlichen ein sozialer Gradient im Risiko von Übergewicht zeigt [53].

3.9.5 MASSNAHMEN UND PROGRAMME ZUR PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Übergewicht und Adipositas stellen das Gesundheitssystem in Deutschland vor eine große Herausforderung. Sowohl die Häufigkeit als auch der Trend der Adipositas sind besorgniserregend [54]. Die Vermeidung oder Verringerung von Übergewicht und Adipositas ist vor diesem Hintergrund ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Berücksichtigung findet es unter anderem im nationalen Gesundheitszieleprozess (im Rahmen des Ziels »Gesund aufwachsen«), in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, im Nationalen Aktionsplan IN FORM und in der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

In der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung wird das Ziel genannt, den Anteil der Menschen mit Adipositas in Deutschland bis zum Jahr 2020 zu reduzieren [55]. Der Nationale Aktionsplan IN FORM soll dazu beitragen, dem ungünstigen Trend bei Übergewicht und Adipositas und den damit zusammenhängenden Krankheiten entgegenzuwirken, vor allem auch in den Risikogruppen [56]. Erreicht werden soll dieses Ziel mithilfe von Maßnahmen, die mehr Bewegung und gesunde Ernährung fördern, da Bewegungsmangel und Fehlernährung nachweislich zu den Hauptrisikofaktoren für Übergewicht und Adipositas zählen (siehe Kapitel 3.7 und 3.8).

Weil die Grundlagen eines ungesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bereits in jungen Jahren gelegt werden, richtet sich ein Großteil der Ansätze zur Prävention von Übergewicht und Adipositas an Kinder und Jugendliche [57, 58]. Dazu bedarf es verhaltenspräventiver Maßnahmen, die über die Vorteile eines aktiven Lebensstils und ausgewogener Ernährung informieren oder entsprechende Angebote machen. Allerdings sind auch verhältnispräventive Maßnahmen nötig, die positive Veränderungen der Lebens- und Umweltbedingungen bewirken und auf diese Weise indirekt einen Einfluss auf übergewichtsfördernde Verhaltensweisen ausüben. Maßnahmen, die den Zugang zu gesunden Lebensmitteln und körperlich-sportlicher Aktivität erleichtern sowie den Zugang zu ungesunden Lebensmitteln erschweren, können dabei auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sein: auf der Ebene von Organisationen (zum Beispiel Schulen), auf der Ebene größerer Sozialräume wie Gemeinden oder Stadtvierteln sowie auf der überregionalen, nationalen oder internationalen Ebene [58]. Wissenschaftliche Evidenz und eigens entwickelte Qualitätskriterien sollten bei diesen Maßnahmen sowohl bei der Einführung neuer Angebote als auch bei der Evaluation und Anpassung bereits bestehender Maßnahmen berücksichtigt werden [59].

LITERATUR

1. Wirth A, Hauner H (2013) Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Berlin
2. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF et al. (2005) Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr* 82(5):923-934
3. Abdullah A, Peeters A, de Courten M et al. (2010) The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Res Clin Pract* 89(3):309-319
4. Wang Y, Rimm EB, Stampfer MJ et al. (2005) Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *Am J Clin Nutr* 81(3):555-563
5. The Emerging Risk Factors Collaboration, Wormser D, Kaptege S et al. (2011) Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet* 377(9771):1085-1095
6. Strazzullo P, D'Elia L, Caiella G et al. (2010) Excess body weight and incidence of stroke. Meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. *Stroke* 41(5):e418-426
7. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L et al. (2002) Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med* 162(16):1867-1872
8. Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT et al. (2007) Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300,000 persons. *Arch Intern Med* 167(16):1720-1728
9. Schienkiewitz A, Mensink GB, Scheidt-Nave C (2012) Comorbidity of overweight and obesity in a nationally representative sample of German adults aged 18-79 years. *BMC Public Health* 12:658
10. Kleiser C, Schienkiewitz A, Schaffrath Rosario A et al. (2011) Indicators of overweight and cardiovascular disease risk factors among 11- to 17-year-old boys and girls in Germany. *Obes Facts* 4(5):379-385
11. Reinehr T, Andler W, Denzer C et al. (2005) Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 15(3):181-187
12. Renehan AG, Tyson M, Egger M et al. (2008) Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 371(9612):569-578
13. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (2007) Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. AICR, Washington DC
14. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G et al. (2014) Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol* 16(1):36-46
15. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Adipositas und Krebs. In: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) Fakten zur Krebsprävention. DKFZ, Heidelberg
16. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR et al. (2010) Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *N Engl J Med* 363(23):2211-2219
17. Prospective Studies C, Whitlock G, Lewington S et al. (2009) Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 373(9669):1083-1096
18. Lenz M, Richter T, Mühlhauser I (2009) The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 106(40):641-648
19. Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 309(1):71-82
20. Field AE, Coakley EH, Must A et al. (2001) Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med* 161(13):1581-1586
21. Harrington M, Gibson S, Cottrell RC (2009) A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 22(1):93-108
22. Konnopka A, Bödemann M, König HH (2011) Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *Eur J Health Econ* 12(4):345-352
23. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. RKI, Berlin
24. Knoll KP, Hauner H (2008) Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland – Eine aktuelle Krankheitskostenstudie. *Adipositas* 2(4):204-210
25. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO technical report series. WHO, Genf
26. Wabitsch M, Kunze D, (federführend für die AGA) (2013) Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 21.11.2014. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Berlin
27. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149(8):807-818
28. Cornier MA, Despres JP, Davis N et al. (2011) Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 124(18):1996-2019
29. Mensink G, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48(12):1348-1356
30. Merrill RM, Richardson JS (2009) Validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2006. *Prev Chronic Dis* 6(4):A121
31. Brettschneider AK, Ellert U, Schaffrath Rosario A (2012) Comparison of BMI derived from parent-reported height and weight with measured values: results from the German KiGGS study. *Int J Environ Res Public Health* 9(2):632-647
32. Kurth BM, Ellert U (2010) Estimated and measured BMI and self-perceived body image of adolescents in Germany: part 1 – general implications for correcting prevalence estimations of overweight and obesity. *Obes Facts* 3(3):181-190
33. Kurth BM (2013) Monitoring und kein Ende: Nach dem Survey ist vor dem Survey. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):607-608
34. Max Rubner-Institut (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ergebnisbericht, Teil 1 und 2. MRI, Karlsruhe
35. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):786-794

36. Hyde R (2008) Europe battles with obesity. *Lancet* 371(9631): 2160-2161
37. Ng M, Fleming T, Robinson M et al. (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384(9945):766-781
38. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK et al. (2014) Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 311(8):806-814
39. Kroll LE, Lampert T (2012) Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 55(1):129-140
40. Taylor RW, Grant AM, Goulding A et al. (2005) Early adiposity rebound: review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 8(6):607-612
41. Biro FM, Wien M (2010) Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr* 91(5):1499S-1505S
42. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):736-743
43. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2010) Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(7):643-652
44. Gupta N, Goel K, Shah P et al. (2012) Childhood Obesity in Developing Countries: Epidemiology, Determinants, and Prevention. *Endocr Rev* 33(1):48-70
45. Wijnhoven T, van Raaij J, Spinelli A et al. (2014) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 14(1):806
46. Wabitsch M, Moss A, Kromeyer-Hauschild K (2014) Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries. *BMC Med* 12:17
47. Moss A, Klenk J, Simon K et al. (2012) Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. *Eur J Pediatr* 171(2):289-299
48. Bretschneider AK, Schaffrath Rosario A, Kuhnert R et al. (eingereicht) Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports
49. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
50. Kuntz B, Lampert T (2010) Socioeconomic factors and obesity. *Dtsch Arztebl Int* 107(30):517-522
51. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2013) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Zentrales Datenmanagement (Hrsg) Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 259-271
52. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):814-821
53. Lampert T, Kurth B-M (2007) Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 104(43):A-2944
54. Effertz T, Garlich D, Gerlach S et al. (2015) Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten. Strategiepapier der NCD-Allianz zur Primärprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10(1):90-100
55. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2014) Nachhaltige Entwicklung in Deutschland. Indikatorenbericht 2014. Destatis, Wiesbaden
56. Bundesministerium für Ernährung Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. BMELV, BMG, Berlin
57. Fröschl B, Haas S, Wirl C (2009) Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention) In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd 85. DIMDI, Köln
58. Loss J, Leitzmann M (2011) Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(3):281-289
59. Goldapp C, Cremer M, Graf C et al. (2011) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ein BZgA-geleiteter Expertenkonsens. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(3):295-303

3.10 BLUTHOCHDRUCK

- / *Schätzungen zufolge haben etwa ein Drittel aller Erwachsenen in Deutschland Bluthochdruck, das sind etwa 20 Millionen Menschen.*
- / *Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko für Bluthochdruck stark an.*
- / *Fast 80% der Frauen und 65% der Männer mit Bluthochdruck werden ärztlich behandelt.*
- / *Bei rund 72% der behandelten Personen ist der Blutdruck kontrolliert, also durch Medikamente unter den Grenzwert von 140/90 mmHg abgesenkt worden.*
- / *Seit Ende der 1990er-Jahre ist der mittlere Blutdruck in der Bevölkerung deutlich gesunken.*



INFOBOX 3.10.1

ERHÖHTER BLUTDRUCK

Zwischen der Höhe des Blutdrucks und dem daraus resultierenden Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall besteht ein stetiger Zusammenhang: je höher der Blutdruck, desto höher das kardiovaskuläre Risiko. Bei Blutdruckwerten, die dauerhaft systolisch über 140 mmHg oder diastolisch über 90 mmHg liegen, wird von einem Bluthochdruck (Hypertonie) gesprochen. Ein Blutdruck unter 120 mmHg systolisch und unter 80 mmHg diastolisch gilt als

optimal. Als normal bis hochnormal (in amerikanischen Leitlinien als prähypertensiv) werden Blutdruckwerte zwischen 120 und 139 mmHg systolisch sowie zwischen 80 und 89 mmHg diastolisch bezeichnet.

Für den Blutdruck bei Kindern gelten verteilungsbaasierte Grenzwerte, wobei international die Diskussion um die Referenzpopulation noch nicht abgeschlossen ist. Als hyperten werden meist Blutdruckwerte definiert, die bezogen auf Alter, Geschlecht und Körpergröße über der 95. Perzentile liegen (über den Werten von 95 % der Kinder einer Referenzpopulation).

3.10

BLUTHOCHDRUCK

Erhöhter Blutdruck ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Niereninsuffizienz [1]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass weltweit jeder dritte Erwachsene an Bluthochdruck (Hypertonie) leidet. Damit war Bluthochdruck 2010 das weltweit wichtigste Gesundheitsrisiko: Er soll demnach an 13 % aller Todesfälle beteiligt sein, das sind 9,4 Millionen Fälle jährlich [1]. Hypertonie ist für mehr als die Hälfte aller Schlaganfälle verantwortlich sowie für knapp die Hälfte aller Fälle von ischämischer Herzkrankheit (Erkrankung der Herzkranzgefäße) [2]. Auch in Deutschland sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache, und erhöhter Blutdruck – als ihr wichtigster Risikofaktor – kann als Volkskrankheit bezeichnet werden. Auf die Diagnose Hypertonie entfielen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2008 direkte Krankheitskosten in Höhe von neun Milliarden Euro [3]. 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 [4, 5]. Ein bereits erhöhter Blutdruck kann durch Lebensstilveränderungen und medikamentöse Behandlung erfolgreich gesenkt werden [6–8].

Erhöhter Blutdruck wird im Hinblick auf seine Ursachen in zwei Gruppen unterteilt. Die primäre (essentielle) Hypertonie macht etwa neun von zehn Hypertoniefällen aus. Sie entsteht durch das Zusammenwirken von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedenen ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen, wie Übergewicht, hohem Kochsalz- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress [9]. Die deutlich seltenere sekundäre Hypertonie ist dagegen eine Folge von bereits bestehenden Erkrankungen wie Nierenerkrankungen oder Störungen des Hormonhaushalts. Auch eine angeborene Fehlbildung der Hauptschlagader, die Aortenisthmusstenose, kann Bluthochdruck verursachen. Die Gefahr, dass bei erhöhtem Blutdruck Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen, hängt ab von

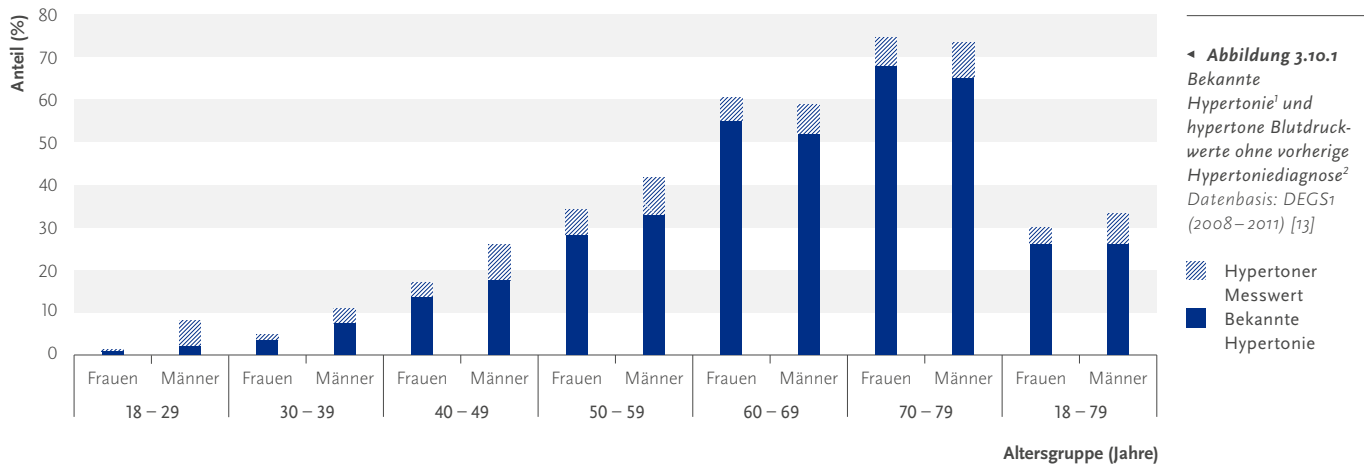
der Höhe des Blutdrucks selbst, vom Vorliegen weiterer Risikofaktoren sowie von möglichen Begleit- oder Folgeerkrankungen [10].

3.10.1

ERHÖHTER BLUTDRUCK BEI ERWACHSENEN

Obwohl es sich bei der Blutdruckmessung in der klinischen Praxis um eine der einfachsten medizinischen Untersuchungen handelt, ist die Messung für den Präzisionsbereich, der für epidemiologische Studien notwendig ist, vergleichsweise fehleranfällig. Daher können bevölkerungsbezogene Aussagen zum Blutdruck in Deutschland nur aus repräsentativen Studien mit standardisierten und qualitätsgesicherten Blutdruckmessungen abgeleitet werden. Entsprechende Daten stellen bislang nur die bundesweiten Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts bereit. Für den Zeitraum 2008 bis 2011 stammen die Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und für das Jahr 1998 aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98). In DEGS1 wurden unter standardisierten Bedingungen drei Blutdruckmessungen durchgeführt und der Durchschnitt der zweiten und dritten Messung ausgewertet. Da die Messungen an einem Tag stattfanden, konnte in der Studie jedoch keine klinische Diagnose einer Hypertonie gestellt werden – dafür müssten die Werte über einen längeren Zeitraum erhoben werden.

Nach den Ergebnissen der DEGS1-Studie beträgt der mittlere systolische Blutdruck bei 18- bis 79-jährigen Frauen 120,8 mmHg und bei gleichaltrigen Männern 127,4 mmHg [11–14]. Die DEGS-Daten zeigen auch, dass jeder sechste Erwachsene (Frauen 12,7 %, Männer 18,1 %, Frauen und Männer 15,4 %) zwischen 18 und 79 Jahren einen Blutdruck hat, der über dem Hypertonie-Grenzwert liegt (systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg, siehe Infobox 3.10.1). Berücksichtigt man auch die Personen, die keine hypertonen Werte aufweisen, aber Medikamente gegen Bluthochdruck einnehmen (kontrollierte Hypertonie), zeigt sich, dass jede dritte Frau und jeder dritte Mann im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland eine bekannte Hypertonie oder hypertone Blutdruckwerte hat (Abb. 3.10.1) – dies entspricht etwa 20 Millionen Erwachsenen. Im Altersgang nimmt die Prävalenz der Hypertonie bei Frauen und Männern



- ¹ Bekannte Hypertonie: Selbstberichtete ärztliche Hypertoniediagnose und entweder hypertoner Messwert oder Einnahme antihypertensiver Medikamente
² Hypertoner Messwert ohne vorherige Hypertoniediagnose: keine selbstberichtete ärztliche Hypertoniediagnose, aber hypertoner Messwert

	PRÄVALENZ IN DER BEVÖLKERUNG		ANTEIL AN DEN PERSONEN MIT BEKANNTER HYPERTONIE ODER HYPERTONEN BLUTDRUCKWERTEN			KONTROLLAN-TEIL UNTER DEN PERSONEN MIT BEHANDELTEN HYPERTONIE
	Hypertone Blutdruckwerte ¹	Bekannte Hypertonie oder hypertone Blutdruckwerte	Bekannte Hypertonie	Behandelte Hypertonie	Kontrollierte Hypertonie	
Frauen	12,7	29,9	86,8	79,1	57,5	73,0
Männer	18,1	33,4	78,3	65,3	45,4	69,8
Gesamt	15,4	31,6	82,3	71,8	51,2	71,5

¹ ≥ 140 mmHg systolisch oder ≥ 90 mmHg diastolisch

sukzessive zu. Haben im Alter von 18 bis 29 Jahren noch 1,3% der Frauen und 8,1% der Männer eine bekannte Hypertonie oder hypertone Blutdruckwerte, steigt dieser Anteil bis zum Alter von 70 bis 79 Jahren auf 74,6% bei Frauen und 73,4% bei Männern an.

In der DEGS1-Studie hatten 4,0% aller Frauen und 7,3% aller Männer in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre einen hypertonen Blutdruck, ohne dass eine Hypertonie bekannt war. Bei diesen besteht der Verdacht auf eine unerkannte Hypertonie. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bei Frauen in Deutschland etwa jede achte und bei Männern jede fünfte Hypertonie nicht erkannt ist [11–13, 15]. Gleichzeitig zeigen sie einen Bekanntheitsgrad der Hypertonie in Deutschland von über 82,3% (Tab. 3.10.1), der im internationalen Vergleich hoch ist [16–18]. Auch der Kontrollgrad der Hypertonie in Deutschland ist im internationalen Vergleich eher hoch: Er liegt nach den DEGS1-Ergebnissen bei 51,2% bezogen auf alle Personen mit Hypertonie und 71,5% bezogen auf die Personen, bei denen die Hypertonie behandelt wird [18, 19]. Es besteht aber weiterhin noch ein großes Präventionspotenzial.

Die Häufigkeit (Prävalenz) der Hypertonie unterscheidet sich bei Männern nicht nach Sozialstatus. Bei 32,3% der Männer mit niedrigem Sozialstatus wurde jemals eine Hypertonie diagnostiziert beziehungsweise

sie hatten in der Untersuchung einen hypertonen Blutdruck. In der Vergleichsgruppe mit hohem Status lag der entsprechende Anteil bei 34,6%. Bei Frauen mit niedrigem sozialen Status ist die Prävalenz der Hypertonie oder hypertoner Blutdruckwerte bei Untersuchung jedoch mit 37,1% fast doppelt so hoch wie bei Frauen mit hohem sozialen Status (18,8%). Beim Bekanntheits- und Behandlungsanteil der Personen mit Hypertonie sowie beim Kontrollgrad der behandelten Hypertonie zeigen sich bei Männern keine Differenzen nach Sozialstatus, während bei Frauen aus der oberen im Vergleich zur unteren Statusgruppe seltener hypertone Blutdruckwerte ohne Hypertoniediagnose vorkamen.

Im Vergleich zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sprechen die Ergebnisse der DEGS1-Studie für ein deutliches Absinken des mittleren systolischen und diastolischen Blutdrucks in Deutschland in der letzten Dekade. Im Vergleich zum BGS98 war der mittlere Blutdruck in DEGS1 bei Frauen um fast 7 mmHg und bei Männern um über 3 mmHg niedriger (systolisch und diastolisch, nach Berücksichtigung von Messgeräteunterschieden und unter Zugrundelegung der gleichen Altersverteilung) [12]. Eine wichtige Rolle hat dabei die deutliche Zunahme des Behandlungsgrades der Hypertonie gespielt (von 55% auf 72%) [20]. Auch positive Veränderungen von Lebensstilfaktoren können eine Rolle gespielt haben.

3.10

◀ **Abbildung 3.10.1**
Bekannte Hypertonie¹ und hypertone Blutdruckwerte ohne vorherige Hypertoniediagnose²
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [13]

▨ Hypertoner Messwert
■ Bekannte Hypertonie

◀ **Tabelle 3.10.1**
Hypertonie in Deutschland: Prävalenz, Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad (in Prozent)
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [11]

Entsprechende positive Trends sind teilweise belegt, etwa die Zunahme der sportlichen Aktivität und ein Absinken des Alkoholverbrauchs; dagegen ist bei der Adipositas ein gegenläufiger Trend, also eine tendenzielle Zunahme, zu verzeichnen (siehe Kapitel 3.7, 3.9 und 3.13). Zur Entwicklung des Risikofaktors Salzkonsum fehlen aus Deutschland belastbare Daten [21]. Der Vergleich zwischen BGS98 und DEGS1 zeigt ebenfalls, dass sich die Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrade der Hypertonie insgesamt deutlich verbessert haben. Trotz dieser positiven Entwicklung hat sich allerdings die Gesamtprävalenz der Hypertonie – einschließlich der kontrollierten Hypertonie – nicht wesentlich verändert.

3.10.2

ERHÖHTER BLUTDRUCK BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Eine Hypertonie kann schon im Kindesalter beginnen, wenn auch deutlich seltener als im Erwachsenenalter. Erhöhte Blutdruckwerte in der Kindheit und Jugend können durch Nieren- und Stoffwechselerkrankungen bedingt sein, doch sehr häufig lässt sich keine verursachende Erkrankung diagnostizieren. Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen können bereits Veränderungen an den Gefäßen nachweisbar sein, und es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Hypertonie im Erwachsenenalter [22–24]. Dennoch ist es bei Kindern und Jugendlichen schwieriger als bei Erwachsenen, eine klare Grenze zwischen normalen und erhöhten Werten zu ziehen. Darum werden perzentilbasierte Blutdruckgrenzwerte benutzt. Diese sollen helfen, Kinder mit einem im Vergleich zu gleich alten und gleich großen Kindern auffällig hohen Blutdruck zu identifizieren (siehe Infobox 3.10.1). Aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) liegen in Deutschland erstmals Messwerte zur alters- und größen-spezifischen Verteilung des Blutdrucks bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor [25]. Demnach nimmt der mittlere systolische Blutdruck für durchschnittlich große und nicht übergewichtige Jungen zwischen drei und 17 Jahren von 96 auf 123 mmHg zu. Bei Mädchen ist die Zunahme etwas geringer, die entsprechenden Werte in den beiden Altersstufen liegen bei 97 und 114 mmHg. Zudem konnte für das Jugendalter ein Zusammenhang zwischen dem Blutdruck und anderen lebensstilassoziierten Risikofaktoren wie Adipositas, auffälligen Cholesterinwerten und Tabakkonsum gezeigt werden [26]. Nach Kontrolle der lebensstilassoziierten Risikofaktoren zeigen sich bei Mädchen und Jungen in dieser Altersgruppe keine bedeutsamen Differenzen im Blutdruck nach Sozialstatus.

LITERATUR

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380(9859):2224–2260
2. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A (2008) Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 371(9623):1513–1518
3. Statistisches Bundesamt (2010) *Gesundheit – Krankheitskosten. Fachserie 12, Reihe 7.2. Destatis, Wiesbaden*
4. Stamler J, Stamler R, Neaton JD et al. (1999) Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA* 282(21):2012–2018
5. Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (2012) Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 51(6):637–663
6. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW et al. (2003) Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA* 289(16):2083–2093
7. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al. (2002) Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 359(9311):995–1003
8. Greiser E, Hoeltz J, Hoffmeister H et al. (1993) Erfolgreiche Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) zwischen 1984/85 und 1991/92. *J Public Health* 1(2):137–152
9. Carretero OA, Oparil S (2000) Essential hypertension. Part I: definition and etiology. *Circulation* 101(3):329–335
10. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) *Hypertonie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 43. RKI, Berlin*
11. Diederichs C, Neuhauser H (2014) Regional variations in hypertension prevalence and management in Germany: results from the German Health Interview and Examination Survey (DEGS1). *J Hypertens* 32(7):1405–1413; discussion 1414
12. Neuhauser HK, Adler C, Schaffrath Rosario A et al. (2014) Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. *J Hum Hypertens* 2014(Epub)
13. Neuhauser H, Thamm M, Ellert U (2013) Blood pressure in Germany 2008–2011: Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):795–801
14. Neuhauser H, Adler C, Diederichs C et al. (2015) Der Blutdruck in Deutschland ist gesunken, das Präventionspotenzial bleibt aber hoch. *Epidemiologisches Bulletin* 2015(5):33–36
15. Neuhauser HK, Ellert U, Thamm M et al. (2014) Calibration of blood pressure data after replacement of the standard mercury sphygmomanometer by an oscillometric device and concurrent change of cuffs. *Blood Press Monit* 2014(Epub)
16. Guo F, He D, Zhang W et al. (2012) Trends in prevalence, awareness, management, and control of hypertension among United States adults, 1999 to 2010. *J Am Coll Cardiol* 60(7):599–606
17. Kastarinen MJ, Antikainen RL, Laatikainen TK et al. (2006) Trends in hypertension care in eastern and south-western Finland during 1982–2002. *J Hypertens* 24(5):829–836
18. Godet-Mardirossian H, Girerd X, Vernay M et al. (2012) Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006–2007). *Eur J Prev Cardiol* 19(2):213–220
19. Mindell JS, Shelton NJ, Roth MA et al. (2012) Persistent regional variation in treatment of hypertension. *Public Health* 126(4):317–323
20. Sarganas G, Knopf H, Grams D et al. (2015) Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany. *Am J Hypertens* 2015(Epub)
21. Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Overweight and obesity in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):786–794
22. Tracy RE, Newman WP, 3rd, Wattigney WA et al. (1995) Histologic features of atherosclerosis and hypertension from autopsies of young individuals in a defined geographic population: the Bogalusa Heart Study. *Atherosclerosis* 116(2):163–179
23. Jiang X, Srinivasan SR, Radhakrishnamurthy B et al. (1994) Microalbuminuria in young adults related to blood pressure in a biracial (black-white) population. The Bogalusa Heart Study. *Am J Hypertens* 7(9 Pt 1):794–800
24. Soto LF, Kikuchi DA, Arcilla RA et al. (1989) Echocardiographic functions and blood pressure levels in children and young adults from a biracial population: the Bogalusa Heart Study. *Am J Med Sci* 297(5):271–279
25. Neuhauser HK, Thamm M, Ellert U et al. (2011) Blood pressure percentiles by age and height from nonoverweight children and adolescents in Germany. *Pediatrics* 127(4):e978–988
26. Neuhauser HK, Schaffrath Rosario A, Thamm M et al. (2009) Prevalence of children with blood pressure measurements exceeding adult cutoffs for optimal blood pressure in Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 16(2):195–200

3.11 FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

- / Rund zwei Drittel aller Erwachsenen in Deutschland weisen auf Basis aktueller Leitlinienempfehlungen zur Definition eines erhöhten Gesamtcholesterins eine Fettstoffwechselstörung auf.*

- / Die Prävalenz von Fettstoffwechselstörungen steigt mit zunehmendem Alter an.*

- / Mehr als die Hälfte der Fettstoffwechselstörungen ist unerkannt.*

- / Etwa ein Drittel der diagnostizierten Fälle wird medikamentös behandelt.*

- / Die Verordnung lipidsenkender Medikamente in Deutschland hat zugenommen.*



INFOBOX 3.11.1 DEFINITION VON FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

Der Cholesterinspiegel wird häufig in Milligramm Cholesterin pro Deziliter (mg/dl) Blutserum angegeben; daneben ist die Maßeinheit Millimol pro Liter (mmol/l) gebräuchlich (Mol ist die internationale Standardeinheit der Stoffmenge). Eine Hypercholesterinämie wird nach

aktuellen Leitlinienempfehlungen ab einem Messwert des Gesamtcholesterins im Serum von über 190 mg/dl definiert (das entspricht etwa 5 mmol/l) [4]. Von einer ausgeprägten Hypercholesterinämie spricht man ab Blutwerten von 240 mg/dl (etwa 6 mmol/l) oder mehr [10, 11]. Für das High-Density-Lipoprotein-(HDL-)Cholesterin gelten umgekehrt Werte unter 40 mg/dl (etwa 1 mmol/l) als risikoreich [10, 12].

3.11 FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

Fettstoffwechselstörungen zeigen sich in Veränderungen der Blutfette (Dyslipidämien) und gehören zu den wichtigsten bekannten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten [1, 2]. Sie treten häufig zusammen mit anderen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren auf und wirken sich dann besonders ungünstig aus. Sie sind zum Beispiel Teil des sogenannten metabolischen Syndroms, zusammen mit Adipositas, Bluthochdruck und Störungen des Blutzuckerstoffwechsels [3]. Wissenschaftlich gut belegt ist, dass das Herz-Kreislauf-Risiko durch Senkung des Cholesterinspiegels positiv beeinflusst werden kann. Insbesondere gilt dies für Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterin (an Low-Density-Lipoprotein gebundenes Cholesterin). Hier besteht ein ursächlicher Zusammenhang zum Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Daher stehen diese beiden Parameter im Zentrum von Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung und präventiven Behandlung von Fettstoffwechselstörungen in der Bevölkerung [2] und bei Hochrisikogruppen mit bereits bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen [4, 5]. Weitere Blutfette gelten als wichtige Marker für ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko. Hierzu zählen erhöhte Neutralfette (Triglyzeride) und erhöhte Werte des weitgehend genetisch bestimmten Lipoprotein (a) [6] sowie erniedrigte Werte für das HDL-Cholesterin (an High-Density-Lipoprotein gebundenes Cholesterin) [7]. Die therapeutische Beeinflussbarkeit und der Nutzen einer medikamentösen Therapie für das Herz-Kreislauf-Risiko sowie auch der kausale Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose sind jedoch bislang nur für das LDL-Cholesterin belegt.

Die Ursachen für Fettstoffwechselstörungen sind vielfältig. Neben sogenannten sekundären Dyslipidämien, die zusammen mit chronischen Erkrankungen und bei Einnahme bestimmter Medikamente auftreten, spielen vor allem Lebensgewohnheiten und genetische Faktoren eine entscheidende Rolle [2, 8]. Monogenetisch vererbte Formen sind vergleichsweise selten. Eine spezielle Form – die familiäre Form der Hypercholesterinämie –, die mit sehr stark erhöhten Werten von LDL-Cholesterin und Gesamtcholesterin einhergeht, kommt in der europäischen Bevölkerung immerhin mit einer Häufigkeit von schätzungsweise 1:200 bis 1:500 vor [9]. Die Betroffenen haben ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko.

3.11.1 FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN BEI ERWACHSENEN

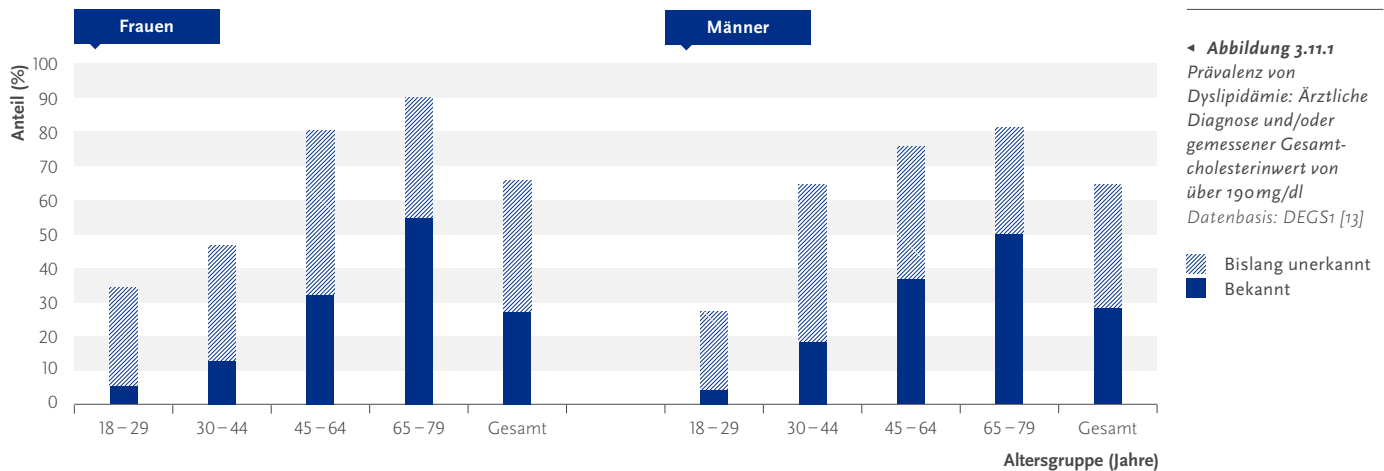
Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) 2008–2011 zeigen, dass der Blutspiegel für Cholesterin bei mehr als der Hälfte der Erwachsenen in Deutschland zu hoch ist, gemessen an den aktuellen europäischen Leitlinienempfehlungen [13]. Die Auswertungen in DEGS1 fokussieren auf Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin. LDL-Cholesterin ist stark von der Zeit der letzten Nahrungsaufnahme abhängig. Weil eine Nüchternzeit von mindestens acht Stunden in der DEGS1-Studie nicht systematisch eingehalten werden konnte, sind Analysen zum LDL-Cholesterin erschwert.

Insgesamt haben 60,5% der Frauen und 56,6% der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren ein erhöhtes Gesamtcholesterin oberhalb des empfohlenen Grenzwertes von 190 mg/dl (Tab. 3.11.1). Ein stark erhöhtes Gesamtcholesterin von 240 mg/dl oder mehr findet sich bei 20,3% der Frauen und 17,9% der Männer. Einen empfohlenen HDL-Cholesterinwert von 40 mg/dl unterschreiten insgesamt 3,6% der Frauen und 19,3% der Männer. Dabei ist anzumerken, dass diese Blutwerte zwar ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko anzeigen, aber nicht zwangsläufig eine medikamentöse Behandlungsindikation darstellen [4, 5]. Zum einen leiten sich evidenzbasierte Empfehlungen für Beratung und Behandlung grundsätzlich nicht vom Cholesterinwert allein ab, sondern vom Vorhandensein weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren (wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus) oder vorbestehender Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel eines Schlaganfalls). Entscheidend ist also eine klinische Gesamteinschätzung des kardiovaskulären Risikos auf der Grundlage von validierten Risikoscores. Zum zweiten wird eine Therapie in aller Regel zunächst und möglicherweise ausschließlich aus einer Beratung zur Lebensstilmodifikation bestehen [4]. Zum dritten basieren aktuelle Therapieleitlinien vorrangig auf Grenzwerten für LDL-Cholesterin [4].

Wenn zusätzlich zu den gemessenen Blutwerten noch Angaben zu ärztlich diagnostizierten Fettstoffwechselstörungen herangezogen werden, erhöht sich die Prävalenz auf etwa zwei Drittel (Abb. 3.11.1). Insgesamt liegt bei 65,7% der Frauen und 64,5% der Männer die ärztliche Diagnose einer Fettstoffwechselstörung oder ein Gesamtcholesterinwert von über 190 mg/dl vor. Die Prävalenz einer Fettstoffwechselstörung steigt

RISIKOGRUPPE	FRAUEN	MÄNNER	GESAMT
Gesamtcholesterin ≥ 190 mg/dl (ca. 5,0 mmol/l)	60,5%	56,6%	58,5%
Gesamtcholesterin ≥ 240 mg/dl (ca. 6,2 mmol/l)	20,3%	17,9%	19,1%
HDL-Cholesterin < 40 mg/dl (ca. 1,0 mmol/l)	3,6%	19,3%	11,4%

◀ **Tabelle 3.11.1**
Prävalenz von
riskanten Gesamt-
cholesterinwerten
Datenbasis:
DEGS1 [13]



◀ **Abbildung 3.11.1**
Prävalenz von
Dyslipidämie: Ärztliche
Diagnose und/oder
gemessener Gesamt-
cholesterinwert von
über 190 mg/dl
Datenbasis: DEGS1 [13]

▨ Bislang unerkannt
■ Bekannt

bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

Jeweils mehr als die Hälfte der Betroffenen hat eine bislang unerkannte Fettstoffwechselstörung. Allerdings sinkt der Anteil der unerkannten Fettstoffwechselstörungen an allen Fettstoffwechselstörungen mit steigendem Alter kontinuierlich. Während im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 29 Jahren eine bestehende Stoffwechselstörung nur in zwei von zehn Fällen erkannt wird, steigt dieses Verhältnis bis zum Alter von 65 bis 79 Jahren auf sechs zu zehn. Lipidsenkende Medikamente werden von 30,8% der Personen mit bekannter Fettstoffwechselstörung eingenommen, wobei keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Behandelten mit steigendem Alter stetig zu.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und dem Vorliegen hoher Cholesterinwerte wurde nicht gefunden. Ebenso gab es keinen Zusammenhang mit dem Vorliegen einer medikamentös behandelten Hypercholesterinämie. In den durchgeführten Analysen wurden die Effekte, die andere Variablen wie Alter, Geschlecht und Wohnort auf den Cholesterinwert haben können, statistisch kontrolliert [13]. Allerdings zeigt sich, dass der Bekanntheitsgrad einer Fettstoffwechselstörung bei Erwachsenen mit hohem Sozialstatus höher ist als bei denjenigen mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus. Dies ist bei Männern ausgeprägter als bei Frauen.

Eine umfassende Beurteilung zur zeitlichen Entwicklung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland liegt bislang nicht vor. Eine entsprechende Analyse müsste sowohl Cholesterinmesswerte als auch Informationen zur Diagnose und Behandlung

von Fettstoffwechselstörungen berücksichtigen [13]. Da Versichertendaten auf Diagnosen und Verordnungen begrenzt sind, können aus ihnen keine Aussagen zu unerkannten Fettstoffwechselstörungen abgeleitet werden. Bundesweit repräsentative Daten zur Prävalenz der Hypercholesterinämie bei Erwachsenen in Deutschland auf der Grundlage von Messwerten und Angaben zur Anwendung von lipidsenkenden Medikamenten lieferte zuletzt der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98). Ein direkter Vergleich der Messwerte zwischen BGS98 und DEGS1 wird allerdings durch einen Gerätewechsel zwischen beiden Untersuchungssurveys erschwert [14]. Auch haben sich die Leitlinienempfehlungen zu klinisch relevanten Grenzwerten für LDL-Cholesterin und Gesamtcholesterin zwischenzeitlich grundlegend geändert [13]. Das gilt auch für die Behandlungsindikationen für Statine, die mittlerweile am häufigsten eingesetzten lipidsenkenden Medikamente [15].

Erste Analysen zu Veränderungen des gemessenen Serumcholesterins bei Erwachsenen in Deutschland über die Zeit auf Basis der Daten aus BGS98 und DEGS1 zeigen einen deutlichen Rückgang zwischen den Surveyzeitpunkten 1997–1999 und 2008–2011. Die Größenordnung entspricht dabei Beobachtungen in anderen europäischen Ländern. Es bleibt zu klären, inwieweit Veränderungen des Gesundheitsverhaltens, insbesondere der Ernährungsgewohnheiten [13] und auch die zunehmende Verordnung lipidsenkender Medikamente, allen voran der Statine [16] zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Ergebnisse bisheriger Studien dazu sind heterogen und machen länderspezifische Unterschiede in Prävention und Ordnungsverhalten deutlich [17–20].

3.11

3.11.2

FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Auch bei Kindern und Jugendlichen wird eine erhöhte Blutfett-(Serum-Lipid-)Konzentration mit arteriosklerotischen Veränderungen (Ablagerungen an den Gefäßwänden) im Jugend- und Erwachsenenalter in Zusammenhang gebracht. Allerdings sind aktuelle Leitlinienempfehlungen zu Früherkennungsmaßnahmen kontrovers und die wissenschaftliche Evidenz speziell für Empfehlungen zu Screening-Maßnahmen wird als unzureichend bewertet [21, 22]. Bislang werden zur Beurteilung des Serum-Cholesterins bei Kindern und Jugendlichen Grenzwerte für Erwachsene zu Grunde gelegt. Zahlreiche Publikationen der letzten Jahre haben auf die starken Veränderungen der Cholesterinwerte bei Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit Wachstum und körperlicher Entwicklung hingewiesen, die bei Mädchen und Jungen unterschiedlich verläuft [21–24]. Aktuelle querschnittliche Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigen, dass neben Geschlecht, Alter und verhaltensbasierten Risikofaktoren vor allem auch der Pubertätsstatus berücksichtigt werden muss [25]. Längsschnittliche Daten aus der KiGGS-Kohorte werden zukünftig erlauben, die individuelle Veränderung der Blutfette vom Kindes- zum Jugendalter und vom Jugendalter zum jungen Erwachsenenalter auf Bevölkerungsebene dazustellen.

LITERATUR

1. Emerging Risk Factors Collaboration, Di Angelantonio E, Sarwar N et al. (2009) Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. *JAMA* 302(18):1993-2000
2. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL et al. (2011) ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 32(14):1769-1818
3. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ (2005) The metabolic syndrome. *The Lancet* 365(9468):1415-1428
4. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 33(13):1635-1701
5. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH et al. (2014) 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 129(25 Suppl 2):S1-45
6. Jacobson TA (2013) Lipoprotein (a), cardiovascular disease, and contemporary management. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, S. 1294-1311
7. Voight BF, Peloso GM, Orho-Melander M et al. (2012) Plasma HDL cholesterol and risk of myocardial infarction: a mendelian randomisation study. *The Lancet* 380(9841):572-580
8. Teslovich TM, Musunuru K, Smith AV et al. (2010) Biological, clinical and population relevance of 95 loci for blood lipids. *Nature* 466(7307):707-713
9. Futema M, Kumari M, Bousted C et al. (2015) Would raising the total cholesterol diagnostic cut-off from 7.5 mmol/L to 9.3 mmol/L improve detection rate of patients with monogenic familial hypercholesterolaemia? *Atherosclerosis* 239(2):295-298
10. National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (2002) *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and*

- Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*. Final report. *Circulation* 106(25):3143-3421
11. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R et al. (2012) *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. European Heart Network, European Society of Cardiology, Brussels, Sophia Antipolis
 12. Carroll MD, Kit BK, Lacher DA (2012) Total and high-density lipoprotein cholesterol in adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-2010. *NCHS data brief* 92:1-8
 13. Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H et al. (2013) Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):661-667
 14. Thefeld W (2000) Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 43(6):415-423
 15. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):868-877
 16. Klose G, Schwabe U (2014) Lipidsenkende Mittel. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Springer, Berlin-Heidelberg, S. 733-746
 17. Walley T, Folino-Gallo P, Stephens P et al. (2005) Trends in prescribing and utilization of statins and other lipid lowering drugs across Europe 1997-2003. *Br J Clin Pharmacol* 60(5):543-551
 18. Eliasson M, Janlert U, Jansson JH et al. (2006) Time trends in population cholesterol levels 1986-2004: influence of lipid-lowering drugs, obesity, smoking and educational level. The northern Sweden MONICA study. *J Intern Med* 260(6):551-559
 19. Carroll MD, Kit BK, Lacher DA et al. (2012) Trends in lipids and lipoproteins in US adults, 1988-2010. *JAMA* 308(15):1545-1554
 20. Valsta LM, Tapanainen H, Sundvall J et al. (2010) Explaining the 25-year decline of serum cholesterol by dietary changes and use of lipid-lowering medication in Finland. *Public Health Nutr* 13(6A):932-938
 21. Haney EM, Huffman LH, Bougatsos C et al. (2007) Screening and treatment for lipid disorders in children and adolescents: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 120(1):e189-e214
 22. Vinci SR, Rifas-Shiman SL, Cheng JK et al. (2014) Cholesterol testing among children and adolescents during health visits. *JAMA* 311(17):1804-1807
 23. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) *Bevölkerungsbezogene Verteilungswerte ausgewählter Laborparameter aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 24. Thierfelder W, Dortschy R, Hintzpeter B et al. (2007) Biochemical measures in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):757-770
 25. Schienkiewitz A, Ernert A, Wiegand S et al. (eingereicht) Age, maturation and serum lipid parameters: findings from the German Health Survey for Children and Adolescents.

3.12 TABAKKONSUM

- / In Deutschland rauchen etwa 20 % der 15-jährigen und älteren Frauen und 29 % der gleichaltrigen Männer.*

- / Die Rauchquoten von Frauen und Männern haben sich in den letzten 20 Jahren angenähert, bei Jugendlichen bestehen keine Geschlechtsunterschiede mehr.*

- / In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen liegt die Rauchquote im Jahr 2014 bei rund 10 %.*

- / Der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ist seit einigen Jahren rückläufig, besonders deutlich ist die Abnahme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.*

- / Sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenalter ist das Rauchen in sozial benachteiligten Gruppen am stärksten verbreitet.*



INFOBOX 3.12.1

DEFINITION DES RAUCHSTATUS

Als Raucherinnen und Raucher werden Personen bezeichnet, die Zigaretten oder andere Tabakwaren konsumieren, beispielsweise Zigarren, Zigarillos oder Pfeifentabak. Bisweilen wird dabei zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen unterschieden. Von starkem Rauchen wird gesprochen, wenn täglich 20 oder mehr Zigaret-

ten geraucht werden – andere Tabakwaren werden nicht berücksichtigt. Als Jemals-Raucherinnen oder -raucher werden Personen bezeichnet, die jemals angefangen haben zu rauchen: Diese Gruppe umfasst die aktuellen sowie die ehemaligen Raucherinnen und Raucher. Die Ausstiegsquote bezeichnet den Anteil der ehemaligen Raucherinnen und Raucher bezogen auf alle Personen, die jemals mit dem Rauchen angefangen haben.

3.12

TABAKKONSUM

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Außerdem wirkt sich das Rauchen nachteilig auf den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus [1, 2]. An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen [3]. Zu berücksichtigen sind auch Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden sowie vorzeitige Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchbelastung verursacht werden [4–6]. Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich Schätzungen zufolge auf 8,7 Milliarden Euro jährlich. Werden Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfälle – die sogenannten indirekten Kosten (24,9 Milliarden Euro) – mit berücksichtigt, ist sogar von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 33,6 Milliarden pro Jahr auszugehen [7].

3.12.1

TABAKKONSUM BEI ERWACHSENEN

Für Aussagen zur Verbreitung und zeitlichen Entwicklung des Rauchens steht in Deutschland eine breite Datengrundlage zur Verfügung. Allerdings unterscheiden sich die verfügbaren Erhebungen in Bezug auf die Generierung der Stichproben und die Operationalisierung des Rauchens, sodass die Ergebnisse nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können [8]. Die aktuellsten Daten stammen aus dem Mikrozensus 2013. Demnach rauchen 20,3% der Frauen ab 15 Jahre und 29,0% der gleichaltrigen Männer [9]. 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.

Nach den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 erhoben wurden, rauchen 29,7% der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen täglich oder gelegentlich.

Frauen rauchen zu 26,9% und damit seltener als Männer, die zu 32,6% zumindest gelegentlich zur Zigarette oder einem anderen Tabakprodukt greifen. Weitere 22,8% der Frauen und 33,7% der Männer haben früher geraucht, mittlerweile das Rauchen aber aufgegeben. Dass sie nie geraucht haben, trifft auf die Hälfte der 18- bis 79-jährigen Frauen und ein Drittel der gleichaltrigen Männer zu [10]. Die Verbreitung des Rauchens variiert mit dem Alter (Tab. 3.12.1). Bei 18- bis 29-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz für das aktuelle Rauchen (täglich oder gelegentlich) 40,0%, bei gleichaltrigen Männern 47,0%. Im mittleren Lebensalter liegen die Prävalenzen mit Werten um die 30% bei Frauen und zwischen 30% und 40% bei Männern etwas niedriger.

Etwa ein Viertel der Frauen und Männer, die zumindest gelegentlich rauchen, konsumieren 20 und mehr Zigaretten am Tag. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren kann die Prävalenz des starken Rauchens mit 8,3% beziffert werden, wobei der Wert für Frauen mit 6,0% unter dem Vergleichswert für Männer mit 10,6% liegt.

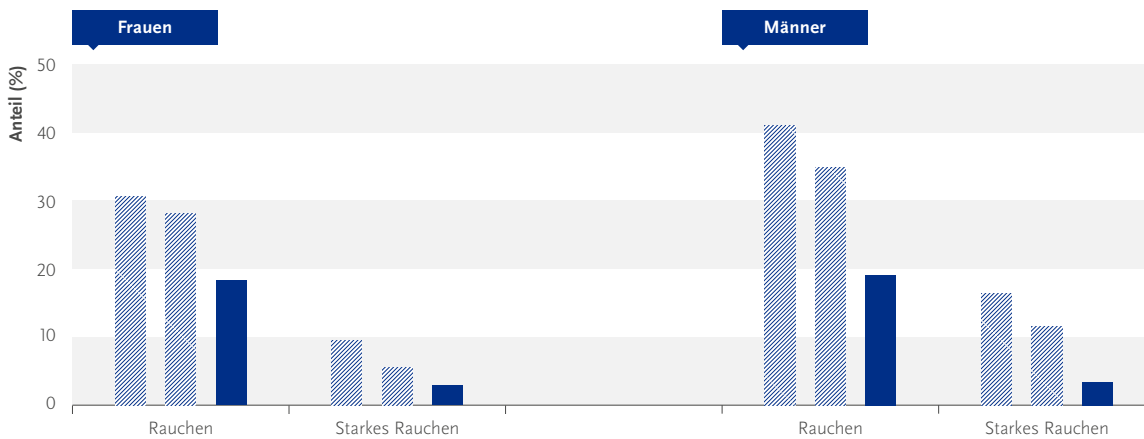
Für die Auswirkungen auf die Gesundheit ist von Bedeutung, ob und gegebenenfalls in welchem Alter mit dem Rauchen wieder aufgehört wurde. Die DEGS1-Daten sprechen dafür, dass von den 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern, die jemals geraucht haben, 26,5% beziehungsweise 21,1% wieder aufgehört haben. Im weiteren Altersgang steigt die Ausstiegsquote sukzessive an, bis auf 69,0% beziehungsweise 81,5% bei den 65- bis 79-jährigen Frauen und Männern [10].

Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede im Rauchverhalten nach dem sozialen Status. Dieser wird anhand von Angaben zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zur beruflichen Stellung sowie zur Einkommenssituation (Netto-Äquivalenzeinkommen) bestimmt [11]. Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus rauchen etwa zweimal häufiger als diejenigen mit hohem Sozialstatus [10]. Noch deutlicher fallen die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf das starke Rauchen aus, und zwar insbesondere bei Männern (Abb. 3.12.1).

Aussagen über längerfristige zeitliche Entwicklungen und Trends beim Rauchen sind mit den Daten der Gesundheitssurveys des RKI für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung möglich (Abb. 3.12.2). Ab den 1990er-Jahren belegen die Daten für Frauen einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz um mehr als fünf Prozentpunkte

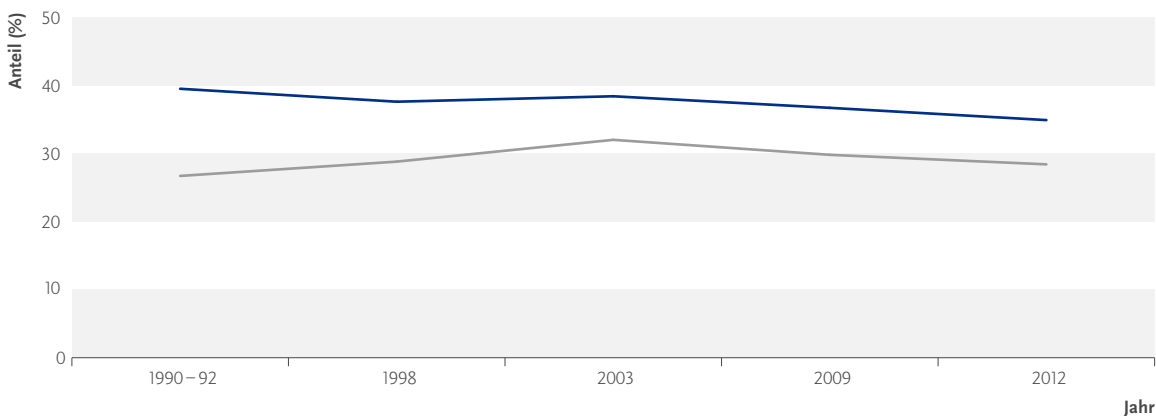
	RAUCHVERHALTEN			
	Täglich	Gelegentlich	Früher	Nie
Frauen				
18–29 Jahre	29,7	10,3	14,5	45,5
30–44 Jahre	24,6	6,6	20,4	48,5
45–64 Jahre	23,2	4,7	30,3	41,9
65–79 Jahre	7,1	1,8	20,0	71,1
Gesamt	21,4	5,6	22,8	50,3
Männer				
18–29 Jahre	34,2	12,8	12,6	40,4
30–44 Jahre	32,1	7,7	24,1	36,0
45–64 Jahre	25,6	4,6	43,0	26,7
65–79 Jahre	9,8	1,8	50,8	37,6
Gesamt	26,1	6,5	33,7	33,7

◀ **Tabelle 3.12.1**
Verbreitung des Rauchens in verschiedenen Altersgruppen (Anteile in Prozent)
Datenbasis: DEGS1 2008–2011 [10]



◀ **Abbildung 3.12.1**
Verbreitung des Rauchens und des starken Rauchens nach sozialem Status bei 18- bis 79-jährigen
Datenbasis: DEGS1 2008–2011 [10]

Sozialstatus:
 // Niedrig
 ▨ Mittel
 ■ Hoch



◀ **Abbildung 3.12.2**
Zeitliche Entwicklung des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung
Datenbasis: Gesundheitssurveys des RKI 1990–2012 [8]

— Frauen
 — Männer

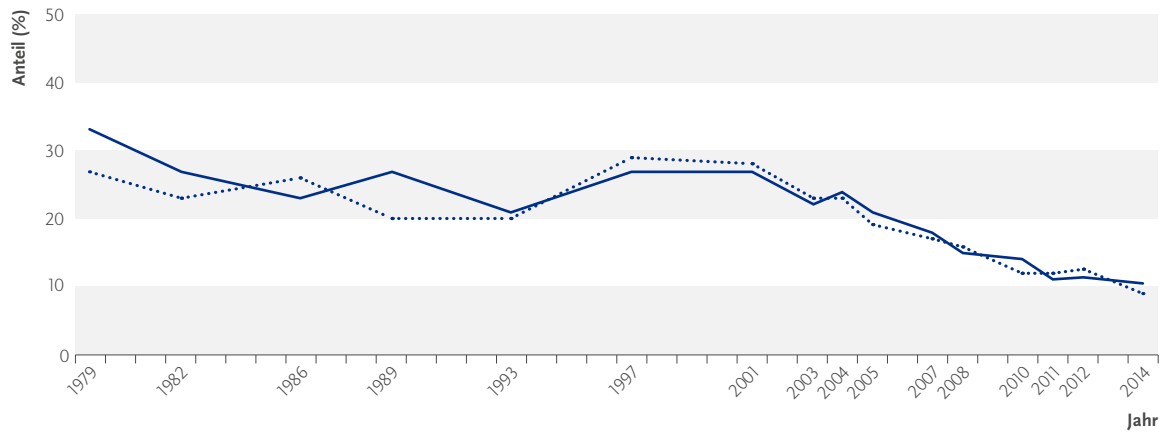
bis auf 32,0% im Jahr 2003, während sich für Männer keine wesentlichen Veränderungen beobachten lassen. Im Zeitraum von 2003 bis 2012 ging die Rauchquote allerdings bei beiden Geschlechtern um drei bis vier Prozentpunkte zurück [8].

Auch die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys und des Mikrozensus sprechen für einen Rück-

gang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung. Legt man die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys zugrunde, dann ist im Zeitraum von 2003 bis 2012 die 30-Tage-Prävalenz des Rauchens bei 18- bis 59-jährigen Frauen von 30,5% auf 24,4% und bei gleichaltrigen Männern von 37,1% auf 30,6% gesunken [12]. Nach den Daten des Mikrozensus hat der Anteil der Raucherinnen

► **Abbildung 3.12.3**
Zeitliche Entwicklung
des Anteils der Raucherinnen
und Raucher in
der 12- bis 17-jährigen
Bevölkerung
Datenbasis:
Repräsentativ-
erhebungen der BZgA
1979–2014 [15]

Mädchen
Jungen —



bezogen auf die 15-jährige und ältere Bevölkerung in den letzten zehn Jahren von 22,1 % auf 20,3 % abgenommen, während der Anteil der Raucher von 33,2 % auf 29,0 % zurückgegangen ist [13].

3.12.2 TABAKKONSUM BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Eine altersdifferenzierte Betrachtung spricht dafür, dass der Rückgang beim Rauchen vor allem auf Verhaltensänderungen in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen ist [12–14]. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind. Nach der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2014 rauchen 8,9 % der 12- bis 17-jährigen Mädchen und 10,5 % der gleichaltrigen Jungen [15]. Der Vergleich mit den früheren Erhebungen zeigt, dass seit 2001 das Rauchen bei Jugendlichen schrittweise zurückgeht. In den letzten Jahren lagen die Prävalenzen so niedrig wie zu keinem anderen Zeitpunkt des mehr als 30 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraums (Abb. 3.12.3) [15]. Der Trend zum Nichtrauchen lässt sich vielleicht noch eindrücklicher an der Entwicklung des Anteils der Nie-Raucherinnen und -Raucher festmachen, der im Zeitraum von 2001 bis 2014 von 40,5 % auf 75,3 % zugenommen hat. Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) bestätigen, dass immer weniger Jugendliche rauchen. Innerhalb von rund sechs Jahren – im Zeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 1 (2009–2012) – hat sich der Anteil der 11- bis 17-jährigen Raucherinnen und Raucher von 20,4 % auf 12,0 % verringert. Der Anteil der Mädchen und Jungen, die täglich rauchen, hat sich sogar mehr als halbiert (von 13,3 % auf 5,4 %) [16].

Auch bei Jugendlichen zeichnen sich soziale Unterschiede im Rauchverhalten ab. Nach den Daten aus KiGGS Welle 1 zählen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger zu den regelmäßigen oder täglichen Rauchern als Gleichaltrige aus Familien mit hohem Sozialstatus [16]. Die KiGGS-Basiserhebung und andere Studien zeigen zudem deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der besuchten Schulform der Jugendlichen. Gymnasiasten rauchen demzufolge seltener als Gesamt-, Haupt- und Realschüler [15, 17–19].

3.12.3 TABAKKONSUM IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Vergleichbare internationale beziehungsweise europäische Daten können herangezogen werden, um die Situation in Deutschland im internationalen Vergleich darzustellen und mögliche gemeinsame Trends auf europäischer und internationaler Ebene zu identifizieren. So zeigen Daten aus europäischen Erhebungen, dass die Rauchquote in den EU-Staaten zwar erheblich differiert, sie in den meisten Ländern jedoch zurückgeht. Deutschland liegt mit einem relativen Rückgang des Raucheranteils um 10 % dabei leicht unter dem europäischen Durchschnitt von 12 % (siehe Kapitel 10).

3.12.4 PRÄVENTION DES TABAKKONSUMS

Die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland. Dies spiegelt sich unter anderem in den Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates, den Jahresberichten der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung und dem nationalen Gesundheitszieleprozess wider [20–22]. Zu den Maßnahmen, die im Wesentlichen zum Rückgang des Rauchens beigetragen haben dürften, zählen die schrittweise Anhebung der Tabaksteuer, die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten sowie die seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder, die sich auf öffentliche Gebäude und Verkehrsmittel, Schulen und Krankenhäuser sowie auf gastronomische Betriebe beziehen [8, 23]. Einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung über die Gesundheitsgefahren des Rauchens leisten zudem bevölkerungs- und settingbezogene Programme wie die »rauchfrei«-Jugendkampagne der BZgA [24], der bundesweite Wettbewerb für Schulklassen »Be Smart – Don't Start« [25] oder die von Medizinstudierenden gegründete Initiative »Aufklärung gegen Tabak« [26]. Als wichtiger Meilenstein in der europäischen Tabakkontrollpolitik kann die Anfang 2014 verabschiedete Neufassung der Tabakprodukttrichtlinie (2014/40/EU) bezeichnet werden [27]. Diese Richtlinie muss bis Mai 2016 von den EU-Mitgliedstaaten in nationales Recht übertragen werden und sieht dabei unter anderem die Einführung bildlicher Warnhinweise auf Zigarettenschachteln vor.

LITERATUR

1. U.S. Department of Health and Human Services (2014) *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
2. World Health Organization (2012) *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. WHO, Genf
3. Mons U (2011) *Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Ländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik*. *Gesundheitswesen* 73(4):238-246
4. International Agency for Research on Cancer (2004) *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Tobacco smoke and involuntary smoking*. IARC, Lyon
5. U.S. Department of Health and Human Services (2006) *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
6. Keil U, Becher H, Heidrich J et al. (2005) *Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland*. In: *Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5*. DKFZ, Heidelberg, S. 20-34
7. Adams M, Effertz T (2011) *Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums*. In: *Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Thieme, Stuttgart, S. 57-62
8. Lampert T, Kuntz B (2015) *Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2015*. Pabst, Lengerich, S. 72-101
9. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2014) *Gesundheitswesen – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung*. Mikrozensus 2013. Destatis, Wiesbaden
10. Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013) *Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):802-808
11. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) *Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):631-636
12. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (Hrsg) (2014) *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1980-2012*. IFT Institut für Therapiefor-schung, München
13. Statistisches Bundesamt (2014) *Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent*. Mikrozensus 2003-2013. www.gbe-bund.de (Stand: 19.01.2015)
14. Lampert T (2011) *Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen*. *GBE kompakt* 2(4). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
15. Orth B, Töppich J (2015) *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. BZgA, Köln
16. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):830-839
17. Lampert T (2008) *Smoking and passive smoking exposure in young people – Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS)*. *Dtsch Arztebl Int* 105(15):265-271
18. Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapiefor-schung, München
19. de Looze M, ter Bogt T, Hublet A et al. (2013) *Trends in educational differences in adolescent daily smoking across Europe, 2002-10*. *Eur J Public Health* 23(5):846-852
20. Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) *Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(2):91-102
21. Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014) *Drogen- und Suchtbericht*. Juli 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
22. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2014) *Nachhaltige Entwicklung in Deutschland. Indikatorenbericht 2014*. Destatis, Wiesbaden
23. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) *Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik*. DKFZ, Heidelberg
24. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) *Rauch Frei*. www.rauch-frei.info (Stand: 21.03.2015)
25. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH (2015) *Der Wettbewerb für rauchfreie Klassen. Be smart – don't start*. www.besmart.info (Stand: 07.03.2015)
26. *Aufklärung gegen Tabak e. V.* (2015) *Aufklärung gegen Tabak*. www.gegentabak.de (Stand: 07.03.2015)
27. Europäische Parlament, Rat der Europäischen Union (2014) *Arbeitsblatt der Europäischen Union. Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG*

3.13 ALKOHOLKONSUM

- / Jährlich konsumieren die Deutschen etwa zehn Liter Reinalkohol pro Kopf. Deutschland zählt international zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Pro-Kopf-Konsum.*

- / Fast alle Erwachsenen trinken zumindest gelegentlich Alkohol, lediglich 4% sind lebenslang abstinent.*

- / Riskanter Alkoholkonsum ist bei Männern mit etwa 16% etwas weiter verbreitet als bei Frauen mit rund 13%.*

- / Mindestens einmal monatlich trinkt jeder siebte Junge und jedes neunte Mädchen exzessiv Alkohol (binge drinking).*

- / Tendenziell ist der Alkoholkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen aber rückläufig.*

INFOBOX 3.13.1

AUSSCHLIESSLICH ALKOHOLBEDINGTE KRANKHEITEN

ICD-10	DIAGNOSE
E24.4	Alkoholinduziertes Pseudo-Cushing-Syndrom
E52	Niazinmangel (alkoholbedingte Pellagra)
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G72.1	Alkoholmyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
K29.2	Alkoholgastritis
K70	Alkoholische Leberkrankheit
K85.2	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis (ab 2006)
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis
O35.4	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Feten durch Alkohol
P04.3	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
T51.0	Toxische Wirkung: Äthanol
T51.9	Toxische Wirkung: Alkohol, nicht näher bezeichnet



3.13

ALKOHOLKONSUM

Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit [1]. In der Rangfolge der wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod liegt Alkohol nach Tabak und Bluthochdruck in Europa an dritter Position [2–4]. Zu den Erkrankungen, für die ein ursächlicher Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum belegt ist, zählen u. a. Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut, Leberzirrhose, Schädigungen des Gehirns sowie einige Krebserkrankungen, vor allem Tumoren im Mund- und Rachenraum, aber auch Speiseröhren-, Darm-, Brust- und Leberkrebs [5]. Alkohol kann zur Abhängigkeit führen, zudem steigt unter Alkoholeinfluss das Risiko für Unfälle, Verletzungen und gewalttätige Auseinandersetzungen [6]. Während der Schwangerschaft kann mütterlicher Alkoholkonsum (siehe Kapitel 2.10) erhebliche Folgeschäden für das ungeborene Kind bewirken [7].

Das Statistische Bundesamt hat gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eine Liste mit Erkrankungen und Todesursachen erstellt, die zu 100 % als alkoholbedingt anzusehen sind (siehe Infobox 3.13.1) [8]. Im Jahr 2013 gab es laut Krankenhausdiagnosestatistik rund 395.000 stationäre Behandlungsfälle aufgrund einer dieser ausschließlich alkoholbedingten Erkrankungen [9], davon waren knapp drei Viertel männlich. Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Fälle um 21,5 % zugenommen, die aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen stationär behandelt wurden. Bei Männern waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) im Jahr 2013 der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt, bei Frauen lag die entsprechende Position dagegen nur auf Rang 15 der häufigsten Einzeldiagnosen. Nach Angaben des AOK-Fehlzeitenreports waren bei Mitgliedern der AOK im Jahr 2012 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol für 45,2 % der rund 2,4 Millionen suchtbedingten Fehltagere verantwortlich [10].

Schätzungen zufolge sterben in Deutschland pro Jahr zwischen 42.000 und 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums [11–14]. Etwa ein Viertel dieser Todesfälle ist allein auf den Alkoholkonsum, die übrigen drei Viertel auf den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen [11]. Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2013 rund 15.000 Menschen an ausschließlich alkoholbedingten Krankheiten, drei Viertel der Verstorbenen waren Männer [15]. Die Zahl der ausschließlich alkoholbedingten Sterbefälle ist nach einem deutlichen Anstieg im Zeitraum von 1980 bis 2005 in den letzten Jahren leicht rückläufig [8]. Das durchschnittliche Sterbealter liegt bei alkoholbedingten Krankheiten mit rund 61 Jahren knapp 17 Jahre unterhalb des durchschnittlichen Sterbealters aller Verstorbenen im Jahr 2013 [15]. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums betragen rund 26,7 Milliarden Euro im Jahr, davon sind 7,4 Milliarden Euro direkte Kosten für das Gesundheitssystem [12].

Um den Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu ermitteln, kann zum einen auf aggregierte Daten aus der Verbrauchsteuerstatistik, zum anderen auf Befragungsdaten aus repräsentativen Studien zurückgegriffen werden. Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke gilt als einer der wichtigsten Indikatoren zur Vorhersage alkoholbezogener gesundheitlicher und sozialer Probleme in der Bevölkerung [16]. Zur Berechnung des Pro-Kopf-Konsums eines Landes werden verschiedene Datenquellen zur inländischen Produktion sowie Import und Export alkoholischer Getränke zusammengeführt. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen bieten die Möglichkeit, verschiedene Trinkmuster in der Bevölkerung detaillierter zu beschreiben und nach soziodemografischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht zu analysieren [17]. Allerdings ist bei Selbstangaben mit einer erheblichen Untererfassung zu rechnen, da die Befragten im Hinblick auf ihr tatsächliches Trinkverhalten häufig zu sozial erwünschtem Antwortverhalten neigen [18].

In Deutschland stellen der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) des Instituts für Therapieforschung

3.13

und die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut durchgeführten Surveys Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) sowie die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) entsprechende Daten für die Erwachsenenbevölkerung zur Verfügung [17, 19–22]. Für das Jugendalter sind neben den regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) und die RKI-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) wichtige Datengrundlagen [23–26].

3.13.1

ALKOHOLKONSUM BEI ERWACHSENEN

Im Jahr 2013 belief sich der für die Gesamtbevölkerung registrierte Pro-Kopf-Konsum auf 9,7 Liter Reinalkohol [16]. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg stieg der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols zunächst von 3,2 Litern im Jahr 1950 auf 11,2 Liter im Jahr 1970 an. Nachdem im Jahr 1980 mit 12,9 Litern ein vorläufiger Höchstwert registriert wurde, ist der Pro-Kopf-Konsum seither langsam bis auf den heutigen Stand gesunken [27]. Die Rückgänge im Reinalkoholverbrauch sind dabei insbesondere auf einen gesunkenen Bierkonsum zurückzuführen, der seit 1990 um rund ein Viertel zurückgegangen ist [16].

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Pro-Kopf-Konsum von Alkohol gehört [3, 4]. Um den Vergleich zwischen Staaten mit unterschiedlicher demografischer Struktur zu erleichtern, wird der Pro-Kopf-Konsum in internationalen Studien nicht auf die Gesamtbevölkerung, sondern auf Personen ab 15 Jahren bezogen [16]. Des Weiteren werden neben dem registrierten Alkoholkonsum im Zuge von Schätzverfahren mitunter auch die nichtregistrierte Herstellung und Einfuhr von Alkohol (zollfreie Verkäufe, Schmuggel, Schwarzbrand) berücksichtigt. Ein direkter Vergleich der nachfolgenden Zahlen mit dem für die Gesamtbevölkerung in Deutschland berichteten registrierten Alkoholverbrauch ist daher nicht möglich. Die derzeit umfangreichste Schätzung zur weltweiten Verbreitung des Alkoholkonsums bezieht sich auf Daten aus dem von der Weltgesundheitsorganisation eingerichteten "Global Information System on Alcohol and Health" [28]. Im weltweiten Vergleich von 190 Nationen liegt Deutschland demnach auf Rang 23. Nach den Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) beträgt 2012 der an Verkaufszahlen gemessene durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum bei Personen über 15 Jahre in der EU 10,1 Liter reinen Alkohols; Deutschland liegt mit einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von 11,0 Litern reinem Alkohol im oberen Drittel der EU-Staaten (siehe Kapitel 10.4.2). Der höchste Alkoholkonsum wird für Litauen (12,7 l), Estland (12,3 l) und Österreich (12,2 l) berichtet, die niedrigsten Konsummengen für Italien (6,1 l), Schweden (7,3 l) und Malta (7,6 l) [29].

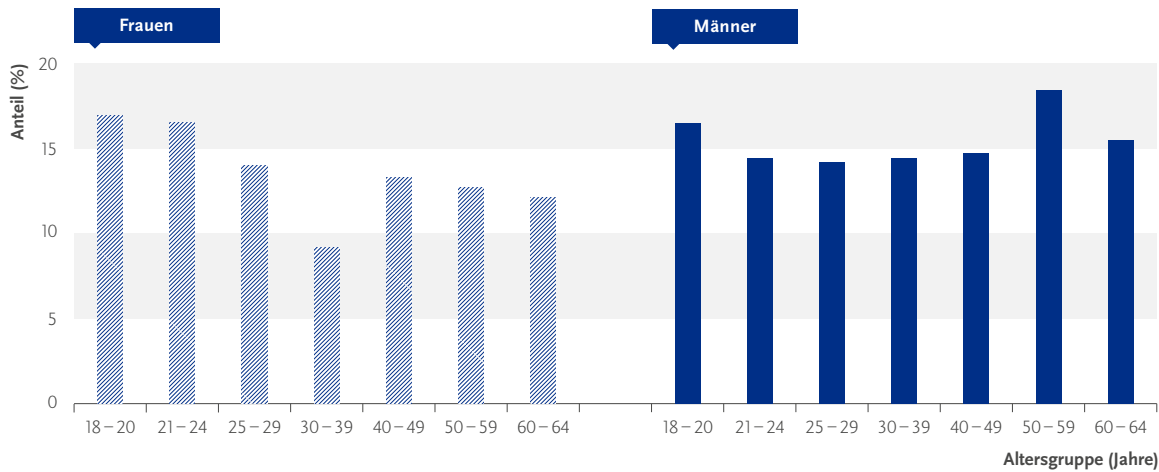
Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 wurde bei rund 9.000 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren mittels eines getränkespezifischen Frequenz-Menge-Index der Alkoholkonsum in den letzten

30 Tagen sowie in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung erfasst [30]. Anhand der Angaben zur Häufigkeit und Menge des Konsums alkoholischer Getränke kann die Gesamtmenge reinen Alkohols bestimmt und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnet werden. Vor dem Hintergrund von Grenzwerten, die auf Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen beruhen, lassen sich abstinente Personen von Personen mit risikoarmem Konsum (Männer: > 0–24 g, Frauen: > 0–12 g) und riskantem Konsum (Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g) unterscheiden [31]. Der exzessive Alkoholkonsum bei einer Gelegenheit wird als Rauschtrinken bezeichnet (engl. binge drinking). Im ESA wird Rauschtrinken bei Personen unterstellt, die angeben, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. Während der Schwellenwert für riskanten Alkoholkonsum insbesondere mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen zusammenhängt, ist Rauschtrinken vor allem im Kontext mit akuten Gesundheitsgefahren wie Unfällen oder Vergiftungserscheinungen zu sehen [6].

Fast jeder 18- bis 64-jährige Erwachsene in Deutschland trinkt zumindest gelegentlich Alkohol, lebenslang abstinent sind den Ergebnissen des ESA 2012 zufolge lediglich 3,6% der Bevölkerung [30, 32]. Rund drei Viertel der Erwachsenen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Etwa jeder siebte Erwachsene konsumiert Alkohol in gesundheitsriskanten Mengen. Riskanter Alkoholkonsum ist bei Männern mit 15,6% stärker verbreitet als bei Frauen mit 12,8%. Während bei Männern keine auffälligen Altersunterschiede festzustellen sind, nimmt der Anteil der Frauen mit riskantem Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter ab, wobei die niedrigste Prävalenz bereits in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen zu verzeichnen ist (Abb. 3.13.1).

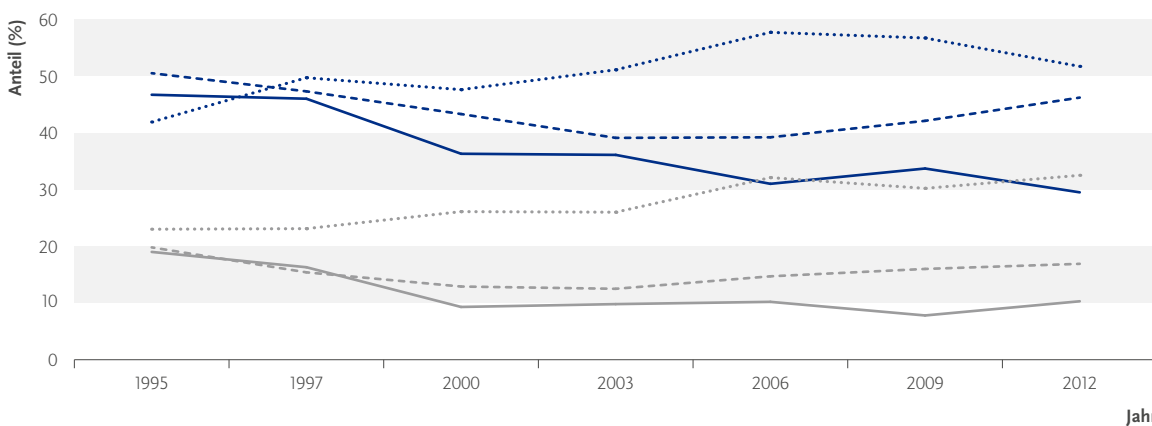
Deutlich stärkere Alters- und Geschlechtsunterschiede treten im Hinblick auf die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens zutage. Mit 46,7% hat nahezu jeder zweite Mann innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag zu sich genommen. Bei Frauen liegt der entsprechende Anteil mit 22,0% deutlich niedriger. Während fast sechs von zehn jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 20 Jahren Rauschtrinken praktizieren, sind es in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen lediglich 23,0%. Die berichteten Alters- und Geschlechtsunterschiede im riskanten Alkoholkonsum und Rauschtrinken – mit höheren Prävalenzen bei Männern und jungen Erwachsenen – werden durch die Ergebnisse der RKI-Studien GEDA und DEGS weitestgehend bestätigt [17, 19, 20, 22]. Aufgrund unterschiedlicher Betrachtungszeiträume und Definitionen ist eine direkte Vergleichbarkeit der Befunde jedoch nicht möglich.

Der Epidemiologische Suchtsurvey wird bereits seit 1980 regelmäßig durchgeführt. Für den Zeitraum von 1995 bis 2012 können Aussagen über die zeitliche Entwicklung des Alkoholkonsums in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung getroffen werden [32]. Bezogen auf das Trinkverhalten in den letzten 30 Tagen ist der Anteil von Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von 26,8% auf 16,0% bei Männern und von



◀ **Abbildung 3.13.1**
Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums¹ in den letzten 30 Tagen
Datenbasis:
Epidemiologischer Suchtsurvey 2012 [32]

¹ Riskanter Alkoholkonsum: > 12 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen, > 24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern



◀ **Abbildung 3.13.2**
Entwicklung der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens¹ 18- bis 59-jähriger
Datenbasis:
Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2012 [32]

Altersgruppe (Jahre):
Frauen
..... 18–24
----- 25–39
———— 40–59
Männer
..... 18–24
----- 25–39
———— 40–59

¹ Rauschtrinken: ≥ 5 alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit

15,3% auf 13,9% bei Frauen gesunken. Auch der Anteil von Personen, die innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert haben, ist zwischen 1995 und 2012 von 33,7% auf 26,9% zurückgegangen. Zwar lässt sich dieser Trend sowohl für Männer als auch für Frauen bestätigen, allerdings sind deutliche Altersunterschiede festzustellen (Abb. 3.13.2) [32]. Während die Prävalenz des Rauschtrinkens in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen deutlich gesunken ist, hat sie sich bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren signifikant erhöht. Zwar nimmt die Prävalenz des Rauschtrinkens bei jungen Männern seit 2006 wieder ab, dennoch unterstreichen die Trendergebnisse aus ESA die Notwendigkeit für gezielte Präventionsmaßnahmen vor allem bei jungen Erwachsenen.

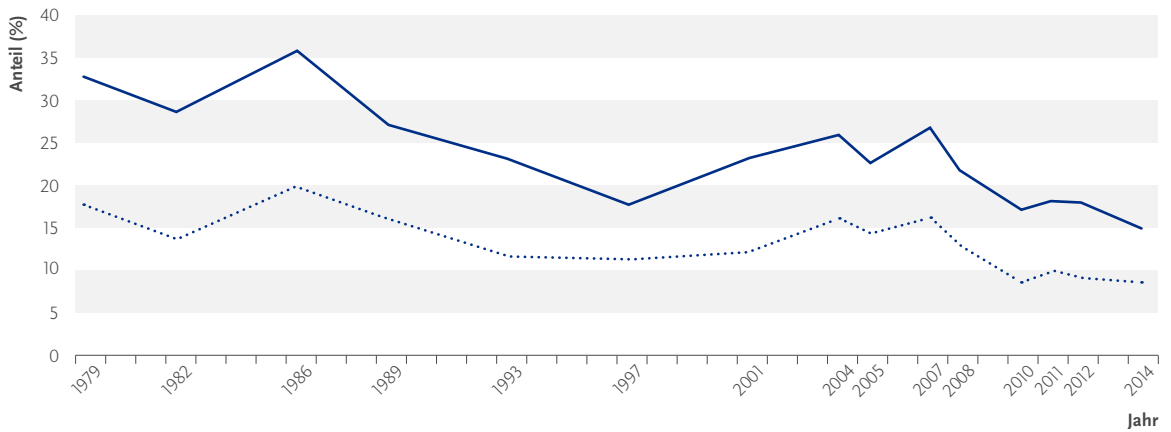
3.13.2 ALKOHOLKONSUM IM KINDES- UND JUGENDALTER

Jugendliche müssen lernen, mit Alkohol verantwortungsvoll umzugehen [33, 34]. Heranwachsende sind nicht nur aufgrund ihrer Unerfahrenheit gefährdet, sondern auch wegen der erhöhten Vulnerabilität ihres noch nicht ausgereiften Organismus: Alkohol als starkes Zellgift kann gerade bei ihnen gravierende gesundheitliche Schäden anrichten [35–37]. Daher sollten sowohl der regelmäßige

als auch der episodisch exzessive Alkoholkonsum im Jugendalter vermieden werden [31]. Der von der BZgA im Jahr 2014 durchgeführte Alkoholsurvey liefert aktuelle Zahlen zur Verbreitung und Intensität des Alkoholkonsums bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren in Deutschland [23]. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 38,3% der Mädchen und 36,5% der Jungen Alkohol getrunken. Dabei zeichnet sich ein deutlicher Einfluss des Lebensalters ab: Während weniger als jeder vierte Jugendliche im Alter von 12 bis 15 Jahren in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken hat, gilt dies für 70,8% der 16- bis 17-jährigen Mädchen und 67,5% der gleichaltrigen Jungen [23]. Ein regelmäßiger – mindestens wöchentlicher – Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten wird von 8,5% der Mädchen und 14,9% der Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren berichtet. Abbildung 3.13.3 belegt, dass sich der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinken, von Mitte der 1980er-Jahre bis zum Jahr 1997 deutlich verringert hat. Nach einem neuerlichen Anstieg in den darauffolgenden zehn Jahren sind die Prävalenzen bis 2014 sogar unter den Ausgangswert von 1997 gesunken, wobei der stärkste Rückgang im Zeitraum von 2007 bis 2010 zu verzeichnen war.

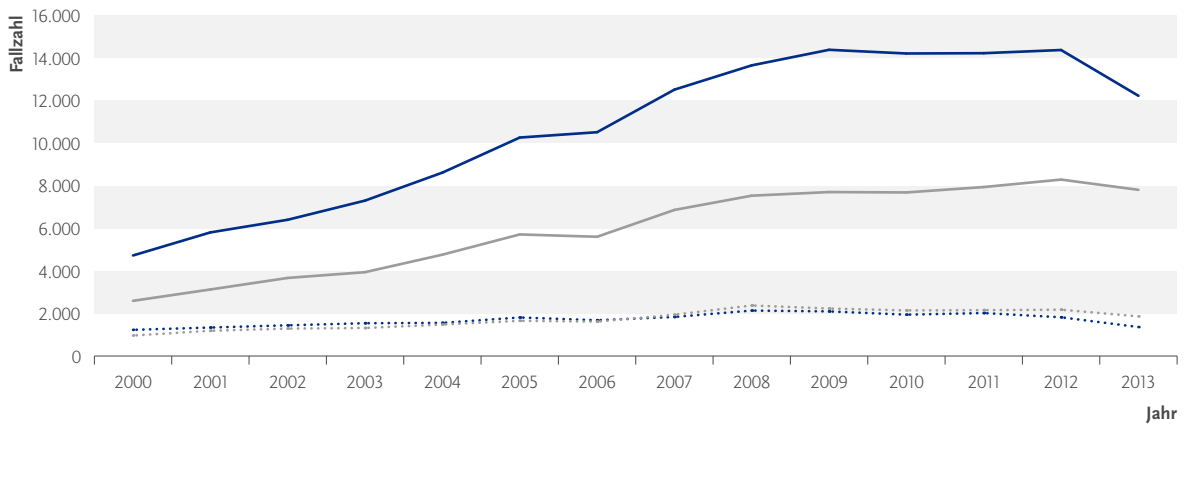
Die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2009/2010 liefert Zahlen zum Alkoholkonsum 11-, 13- und 15-jähriger Schülerinnen und Schüler

► **Abbildung 3.13.3**
Entwicklung des
regelmäßigen Alkoholkonsums¹ bei
Jugendlichen im Alter
von 12 bis 17 Jahren
Datenbasis: BZgA-
Repräsentativerhebungen
1979–2014 [23]



¹ Regelmäßiger Alkoholkonsum: mindestens einmal pro Woche in den letzten 12 Monaten

► **Abbildung 3.13.4**
Stationäre Fallzahlen
von Kindern und Jugendlichen
im Alter von 10 bis
19 Jahren mit der Diagnose
akute Alkoholvergiftung
(ICD-10: F10.0)
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik
2000–2013 [9]



in Deutschland und ermöglicht einen Vergleich mit weiteren europäischen Ländern. Demnach liegt der Anteil der 15-Jährigen in Deutschland, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, mit 15 % der Mädchen und 28 % der Jungen etwa im Durchschnitt der teilnehmenden 24 EU-Mitgliedstaaten (Mädchen 17 %, Jungen 25 %). In den jüngeren Altersgruppen gehört Deutschland mit Prävalenzen unter 5 % (13-Jährige) bzw. unter 1 % (11-Jährige) zu den Ländern mit dem niedrigsten Konsum [38]. Im Zeitraum von 2002 bis 2010 zeigt sich in den meisten Teilnehmerländern der HBSC-Studie ein sinkender Anteil der Jugendlichen mit mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum [39].

Neben dem regelmäßigen Alkoholkonsum werden im Rahmen der Repräsentativerhebungen der BZgA auch Angaben zum episodisch exzessiven Alkoholkonsum erfasst. Den BZgA-Daten zufolge haben 2014 11,2 % der Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren und 14,6 % der gleichaltrigen Jungen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich genommen [23]. 2007 lag der entsprechende Anteil bei Mädchen mit 20,0 % und Jungen mit 30,7 % noch rund doppelt so hoch. Die Daten der HBSC-Studie sprechen ebenfalls für einen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens beziehungsweise der Verbreitung alkoholbedingter Rauscherfahrungen [24].

Einen anderen Eindruck als die in Befragungsstudien erhobenen Alkoholkonsumraten vermitteln die Daten der

Krankenhausdiagnosestatistik [40, 41]. 2013 gab es demnach mehr als 23.000 stationäre Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung [9] (Abb. 3.13.4).

Zwar sind damit die Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen, die nach exzessivem Alkoholkonsum in einem Krankenhaus behandelt wurden, gegenüber dem Vorjahr erstmals zurückgegangen, allerdings hatten sie sich zuvor im Zeitraum von 2000 bis 2012 nahezu verdreifacht. Besonders deutlich war der Anstieg der Fallzahlen bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren, wobei sich hier markante Geschlechterunterschiede zuungunsten der Jungen abzeichnen. Aktuelle Forschungen sprechen dafür, dass zumindest ein Teil des Anstiegs der Krankenhausbehandlungen auf eine verstärkte Wahrnehmung des Problems und eine gestiegene Notrufbereitschaft in der Bevölkerung zurückzuführen ist [42]. Empfohlen wird daher eine vorsichtige Interpretation der Krankenhausdiagnosestatistik, da eine alkoholbedingte Klinikeinweisung womöglich kein hinreichender Indikator für die Identifikation von Jugendlichen mit auffälligem Konsumverhalten ist [42].

3.13.3 PRÄVENTION GESUNDHEITSRISKANTEN ALKOHOLKONSUMS

In den letzten Jahren wurden in Deutschland verschiedene Projekte und Kampagnen ins Leben gerufen, um insbesondere Jugendliche, aber auch Erwachsene über

die vielfältigen Gefahren des übermäßigen Alkoholkonsums und Rauschtrinkens zu informieren. Seit 2007 koordiniert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) alle zwei Jahre die nationale »Aktionswoche Alkohol« [43]. Verschiedene Institutionen, Selbsthilfegruppen, Fachleute und Ehrenamtliche nehmen die Aktionswoche zum Anlass, um das Motto »Alkohol? Weniger ist besser!« in die Öffentlichkeit zu tragen und für die gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen übermäßigen Alkoholkonsums zu sensibilisieren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veranstaltet seit 2009 in Kooperation mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) die bundesweit größte Kampagne zur Alkoholprävention für Jugendliche »Alkohol? Kenn dein Limit.« [44]. Seit 2010 gibt es die gleichnamige Kampagne auch für Erwachsene [44]. Eine weitere BZgA-Kampagne mit dem Titel »Null Alkohol – Voll Power« verfolgt das Ziel, bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahren eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern [45]. Das Alkoholpräventionsprojekt »HaLT« (»Hart am Limit«) kombiniert Ansätze auf individueller und kommunaler Ebene und richtet sich insbesondere an Jugendliche, die bereits wegen riskanten Alkoholkonsums (etwa Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholvergiftung) auffällig geworden sind [46]. Einbezogen werden hierbei auch Eltern, Lehrkräfte, Klinikmitarbeiter, Gastronomen und andere Personen vor Ort. Weitere Präventionsmaßnahmen und -projekte beziehen sich auf spezielle Zielgruppen, zum Beispiel Schwangere, stillende Mütter, Fahranfänger oder Autofahrer allgemein.

Der internationale Vergleich zeigt, dass Deutschland nicht nur zu den Ländern gehört, in denen besonders viel Alkohol getrunken wird, sondern auch zu den Ländern, in denen es an politischen Rahmenbedingungen zur Eindämmung des Alkoholkonsums mangelt [16, 47]. So sind die Steuersätze für alkoholhaltige Getränke in Deutschland deutlich niedriger als im Durchschnitt der EU28-Staaten. Auch werden andere gesetzliche oder politische Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums wie Alters- und Verkaufsbeschränkungen sowie Werbeverbote weniger restriktiv eingesetzt als in anderen europäischen Ländern [4, 16]. Wichtige Impulse in diesem Zusammenhang sind jedoch von dem neu beschlossenen Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren« zu erwarten [48, 49].

LITERATUR

1. Rehm J, Mathers C, Popova S et al. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373(9682):2223-2233
2. Anderson P, Baumbach B (2006) Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, London
3. Organisation für europäische wirtschaftliche Zusammenarbeit (2014) Health at a Glance: Europe 2014. OECD, Paris
4. World Health Organization (Hrsg) (2014) Global status report on alcohol and health 2014. WHO, Genf
5. Anderson P, Moller L, Galea G (Hrsg) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization Regional Office for Europe, Kopenhagen
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40. RKI, Berlin
7. Rasenack R, Zink M (2011) Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart, S. 427-432
8. Rübenach SP (2007) Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Wirtschaft und Statistik* 2007(3):278-290
9. Statistisches Bundesamt (2015) Krankenhausdiagnosestatistik, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. www.gbe-bund.de (Stand: 15.04.2015)
10. Meyer M, Mpairaktari P, Glushanok I (2013) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2012. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2013 - Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 263-445
11. John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country -- Germany. *Alcohol Alcohol* 37(6):581-585
12. Adams M, Effertz T (2011) Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart, S. 57-62
13. Konnopka A, König HH (2007) Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics* 25(7):605-618
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Kosten alkoholassoziierter Erkrankungen. Schätzungen für Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
15. Statistisches Bundesamt (2014) Todesursachenstatistik ab 1998, Sterbefälle, Sterbeziffern je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 15.04.2015)
16. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. (2015) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst, Lengerich, S. 39-71
17. Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):809-813
18. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009. *Sucht* 56(5):337-347
19. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
20. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
21. Kraus L, Piontek D, Pabst A et al. (2013) Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht* 59(6):309-320
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
23. Orth B, Töppich J (2015) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
24. Richter M, Pfortner T-K, Lampert T et al. (2012) Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. *Gesundheitswesen* 74 (Suppl 1):42-48
25. Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):600-608
26. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):830-839
27. Bartsch G, Merfert-Diete C (2013) Alkoholabhängigkeit und riskanter Alkoholkonsum. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2013 - Verdammte zum Erfolg - die süchtige Arbeitsgesellschaft. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 67-73
28. World Health Organization (2014) Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). www.who.int/gho/alcohol/en/ (Stand: 15.04.2015)

29. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2014) Alcohol consumption among adults. In: OECD (Hrsg) Health at a Glance: Europe 2014. OECD, Paris
30. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59(6):321-331
31. Seitz HK, Bühringer G, Mann K (2008) Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2008. Neuland, Geesthacht, S. 205-209
32. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforchung, München
33. Hurrelmann K, Settertobulte W (2008) Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. APuZ 2008(28):9-14
34. Petermann F, Helbig S (2008) Entwicklungsaufgabe »Substanzgebrauch«: Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sucht aktuell 2008(2):14-19
35. Riegg F, Pogarell O (2012) Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Pädiatrische Praxis 79(1):137-145
36. Adger H, Jr., Saha S (2013) Alcohol use disorders in adolescents. Pediatr Rev 34(3):103-113
37. Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen - Aktuelle Ergebnisse und Trends. GBE kompakt 6(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 04.08.2015)
38. Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. (Hrsg) (2012) Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
39. Looze M, Raaijmakers Q, Bogt TT et al. (2015) Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. Eur J Public Health 25 Suppl 2:69-72
40. Korczak D, Steinhäuser G, Diel M (2011) Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland - HTA-Bericht 112. DIMDI, Köln
41. Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2009) Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Dtsch Arztebl Int 106(19):323-328
42. Wurdak M, Ihle K, Stürmer M et al. (2013) Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. Sucht 59(4):225-233
43. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Aktionswoche Alkohol www.aktionswoche-alkohol.de (Stand: 15.04.2015)
44. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) Alkohol? Kenn dein Limit. www.kenn-dein-limit.info (Stand: 15.04.2015)
45. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) Null Alkohol - Voll Power. www.null-alkohol-voll-power.de (Stand: 15.04.2015)
46. Kuttler H, Lang S (2010) Abschlussbericht. Bundestransfer des HaLT-Projektes 1.1.2007 – 31.12.2009. www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/HaLT-Abschlussbericht-25-10-2010.pdf (Stand: 15.04.2015)
47. Brand DA, Saisana M, Rynn LA et al. (2007) Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. PLoS Med 4(4):e151
48. Maschewsky-Schneider U, Goecke M, Hölischer U et al. (2013) Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(9):1329-1334
49. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren«. www.gesundheitsziele.de (Stand: 04.08.2015)

-
- / *Etwa 7% der Jugendlichen und rund 24% der Erwachsenen berichten, dass sie jemals im Leben Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben.*
-
- / *Unter den illegalen Drogen dominiert danach der Cannabiskonsum, andere Substanzen werden deutlich seltener konsumiert.*
-
- / *Frauen konsumieren illegale Drogen seltener als Männer und junge Menschen häufiger als ältere.*
-
- / *Bei den meisten Konsumentinnen und Konsumenten, die kein manifestes Suchtverhalten entwickeln, bleibt es bei einem gelegentlichen oder vorübergehenden Konsum.*
-
- / *Präventionsmaßnahmen sollten sich auf das Jugend- und junge Erwachsenenalter konzentrieren.*



INFOBOX 3.14.1

ILLEGALE DROGEN

Der Konsum von Substanzen mit bewusstseinsverändernder Wirkung (psychotrope oder psychoaktive Substanzen) unterliegt zum Teil strengen gesetzlichen Beschränkungen, etwa dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das den Umgang mit Betäubungsmitteln regelt. Es begrenzt den legalen Einsatz einiger dieser Substanzen auf medizinisch-therapeutische Anwendungen, etwa in der Schmerzmedizin, und verbietet andere grundsätzlich. Dem BtMG unterliegen Opioiden wie Morphin und Heroin, Kokain, Cannabis (Marihuana, Haschisch), Stimulanzien (wie Amphetamine) und Halluzinogene (etwa LSD).

Epidemiologisch wird die Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen über repräsentative Bevölkerungsbe-

fragungen gemessen. Dabei wird unterschieden, ob die Befragten mindestens einmal in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz, Drogenerfahrung), in den zwölf Monaten vor der Befragung (12-Monats-Prävalenz, aktueller Konsum) oder mehr als zehnmal innerhalb der letzten zwölf Monate (regelmäßiger Konsum) Drogen konsumiert haben. Missbrauch und Abhängigkeit werden über das Münchener Composite International Diagnostic Interview [10] erfasst. Da es sich beim Konsum illegaler Drogen um ein strafrechtlich relevantes Verhalten handelt, ist die Aussagekraft von Selbstauskünften eingeschränkt [11]. Dennoch sind Befragungen die einzige Möglichkeit, einen bevölkerungsweiten Überblick zur Verbreitung des Konsums illegaler Drogen zu erhalten.

3.14

KONSUM ILLEGALER DROGEN

Der regelmäßige Konsum illegaler Drogen (Infobox 3.14.1) kann zu Abhängigkeit führen, die in aller Regel mit weiteren gesundheitlichen Folgen einhergeht. Insbesondere der intravenöse Konsum von Opioiden birgt ein hohes Risiko für Infektionen mit HIV- und Hepatitis-Erregern, die wie die vielfältigen psychischen Folgen des Drogenkonsums einer weiterführenden Behandlung bedürfen [1, 2]. Schwerwiegende soziale Folgen kommen hinzu: Die von illegalen Drogen abhängigen Menschen sind stark auf Beschaffung und Konsum ihrer Droge fixiert und vernachlässigen soziale Kontakte und Aktivitäten [2, 3].

Obwohl der riskante Gebrauch von Suchtmitteln wie Alkohol oder psychoaktiven Medikamenten sowie der Konsum von Tabak (siehe Kapitel 3.12, 3.13) deutlich weiter verbreitet sind [4], stellt auch der Gebrauch illegaler Drogen – abhängig von Regelmäßigkeit und Menge des Konsums – ein bedeutendes Mortalitätsrisiko dar [5]. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt der Drogenkonsum in Ländern mit einem hohen Volkseinkommen zu den zehn wichtigsten Risikofaktoren für durch Krankheit verlorene Lebensjahre [6]. Im Jahr 2013 verzeichnet die Kriminalitätsstatistik 1.002 Drogentote in Deutschland [7]. Obgleich die Zahl der Drogentoten damit niedriger liegt als zu Beginn der 2000er-Jahre, besteht weiterhin Grund zur Aufmerksamkeit: Fortlaufend werden neuartige, zumeist chemische Substanzen entwickelt, um das Betäubungsmittelgesetz zu umgehen [8]. Durch den Anschein der Legalität kommen so vermeintlich harmlose Drogen mit ungewissen Folgen für die Konsumentinnen und Konsumenten in Umlauf [9]. Auch Varianten bereits bekannter illegaler Drogen führen zu neuen Problemlagen: Die unter dem Namen »Crystal Meth« bekannte Substanz, ein Stimulans aus der Gruppe der Amphetamine, dessen Konsum schwerwiegende körperliche und psychische Folgen verursacht, stellt die Einrichtungen der Sucht-

hilfe besonders in den Grenzregionen zu Tschechien vor neuartige Herausforderungen [8, 9].

3.14.1

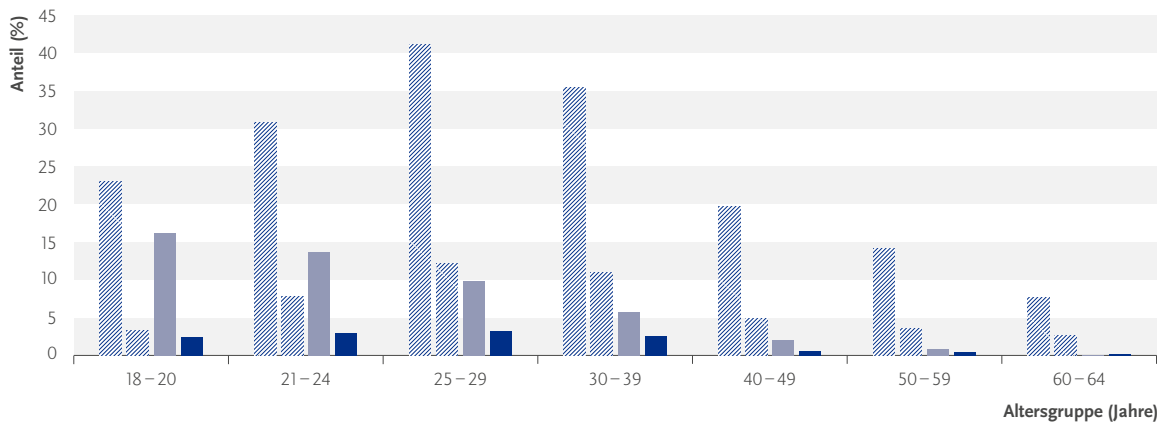
GEBRAUCH ILLEGALER DROGEN

Repräsentative Daten zum Gebrauch illegaler Drogen liefern vor allem zwei regelmäßige Erhebungen: die Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; Alter: 12 bis 25 Jahre) sowie der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapie- und Präventionsforschung (IfT; Alter 18 bis 64 Jahre) [12, 13]. Danach haben 7,2 % der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) und 23,9 % der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert. Die Häufigkeit von Missbrauch oder Abhängigkeit liegt in der erwachsenen Bevölkerung bei 1,0 % bei Cannabis und deutlich unter einem Prozent bei anderen illegalen Drogen [13]. Beide Datenquellen zeigen übereinstimmend, dass der Gebrauch illegaler Drogen bei Männern weiter verbreitet ist als bei Frauen und mit dem Ende des jungen Erwachsenenalters stark zurückgeht. Zudem macht der Konsum von Cannabis den überwiegenden Anteil des illegalen Drogenkonsums in Deutschland aus. Andere illegale Drogen wie Kokain oder Heroin werden vergleichsweise selten konsumiert. Sie werden in den folgenden Betrachtungen zu einer Gruppe zusammengefasst (sogenannte andere illegale Drogen).

Im Jahr 2014 gaben nach Angaben der BZgA 11,3 % der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen und sogar 42,5 % der 18- bis 25-jährigen Männer an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Bei den Frauen lagen die Lebenszeitprävalenzen mit 8,6 % unter Jugendlichen und 31,6 % bei jungen Erwachsenen deutlich darunter [14]. In der Erhebung des Jahres 2008 gaben zudem 11,0 % der Männer und 7,5 % der Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren an, auch mit anderen illegalen Drogen Erfahrungen zu haben. Bei den 12- bis 17-jährigen traf dies ohne ausgeprägten Geschlechterunterschied auf 2,7 % der Befragten zu [15].

		12–13 JAHRE	14–17 JAHRE	18–21 JAHRE	22–25 JAHRE
In den letzten 12 Monaten	Mädchen/Frauen	0,1	10,6	15,3	10,9
	Jungen/Männer	0,8	13,8	24,3	20,2
Häufiger als zehnmal in den letzten 12 Monaten	Mädchen/Frauen	0,0	2,5	2,9	2,1
	Jungen/Männer	0,0	4,1	8,0	7,3

◀ **Tabelle 3.14.1**
Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
Datenbasis: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [14]



◀ **Abbildung 3.14.1**
Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen nach Alter
Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

Lebenszeitprävalenz
 // Cannabis
 // Andere Drogen
 12-Monats-Prävalenz
 ■ Cannabis
 ■ Andere Drogen

Bei den meisten drogengebrauchenden Personen bleibt es bei einem einmaligen oder allenfalls gelegentlichen Konsum. So geben vergleichsweise wenige Befragte an, auch in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben: 22,1% der 18- bis 25-jährigen Männer und 12,9% der gleichaltrigen Frauen. 7,6% der Männer und 2,4% der Frauen in dieser Altersgruppe haben im Jahr vor der Befragung regelmäßig zu Cannabis gegriffen [14]. Jugendliche hingegen konsumierten im Jahr vor der Befragung wesentlich seltener als junge Erwachsene einmalig oder regelmäßig Cannabis (Tab. 3.14.1). Der einmalige oder regelmäßige Konsum anderer illegaler Drogen ist in allen Altersgruppen deutlich seltener [15]. Auch bei diesen Drogen wird der Konsumhöhepunkt erst im jungen Erwachsenenalter, also nach der Adoleszenz, erreicht.

Dies bestätigen die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2012 [13]: In der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren sind Drogenerfahrungen und besonders die Neigung, Drogen auch aktuell oder gar regelmäßig zu konsumieren, weniger weit verbreitet als bei den jungen Erwachsenen der Drogenaffinitätsstudie. So haben insgesamt 27,5% der erwachsenen Männer und 18,6% der erwachsenen Frauen Erfahrungen mit Cannabis. 7,8% der Männer und 4,8% der Frauen konsumierten außer Cannabis mindestens einmal im Leben auch andere Drogen. 6,0% der erwachsenen Männer und 3,0% der Frauen berichten einen Cannabiskonsum im letzten Jahr. Andere illegale Drogen haben im selben Zeitraum 2,1% der Männer und 0,7% der Frauen konsumiert. Im Altersverlauf gehen die Anteile drogengebrauchender Personen stark zurück. Die Zahl derjenigen, die irgendwann im Leben Drogenerfahrungen machen, steigt zwar bis zur Altersgruppe 25 bis 29 Jahre, aber die 12-Monats-Prävalenzen nehmen ausgehend von den 18- bis 20-jährigen stetig ab. Ab dem Alter von 40 Jahren liegt der Anteil jener, die in den

vergangenen zwölf Monaten illegale Drogen konsumiert haben, bei unter 5% (Abb. 3.14.1).

3.14.2 ZEITLICHE ENTWICKLUNG

Der Blick auf die Lebenszeitprävalenzen verdeutlicht, dass ältere Kohorten seltener von Drogenerfahrungen berichten als jüngere. Dies deutet darauf hin, dass die Provierbereitschaft in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen ist. Zeitreihen der BZgA bestätigen diesen Trend: Bis 2004 haben vor allem Erfahrungen mit Cannabis deutlich zugenommen [15]. Damit korrespondiert, dass sich die Anteile regelmäßig Cannabis konsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener in den 1990er-Jahren auf einem Höchststand befanden, in den Folgejahren jedoch wieder rückläufig waren [14, 15].

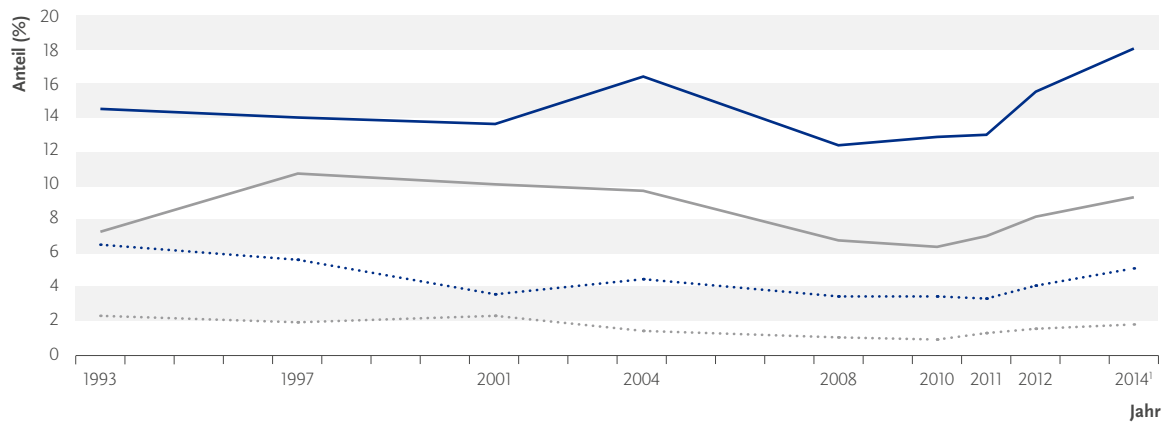
Zwischen 2004 und 2011 sind sowohl bei den 12-Monats-Prävalenzen als auch dem regelmäßigen Konsum im Zeitverlauf nur geringfügige Veränderungen zu verzeichnen. 2012 zeichnet sich bei beiden Indikatoren ein Wiederanstieg der Konsumprävalenzen ab, der weiter zu beobachten ist (Abb. 3.14.2) [12].

Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die Konsumprävalenzen bei den 12- bis 17-jährigen waren verglichen mit dem Jahr 2004 lange Zeit rückläufig [12] – ein Befund, der auch durch Analysen der HBSC-Studie bestätigt wird (siehe auch [11]). Bei den 18- bis 25-jährigen waren in den letzten 15 Jahren jedoch keine statistisch bedeutsamen Veränderungen zu verzeichnen. In der Erhebung des Jahres 2012 zeigt sich insbesondere bei jungen Männern wieder eine ansteigende Tendenz, die sich 2014 fortsetzt [12, 14]. Während also der frühe Konsum im Jugendalter seltener geworden ist, hat in der Hauptkonsumentengruppe der jungen Erwachsenen der Anteil jener nicht abgenommen, die gelegentlich oder regelmäßig Cannabis konsumieren. Des Weiteren zeigen auch die Kenn-

3.14

► **Abbildung 3.14.2**
Prävalenz des
Cannabiskonsums bei
12- bis 25-Jährigen im
Zeitverlauf
Datenbasis:
Bundeszentrale für
gesundheitliche
Aufklärung [14]

Mädchen/Frauen
Regelmäßiger
Konsum
12-Monats-
Prävalenz
Jungen/Männer
Regelmäßiger
Konsum
12-Monats-
Prävalenz



¹ Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter

ziffern zum Gebrauch anderer illegaler Drogen außer Cannabis seit Beginn der Erhebungen in den 1970er-Jahren keinen eindeutigen Trend [15].

Festzuhalten bleibt, dass sich der Gebrauch illegaler Drogen besonders bei Erwachsenen auf einen kleinen Konsumentenkreis beschränkt. Die meisten drogengebrauchenden Personen geben ihren Konsum mit dem Ende des jungen Erwachsenenalters auf. Bei einem Teil der Konsumierenden mündet der Gebrauch illegaler Drogen aber auch in eine manifeste Suchterkrankung und zieht dann häufig eine langjährige Drogenbiografie nach sich. Besondere Bemühungen zur Prävention und Therapie sollten sich folgerichtig auf Jugendliche und junge Erwachsene konzentrieren. In diesen Altersgruppen erfolgt die Herausbildung jener problematischen Konsummuster, die sich relevant im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen niederschlagen. Jungen und junge Männer müssen dabei als stärker gefährdet angesehen werden. Sie neigen nicht nur häufiger, sondern auch regelmäßiger zum Konsum illegaler Drogen.

In den letzten Jahren war die deutsche Drogenpolitik und Suchtprävention einem sukzessiven Wandel unterworfen. Elemente der Schadensminimierung, von Empowerment und Ressourcenförderung sowie von akzeptierender Drogenarbeit, werden heute stärker berücksichtigt. Im Jahr 2012 ist die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik durch den Bundestag verabschiedet worden [16]. Darin bekennt sich die Bundesregierung zu einer Drogen- und Suchtpolitik, die auf den vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminimierung und Repression beruht. Ob die bestehende Gewichtung der vier Säulen der Drogenpolitik grundsätzlich ausgewogen ist, wird gelegentlich kritisch hinterfragt [17, 18].

Insgesamt werden die jüngeren Entwicklungen in der deutschen Drogenpolitik aber positiv beurteilt. Insbesondere durch den Bereich der Schadensminimierung erkennt die Nationale Strategie an, dass für einen Teil der Konsumentinnen und Konsumenten das Ziel der vollständigen Abstinenz kurz- und mittelfristig nicht erreichbar ist. Ansätze wie die Substitutionsbehandlung, Safer Use, Drogenkonsumräume und Spritzentauschprogramme finden heute breite Anerkennung und tragen dazu bei, Konsumentinnen und Konsumenten aufzuklären und Suchtkranke gesundheitlich und sozial zu stabilisieren [9, 16]. Im Bereich Prävention engagiert sich die Bun-

deszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als ein zentraler Akteur. Mit Angeboten wie »drugcom.de« oder »Quit the Shit« richtet sich die BZgA über das Internet an die Konsumentinnen und Konsumenten, um einen reflektierenden Umgang mit dem eigenen Drogengebrauch zu fördern.

LITERATUR

1. Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Lang P et al. (2008) Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München
2. Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Budde A et al. (2013) Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München
3. Kienast T, Heinz A, Soyka M (2011) Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In: Möller H, Laux G, Kapfhammer H (Hrsg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S. 1371-1409
4. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Sucht 56(5):337-347
5. Orth B, Kraus L (2009) Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2009. Neuland, Geesthacht, S. 99-111
6. Orth B, Kraus L, Piontek D (2012) Illegale Drogen - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2012. Pabst, Lengerich, S. 112-124
7. Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014) Drogen- und Suchtbericht. Juli 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
8. Stempel K (2013) Rauschgiftlage 2011. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 13. Pabst, Lengerich, S. 143-154
9. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013) Drogen- und Suchtbericht. Drogenbeauftragte, Berlin
10. Wittchen H, Beloch E, Garczynski E et al. (1995) Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
11. Richter M, Pfortner TK, Lampert T et al. (2012) Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Gesundheitswesen 74 (Suppl 1):S42-48
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. BZgA, Köln
13. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforchung, München

14. Orth B, Töppich J (2015) *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. BZgA, Köln
15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. BZgA, Köln
16. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012) *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*. Drogenbeauftragte, Berlin
17. Stöver H, Plenert M (2013) *Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin
18. Schildower Kreis (2014) *Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages*.
www.schildower-kreis.de/themen/Resolution_deutscher_Strafrechtsprofessorinnen_und_%E2%80%93professoren_an_die_Abgeordneten_des_Deutschen_Bundestages.php
(Stand: 15.04.2015)

3.15 HANDLUNGSFELDER UND HERAUSFORDERUNGEN

Die Gesundheit der Bevölkerung wird nicht nur durch biologische Faktoren und die Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems, sondern auch durch Lebensbedingungen und Verhalten beeinflusst. Diese für den Public-Health-Bereich zentrale Erkenntnis fand ihren ersten konzeptionellen Unterbau in den 1970er-Jahren mit dem auch als Lalonde-Modell bezeichneten »Health-Field-Modell« [1, 2]. Lebensbedingungen und Verhalten als wesentliche Einflussfaktoren für die in Kapitel 2 beschriebene Entwicklung des Gesundheitszustands der Bevölkerung stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels »Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?«. Dabei werden neben verhaltensbezogenen Risikofaktoren wie Ernährung, körperlicher Aktivität oder Tabakkonsum auch sozioökonomische Einflussfaktoren wie der soziale Status oder die Situation am Arbeitsplatz behandelt.

3.15.1 HINTERGRUND

Zwei zentrale Konzepte der WHO bilden den Hintergrund dieses Kapitels. Sie beschreiben die Ursachen chronischer Erkrankungen (”causes of chronic diseases”) [3] sowie die sie beeinflussenden strukturellen und vermittelnden Determinanten [4], die auch als »Ursachen der Ursachen« (”causes of the causes”) bezeichnet werden [5]. Tabelle 3.15.1 zeigt die wesentlichen Einflussfaktoren aus beiden Konzepten und ordnet ihnen die in diesem Kapitel behandelten Determinanten zu.

Die WHO unterscheidet als Ursachen chronischer Erkrankungen verschiedene Arten von Risikofaktoren [3]: Intermediäre Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen (siehe Kapitel 3.9, 3.10) haben einen eigenen Krankheitswert und können als letzte Vorstufen im Entstehungsprozess chronischer Erkrankungen angesehen werden. Ihr Auftreten wird durch lebensstilassoziierte Gesundheitsrisiken wie ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Aktivität oder den Alkohol-, Tabak-, oder Drogenkonsum (siehe Kapitel 3.7, 3.8, 3.11 bis 3.13) gefördert und durch biologische Risikofaktoren wie das Lebensalter oder genetische Risiken begünstigt. Soziale Determinanten der Gesundheit beeinflussen das Auftreten dieser Risikofaktoren [4]. Dabei können strukturelle und intermediäre soziale Determinanten unterschieden werden. Der sozioökonomische Status (siehe Kapitel 3.1), gespeist aus Berufsstatus, Einkommen und Bildung, wird als struktureller Einflussfaktor angesehen. Er beeinflusst intermediäre Einflussfaktoren wie die materiellen Lebens- und Umweltbedingungen (siehe Kapitel 3.2, 3.3 und 3.6), Lebenseinstellungen und Verhalten sowie die Exposition gegenüber psychosozialen Belastungen oder den Zugriff auf Ressourcen. Somit gehören auch Familie und Lebensformen (siehe Kapitel 3.4) sowie Migration (siehe Kapitel 3.5) zu den intermediären Determinanten der Gesundheit.

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels zusammengefasst. Daraus lassen sich Handlungsbedarfe für die Prävention und Gesund-

heitsförderung ableiten (siehe Kapitel 4). Deutlich wird auch, dass sich soziale Determinanten und Risikofaktoren wechselseitig bedingen und die Einflussnahme der verschiedenen Faktoren auf die Gesundheit einem komplexen Zusammenspiel unterliegt.

3.15.2 SOZIALE 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 einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen betroffen sind, die eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben. Der Zusammenhang stellt sich bei Frauen und Männern häufig sogar als sozialer Gradient dar, also eine graduelle Abnahme von Krankheitsrisiken und Gesundheitsproblemen bei zunehmendem Sozialstatus. Bei Kindern und Jugendlichen lassen sich soziale Unterschiede in der Gesundheit weniger an der Verbreitung akuter oder chronischer Erkrankungen als an Risikofaktoren wie psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, einem problematischen Bewegungs- und Ernährungsverhalten oder einem erhöhten Anteil von Übergewicht und Adipositas festmachen; im Jugendalter kommt in den unteren Statusgruppen ein häufigerer Tabakkonsum hinzu. Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends hinsichtlich sozialer Unterschiede in der Gesundheit in Deutschland werden bislang durch eine eingeschränkte Datenlage erschwert.

Die Arbeitswelt ist nicht nur der zentrale Ort in der Gesellschaft, in der sich soziale Unterschiede – in Form von besseren oder schlechteren Arbeitsbedingungen, Beschäftigungschancen und Einkommen – besonders stark manifestieren. Sie bildet auch das Umfeld, in dem der größte Teil der Bevölkerung für Präventionsmaßnahmen zu erreichen ist. Die verfügbaren Indikatoren sprechen dabei insgesamt für 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 kann als ein Erfolg des gut ausgebauten Arbeitsschutzes angesehen werden. In den letzten Jahren gab es allerdings auch den gegenläufigen Trend einer erheblichen Zunahme von Fehlzeiten infolge psychischer Erkrankungen. Besonders häufig von Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen sind Arbeitslose und Personen mit prekären Arbeitsverhältnissen. Ungeachtet der in den letzten Jahren deutlich gesunkenen Arbeitslosenzahlen besteht für Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, ein besonders hoher Bedarf an medizinischen Leistungen. Sie haben nicht nur eine schlechtere körperliche Gesundheit, sondern leiden auch häufiger unter psychischen Problemen.

Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wird primär von den gleichen sozialen Determinanten beeinflusst wie die der Menschen der aufnehmenden Gesellschaft. Hinzu kommen aber kulturelle Besonderheiten, Auswirkungen einer unterschiedlichen Aufenthaltsdauer sowie auch des Grades der Integra-

SOZIALE DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT		RISIKOFAKTOREN FÜR CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	
Strukturelle Determinanten	Intermediäre Determinanten	Lebensstilassoziierte Gesundheitsrisiken	Intermediäre Risikofaktoren
Sozioökonomischer Status / Berufsstatus / Einkommen / Bildung	Materielle Lebens- und Umweltbedingungen / Arbeit / Arbeitslosigkeit / Wohnen und Umwelt Psychosoziale Bedingungen / Migration / Familie und Lebensformen	/ Ungesunde Ernährung / Mangelnde körperliche Aktivität / Tabakkonsum / Alkoholkonsum / Drogenkonsum	/ Übergewicht / Bluthochdruck / Fettstoffwechselstörungen

◀ **Tabelle 3.15.1**
 Einflussfaktoren auf die Gesundheit (nach [3, 4])

tion in die Aufnahmegesellschaft. Insgesamt schätzen Menschen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit etwas schlechter ein als Personen ohne Migrationshintergrund, und sie nehmen viele Leistungen der gesundheitlichen Versorgung seltener in Anspruch. Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten weist zudem spezifische Risiken bei den Infektionskrankheiten Tuberkulose, HIV und Hepatitis B auf (siehe Kapitel 2.8), die mit der Infektionslage in ihren jeweiligen Herkunftsländern zusammenhängen.

Dieser Überblick zeigt, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit eine zentrale Herausforderung für die Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland ist. Dies wird auch beim Betrachten des Gesundheitsverhaltens und einzelner Risikofaktoren deutlich.

3.15.3

RISIKOFAKTOREN FÜR CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Zu den wesentlichen Aspekten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils gehören eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Bewegung. Im Kontext sinkender körperlicher Anforderungen in der Arbeitswelt kommt der Aktivität in der Freizeit eine große Bedeutung zu. Untersuchungen belegen, dass weiterhin ein Drittel der Erwachsenen und ein Viertel der Kinder gar keinen Sport treiben und die Bewegungsempfehlungen der WHO nur von jedem fünften Erwachsenen und von einem Viertel der Kinder und Jugendlichen erfüllt werden. Positiv ist hingegen zu sehen, dass im Vergleich zum Beginn der 1990er-Jahre die sportliche Aktivität – insbesondere in der älteren Bevölkerung – in Deutschland zugenommen hat. Erwachsene mit niedrigem sozioökonomischen Status treiben allerdings auch weiterhin seltener Sport als Erwachsene aus der hohen Statusgruppe.

Übergewicht und insbesondere starkes Übergewicht (Adipositas) gehen mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl chronischer Krankheiten einher. Bei Erwachsenen hat sich der Anteil Übergewichtiger in den letzten Jahren auf hohem Niveau eingependelt, der Anteil Adipöser ist dagegen, insbesondere bei jungen Männern, deutlich angestiegen. Bei Kindern und Jugendlichen hat sich seit den 1990er-Jahren die Häufigkeit (Prävalenz) der Adipositas verdoppelt. In den letzten Jahren hat der Anteil der übergewichtigen Jugendlichen nicht weiter zugenommen, wäh-

rend Prävalenz von Adipositas leicht angestiegen ist – damit zeigt sich bei den Jugendlichen eine ähnliche Entwicklung wie bei den Erwachsenen. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas folgt bei beiden Geschlechtern in nahezu allen Lebensphasen einem sozialen Gradienten: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger sind Übergewicht und Adipositas. Als weiterer intermediärer Risikofaktor spielt hoher Blutdruck eine wichtige Rolle. Allein und insbesondere im Zusammenwirken mit anderen Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus sowie verhaltensbezogenen Risikofaktoren wie Tabakkonsum trägt er erheblich zum Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei.

Alkohol- und Tabakkonsum sind in Europa die bedeutendsten einzelnen Gesundheitsrisiken und gelten als wichtige Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit. Hier gibt es eine positive Entwicklung: Nach Ergebnissen aller verfügbaren Studien zum Tabakkonsum sinken seit Anfang der 2000er-Jahre in Deutschland die Rauchquoten bei Erwachsenen; bei Jugendlichen hat sich die Rauchquote sogar mehr als halbiert. Hingegen gehört Deutschland im weltweiten Vergleich weiterhin zu den Ländern mit hohem Alkoholkonsum. Allerdings deutet sich im Zeitverlauf ein Rückgang des Alkoholkonsums und des besonders riskanten Rauschtrinkens bei Erwachsenen an. Auch im Jugendalter ist der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig. Trotzdem hat sich die Zahl der wegen einer akuten Alkoholvergiftung behandelten Kinder und Jugendlichen zwischen 2000 und 2012 beinahe verdreifacht; erst 2013 war erstmals ein Rückgang zu verzeichnen.

Damit lassen sich als weitere wesentliche Herausforderungen die Verminderung von Gesundheitsrisiken und Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen benennen. So ist ein wichtiges Ziel, körperliche und sportliche Aktivität sowie eine ausgewogene Ernährung zu fördern und die dabei bestehenden sozialen Unterschiede zu verringern. Auch verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Übergewicht und Adipositas kommt in Deutschland eine hohe Bedeutung zu. Angesichts der gravierenden gesundheitlichen Risiken des Tabakkonsums besteht weiterhin ein hoher Bedarf an Maßnahmen zur Tabakentwöhnung und zur Förderung des Nichtrauchens; dies gilt besonders, aber nicht ausschließlich, für sozial Benachteiligte. Aus dem im internationalen Vergleich hohen mittleren Alkoholkonsum in Deutschland lässt sich ebenfalls Handlungs-

3.15

bedarf ableiten; auch hier sollten bestimmte Gruppen wie Jugendliche oder Schwangere besonders in den Blick genommen werden.

3.15.4

FAZIT UND AUSBLICK

Die vorliegenden Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die Gesundheit zeigen einmal mehr den zentralen Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit der Bevölkerung: Bei den meisten chronischen Krankheiten bestehen ausgeprägte sozioökonomische Unterschiede. Bereits Risikofaktoren mit eigenem Krankheitswert wie Adipositas oder Verhaltensrisiken wie Bewegungsmangel und Tabakkonsum strukturieren sich maßgeblich über den Sozialstatus in der Bevölkerung. Gesundheitsrisiken zu vermindern und gesundheitliche Chancenungleichheiten in Deutschland zu verringern sind daher wichtige Aufgaben für die Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch für alle anderen Politikfelder, wie die WHO mit dem "Health in all Policies"-Ansatz deutlich macht [4, 6, 7]. Nötig sind dazu multifaktorielle Ansätze, die verschiedene Lebensbereiche – wie Familie, Kindertagesstätte, Schule oder die Arbeitswelt – sowie Lebensformen, Lebensläufe und Lebensweisen berücksichtigen. Nachhaltige Maßnahmen müssen zudem früh im Leben ansetzen. Die epidemiologische Lebenslauf-forschung 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 [8, 9].

Die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung ist Ziel des Präventionsgesetzes, das im Juli 2015 in Kraft getreten ist [10]; dabei sollen die Maßnahmen auch zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit beitragen. Zentrales Anliegen des Gesetzes ist es, die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Zudem werden die Investitionen der Krankenkassen für die Prävention und Gesundheitsförderung auf zukünftig rund 500 Millionen Euro im Jahr deutlich erhöht. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Gesundheitsförderung in den Settings wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben oder Pflegeeinrichtungen (siehe Kapitel 4). Das Gesetz sieht darüber hinaus vor, dass bei der Planung und Festlegung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auch die nationalen Gesundheitsziele (siehe Kapitel 7) berücksichtigt werden. Im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Einflussfaktoren sind hier besonders die Ziele »Gesund aufwachsen«, »Gesund älter werden«, »Tabakkonsum reduzieren«, »Alkoholkonsum reduzieren« sowie »Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln« relevant [11–15].

LITERATUR

1. Laframboise HL (1973) Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J* 108(3):388-391 *passim*
2. Lalonde M (1974) A new Perspective on the Health of the Canadians. Minister of Supply and Services Canada, Ottawa
3. World Health Organization (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. WHO, Genf
4. Solar O, Irwin AA (2010) A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization, Genf
5. Commission on Social Determinants of Health (2007) Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. World Health Organization, Genf
6. Ståhl T, Wismar M, Ollila E et al. (2006) Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
7. World Health Organization Regional Office for Europe (2006) *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. WHO, Kopenhagen
8. Ben-Shlomo Y, Kuh D (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 31(2):285-293
9. Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung: Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 53(5):486-497
10. Präventionsgesetz – PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015:1368-1379*
11. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung«. BMG, Berlin
12. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«. BMG, Berlin
13. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel »Tabakkonsum reduzieren«. www.gesundheitsziele.de (Stand: 02.06.2015)
14. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2015) Nationales Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren«. www.gesundheitsziele.de (Stand: 02.06.2015)
15. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2003) Bericht – Auszug der Ergebnisse von AG 4. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln. www.gesundheitsziele.de (Stand: 02.06.2015)



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

**Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel:
Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?**

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
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-2015-003-3

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