



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**20 Jahre nach dem Fall der Mauer:
Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?**



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**20 Jahre nach dem Fall der Mauer:
Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?**

Mitwirkende (in alphabetischer Reihenfolge)

Autorinnen und Autoren am Robert Koch-Institut

Karen Atzpodien
Eckardt Bergmann
Joachim Bertz
Markus Busch
Dieter Eis
Ute Ellert
Judith Fuchs
Elisabeth Gaber
Johanna Gutsche
Jörg Haberland
Christine Hagen
Ulfert Hapke
Christin Heidemann
Dieter Helm
Birte Hintzpeter
Susanne Jordan
Hildtraut Knopf
Klaus Kraywinkel
Lars Eric Kroll
Bärbel-Maria Kurth
Thomas Lampert
Ute Langen
Detlef Laußmann
Sabine Maria List
Gert B. M. Mensink
Hannelore Neuhauser
Enno Nowossadeck
Christina Poethko-Müller
Livia Ryl
Anke-Christine Saß
Christa Scheidt-Nave
Martin Schlaud
Roma Schmitz
Anne Starker
Jürgen Thelen
Ute Wolf
Thomas Ziese

Weitere Mitwirkende am Robert Koch-Institut

Franziska Bading
Andrea Franke
Kerstin Horch
Margrit Kalcklösch
Nils Holger Kirsch
Kerstin Möllerke
Sabine Schiller
Gisela Winter
Jutta Wirz

Externe Autoren

Wolfgang Hoffmann
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Holger Kilian
Gesundheit Berlin Brandenburg, Berlin/Potsdam
Boris Orth
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Henry Völzke
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Projektkoordination

Thomas Lampert

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1 Einleitung	9
2 Wie haben sich die Rahmenbedingungen für Gesundheit seit der Wiedervereinigung verändert?	11
2.1 Entwicklung der Bevölkerung und der Lebensformen	11
2.2 Entwicklung der Lebensbedingungen	23
2.3 Entwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen	34
3 Wie hat sich die Gesundheit der Menschen in Ost- und Westdeutschland entwickelt?	43
3.1 Lebenserwartung / Mortalität	43
3.2 Subjektive Gesundheit	49
3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	52
3.4 Krebserkrankungen	62
3.5 Diabetes mellitus	71
3.6 Allergische Erkrankungen	76
3.7 Infektionskrankheiten	82
3.8 Psychische Gesundheit	91
3.9 Mund- und Zahngesundheit.	99
3.10 Unfälle	106
4 Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, was ist heute anders als vor 20 Jahren?	115
4.1 Körperliche Aktivität und Sport	115
4.2 Ernährung	122
4.3 Adipositas	128
4.4 Blutdruck.	136
4.5 Rauchen	140
4.6 Alkoholkonsum	145
4.7 Drogenkonsum	152
4.8 Umwelteinflüsse	159
5 Wie werden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt?	169
5.1 Impfen	169
5.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	176
5.3 Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder.	182
5.4 Gesundheitsförderung.	188
6 Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in den neuen und alten Bundesländern verändert?	201
6.1 Ambulante medizinische Versorgung.	201
6.2 Stationäre medizinische Versorgung	212
6.3 Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung.	220
6.4 Medizinische Rehabilitation	230
6.5 Arzneimittel	241

7	Welcher Zusammenhang besteht zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern? .	251
7.1	Einkommen und Gesundheit .	252
7.2	Bildung und Gesundheit.	257
7.3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit .	260
7.4	Fazit .	263
8	Zusammenfassung .	267
	Anhang.	273
	Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP) .	273
	Verwendete Datengrundlagen.	279
	Glossar.	291

Vorwort

Der vorliegende Bericht gibt einen Einblick in 20 Jahre »Gesundheitsgeschichte« der Bundesrepublik Deutschland. Dabei stand in diesem Falle nicht das Motto »Daten für Taten« im Vordergrund, sondern eher »Daten über Taten«. Konstatiert werden die Fortschritte in den letzten 20 Jahren, aber auch die noch bestehenden oder neu entstandenen Probleme.

Die Bundesgesundheitsberichterstattung, wie sie am Robert Koch-Institut etabliert ist, zeichnet sich durch Ausgewogenheit der Aussagen, die Berücksichtigung aller verfügbaren Informationen und eine möglichst neutrale Aufbereitung der Ergebnisse und eine standardisierte Darstellung aus. Bei dem hier vorgelegten Bericht handelt es sich ganz bewusst nicht um ein solches Produkt der offiziellen Bundesgesundheitsberichterstattung. Es erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, Unangreifbarkeit und die Berücksichtigung aller möglichen Sichtweisen auf 20 Jahre Entwicklung in Ost- und Westdeutschland. In diesem »Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung« wird versucht, auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten genau die Themen herauszugreifen, die geeignet sind, ein Stück des historischen Ausmaßes der Veränderungen zu reflektieren.

Klare und verständliche Aussagen zu treffen, ohne dabei durch zu viel »wenn und aber«, »hätte und könnte« auch die letzte Möglichkeit einer Fehlinterpretation zu beseitigen, ein Unterdrücken jeder Detailverliebtheit waren (unsere eigenen) Vorgaben für die Erstellung dieses Berichtes. Die Ausführungen stellen keine offizielle Verlautbarung des Bundesministeriums für Gesundheit dar, sondern sind das Produkt einer intensiven Arbeit der Mitarbeiter der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts, die nach bestem Wissen und Gewissen die über 20 Jahre verfügbaren Informationen über gesundheitlich relevante Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland zusammengetragen und bewertet haben. Wichtig war uns des Weiteren, dass bei den aktuellen Vergleichen nicht ausschließlich der Ost-West-Vergleich, also die Differenzierung zwischen neuen und alten Bundesländern im Mittelpunkt steht, sondern dass der Blick geweitet wird für kleinräumigere regionale

Unterschiede, die sich nicht immer nach der Himmelsrichtung sortieren lassen.

Der Umstand, dass die aktuellsten verwerteten Daten aus unserem erst im Mai 2009 beendeten telefonischen Gesundheitssurvey (GEDA) mit ca. 21.000 Teilnehmern aus ganz Deutschland stammen, erlaubt uns tatsächlich den Anspruch, 20 Jahre zu reflektieren. Der Wunsch, für diesen Bericht auch unsere neuesten Informationen nutzen zu können, bewirkte eine hohe Motivation bei den Mitarbeitern, innerhalb kürzester Zeit die Daten zu prüfen, aufzubereiten, die Qualität zu sichern und dann auszuwerten.

Die Erstellung dieses Berichtes hatte neben der allgemein historischen Komponente auch eine sehr individuelle: In der Abteilung (vormals war es das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes) arbeiten seit 1990 Mitarbeiter aus Ostberlin und Westberlin, aus den neuen und aus den alten Bundesländern. Die Zusammenarbeit war orientiert an der Qualität der Arbeitsergebnisse und geprägt durch Umbrüche ganz anderer Natur (Auflösung des Bundesgesundheitsamtes, Umstrukturierung des Robert Koch-Instituts, Übernahme neuer Aufgaben, wie zum Beispiel die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Begutachtung durch den Wissenschaftsrat, Kampf um Drittmittel zur Durchführung von Gesundheitssurveys). Die gemeinsame Bewältigung all dieser Aufgaben hat die Frage nach der Herkunft aus Ost oder West so sehr in den Hintergrund treten lassen, dass für neu hinzu gekommene Mitarbeiter diese Hintergründe weder erkennbar noch relevant waren. Deutlich wurden die unterschiedlichen Biografien bei der Erstellung dieses gemeinsamen Berichtes und der Durchleuchtung sozialer, demografischer und gesundheitlicher Zusammenhänge. Die Bewertung bestimmter Entwicklungen, das Hervorheben von Erfolgen und das Interpretieren von nach wie vor vorhandenen Rückständen hatten durchaus auch emotionale Komponenten. Die Auseinandersetzung um den Text war auch für uns ein Stück Geschichtsbe-wältigung, die nicht zuletzt in unserem gängigen Arbeitstitel »Mauerfallbericht« ihre Entsprechung fand.

Die Idee zur Erstellung eines solchen Berichtes lag mit Anbruch des Jahres 2009 sozusagen in der Luft. Schon im Jahr 1999 leisteten wir Zuarbeiten zu einem kurzen Bericht des BMG zur »Gesundheit in den neuen Ländern: Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutscher Einheit«. Die historische Chance, gleich nach der Wiedervereinigung in den alten und in den neuen Bundesländern analoge Gesundheitssurveys durchzuführen, wurde 1991 genutzt: Das Bundesgesundheitsministerium finanzierte den sogenannten »Survey Ost«, der »Survey West« war gerade im Rahmen der Deutschen Herz- Kreislauf-Präventionsstudie abgeschlossen. Es war so gelungen, den Status quo der Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten der ost- und westdeutschen erwachsenen Bevölkerung zeitnah zur Wiedervereinigung festzustellen. Alle nachfolgenden Gesundheitssurveys beantworteten neben anderen Fragestellungen immer die Frage nach den Veränderungen der Ost-West-Unterschiede. Der 10 Jahre nach dem Mauerfall erstellte Bericht konnte dazu bereits Interessantes sagen.

Die sich daran anschließenden 10 Jahre bis heute brachten neue Entwicklungen, neue Daten, neue Perspektiven. Die Gesundheit der Deutschen 20 Jahre nach dem Mauerfall in ihrer Entwicklung zu beschreiben, war ein ehrgeiziges Unterfangen.

Die anfängliche Ehr-Furcht (im wahrsten Sinne des Wortes) vor diesem Projekt wurde uns durch die Kommission »Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring« des Robert Koch-Institutes genommen, die auf ihrer konstituierenden Sitzung am 4. April dieses Jahres empfahl, mit dem Beginn der Arbeit für diesen Bericht nicht weiter zu zögern. Wir erhielten durch die Kommissionsmitglieder Unterstützung bei der Erstellung des Konzeptes und der Auswahl der inhaltlichen Komponenten. Das Statistische Bundesamt machte viele Sonderauswertungen für unseren Bericht, die kassenärztli-

che Bundesvereinigung stellte Daten zur Verfügung. Wissenschaftler der Universität Greifswald schrieben einen Beitrag zur speziellen gesundheitlichen Situation in Mecklenburg-Vorpommern, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützte uns mit Sonderauswertungen der Drogenaffinitätsstudie und »Gesundheit Berlin-Brandenburg« trug wesentlich zum Kapitel Gesundheitsförderung bei.

Unser Dank gilt allen, die das Projekt unterstützt und gefördert haben.

Die Wissenschaftliche Redaktion lag bei den Mitarbeitern des Fachgebietes für Gesundheitsberichterstattung der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Fachlichen Zuarbeiten kamen aus allen Fachgebieten der Abteilung (siehe Autorenliste).

Der Bericht ist unser Versuch, einen akzeptablen Beitrag zur Bewertung der historischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheit in beiden Teilen Deutschlands zu leisten. Für etwaige »Schieflastigkeiten« in der Darstellung sind wir verantwortlich, auch wenn sie nicht beabsichtigt sind. Das optimistische Fazit unserer Analyse ist, dass es keines weiteren »Mauerfallberichtes« (etwa aus Anlass des 25. Jahrestages) mehr bedarf. Die Gesundheit ist »gesamtdeutsch«, die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen befinden sich nicht mehr (nur) auf der Ebene von Ost-West-Unterschieden.

Dr. Bärbel-Maria Kurth
Leiterin der Abteilung Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
des Robert Koch-Instituts

Berlin im November 2009

1 Einleitung

Es ist ein anspruchsvolles Unterfangen, 20 Jahre nach dem Fall der Mauer die gesundheitlichen Entwicklungen in beiden Teilen Deutschlands zu beschreiben und auch zu bewerten. Um hierzu belastbare Aussagen treffen zu können, wurden verschiedenste Datenquellen genutzt, wozu das Robert Koch-Institut bestmögliche Voraussetzungen hat: Da das Institut 1999 die inhaltliche Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene übertragen bekam und diese Aufgabe seither gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt erfüllt (Ziese 2000), sind alle für den Bericht relevanten Datenquellen bekannt und meist auch zugänglich. So ließen sich neben den Daten der Bevölkerungssurveys des Robert Koch-Instituts vor allem Daten aus amtlichen Statistiken verwenden. Diese liefern häufig regional differenziertere Informationen, die sich sehr gut kartographisch aufbereiten lassen. Mit Hilfe der Todesursachen- und Krankenhausstatistik wurden zeitliche Trends der Mortalität und Morbidität abgebildet. Zu Infektionskrankheiten standen die Daten der nach Infektionsschutzgesetz erhobenen Fälle meldepflichtiger Erkrankungen zur Verfügung, für die Bewertung des Krebsgeschehens in Deutschland konnten die Daten des Krebsregisters der DDR, des Saarlandes sowie anderer Landeskrebsregister genutzt werden. Weitere epidemiologische Erhebungen wurden hinzugezogen, so sie belastbare Aussagen zum Krankheits- und Gesundheitsgeschehen in Ost- und Westdeutschland beitragen konnten.

Hinzu kommt, dass durch die Etablierung eines Gesundheitsmonitorings am RKI (Kurth et al. 2009) die zusätzliche Durchführung telefonischer Gesundheitssurveys in kürzeren Abständen und in größerem Umfang ermöglicht wurde, so dass zu bestimmten Themen ganz neue Zeitreihen der Entwicklungen in Ost und West erstellt werden konnten. Die Nutzung der Daten des aktuellen telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, der erst im Mai 2009 abgeschlossen wurde, berechtigt tatsächlich dazu, von der Darstellung von 20 Jahren Gesundheitsentwicklung zu sprechen.

Um die inhaltlichen Kapitel nicht zu sehr mit Ausführungen zu Daten und deren Erhebungsmethoden zu überfrachten, zumal sich viele in

mehreren Kapiteln wiederholen würden, ist im Anhang eine **Zusammenstellung** der genutzten **Datenquellen** mit einer kurzen Beschreibung sowie Literaturverweisen zu finden. Fachbegriffe sind am Ende des Berichtes in einem **Glossar** alphabetisch geordnet und erklärt.

Die Aufbereitung der verfügbaren Daten für eine Unterscheidung zwischen neuen und alten Bundesländern bedarf zusätzlicher Überlegungen: In der Gesundheitsberichterstattung wird beim Vergleich der Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsrisiken oder anderer Einflussfaktoren häufig mit altersstandardisierten Raten gearbeitet: Das heißt, unter Annahme einer gleichen (Standard)-Altersstruktur werden in verschiedenen Regionen beispielsweise Erkrankungsraten oder Auftretenshäufigkeiten pro 100.000 Einwohner auf bestehende Unterschiede untersucht. Ist kein Unterschied zu sehen, so ist aus epidemiologischer Sicht alles »im grünen Bereich«. Nutzt diese Aussage aber dem Gesundheitspolitiker, der Entscheidungen zu bestimmten Versorgungsstrukturen und das erforderliche Budget zu treffen hat, wenn ein großer Teil der Bevölkerung in seinem Einflussbereich alt bzw. sehr alt ist, also eine stark vom »Standard« abweichende Zusammensetzung aufweist? In seinem Falle sind statt der standardisierten Raten eher die absoluten Zahlen von Bedeutung: Wie viele Krebskranke oder Personen mit chronischen Erkrankungen und entsprechend erhöhtem Versorgungsbedarf sind in dieser Region zu erwarten? Ist die Versorgung in diesem Fall ausreichend gesichert, wenn die Zahl der verfügbaren Ärzte pro 100.000 Einwohner nicht geringer ist als in einem vergleichsweise jüngeren Bundesland? Die Altersstruktur in den neuen Bundesländern unterlag in den vergangenen 20 Jahren einer großen Dynamik: 1990 war Mecklenburg-Vorpommern das jüngste Bundesland, heute, fast 20 Jahre später, gehört es zu den demografisch ältesten Bundesländern, wie in Kapitel 2.1 nachzulesen ist. Zahlen, beispielsweise die der Übergewichtigen, Hypertoniker oder Krebskranken, verändern sich über die Zeit allein schon auf Grund des demografischen Wandels. Die absolute Auftretenshäufigkeit von Krankheiten und Risiken in Gesamtdeutschland bzw. im Regionalvergleich

sind von großer Relevanz für das Versorgungsgeschehen in der Bundesrepublik. Dennoch bleibt auch die Frage nach den Unterschieden in den altersstandardisierten Raten, denn hier erschließen sich möglicherweise ganz andere Einflüsse auf das Gesundheitsgeschehen.

Um solch unterschiedlich ausgerichtete Fragen beantworten zu können, finden sich im Bericht beide Formen der Darstellung: Die altersstandardisierten Kennzahlen ebenso wie absolute Zahlen. Das Auseinanderhalten der unterschiedlichen Darstellungen erfordert eine erhöhte Aufmerksamkeit beim Lesen. Auf die Verwendung altersstandardisierter Kennzahlen im Text wird jeweils explizit hingewiesen. In allen anderen Fällen handelt es sich um Aussagen, die sich auf die Bevölkerung in ihrer zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Alterszusammensetzung beziehen.

Wenn in einem Bundesland die absoluten oder auch die altersstandardisierten Erkrankungszahlen höher liegen als im Nachbarland, handelt es sich dann um ein demografisches, medizinisches, gesundheitspolitisches, soziales oder Versorgungs-Problem?

Um diese Fragen auch in Bezug auf bestehende Ost-West-Unterschiede beantworten zu können, wird im **Kapitel 2.1** der demografische Wandel in den neuen und alten Bundesländer in den letzten 20 Jahren analysiert, **Kapitel 2.2** befasst sich mit regionalen Unterschieden in Wohlstand, Armut, Bildung, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Privatvermögen.

Gesundheit, Lebensqualität, Lebenserwartung, Überlebensraten, all das hängt auch von der gesundheitlichen Versorgung und den dafür gegebenen Rahmenbedingungen ab. Auch hier fand nach der Wende ein Umbruch im Gesundheitssystem der DDR und eine Angleichung der gesundheitlichen Versorgung in beiden Teilen Deutschlands statt. **Kapitel 2.3** beschreibt in groben Zügen die sich verändernden Rahmenbedin-

gungen. Die speziellen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung mit ihren Auswirkungen werden ausführlich im **Kapitel 6** dargestellt.

Die **Kapitel 3, 4, 5 und 6** befassen sich mit dem eigentlichen Thema des Berichtes, der Entwicklung von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung seit dem Mauerfall und in der Unterscheidung zwischen den neuen und den alten Bundesländern, aber auch zwischen den Bundesländern einzeln oder in Regionen.

Dabei festgestellte Unterschiede bedürfen einer Erklärung. Auch wenn diese viel zu komplex ist, als dass sie in diesem Bericht vollständig gegeben werden könnte, wird zumindest ein Versuch hierfür in **Kapitel 7** unternommen. Auf der Grundlage der bekannten Zusammenhänge von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und auch Gesundheitsversorgung mit sozialen Lebenslagen wie Armut, Arbeitslosigkeit und Bildung werden aktuelle Daten des Robert Koch-Institutes aus dem Jahre 2009 (GEDA, siehe Glossar) genutzt, um auf der individuellen Ebene einen Erklärungsansatz für regionale Unterschiede zu finden. Die hier dargestellten Ergebnisse sind Teil der am RKI laufenden Forschungsarbeiten und ebenso neu und aktuell wie die verwendeten Daten.

Literatur

- Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Status und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 52 (5): 557–570
- Ziese T (2000) Beginn der Routinephase: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 43 (8): 600–604

2 Wie haben sich die Rahmenbedingungen für Gesundheit seit der Wiedervereinigung verändert?

2.1 Entwicklung der Bevölkerung und der Lebensformen

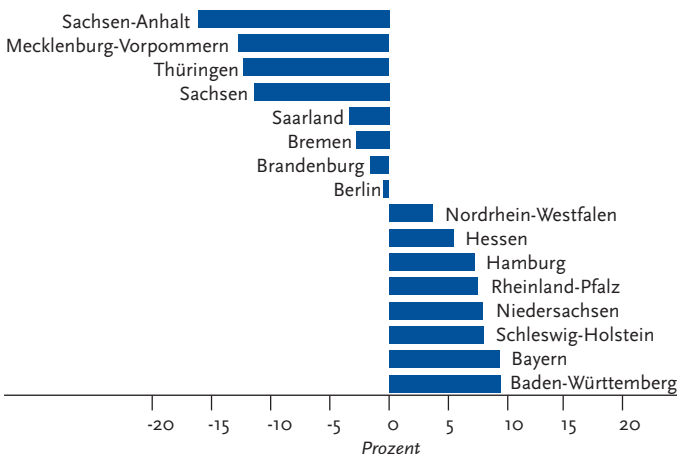
Bevölkerungsentwicklung

- ▶ Seit der Wende ist die Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den neuen und alten Bundesländern gegenläufig.
- ▶ In den neuen Bundesländern führten insbesondere niedrige Geburtenzahlen nach der Wende, eine niedrigere Lebenserwartung sowie eine hohe Abwanderung zu einem Rückgang der Bevölkerungszahl.
- ▶ Das Bevölkerungswachstum im früheren Bundesgebiet wurde hauptsächlich durch hohe Zuwanderungsraten verursacht.
- ▶ In Zukunft ist insbesondere in den neuen Bundesländern mit einer starken Abnahme der Bevölkerungszahlen sowie mit einer beschleunigten Alterung der Bevölkerung zu rechnen.
- ▶ In beiden Landesteilen dürften sich jedoch die Differenzen der Bevölkerungsentwicklung zwischen prosperierenden und strukturschwachen Regionen ausweiten.

Derzeit leben in Deutschland rund 82 Millionen Menschen, wobei 80 % davon in den alten, rund 16 % in den neuen Bundesländern und etwa vier Prozent in Berlin wohnen. Die Bevölkerungsentwicklung ist im Osten und Westen Deutschlands seit der deutschen Wiedervereinigung gegenläufig: während die Bevölkerung in den alten Bundesländern zwischen 1990 und 2007 um 1,9 Millionen anstieg, nahm sie in den neuen Bundesländern um 2,9 Millionen ab (in Berlin kam es in diesem Zeitraum zu einem Bevölkerungsrückgang um 18.000 Personen) (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008; Statistisches Bundesamt 2008a). Bayern und Baden-Württemberg verzeichneten von 1990 bis 2007 jeweils mit fast 10 % die größten Bevölkerungszuwächse. Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen weisen hingegen negative Bevölkerungsentwicklungen in einer Größenordnung von -16 % bis -11 % auf (siehe Abbildung 2.1.1).

Darüber hinaus zeigen sich jedoch große Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen, zwischen prosperierenden und strukturschwachen Regionen. So sind Regionen mit abnehmender Bevölkerung auch in den alten Bundesländern zu finden. Mit dem Ruhrgebiet, dem Saarland, dem südlichen Niedersachsen und dem

Abbildung 2.1.1
Veränderung im Bevölkerungsbestand nach Bundesländern 1990 bis 2007
Quelle: Statistisches Bundesamt



bayerischen Oberfranken sind insbesondere alte Industrieregionen von einem Bevölkerungsrückgang betroffen. Wachsende Regionen finden sich in beiden Landesteilen vorwiegend in suburbanen Räumen größerer Städte wie Berlin, München, Hamburg, Dresden und Leipzig sowie in der thüringischen Städtereihe von Jena über Erfurt bis nach Eisenach (Bundeszentrale für politische Bildung 2009).

Die Bevölkerungsentwicklung hängt von drei grundlegenden demografischen Prozessen ab: von den Geburten, den Sterbefällen sowie den Zu- und Abwanderungen. Die Entwicklungen in allen drei Bereichen weisen in einem Ost-West-Vergleich spezifische Besonderheiten auf und erklären die gegenläufige Bevölkerungsentwicklung (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3).

Geburtengeschehen und Sterblichkeit

Das Geburtengeschehen wies aufgrund des außergewöhnlichen Geburtenrückgangs in Ostdeutschland Anfang der 1990er-Jahre starke Ost-West-Unterschiede auf. Der schnelle soziale Wandel, individuelle Unsicherheiten oder Existenzsorgen

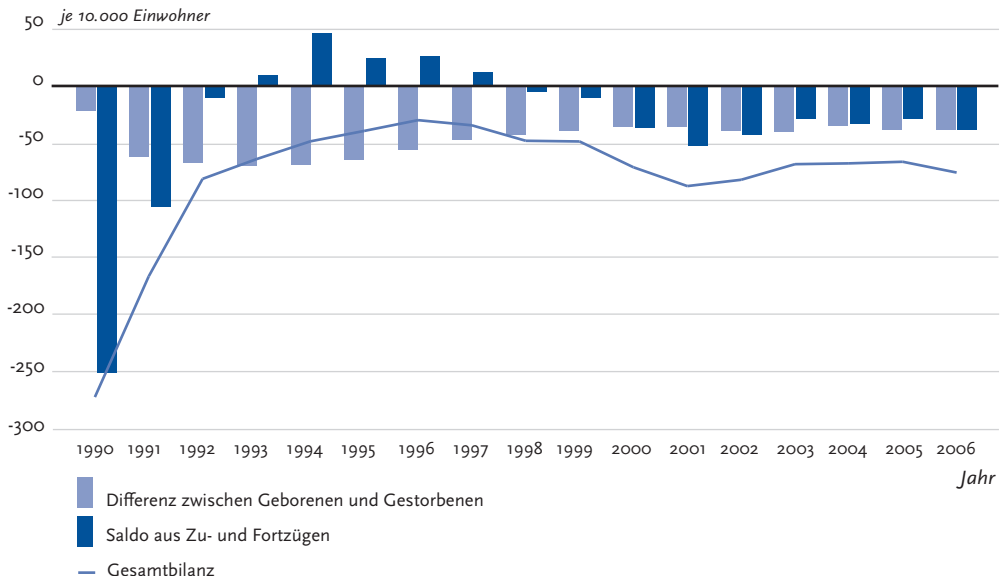
ließen einen Teil der ostdeutschen Frauen nach der Wende ihre Familiengründung in einen späteren Lebensabschnitt verschieben oder nicht mehr fortsetzen, was in den neuen Bundesländern zu einem in der Geschichte Deutschlands bisher nicht dagewesenen Tiefstand der Geburtenzahl führte. Seit 1995 steigen die Geburten wieder, so dass sich das Geburtenniveau in Ost und West inzwischen weitgehend angeglichen hat. Mit 1,32 bzw. 1,36 Kindern je Frau im Jahr 2006 liegt die zusammengefasste Geburtenziffer in Ost- und Westdeutschland allerdings so niedrig, dass die zur Erhaltung der Bevölkerungszahl auf längere Sicht erforderliche Zahl von 2,1 Kindern je Frau deutlich unterschritten wird. Folge dieser niedrigen Geburtenzahl ist, dass die Geburtsjahrgänge immer kleiner werden und damit auch die zukünftigen Elterngenerationen. Bei dem derzeitigen Geburtenniveau wird die aktuelle Elterngeneration nur noch zu etwa zwei Dritteln ersetzt (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008; Grobkecker, Krack-Rohberg 2008).

Die Lebenserwartung ist seit Beginn der 1990er-Jahre in beiden Teilen Deutschlands kontinuierlich gestiegen. Die Lücke in der Lebenserwartung zwischen den neuen und den alten Bundesländern

Abbildung 2.1.3

Komponenten der Bevölkerungsentwicklung in den neuen Bundesländern (ohne Berlin-Ost) 1990 bis 2006

Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008



hat sich in diesem Zeitraum zwar deutlich verringert, ist aber immer noch vorhanden. Insgesamt ist ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten. Der Süden Westdeutschlands hat dabei die höchste Lebenserwartung (Baden-Württemberg), die neuen Bundesländer die niedrigste, zusammen mit einzelnen westdeutschen Ländern (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008) (vgl. auch Kapitel 3.1).

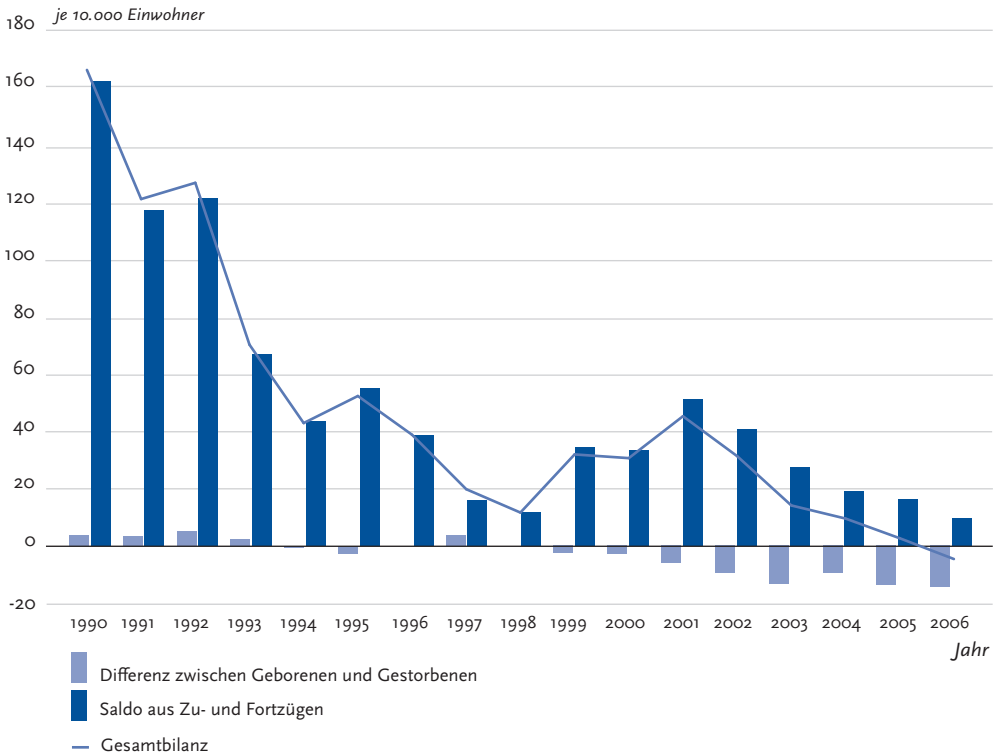
Die Differenz zwischen den Geborenen und den Gestorbenen war in dem früheren Bundesgebiet bis etwa zum Jahr 2000 nahezu ausgeglichen, erst danach ist ein leichter Gestorbenenüberschuss zu verzeichnen. In den neuen Bundesländern tragen das niedrige Geburtenniveau nach der Wende sowie die vergleichsweise niedrigere Lebenserwartung schon seit Beginn der 1990er-Jahre zum Bevölkerungsrückgang bei (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3).

Wanderungsprozesse

Die regionale Verteilung der Bevölkerung innerhalb Deutschlands wird ebenfalls durch Zu- und Abwanderungen aus dem In- und Ausland bestimmt. Während eine hohe Zuwanderung in den alten Bundesländern die Grundlage für das bis 2005 anhaltende Bevölkerungswachstum war, verstärken in den neuen Bundesländern die Abwanderungsprozesse den ohnehin durch den Gestorbenenüberschuss eintretenden Bevölkerungsrückgang (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3). Bevölkerungsverluste durch Abwanderungen sind insbesondere in den ländlichen und strukturschwachen Gebieten weit fortgeschritten.

Zuwanderungsregionen sind in erster Linie die wirtschaftlich starken süddeutschen Länder Bayern und Baden-Württemberg und die einwohnerstarken Länder Nordrhein-Westfalen und Hessen. Insbesondere in den Jahren direkt nach dem Mauerfall verlegten viele Bürger aus den neuen

Abbildung 2.1.2
Komponenten der Bevölkerungsentwicklung in den alten Bundesländern (ohne Berlin-West) 1990 bis 2006
Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008



Ländern ihren Wohnsitz in das frühere Bundesgebiet. Obgleich sich die Zuzüge aus den neuen Ländern und Berlin-Ost seit 1992 verringern und gleichzeitig ein Anstieg der Wanderungen in entgegengesetzter Richtung zu beobachten ist, fällt der Binnenwanderungssaldo zu Ungunsten der neuen Länder aus. Im Jahr 2006 verlegten fast 174.000 Menschen ihren Wohnsitz von den neuen Ländern (einschließlich Berlin) in eines der alten Bundesländer und rund 123.000 wählten den umgekehrten Weg. Daraus ergab sich für die neuen Länder einschließlich Berlin ein Abwanderungsverlust von rund 51.000 Personen (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Zwischen 1991 und 2006 wiesen die neuen Bundesländer einen negativen Binnenwanderungssaldo von insgesamt 851.000 Menschen auf (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Die Wanderungsprozesse verlaufen zunehmend alters- und geschlechtsspezifisch sowie räumlich selektiv. Es sind immer mehr jüngere Menschen, die zumeist aufgrund fehlender Arbeitsangebote ihre Heimatdörfer und -städte verlassen. Da mehr Frauen als Männer abwandern, verschiebt sich das Geschlechterverhältnis und die Anzahl potenzieller Mütter nimmt ab (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2009).

Die Trennlinie zwischen Ost und West eignet sich jedoch nur bedingt, um die sich verfestigenden räumlichen Ungleichheiten zu beschreiben. Es gibt auch Regionen im früheren Bundesgebiet, wie etwa in der Eifel oder im Saarland, mit geringem Wirtschaftswachstum, Arbeitsplatzmangel und Abwanderung, in denen beispielsweise ebenso eine geringe Ärztedichte herrscht wie in östlichen Landstrichen Mecklenburg-Vorpommerns oder Brandenburgs (Neu 2007) (siehe Kapitel 6.1).

Die Zuwanderung aus dem Ausland konzentriert sich auf das frühere Bundesgebiet (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Die meisten Zuwanderer zogen seit 1991 nach Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ist regional sehr unterschiedlich: Knapp 96 % der Personen mit Migrationshintergrund leben im früheren Bundesgebiet einschließlich Berlin (und hier vor allem in den drei Stadtstaaten sowie in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen). Dagegen ist der Anteil in den neuen Bundesländern deut-

lich niedriger und machte Ende 2006 mit etwa 320.000 Personen 1,9 % der dortigen Bevölkerung aus (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Bevölkerungsdichte und Alterung

Entsprechend der Bevölkerungszahl veränderte sich auch die Bevölkerungsdichte in beiden Teilen Deutschlands. Im früheren Bundesgebiet stieg die Einwohnerzahl je Quadratkilometer nach der Wende von 245 (1986/87) auf 270 im Jahr 2000. In den neuen Ländern und Berlin-Ost verringerte sich dieser Wert zwischen 1990 und 2000 von 148 auf 140 Einwohner je Quadratkilometer. Die geringste Besiedlung je Quadratkilometer wiesen im Jahr 2006 die Länder Mecklenburg-Vorpommern (73), Brandenburg (86), Sachsen-Anhalt (119), Thüringen (143) und Niedersachsen (168) auf. Am dichtesten besiedelt waren die Stadtstaaten (Berlin: 3.820, Hamburg: 2.323, Bremen: 1.642) (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Auch die demografische Alterung verläuft regional unterschiedlich. Zu Zeiten der Wiedervereinigung wiesen die neuen Bundesländer die jüngsten Altersstrukturen auf. Mittlerweile gehören sie demografisch zu den ältesten Ländern (siehe Abbildung 2.1.4). Am stärksten fiel die Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern aus. Im Jahr 1991 war es als das demografisch jüngste Bundesland mit einem Durchschnittsalter von 36,3 Jahren im Vergleich zu Baden-Württemberg um 2,4 Jahre jünger. Im Jahr 2007 ist die Bevölkerung Baden-Württembergs (als nun jüngstes Bundesland) mit einem durchschnittlichen Alter von 42,0 Jahren bereits 2,2 Jahre jünger als Mecklenburg-Vorpommern (Statistisches Bundesamt 2008c). Im früheren Bundesgebiet verlief die Alterung moderat und wurde insbesondere durch die wachsende Zahl Älterer verursacht. In den neuen Bundesländern war sie sehr viel stärker und vor allem Folge des Rückgangs der Zahl der jüngeren Bevölkerung durch niedrige Geburtenzahlen und hohe Abwanderung (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Den höchsten Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung hatten im Jahr 2006 Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und das Saarland, den niedrigsten Anteil wiesen Hamburg, Berlin, Baden-Württemberg und Bayern auf (siehe Abbildung 2.1.4).

Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung

Der zukünftige demografische Wandel ist insbesondere durch den Bevölkerungsrückgang, die Alterung der Bevölkerung sowie die Zuwanderung aus dem Ausland gekennzeichnet. Nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird der Rückgang der Bevölkerung zunächst moderat ausfallen. Unter der Annahme einer fast konstanten Geburtenhäufigkeit, eines Anstiegs der Lebenserwartung und eines positiven Wanderungssaldos werden im Jahr 2020 etwa 3 % bis 6 % weniger Menschen als im Jahr 2005 in Deutschland leben. Für das Jahr 2050 wird dagegen ein Rückgang von 10 % bis 17 % prognostiziert. Absolut gesehen wird sich somit die derzeitige Einwohnerzahl von etwa 82 Millionen auf 69 bis 74 Millionen bis zum Jahr 2050 reduzieren (Statistisches Bundesamt 2006).

Die Bevölkerungsdynamik ist in Deutschland geprägt durch einen eklatanten Ost-West-Unterschied: während eine Zunahme der Bevölkerung im Süden und Nordwesten prognostiziert wird, findet sich vom Ruhrgebiet ausgehend in Richtung Osten ein keilförmiger Korridor, in dem

vorwiegend Gemeinden mit einer abnehmenden Bevölkerung liegen. Die Gebiete mit der stärksten zukünftigen Bevölkerungsabnahme liegen größtenteils in den neuen Bundesländern (mit Ausnahme von Berlin und seinem Umland) (siehe Abbildung 2.1.5). Daneben gibt es sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern – wenn auch mit erheblichem Niveauunterschied – peripher gelegene Gemeinden mit geringem Bevölkerungsrückgang und zentral gelegenen Gemeinden, die von einer hohen Abwanderung betroffen sind (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 2008). In den Städten und Dörfern dürfte sich der demografisch bedingte Wandel in Form von Umbrüchen der wirtschaftlichen Entwicklung, der sozialen Lagen und der räumlichen Ordnung, ihrer Bauten sowie der Infrastruktursysteme zeigen (Land, Willisch 2006). Dabei ist davon auszugehen, dass es ein enges räumliches Nebeneinander von wachsenden und schrumpfenden Gemeinden geben wird.

Der Alterungsprozess weist ebenfalls Besonderheiten zwischen Ost und West auf (siehe Abbildung 2.1.6). Zum einen werden auch in ausgesprochenen Wachstumsräumen die jungen

Abbildung 2.1.4
Anteil der 65-jährigen und Älteren nach Bundesländern 1991 und 2006

Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008

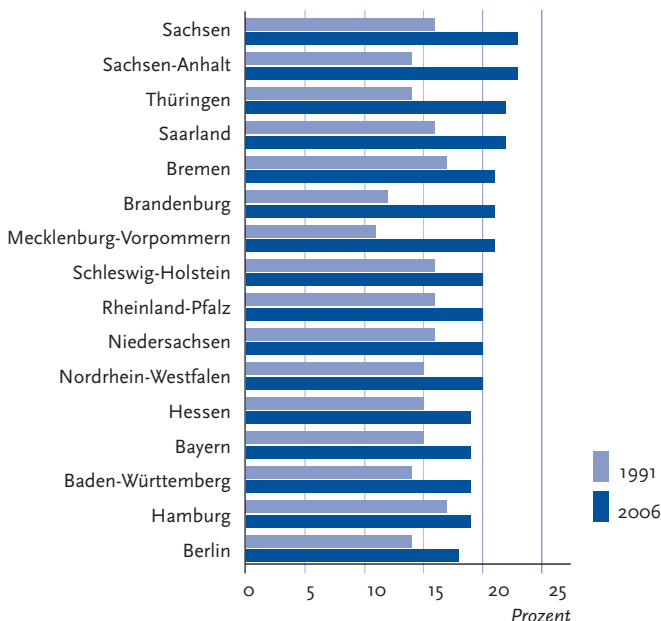
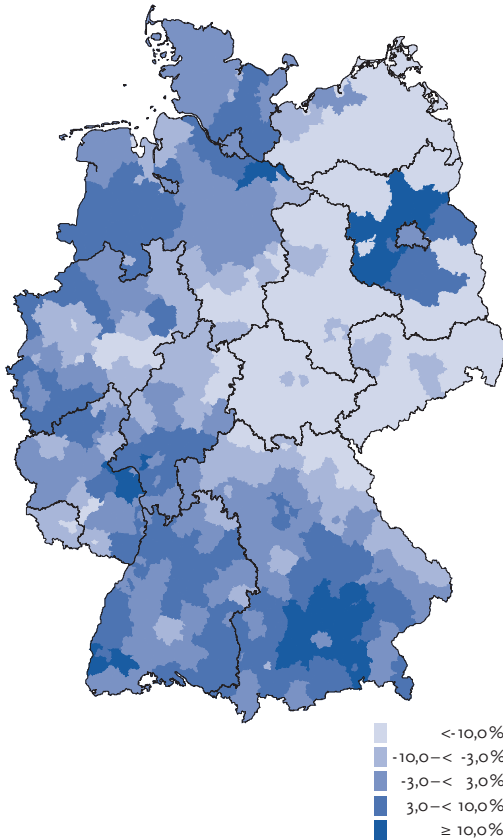


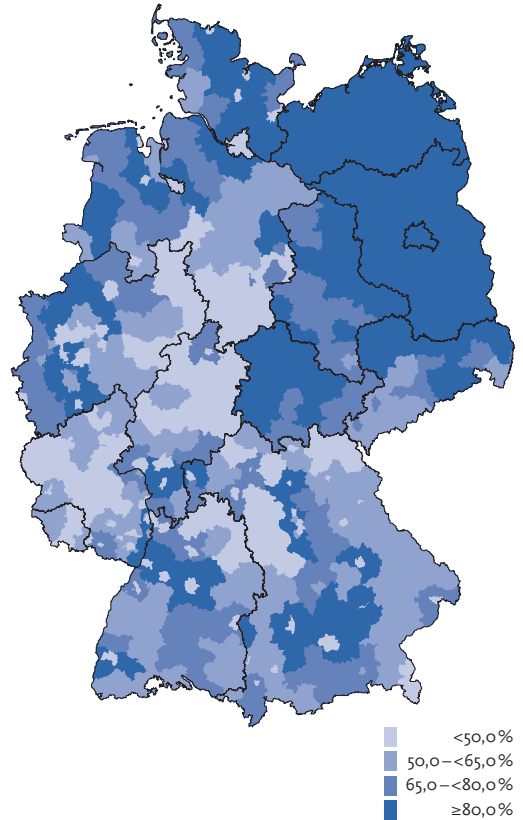
Abbildung 2.1.5
Geschätzte Veränderung der Bevölkerungszahl im Zeitraum 2005 bis 2025
Quelle: Bevölkerungsprognose des BBR



Bevölkerungsgruppen abnehmen. Zum anderen findet auch in Schrumpfungsregionen eine deutliche Zunahme der Zahl älterer Menschen statt. Insbesondere ländliche Räume in den neuen Bundesländern sind von der »doppelten Alterung« betroffen: hier kommt es gleichzeitig zu einer Abnahme von jüngeren und zur Zunahme von älteren Bevölkerungsgruppen.

Die Zuwanderung aus dem Ausland als dritte Komponente des demografischen Wandels wird voraussichtlich vorwiegend in den alten Bundesländern und hier vor allem in den Städten stattfinden. Dagegen wird die Zuwanderung in den neuen Bundesländern vermutlich auf wenige Kernstädte beschränkt sein. Insgesamt wird die Zahl der unter 20-Jährigen in den neuen Bundesländern bis zum Jahr 2025 um ein Viertel abneh-

Abbildung 2.1.6
Geschätzte Veränderung der Zahl der über 80-jährigen Bevölkerung 2005 bis 2025
Quelle: Bevölkerungsprognose des BBR



men, während die Zahl der über 60-Jährigen um mehr als ein Viertel zunehmen wird (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2008).

Insgesamt gesehen kumulieren in den neuen Bundesländern die Komponenten des demografischen Wandels in ihren deutlichsten Ausprägungen: eine starke Abnahme der Bevölkerung geht mit einer beschleunigten Alterung einher (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 2008).

Lebens- und Familienformen

- ▶ Die Lebens- und Familienformen haben sich insbesondere in den neuen Bundesländern seit der Wende stark verändert.
- ▶ Nichteheliche Lebensgemeinschaften und allein Erziehende sind als Lebensformen in den neuen Bundesländern verbreiteter als in den alten Bundesländern.
- ▶ Insgesamt gibt es in den neuen Bundesländern immer weniger Familien, die gleichzeitig immer weniger Kinder erziehen: zwar ist der Anteil kinderloser Frauen immer noch geringer als im Westen, es gibt jedoch auch weniger Zwei- und Mehrfamilien als in den alten Bundesländern.
- ▶ Das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes hat sich in den neuen Bundesländern zwar erhöht, liegt aber noch immer unter dem westlichen Erstgeburtalter.

Die gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen spiegeln sich im Zusammenleben der Menschen wider. Ähnlich wie bei der Bevölkerungsentwicklung ist insbesondere in den neuen Bundesländern seit der Wendezeit auch eine höhere Dynamik und Veränderung der Lebensformen zu beobachten. Hinsichtlich der Lebens- und Familienplanung stellt sich die Frage, inwiefern sich diese seit der Wendezeit gewandelt haben und inwiefern diesbezüglich Ost-West-Unterschiede zu beobachten sind.

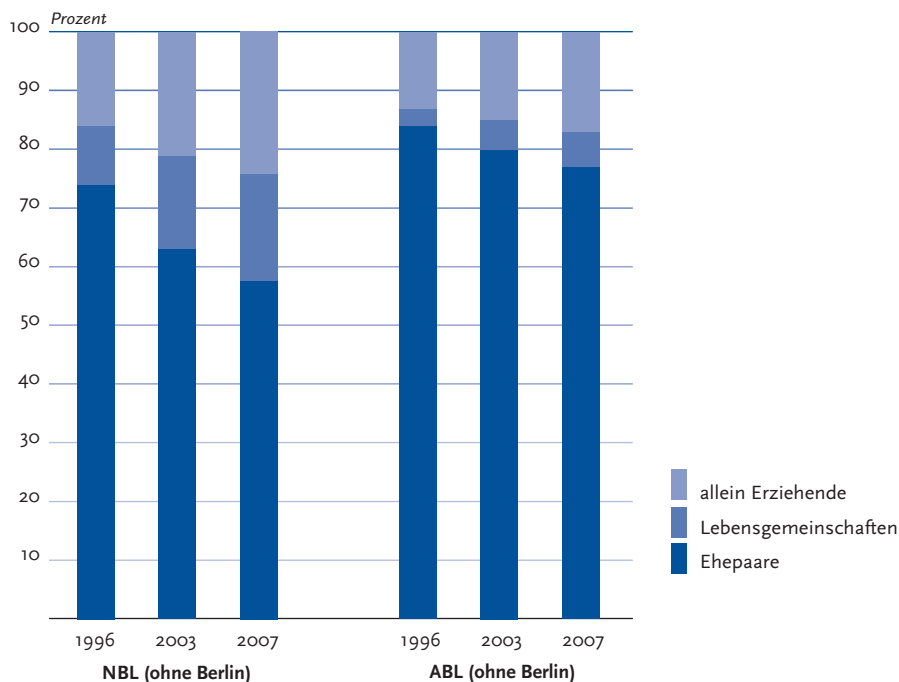
Wandel der Haushaltsstrukturen und Familienformen

Der in Westdeutschland schon seit Mitte der 1970er-Jahre ungebrochene Trend zu kleineren Haushalten hat sich in den neuen Bundesländern mit einer deutlich höheren Dynamik erst nach der Wende vollzogen. Der Anteil von Ein- und Zweipersonenhaushalten nahm zu Lasten der größeren Haushalte rasant zu, was insgesamt zu einer Angleichung der Haushaltsgrößen in Ost und West führte (Statistisches Bundesamt 2008a). Ursache für die damit verbundene Verringerung

der durchschnittlichen Haushaltsgröße in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) von 2,4 im Jahr 1992 auf 2,0 Personen pro Haushalt (2007) ist insbesondere in dem starken Geburtenrückgang nach der Wende sowie in der Abwanderung junger Menschen zu sehen. Im Jahr 2007 wurden 37 % aller westdeutschen und 38 % aller ostdeutschen Haushalte von nur einer Person bewohnt, in Berlin war es sogar mehr als jeder zweite Haushalt (53 %) (Statistisches Bundesamt 2009). Insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung ist ein Anstieg von Singlehaushalten zu beobachten: Während 1992 der Anteil von Einpersonenhaushalten bei den 18- bis 29-Jährigen in den neuen Bundesländern mit ca. 26 % weit unter denen der Gleichaltrigen in den alten Bundesländern (51 %) lag, ist dieser Anteil im Jahr 2007 bei den Ostdeutschen mit ca. 63 % sogar etwas höher als bei den Westdeutschen mit ca. 60 %. In Berlin stieg der Anteil an Einpersonenhaushalten in dieser Altersgruppe zwischen 1992 und 2007 von 56 % auf 71 %. (Statistisches Bundesamt 2009). Ganz anders sieht die Situation bei den 65-Jährigen und Älteren aus: Hier gab es seit Anfang der 1990er-Jahre sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland einen deutlichen Rückgang der Einpersonenhaushalte zugunsten der Zweipersonenhaushalte (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008).

Im Jahr 2007 gab es in Deutschland nach Ergebnissen des Mikrozensus 8,6 Millionen Familien, davon lebten 7,1 Millionen im früheren Bundesgebiet und 1,2 Millionen in den neuen Bundesländern (jeweils ohne Berlin). Im früheren Bundesgebiet hat sich sowohl die Zahl der Familien als auch die Zahl der minderjährigen Kinder seit 1996 nur geringfügig verändert. Die Zahl der Familien sank um etwas weniger als 2 %, während die Zahl der minderjährigen Kinder um etwa 4 % auf 11,6 Millionen im Jahr 2007 abnahm. Deutlich ausgeprägter war die Entwicklung in den neuen Ländern. Dort ging die Zahl der Familien um etwa 35 % (von 1,8 Millionen im Jahr 1996) zurück, die Zahl der minderjährigen Kinder sank noch stärker: um etwa 39 % auf 1,7 Millionen im Jahr 2007. Die durchschnittliche Anzahl minderjähriger Kinder in allen Familien nahm in den alten Bundesländern von 1,69 auf 1,64 Kinder (1996 bis 2007) ab. In den neuen Bundesländern kam es in dem betrachteten Zeitraum zu einem Rückgang von 1,54 auf 1,43 Kinder. Somit gibt es in Ostdeutsch-

Abbildung 2.1.7
Struktur von Familienformen in den Jahren 1996, 2003 und 2007
 Quelle: Mikrozensus



land immer weniger Familien, die gleichzeitig immer weniger Kinder erziehen (Krieger, Weinmann 2008; Statistisches Bundesamt 2009).

Hinter den rückläufigen Familienzahlen in West- und Ostdeutschland stehen unterschiedliche Entwicklungen der einzelnen Familienformen (siehe Abbildung 2.1.7). Ehepaare mit Kindern überwiegen nach wie vor deutlich, doch ihre Bedeutung in Ostdeutschland ist weniger herausgehoben. Laut Mikrozensus waren 2007 gut drei Viertel (77 %) der in Westdeutschland (ohne Berlin) lebenden Familien Ehepaare (1996: 84 %). In Ostdeutschland (ohne Berlin) betrug ihr Anteil hingegen nur 57 % (1996: 74 %). Der Anteil der allein Erziehenden liegt in den neuen Bundesländern mit 24 % (1996: 16 %) weit über dem Anteil in den alten Bundesländern mit 17 % (1996: 13 %). Auch die nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern sind in den neuen Bundesländern mit einem Anteil von 18 % (1996: 10 %) im Vergleich zu den alten Bundesländern mit 6 % (1996: 3 %) weit verbreitet. Zwischen 1996 und 2007 nahm der Anteil der allein Erziehenden und der nicht-

ehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern an allen Familien in den neuen Bundesländern um etwa 16 Prozentpunkte, im früheren Bundesgebiet um etwa sieben Prozentpunkte zu (Krieger, Weinmann 2008; Statistisches Bundesamt 2009).

Familiengründungsprozess

Trotz der eingangs beschriebenen Angleichung der Geburtenziffern stellt sich der Familiengründungsprozess in den nachrückenden Geburtsjahrgängen der Frauen in Ost- und Westdeutschland immer noch anders dar. Vor allem sind es die Familien in den neuen Bundesländern, die kleiner werden, dort gibt es in den jüngeren Generationen eine relativ geringe Neigung zur Familienerweiterung: Die Familien mit einem Kind haben zu Ungunsten der Familien mit zwei und mehr Kindern zugenommen (Kreyenfeld 2009, Huinink 2005).

Auffallend ist allerdings der vergleichsweise geringe Anteil kinderloser Frauen in den neuen Bundesländern. Der Anteil von Frauen ohne

Tabelle 2.1.1
Frauen mit und ohne Kinder nach Geburtsjahrgängen
im Jahr 2006

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b

Geburtsjahr*	Anteil der Frauen			
	ohne Kinder		mit mind. 1 Kind	
	NBL	ABL	NBL	ABL
1972–1981	41 %	55 %	59 %	45 %
1962–1971	11 %	25 %	89 %	75 %
1952–1961	7 %	21 %	93 %	79 %
1942–1951	8 %	14 %	92 %	86 %
1931–1941	11 %	14 %	89 %	86 %
Gesamt	26 %	35 %	74 %	65 %

* Angaben für die Geburtsjahrgänge 1962 bis 1981 beziehen sich auf den Stand von 2006. Veränderungen sind noch möglich.

Kinder, deren Geburtsbiografie weitgehend abgeschlossen ist (älter als 45 Jahre), ist in den alten höher als in den neuen Bundesländern. Bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1962 bis 1971, die zur Zeit des Mauerfalls in einem Alter waren, in dem die Geburtenraten am höchsten sind, ist der Anteil der Kinderlosigkeit mit 11 % in den neuen Bundesländern kaum größer als in den vorausgegangenen Jahrgängen (siehe Tabelle 2.1.1). Das Durchschnittsalter bei Geburt des ersten Kindes in der DDR lag bei 22 Jahren. Daran hat sich im weiteren zeitlichen Verlauf nur wenig geändert, wie Tabelle 2.1.2 verdeutlicht: das mittlere Alter bei Erstgeburt von ostdeutschen Frauen der Geburtsjahrgänge 1962 bis 1971 liegt nunmehr bei 23 Jahren. Diese Frauenjahrgänge hatten zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung bereits in hohem Maße (mindestens) ein Kind geboren. Der niedrige Kinderlosenanteil in dieser Altersgruppe ist also noch den DDR-Verhältnissen zuzuschreiben. Zu beachten ist aber, dass Erstgeburten immer noch möglich sind, wenn auch wahrscheinlich nur in kleinerer Anzahl.

Frauen der Geburtsjahrgänge 1972 bis 1981 aus den neuen Bundesländern, die 1989 noch nicht (bzw. kaum) im gebärfähigen Alter waren, sind im Jahr 2006 bereits häufiger Mütter als Frauen aus den alten Bundesländern (siehe Tabelle 2.1.1), und dies trotz der niedrigeren Geburtenziffer in den neuen Bundesländern. Zugleich ist das Durchschnittsalter bei Erstgeburt im Vergleich zu den vorhergehenden Frauenjahrgängen auf 25 Jahre angestiegen (siehe Tabelle 2.1.2).

Tabelle 2.1.2
Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b

Geburtsjahr*	Alter bei der 1. Geburt	
	NBL	ABL
1972–1981	25 Jahre	25 Jahre
1962–1971	23 Jahre	27 Jahre
1952–1961	22 Jahre	26 Jahre
1942–1951	22 Jahre	24 Jahre
1931–1941	23 Jahre	25 Jahre

* Angaben für die Geburtsjahrgänge 1962 bis 1981 beziehen sich auf den Stand von 2006. Veränderungen sind noch möglich.

Die Erklärung des scheinbaren Widerspruchs höherer Anteile an Müttern bei Frauen aus den neuen Bundesländern bei gleichzeitig niedrigerer Geburtenziffer liegt darin, dass Frauen in den neuen Bundesländern nach der Geburt eines Kindes zunehmend auf die Geburt weiterer Kinder verzichten, währenddessen in den alten Bundesländern viel häufiger noch mindestens ein weiteres Kind geboren wird.

Der höhere Anteil an Müttern bei jungen Frauen aus den neuen Bundesländern findet ihre Entsprechung im Kinderwunsch. Nur sehr wenige Frauen aus den neuen Bundesländern wünschen sich keine Kinder, dieser Anteil ist in den alten Bundesländern deutlich höher. Umgekehrt ist in den neuen Bundesländern der Wunsch nach nur einem Kind stärker ausgeprägt als in den alten. Der Großteil der Frauen in beiden Landesteilen wünscht sich jedoch zwei Kinder. Hier treten die Unterschiede zwischen Kinderwunsch und realem Geburtengeschehen deutlich zu Tage (Dorbritz 2009).

In einer qualitativen Studie des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung über die Lebensentwürfe junger Erwachsener in Ost und West wurde versucht, das unterschiedliche Geburtenverhalten anhand zweier »kultureller Modelle« der Familienplanung zu erklären. Nach diesen Modellen sind in Westdeutschland vorwiegend der berufliche Erfolg und die materielle Sicherheit (vor allem des Mannes) Voraussetzung für Kinder, während im Osten der Fokus eher auf der partnerschaftlichen Vereinbarkeit von Beruf und Familie liegt und die Familiengründung relativ unabhängig vom beruflichen und materiell erreichten Status geplant wird.

Diese unterschiedlichen biografischen Modelle – die die Forscher auf die verschiedenen Sozialisationserfahrungen in Ost und West zurückführen – könnten erklären, warum das erste Kind in Ostdeutschland relativ früh, ein zweites – wenn überhaupt – vergleichsweise spät geboren wird und warum im Gegenzug der Anteil der Kinderlosen, aber auch jener der Zwei- und Mehrkindfamilien in Westdeutschland ungleich höher ist (von der Lippe, Bernardi 2006). Welche Rolle die Arbeitsmarkt- und Einkommenssituationen in den neuen und alten Bundesländern sowie die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Vereinbarkeit von Kind und Beruf (z. B. Kinderbetreuungsmöglichkeiten) spielen, bleibt bei dieser Erklärung weitgehend offen. Beide Aspekte sind bei der Familiengründung sicherlich wichtig (Kreyenfeld, Konietzka 2004).

Eheschließungen und -scheidungen

Ost-West-Unterschiede bestehen ebenfalls in Bezug auf das Heiratsverhalten. Die Tendenz in der DDR, etwas früher zu heiraten als in Westdeutschland, hat sich mittlerweile umgekehrt: die Eheschließungen werden vor allem in den neuen Bundesländern in ein immer höheres Lebensalter verschoben. Das Ausgangsniveau des Verheiratenanteils lag im Jahr 1990 bei den 20- bis unter 35-Jährigen in den neuen Bundesländern mit knapp 57 % deutlich über dem Niveau der gleichaltrigen Westdeutschen von 43 %. 2004 hingegen betrug der Anteil Verheirateter in dieser Altersgruppe bei den Ostdeutschen nur noch 19 % und war damit sogar noch erheblich unter das westdeutsche Niveau von 29 % gesunken (Grünheid 2009). In Ostdeutschland wird ein bedeutender Teil der Eheschließungen erst nach der Geburt von Kindern realisiert, 60 % der Kinder werden hier mittlerweile unehelich geboren.

Seit den 1970er-Jahren steigt die Scheidungsneigung im Trend in beiden Teilen Deutschlands. Dabei lag die Scheidungshäufigkeit vor der Wende in der ehemaligen DDR über der im früheren Bundesgebiet. Mit der Wiedervereinigung trat auch in den neuen Bundesländern das bundesdeutsche Scheidungsrecht in Kraft. Dies führte – wie bereits die Reform des Scheidungsrechts 1977 im früheren Bundesgebiet – zu einem vorübergehenden

Scheidungsstief. Seit 1993 steigt die Zahl der Scheidungen wieder und erreicht mittlerweile fast das Westniveau: im Jahr 2007 wurden von 10.000 bestehenden Ehen 106,4 Ehen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin und 83,7 Ehen in den neuen Bundesländern geschieden (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008).

Erwerbstätigkeit der Mütter und Kinderbetreuung

Die Erwerbstätigenquote der Mütter lag im Jahr 2005 in Westdeutschland mit 55,7 % unter der der Mütter in Ostdeutschland mit 60,6 %. Bei den Vätern verhielt es sich umgekehrt: von den Männern in Westdeutschland übten 88,7 % eine Erwerbstätigkeit aus, in Ostdeutschland waren es 80,0 %. Noch deutlicher fallen die Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Müttern bei den Voll- und Teilzeitquoten aus: Im Jahr 2005 war die Vollzeitquote ostdeutscher Mütter mit 56,8 % mehr als doppelt so hoch wie die der westdeutschen Mütter mit 24,1 %. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen die Motive für die Ausübung einer Teilzeittätigkeit bei Müttern in Westdeutschland im persönlichen Bereich bzw. in familiären Verpflichtungen. Bei den ostdeutschen Müttern war der Hauptgrund für die Einschränkung des Beschäftigungsumfanges ein Mangel an Vollzeitarbeitsplätzen (Bundeszentrale für politische Bildung 2008).

Eine wichtige Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist eine Betreuungsmöglichkeit für Kinder. In den 1990er-Jahren lag der Anteil verfügbarer Plätze in Kindertageseinrichtungen in Ostdeutschland deutlich über dem in Westdeutschland. Im Krippen- und Hortbereich war der Anteil in den neuen Bundesländern sogar zehnmal höher als in den alten Bundesländern. Im Westen Deutschlands befindet sich die Versorgung mit Kinderbetreuungsplätzen bereits seit Jahrzehnten auf einem niedrigen Niveau. Die Mehrzahl der Einrichtungen bietet Halbtagsplätze an. Obwohl in den Jahren nach der Wende Krippenplätze im Osten Deutschlands drastisch abgebaut wurden, stellt sich die heutige Situation im Vergleich zum Westen Deutschlands nach wie vor besser dar (Kreyenfeld, Konietzka 2004).

Deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind in der Inanspruchnahme

von Betreuungseinrichtungen auszumachen und hierbei besonders in der Betreuung von Kindern unter drei Jahren. Während die Betreuungsquote im Jahr 2007 im früheren Bundesgebiet bei lediglich 10 % lag, betrug der Anteil betreuter Kinder in dieser Altersgruppe in den neuen Bundesländern 41 %. Die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg weisen mit 52 %, 44 %, bzw. 43 % die höchsten Betreuungsquoten auf. Dagegen bilden die Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen mit einer Betreuungsquote von jeweils 7 % das Schlusslicht. Die Betreuungssituation von Kindern zwischen drei und fünf Jahren weist vergleichsweise geringe Ost-West-Unterschiede auf. Die Anteile betreuter Kinder in dieser Altersgruppe sind mit 88 % im Westen Deutschlands und mit 94 % im Osten relativ ähnlich (Krieger, Weinmann 2008).

Im Jahr 2007 war der Anteil an Kindern unter drei Jahren, die ganztags (das heißt mehr als sieben Stunden pro Tag) betreut werden, in den neuen Bundesländern mit etwa 27 % fast neunmal so hoch wie in den alten Bundesländern mit etwas mehr als 3 %. Auch in der Ganztagsbetreuungsquote der Kinder zwischen 3 und 5 Jahren bestehen deutliche Ost-West-Unterschiede: während diese in den neuen Bundesländern 60 % beträgt, liegt sie in den alten Bundesländern bei lediglich 17 % (Krieger, Weinmann 2008). 20 Jahre nach dem Fall der Mauer sind die Unterschiede im Bereich der Kinderbetreuung zwischen Ost- und Westdeutschland nach wie vor ausgeprägt.

Literatur

- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006) Raumordnungsprognose 2020/2050. Kurzfassung von Berichten, Band 23, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2008) Raumordnungsprognose 2025. BBR-Berichte Kompakt, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2008) Bevölkerung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel in Deutschland, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2009) Binnenwanderung in Deutschland
- www.bibdemografie.de/cdn_099/nn_749852/DE/DatenundBefunde/Wanderungen/binnenwanderung.html (Stand: 10.06.2009)
- Bundeszentrale für politische Bildung (2008) Die soziale Situation in Deutschland – Familie und Kinder, S 1–36
- Bundeszentrale für politische Bildung (2009) Zur demografischen Lage der Nation
- www.bpb.de/themen/WMoZ6D,o,o,Zur_demografischen_Lage_der_Nation.html (Stand: 04.06.2009)
- Dorbritz J (2009) Die langsame Annäherung – demographisch relevante Einstellungsunterschiede und der Wandel in den Lebensformen in West- und Ostdeutschland. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften S 261–294
- Grobecker C, Krack-Rohberg E (2008) Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung. In: Statistisches Bundesamt, GESIS-ZUMA, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S 11–25
- Grünheid E (2009) Überblick über die demografische Entwicklung in West- und Ostdeutschland von 1990 bis 2004. In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg) Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende, VS-Verlag, Wiesbaden, S 12–47
- Huinink J (2005) Ostdeutschland auf dem Weg zur Ein-Kind-Familie. In: Dienel C (Hrsg) Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung: Ursachen und Folgen des Bevölkerungsrückgangs in Ostdeutschland. VS-Verlag, Wiesbaden, S 231–246
- Kreyenfeld M, Konietzka D (2004) Angleichung oder Verfestigung von Differenzen? Geburtenentwicklung und Familienformen in Ost- und Westdeutschland. Working Paper des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung 2004
- Kreyenfeld M (2009) Das zweite Kind in Ostdeutschland: Aufschub oder Verzicht? In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg) Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende, VS-Verlag, Wiesbaden, S 100–123
- Krieger S, Weinmann J (2008) Familie, Lebensformen und Kinder. In: Statistisches Bundesamt, GESIS-ZUMA, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S 27–50
- Land R, Willisch A (2006) Schrumpfung – Raumordnung oder Gesellschaftsordnung? In: Berliner Debatte Initial (17) Zur Lage in Ostdeutschland, S 54–64
- Neu C (2007) Räumliche Ungleichheit nimmt zu – nicht nur zwischen Ost und West. In: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 4 (3), S 3
- www.demografische-forschung.org/archiv/defoo703.pdf (Stand: 10.06.2009)
- Statistisches Bundesamt (2006) Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvoraus-

- berechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008a) Statistisches Jahrbuch 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008b) Geburten und Kinderlosigkeit in Deutschland. Bericht über die Sondererhebung 2006 »Geburten in Deutschland«. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008c) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung 2007, Fachserie 1 Reihe 1.3, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) Mikrozensus-Sonderauswertung zu Haushaltsstrukturen, Lebensformen und minderjährigen Kindern – unveröffentlichte Sonderauswertungen
- von der Lippe H, Bernardi L (2006) Zwei deutsche Ansichten über Kinder und Karriere. Lebensentwürfe junger Erwachsener in Ost und West. In: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 3 (3), S 1–2

2.2 Entwicklung der Lebensbedingungen

- Die Wirtschaftsleistung der neuen Bundesländer konnte in den vergangenen 20 Jahren erheblich gesteigert werden und nähert sich schrittweise dem westdeutschen Niveau an.
- Die Arbeitslosigkeit hat in den neuen Bundesländern in den ersten Jahren nach der Wiedervereinigung stark zugenommen und liegt auch gegenwärtig über der in den alten Bundesländern.
- Bezüglich der Bildungsbeteiligung zeigen sich aktuell nur geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern.
- In den neuen Bundesländern unterliegt ein größerer Anteil der Bevölkerung einem Armutsrisiko als in den alten Bundesländern, der Abstand ist aber geringer als zu Beginn der 1990er-Jahre.
- In der Versorgung mit wichtigen Gebrauchsgütern und der subjektiven Bewertung der Lebensbedingungen lassen sich mittlerweile nur noch geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern feststellen.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands stand die Politik vor der historisch beispiellosen Aufgabe, die politische und wirtschaftliche Vereinigung der beiden Teile Deutschlands umzusetzen. Besondere Herausforderungen ergaben sich angesichts der mangelhaften Konkurrenzfähigkeit großer Teile der ostdeutschen Wirtschaft und der fehlenden Rücklagen der sozialen Sicherungssysteme der DDR. Die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion wurde innerhalb eines Zeitraums von weniger als einem Jahr nach dem Mauerfall zum 1. Juli 1990 herbeigeführt und blieb nicht ohne Auswirkungen auf die Lebensbedingungen der Menschen.

Den Folgen der wirtschaftlichen Anpassungsprozesse wurde durch staatliche Investitionsprogramme und die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger der ehemaligen DDR in die sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik begegnet. So wurden seit 1990 erhebliche Transferzah-

lungen in die neuen Länder geleistet, um eine Angleichung der Lebensbedingungen zwischen den neuen und alten Bundesländern zu erreichen (»Aufbau-Ost«). Etwa ein Viertel der bis 2001 geleisteten Transfers von etwa einer Billion Euro wurde für den Ausbau der Infrastruktur und für die Förderung der Wirtschaft ausgegeben, ein Viertel waren ungebundene Zuweisungen oder für Personalausgaben der öffentlichen Verwaltung bestimmt und der Rest Aufwendungen für Sozialleistungen (SVR Wirtschaft 2004). Finanziert wurden die staatlichen Aufwendungen durch den »Fonds Deutsche Einheit« (1990 bis 1994), den Länderfinanzausgleich (1995+), den Solidarpakt I (1995 bis 2004) und durch Sozialversicherungsbeiträge (BMVBS 2009). Die weitere Förderung der neuen Bundesländer wird durch den Solidarpakt II (2005 bis 2019) sichergestellt.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung beschrieben. Der Blick richtet sich dabei zunächst auf die gesamtwirtschaftliche Leistung bevor auf die Beschäftigungsverhältnisse, die Bildungsbeteiligung und die Einkommensverteilung eingegangen wird. Betrachtet wird aber nicht nur die objektive, sondern auch die subjektive Wohlfahrt. Letztere wird über subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen des eigenen Lebensstandards und der Lebensqualität erfasst.

Gesamtwirtschaftliche Entwicklung

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung kann anhand des Bruttoinlandsproduktes (BIP) nachgezeichnet werden.

Bezüglich der Entwicklung in den neuen und alten Bundesländern lassen sich seit der Wiedervereinigung Deutschlands drei Phasen unterscheiden (BMVBS 2009) (siehe Abbildung 2.2.1). Die ersten Jahre nach der Wiedervereinigung waren durch ein starkes Aufholwachstum in den ostdeutschen Ländern gekennzeichnet. Das je Einwohner erzielte BIP stieg zwischen 1991 und 1996 von 43 % auf 68 % des westdeutschen Niveaus. Großen Anteil daran hatten die Investitionen in die Infrastruk-

Abbildung 2.2.1

Bruttoinlandsprodukt 1991 bis 2008

Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder 2009

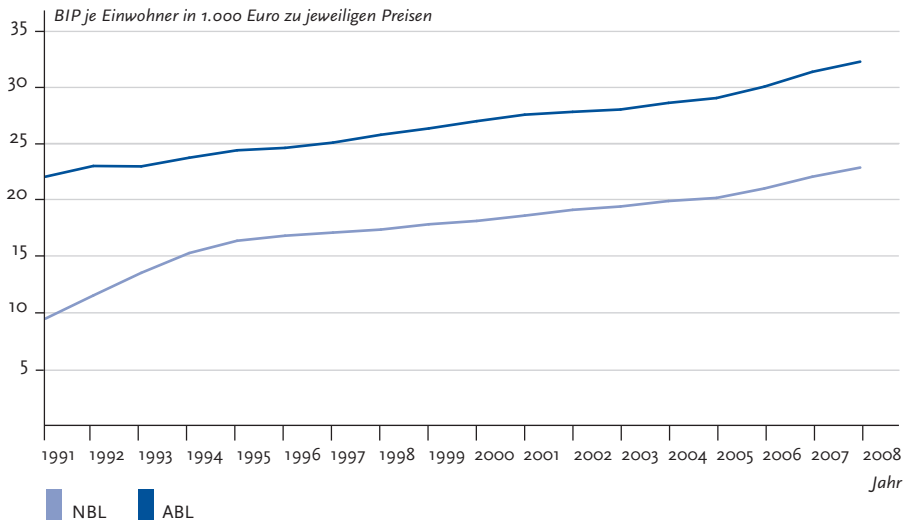
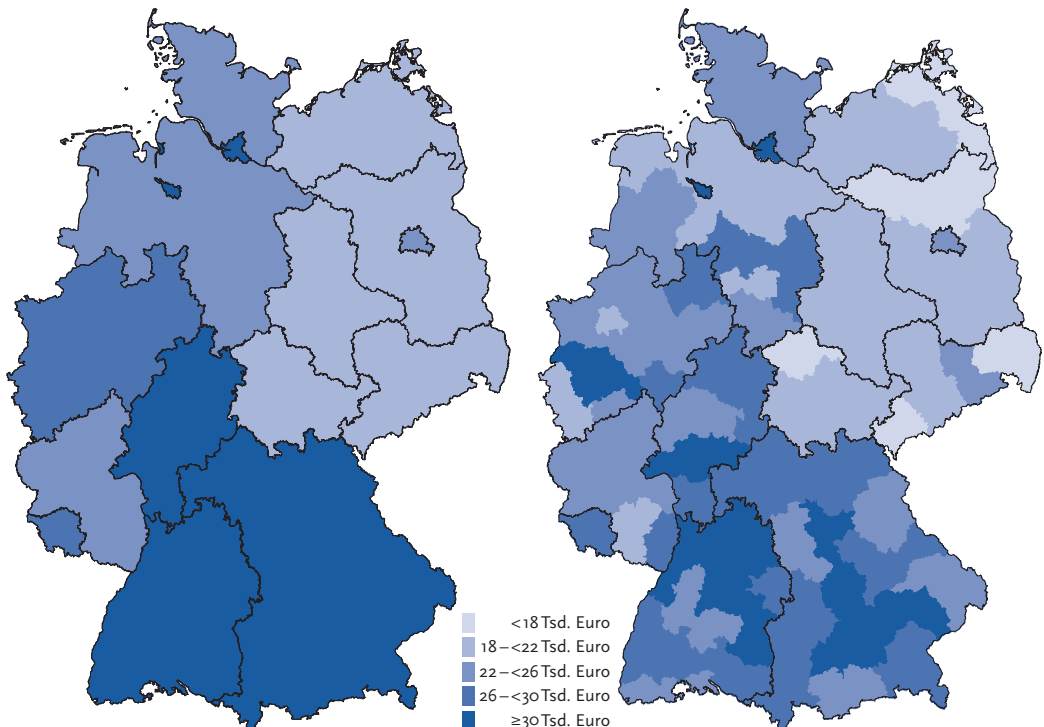


Abbildung 2.2.2

Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2005 nach Bundesland und Raumordnungsregionen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007



tur der neuen Bundesländer (BMVBS 2009). Sie erzeugten einen Boom im Baugewerbe und den damit verbundenen Industrie- und Dienstleistungsbereichen. In der zweiten Phase, die sich ungefähr bis ins Jahr 2000 erstreckte, geriet der Anpassungsprozess durch das Auslaufen des Baubooms ins Stocken. Die Wirtschaftsleistung der neuen Länder stagnierte bei etwa 68 % des westdeutschen Niveaus. In der anschließenden dritten Phase haben sich die neuen Länder in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit weiter an die alten Länder angenähert. Bis zum Jahr 2008 stieg das BIP je Einwohner auf 71 % des Durchschnitts der alten Länder.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang eine nach Bundesländern und Raumordnungsregionen differenzierte Betrachtung der wirtschaftlichen Leistung (siehe Abbildung 2.2.2). Im Jahr 2005 wurden in den ostdeutschen Bundesländern – mit Ausnahme Berlins – durchschnittlich weniger als 21.000 Euro je Einwohner erwirtschaftet, während es in den meisten westdeutschen Flächenstaaten zwischen 22.000 und 29.000 Euro und in Hessen, Baden-Württemberg und Bayern sogar mehr als 30.000 Euro je Einwohner waren.

Der Vergleich zwischen den neuen und alten Bundesländern sollte aber nicht den Blick darauf verstellen, dass auch im früheren Bundesgebiet bezüglich der Wirtschaftsleistung eine erhebliche Spannweite zu beobachten ist. So finden sich auch in den strukturstärksten Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Hessen einzelne Regionen, die mit einem BIP je Einwohner zwischen 22.000 und 25.000 Euro deutlich unter dem jeweiligen Landesdurchschnitt liegen. In zahlrei-

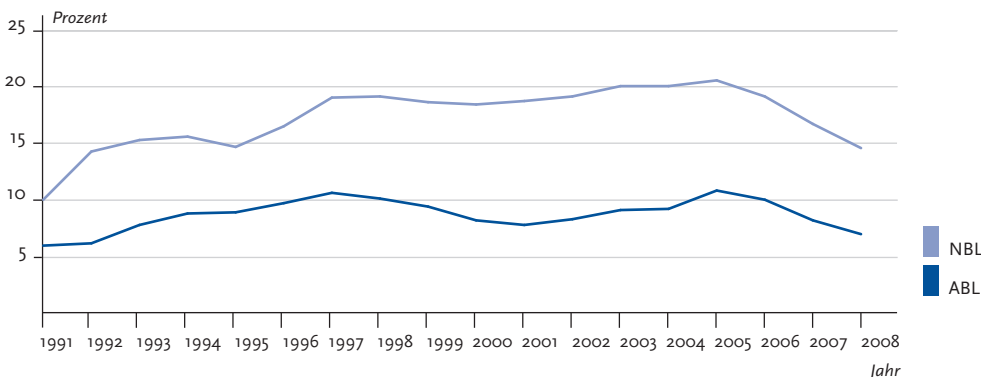
chen Regionen Niedersachsens bewegt sich das BIP je Einwohner zwischen 18.000 und 21.000 Euro und damit in dem Bereich, in dem sich die meisten Regionen in den neuen Bundesländern befinden. Dass in den neuen Bundesländern noch immer ein erheblicher Aufholbedarf besteht, wird aber auch durch den Vergleich auf Ebene der Raumordnungsregionen deutlich. So erzielt in Ostdeutschland neben Berlin nur die Region Oberes Elbtal/Osterzgebirge, in der unter anderem die sächsische Landeshauptstadt Dresden liegt, eine Wirtschaftsleistung, die auf dem Niveau der strukturschwächeren alten Bundesländer liegt.

Entwicklung der Arbeitslosigkeit

In den Jahren nach der Wiedervereinigung verloren viele Menschen in den neuen Bundesländern ihren Arbeitsplatz. Besonders dramatisch waren die Einschnitte in den Bereichen Landwirtschaft und Industrie. In der Landwirtschaft hat sich die Zahl der Beschäftigten in den neuen Ländern allein zwischen 1989 und 1992 um 600.000 Personen auf 208.000 Personen verringert. Auch in der Industrie gingen zwei von drei Arbeitsplätzen verloren. Waren im Januar 1991 noch 1,9 Millionen Personen in der Industrie beschäftigt, so sank deren Zahl bis zum Dezember 1993 auf 601.000 Personen (Destatis 1995).

Die Arbeitslosenquote stieg in den neuen Bundesländern im Zeitraum 1991 bis 1993 von 10,2 % auf 15,4 % (siehe Abbildung 2.2.3). Auch in den alten Bundesländern nahm die Arbeitslo-

Abbildung 2.2.3
Entwicklung der Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnittswerte) 1991 bis 2008
Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2009



sigkeit zu. Der Anstieg fiel aber deutlich geringer aus, und die Arbeitslosenquote lag im Jahr 1993 mit 8,0 % auf vergleichsweise niedrigem Niveau. In den Folgejahren entwickelten sich die Arbeitslosenquoten weiter auseinander, bedingt durch einen stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit in den ostdeutschen als in den westdeutschen Bundesländern im Zeitraum 1995 bis 1997 und durch einen geringeren Rückgang im Zeitraum 1998 bis 2001. In der Zeit danach stieg die Arbeitslosigkeit in beiden Teilen Deutschlands an und erreichte im Jahr 2005 mit Quoten von 20,6 % in den neuen und 11,0 % in den alten Bundesländern ihren vorläufigen Höhepunkt. Die gute wirtschaftliche Entwicklung im Zeitraum 2005 bis 2008 führte sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland zu einem deutlichen Rückgang der Arbeitslosigkeit. Die Arbeitslosenquote lag im Jahresdurchschnitt 2008 in den neuen Bundesländern bei 14,7 % und in den alten Bundesländern bei 7,2 %.

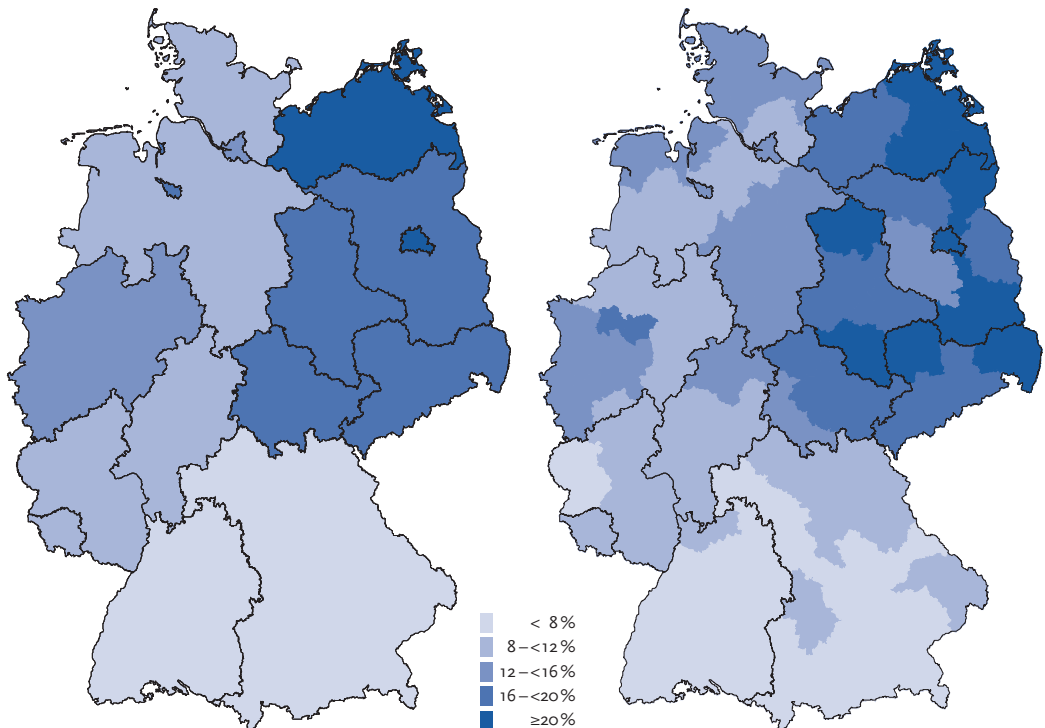
Definition der Arbeitslosigkeit: Als arbeitslos gelten Arbeitslose nach §16 SGB III und erwerbsfähige Hilfsbedürftige nach §8 und §9 SGB II. Arbeitslose sind Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Erwerbsfähige Hilfsbedürftige sind Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach §7a SGB II (je nach Geburtsjahrgang 65 bis 67 Jahre) noch nicht erreicht haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind sowie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Weitere Aufschlüsse ergeben sich durch die Betrachtung der regionalen Verteilung der Arbeitslosigkeit im Jahr 2006 (siehe Abbildung 2.2.4). Die höchsten Arbeitslosenquoten mit über 20 %

Abbildung 2.2.4

Arbeitslosenquote im Jahr 2006 nach Bundesland und Raumordnungsregionen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007



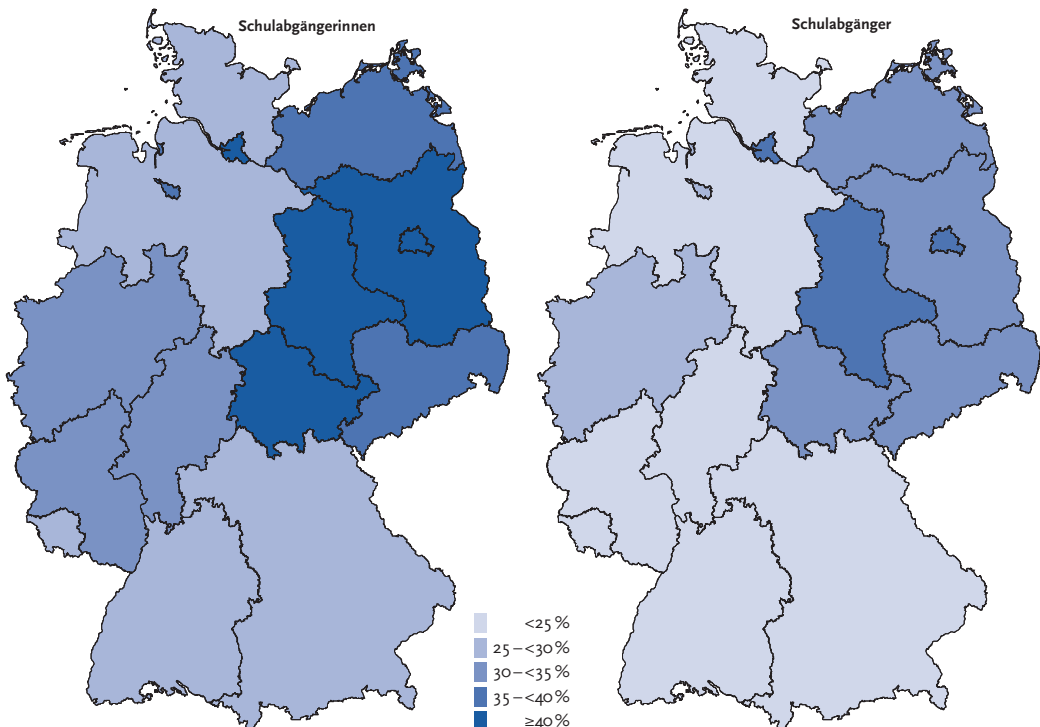
finden sich demnach im östlichen Mecklenburg-Vorpommern, im nord- und südöstlichen Teilen Brandenburgs, in Berlin und in einzelnen Regionen Sachsens-Anhalts und Sachsens. In Baden-Württemberg und den meisten Regionen Bayerns hingegen waren weniger als 8 % der Erwerbsbevölkerung arbeitslos. Auch in Rheinland-Pfalz und dem Saarland lag die Arbeitslosenquote mit höchstens 12 % auf vergleichsweise geringem Niveau. Die höchsten Arbeitslosenquoten in den alten Bundesländern fanden sich in Regionen Nordrhein-Westfalens und Schleswig-Holsteins, in Nordhessen, im nördlichen und östlichen Niedersachsen und in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Bezüglich der Arbeitslosigkeit lässt sich somit nicht nur ein Ost-West-, sondern auch ein Nord-Süd-Unterschied beobachten.

Entwicklung der Bildungsbeteiligung

Bezüglich der Bildungsbeteiligung lassen sich einige Besonderheiten in den neuen und alten Bundesländern feststellen. So werden Kinder in den neuen Bundesländern deutlich häufiger als in den alten Bundesländern in Kindergärten und anderen Kindertageseinrichtungen betreut. Dies war bereits zu Beginn der 1990er-Jahre der Fall (siehe Kapitel 2.1).

Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern können darüber hinaus am Anteil der Schülerinnen und Schüler festgemacht werden, die ihre Schullaufbahn mit der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife abschließen. Im Schuljahr 2006/07 verließen mit 36,5 % gegenüber 26,5 % mehr Schülerinnen und Schüler in Ostdeutschland die Schule mit der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife als in Westdeutschland (Destatis 2009). Im Schuljahr

Abbildung 2.2.5
Anteil der Schulabgängerinnen und Schulabgänger mit allgemeiner Hochschulreife oder Fachhochschulreife im Schuljahr 2006/07 nach Bundesland
 Quelle: Statistisches Bundesamt 2009



1996/07 betrugen die entsprechenden Anteile noch 27,2 % und 23,7 %. Eine Betrachtung auf Ebene der Bundesländer weist vor allem für Sachsen-Anhalt, Berlin und Brandenburg relativ hohe Anteile an Schulabgängerinnen und Schulabgängern mit allgemeiner Hochschulreife oder Fachhochschulreife aus. In Westdeutschland heben sich in dieser Hinsicht insbesondere Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen von den übrigen Bundesländern ab (siehe Abbildung 2.2.5).

Ungeachtet der aktuell höheren Anteile der Abiturientinnen und Abiturienten in den neuen Bundesländern sind die Anteile der Frauen und Männer mit allgemeiner Hochschulreife in der Erwerbsbevölkerung niedriger als in den alten Bundesländern. Hier machen sich die Folgen einer ausgeprägten arbeitsmarkinduzierten Abwanderung aus den neuen Ländern bemerkbar (Werz 2000). Auch der Anteil von Hochschulabsolventinnen und -absolventen ist in den neuen Ländern – mit Ausnahme Sachsens – geringer als in den alten Ländern. Bei beiden Indikatoren weisen die Stadtstaaten besonders hohe Werte auf (Konsortium Bildungsberichterstattung 2008).

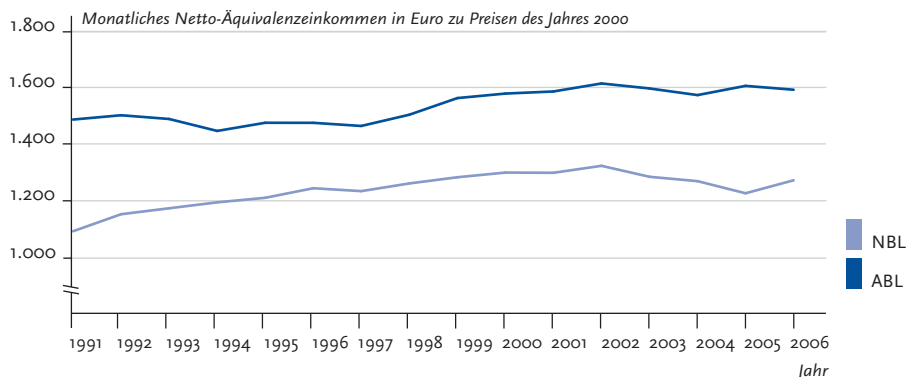
Die Güte und Qualität der schulischen Ausbildung wird regelmäßig in international vergleichenden Studien untersucht. In den PISA-Studien werden alle drei Jahre bei 15-jährigen Mädchen und Jungen in den OECD-Mitgliedsstaaten die Kompetenzen in den Bereichen Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften überprüft. Im Jahr 2006 wurde in Deutschland neben dem internationalen Vergleich auch ein Vergleich zwischen

den Bundesländern durchgeführt (PISA Konsortium 2008). Für die Lesekompetenz erzielten die Schülerinnen und Schüler in den meisten Bundesländern Werte, die im Bereich des OECD-Durchschnitts lagen. Signifikant niedriger als der OECD-Durchschnitt waren die Werte in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in den Flächenländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (PISA Konsortium 2008). Am Besten schnitt im Ländervergleich das Bundesland Sachsen ab, gefolgt von Bayern, Thüringen und Baden-Württemberg. Auch bei den naturwissenschaftlichen Kompetenzen belegten diese vier Bundesländer die vorderen Ränge. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die im Durchschnitt schlechtere Ergebnisse erzielen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund, in den neuen Bundesländern deutlich niedriger ist als in den alten Bundesländern (PISA Konsortium 2008).

Entwicklung der materiellen Lage und des Armutsrisikos

Im Zuge der Anstrengungen zur Angleichung der Lebensbedingungen zwischen den neuen und den alten Bundesländern hatte die ostdeutsche Bevölkerung seit 1991 deutliche Einkommenszuwächse zu verzeichnen (siehe Abbildung 2.2.6). Nach Ergebnissen des Sozio-oekonomischen Panels, einer jährlich durchgeführten

Abbildung 2.2.6
Entwicklung des Netto-Äquivalenzeinkommens in den Jahren 1991 bis 2006
Quelle: SOEP 1991–2007 (Frick 2008)



Haushaltsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, betrug der Einkommenszuwachs – bezogen auf das verfügbare Einkommen nach Berücksichtigung der allgemeinen Inflationsrate und der Kaufkraftunterschiede – im Zeitraum 1991 bis 2006 in den neuen Bundesländern 17 %, während er in den alten Bundesländern mit 7 % deutlich geringer ausfiel (Frick 2008).

Die **Armutsrisikoquote** ist ein zentraler Indikator der Sozial- und Armutsberichterstattung. Sie ist definiert als der Anteil der Personen, die in Haushalten leben, deren bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) weniger als 60% des Mittelwertes (Median) aller Personen beträgt (BMAS 2008). Das Haushaltsnettoeinkommen ergibt sich aus der Summe aller Einkommen der Haushaltsmitglieder abzüglich Steuern und Sozialabgaben. Durch die Bedarfsgewichtung wird berücksichtigt, dass in Mehrpersonenhaushalte durch gemeinsames Wirtschaften Einkommensersparnisse erzielt werden. Nach der im Folgenden zugrunde gelegten neuen OECD-Skala wird dem Haupteinkommensbezieher im Haushalt ein Gewichtungsfaktor von 1,0 zugewiesen. Jede weitere Person im Haushalt, die 14 Jahre oder älter ist, erhält einen Gewichtungsfaktor von 0,5 und jede weitere Person im Alter unter 14 Jahren einen Gewichtungsfaktor von 0,3. Zur Berechnung des Netto-Äquivalenzeinkommen wird ein Quotient gebildet, der sich aus der Summe der Gewichtungsfaktoren ergibt. Für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren beispielsweise nimmt dieser Quotient einen Wert von 2,1 an.

Trotz der aufholenden Entwicklung in den neuen Bundesländern liegen die Einkommen aktuell noch immer deutlich unter denen in den alten Bundesländern. Dementsprechend ist ein höherer Anteil der Bevölkerung in den neuen Bundesländern von Armut betroffen oder durch Armut bedroht. Nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels lag die so genannte Armutsrisikoquote im Jahr 2007 in den neuen Bundesländern bei 19,4 % und in den alten Bundesländern bei 15,9 %. Kurz

nach der Wiedervereinigung war der Ost-West-Unterschied in der Armutsrisikoquote mit 18,8 % gegenüber 11,1 % noch deutlich stärker ausgeprägt (Frick 2008).

Mit den Daten des Mikrozensus lässt sich die regionale Verteilung des Armutsrisikos betrachten. Demnach war im Jahr 2007 die Armutsrisikoquote in Mecklenburg-Vorpommern mit 24,3 % und Sachsen-Anhalt mit 21,5 % am höchsten, gefolgt von Sachsen mit 19,6 %, Bremen mit 19,1 %, Thüringen mit 18,9 % sowie Berlin und Brandenburg mit jeweils 17,5 %. Die niedrigsten Armutsrisikoquoten waren für Baden-Württemberg mit 10,0 %, Bayern mit 11,0 % und Hessen mit 12,0 % zu verzeichnen (siehe Abbildung 2.2.7).

Eine Differenzierung nach Raumordnungsregionen macht deutlich, dass auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zum Teil ausgeprägte regionale Unterschiede in der Verteilung des Armutsrisikos bestehen. So war die Armutsrisikoquote im Jahr 2007 in der Region Havelland-Fläming (Brandenburg) sowie in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns deutlich niedriger als in den meisten anderen Regionen der neuen Bundesländer. Andererseits fanden sich in den westdeutschen Flächenstaaten einige Regionen mit einem relativ hohen Armutsrisiko, z. B. Schleswig-Holstein Ost, Bremen, Bremerhaven und Ost-Friesland sowie Osnabrück und Dortmund (Der PARITÄTISCHE 2009) (siehe Abbildung 2.2.7). Somit lässt sich bezüglich der regionalen Verteilung des Armutsrisikos feststellen, dass neben den Ost-West-Unterschieden ein beträchtliches Nord-Süd-Gefälle zum Ausdruck kommt.

Die materielle Lage von Haushalten wird neben dem Einkommen über das Privatvermögen bestimmt, das im engeren Sinne das verzinsliche Geldvermögen (Spar- und Bausparguthaben, Wertpapiere, Termingeld und das angesammelte Kapital bei Lebensversicherungen) und die Verkehrswerte von Immobilien abzüglich der Bau- und Konsumschulden umfasst. Zu berücksichtigen ist dabei die unterschiedliche historische Ausgangslage, da Haushalte in Ostdeutschland erst seit 1990 die Möglichkeit haben, unter den Bedingungen der sozialen Marktwirtschaft privates Vermögen zu bilden. Für den Zeitraum 1993 bis 2003 lässt sich auf Basis von Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zeigen, dass die Vermögen der Haushalte in den

neuen Bundesländern um 63 % gestiegen sind, die Vermögen der Haushalte in den alten Bundesländern hingegen nur um 19 %. Trotz dieser aufholenden Entwicklung betrug das durchschnittliche Privatvermögen der ostdeutschen Haushalte im Jahr 2003 mit 60.000 Euro nur etwa 40 % des durchschnittlichen Privatvermögens der westdeutschen Haushalte, das bei 149.000 Euro lag (BMGS 2005).

Für die letzten Jahre wird eine neuerliche Zunahme der Vermögensunterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern berichtet. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels für die Jahre 2002 bis 2007 weisen insbesondere auf zunehmende Unterschiede bezüglich des Immobilienvermögens hin. Zurückgeführt werden diese vor allem auf die sinkenden Marktwerte von Immobilien in den neuen Bundesländern (Frick, Grabka 2008).

Lebensstandard und subjektive Wohlfahrt

Aussagen zur materiellen Lage lassen sich auch anhand von Daten zur Verfügbarkeit von Gebrauchsgütern treffen, die zum allgemeinen Lebensstandard gezählt werden. Dazu gehört beispielsweise die Ausstattung mit Haushaltsgeräten, der Besitz von Fahrzeugen sowie von Geräten der Unterhaltungselektronik. Auch die Ausstattung mit Produkten der Informations- und Kommunikationstechnik, wie z. B. Personalcomputer, Mobiltelefon und Internetzugang, lassen Rückschlüsse auf den Lebensstandard zu (Angele et al. 2008).

Anhand der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 1998 und der Laufenden Wirtschaftsrechnung der Jahre 1999 bis 2007 lässt sich zeigen, dass in der Ausstattung mit wichtigen Gebrauchsgütern nur relativ geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern bestehen (siehe Tabelle 2.2.1). Langlebige Gebrauchsgüter wie Waschmaschinen, Kühl-

Abbildung 2.2.7

Armutsrisikoquote nach Bundesland und Raumordnungsregion im Jahr 2007

Quelle: Mikrozensus 2007 (Der PARITÄTISCHE 2009)

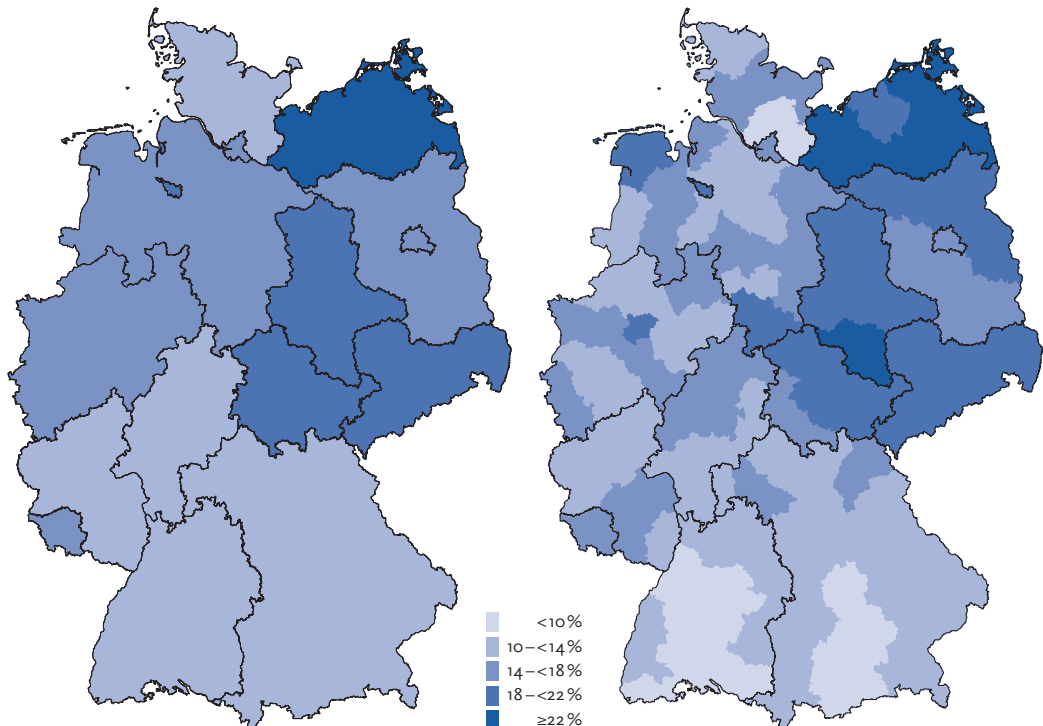


Tabelle 2.2.1

Anteil der Haushalte mit ausgewählten Konsumgütern in den Jahren 1998 und 2007

Quelle: Destatis 2008a

	Deutschland		NBL		ABL	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007
Fahrzeuge						
Personenkraftwagen	73,7 %	76,7 %	69,5 %	72,4 %	74,8 %	77,7 %
Fahrrad	79,3 %	80,1 %	73,1 %	76,0 %	80,9 %	81,1 %
Empfangs-, Aufnahme- und Wiedergabegeräte von Bild und Ton						
Fernseher	96,0 %	95,9 %	97,9 %	97,1 %	95,5 %	95,6 %
Hi-Fi-Anlage	66,1 %	72,1 % ³	55,0 %	66,9 % ³	68,9 %	73,3 % ³
Informations- und Kommunikationstechnik						
Personalcomputer	44,9 % ¹	72,8 %	38,7 % ¹	70,3 %	46,3 % ¹	73,4 %
Internetzugang, -anschluss	7,2 %	60,0 %	4,4 %	56,4 %	7,9 %	60,8 %
Telefon						
Telefon stationär (auch schnurlos)	96,6 %	95,4 %	94,1 %	94,8 %	97,2 %	95,5 %
Telefon mobil (Autotelefon, Handy)	9,5 %	81,8 %	9,3 %	81,9 %	9,5 %	81,7 %
Haushalts- und sonstige Geräte						
Kühlschrank	99,2 % ²	99,4 %	99,7 % ²	99,5 %	99,1 % ²	99,4 %
Gefrierschrank, Gefriertruhe	71,3 % ²	73,6 %	67,7 % ²	64,6 %	72,1 % ²	75,7 %
Geschirrspülmaschine	42,9 %	62,4 %	24,6 %	54,1 %	47,2 %	64,3 %
Mikrowellengerät	50,2 %	68,7 %	40,5 %	67,7 %	52,5 %	68,9 %
Waschmaschine	91,5 %	95,1 % ⁴	91,0 %	97,2 % ⁴	94,2 %	94,6 % ⁴
Wäschetrockner	28,3 %	40,0 %	13,0 %	22,4 %	31,9 %	44,1 %

Werte aus abweichenden Jahren: 1) 1999 2) 2000 3) 2005 4) 2001

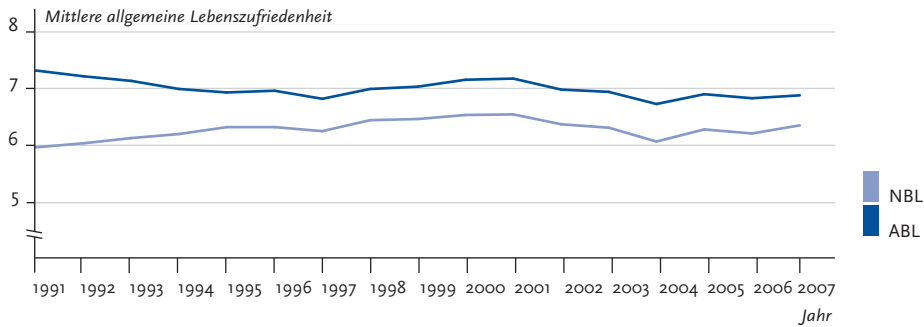
schränke, Fernseher oder Telefone waren bereits im Jahr 1998 in mehr als 90 % der Haushalte in den neuen und alten Bundesländern verfügbar. Differenzen zu Ungunsten von ostdeutschen Haushalten bestanden hinsichtlich der Ausstattung mit Personalcomputern, Hi-Fi-Anlagen, Internetzugängen, Geschirrspülmaschinen und Wäschetrocknern. Bezüglich dieser Gebrauchsgüter ließ sich im Jahr 1998 in den neuen Ländern nur ein Versorgungsgrad von etwa 62 % des Niveaus in den alten Ländern feststellen. Bis zum Jahr 2007 hat sich dieser Unterschied allerdings deutlich verringert, und zwar auf 83 % des Niveaus der alten Bundesländer.

Ergänzt werden kann die Betrachtung der Entwicklung der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern durch Ergebnisse zur subjektiven Wohlfahrt. Die subjektive Wohlfahrt kann als Resultat des Zusammenspiels zwischen der Wahrnehmung der objektiven Lebensumstän-

de und den persönlichen Ansprüchen und Erwartungen der Menschen verstanden werden. Gemessen wird die subjektive Wohlfahrt unter anderem über die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit bezüglich spezifischer Lebensbereiche, wobei häufig eine elfstufige Skala von 0 »gar nicht zufrieden« bis 10 »voll und ganz zufrieden« zugrunde gelegt wird.

Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels kann gezeigt werden, dass kurz nach der Wiedervereinigung ein erheblicher Ost-West-Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit bestand, der etwa 1,5 Punkte auf der elfstufigen Skala betrug (siehe Abbildung 2.2.8). In den Folgejahren verringerte sich dieser Unterschied zusehends und machte bereits Mitte der 1990er-Jahre nur noch 0,5 Skaleneinheiten aus. Danach entwickelte sich die allgemeine Lebenszufriedenheit in beiden Teilen Deutschlands weitgehend parallel, so dass der Abstand auf relativ geringem Niveau konstant blieb (Frick 2008).

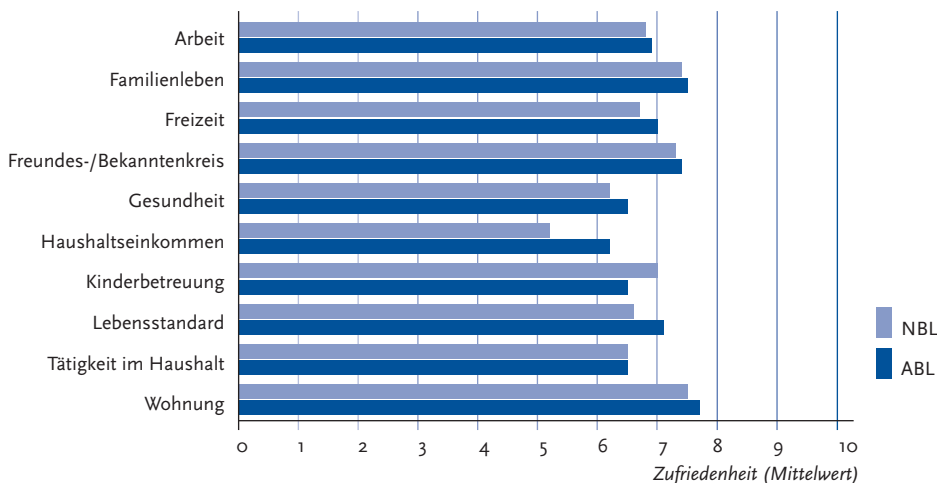
Abbildung 2.2.8
Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit 1991 bis 2007
 Quelle: Frick 2008



Eine nach Lebensbereichen differenzierte Betrachtung zeigt, dass Personen in den alten Bundesländern im Durchschnitt etwas zufriedener mit ihrem Leben sind als Personen in den neuen Bundesländern (siehe Abbildung 2.2.9). Am deutlichsten wird dies in Bezug auf das Haushaltseinkommen und den Lebensstandard. In einigen Bereichen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Personen in Ost- und Westdeutschland, z. B. in den Bereichen Arbeit, Familienleben und Freundes-/Bekanntenkreis. Mit der Kinderbetreuung sind Personen aus den neuen Bundesländern zufriedener als Personen aus den alten Bundesländern, was angesichts der besseren Betreuungssituation in Ost-

deutschland, insbesondere für Kinder unter drei Jahren, nicht überrascht (siehe Kapitel 2.1). Vergleichbare Differenzen bei bereichsspezifischen Zufriedenheiten in Ost- und Westdeutschland zeigten sich bereits auf Basis der in den 1990er-Jahren durchgeführten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (Ellert, Knopf 1999). So war die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage und der eigenen Gesundheit in den Jahren 1990/92 und 1998 in den neuen Bundesländern geringer als in den alten Bundesländern. Die Zufriedenheit mit der familiären Situation war demgegenüber zu beiden Zeitpunkten in den neuen Ländern etwas größer als in den alten Ländern.

Abbildung 2.2.9
Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen im Jahr 2006
 Quelle: SOEP 2006 (Destatis et al. 2008)



Fazit

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands wurden enorme gesamtgesellschaftliche Anstrengungen unternommen, um die Lebensbedingungen in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern anzupassen. In vielen Bereichen konnte eine Annäherung erreicht werden, was sich auch im Lebensstandard und der subjektiven Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen widerspiegelt. Zum Teil bestehen aber auch 20 Jahre nach dem Mauerfall noch Ost-West-Unterschiede, was sich z. B. an der höheren Arbeitslosigkeit und dem größeren Armutsrisiko der Bevölkerung in den neuen Bundesländern festmachen lässt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Ost-West-Betrachtung alleine nicht ausreicht, um die sozial-räumlichen Unterschiede zu beschreiben, da auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zum Teil erhebliche regionale Unterschiede in den Lebensbedingungen bestehen.

Literatur

- Angele J, Kott K, Weimann J (2008) Private Haushalte – Einkommen, Ausgaben, Ausstattung. In: Destatis (Hrsg) Datenreport 2008. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Bundesamt für Raumordnung und Bauwesen (BBR) (2007) INKAR 2007 – Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Wiesbaden
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (2009) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2009. Der Beauftragte der Bundesregierung für die neuen Länder, Berlin.
- Bundesagentur für Arbeit (2009) Arbeitsmarkt in Deutschland, Zeitreihen bis 2007. Analytikreport der Statistik. April 2008. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Der PARITÄTISCHE (2009) Unter unseren Verhältnissen ... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin
- Destatis (1995) Datenreport 1994. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Destatis, GESIS-ZUMA, WZB (2008) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Destatis (2008a) Fachserie 15/Reihe 2 Wirtschaftsrechnung Ausstattung privater Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2008b) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. In Kooperation mit GESIS und WZB. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Destatis (2009) GENESIS-Online Datenbank. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Ellert U, Knopf H (1999) Zufriedenheit mit den Lebensumständen und Gesundheit. Das Gesundheitswesen 61 (S2): S145–S150
- Frick JR, Grabka M (2008) Niedrigere Arbeitslosigkeit sorgt für weniger Armutsrisiko und Ungleichheit. DIW Wochenbericht 38: 556–566
- Frick JR (2008) SOEP-Monitor. Zeitreihen zur Entwicklung von Indikatoren zu zentralen Lebensbereichen Beobachtungszeitraum: 1984–2007. DIW, Berlin
- Konsortium Bildungsberichterstattung (2008) Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Bertelsmann, Bielefeld
- PISA Konsortium (2008) PISA 2006 in Deutschland. Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich. Waxmann, Münster
- SVR Wirtschaft (2004) Jahresgutachten 2004/05. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden
- Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2009) Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern und Ost-West-Großraumregionen Deutschlands 1991 bis 2008. Stuttgart, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder
- Wertz N (2000) Abwanderung aus den neuen Bundesländern. APuZ B39/40/2001: 23–31

2.3 Entwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

- ▶ Nach der Wende wurde das primär staatlich-zentralistische Gesundheitssystem der DDR in das freiheitlich-pluralistische Versorgungssystem der Bundesrepublik überführt. Dieser Transformationsprozess war bis Mitte der 1990er-Jahre weitgehend abgeschlossen.
- ▶ Besonders rasch vollzog sich dieser Angleichungsprozess in den Bereichen der vertragsärztlichen, akutstationären und Arzneimittelversorgung.
- ▶ Die neuen Länder sind vollständig in die sozialen Sicherungssysteme integriert, wobei dort mehr Einwohner in den gesetzlichen Krankenkassen, vor allem in der AOK, versichert sind als in den alten Bundesländern.
- ▶ Vielfältige gesetzliche Steuerungsmaßnahmen sowie die wirtschaftliche Gesamtentwicklung und die Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung haben seit der Wiedervereinigung die Ausgaben und Strukturen des Gesundheitswesens in ganz Deutschland erheblich beeinflusst.
- ▶ Auch zukünftig ist struktureller Anpassungsbedarf zu erwarten.

Zwischen den Zeiten – Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Angleichung der Gesundheitssysteme

Innerhalb des kurzen Zeitraumes zwischen dem Fall der Mauer am 9. November 1989 und der Wiedervereinigung Deutschlands am 3. Oktober 1990 erfolgten unter Beteiligung zahlreicher staatlicher und nichtstaatlicher Akteure die entscheidenden Weichenstellungen für einen tiefgreifenden Umbau des Gesundheitsversorgungssystems in den neuen Bundesländern. Neben Vertretern der jeweils amtierenden Regierungen und der Fachadministration nahmen auch Repräsentanten der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und Leistungserbringer (hier vor allem die verschiedenen ärztlichen Organisationen) Einfluss auf die Ausgestaltung der gesetz-

lichen Regelungen. Im Resultat einigte man sich auf eine Überführung des primär staatlich organisierten Gesundheitswesens der DDR mit seiner einheitlichen Sozialversicherung in das freiheitlich-pluralistisch gestaltete Gesundheitssystem der Bundesrepublik mit seinem gegliederten Krankenversicherungssystem und den körperschaftlichen Entscheidungsstrukturen. Bestimmten Versorgungsstrukturen der DDR, wie den Polikliniken und Ambulatorien, wurden zumindest für eine Übergangszeit Bestandsgarantien eingeräumt, vor allem um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zunächst wurde nicht damit gerechnet, dass sich gerade im ambulanten Versorgungsbereich der Angleichungsprozess so rasch vollziehen würde, wie dies dann geschah. Auch der Gesamtprozess der Umstrukturierung des Gesundheitswesens vollzog sich überraschend schnell und reibungslos (BMG 1994, 1998, 2004; Roth 2009a, 2009b; Wasem 1997; Weil 2009).

Der Staatsvertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 18. Mai 1990 und der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 enthielten einige für die Umstrukturierung des DDR-Gesundheitssystems wichtige Regelungen. Die Volkskammer der DDR verabschiedete darüber hinaus mehrere Gesetze, die der Einführung eines Krankenkassensystems nach westdeutschem Muster dienten. Diese waren teilweise nur bis zum Inkrafttreten des SGB V in den neuen Ländern am 1. Januar 1991 und dem damit verbundenen Beginn der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung gültig. Die bundesweit zugelassenen gesetzlichen Krankenkassen (und die privaten Krankenversicherungsunternehmen) dehnten ihren Wirkungskreis auf das Gebiet der neuen Bundesländer aus. Zudem wurden zunächst 13 Allgemeine Ortskrankenkassen, von denen derzeit noch vier (plus Berlin) existieren, und zahlreiche Betriebs- und Innungskrankenkassen errichtet. Als Anschubfinanzierung wurde der GKV-Ost vom Bund ein Betriebsmitteldarlehn in Höhe von rund 1,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Der Beitragssatz für die GKV-Ost wurde zunächst auf einheitlich 12,8 % festgelegt.

In den neuen Bundesländern waren und sind mehr Einwohner in der Gesetzlichen Krankenver-

sicherung und von ihnen auch mehr in den Allgemeinen Ortskrankenkassen versichert als in den alten Bundesländern (siehe Abbildung 2.3.1). Insgesamt hat zwar der Anteil der GKV-Versicherten in Deutschland seit Anfang der 1990er-Jahre leicht abgenommen, jedoch war der Rückgang in den neuen Ländern insbesondere bei den AOKen stärker. Der AOK-Versichertenanteil ging von 51 % der Einwohner in den neuen Bundesländern auf 36 % im Jahr 2007 zurück. Seit Anfang der Jahrtausendende sind eine Stabilisierung bei den Versicherten in der GKV und nur ein sehr geringer Rückgang bei den AOK-Versicherten zu beobachten.

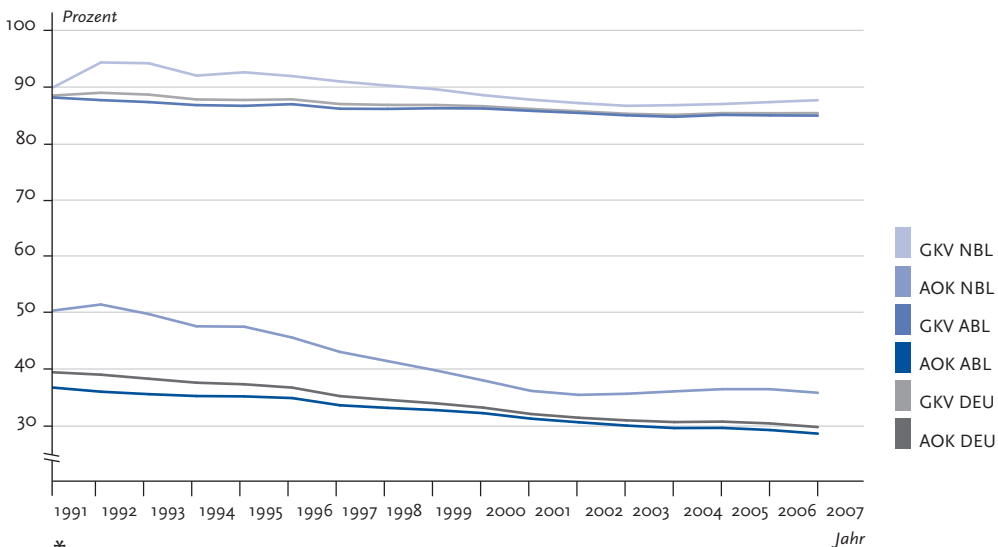
Neben der sozialrechtlichen Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger der neuen Länder wurde die Umstrukturierung weiterer Bereiche des Gesundheitssystems rechtlich-organisatorisch eingeleitet. Wichtige Änderungen werden im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – kurz beschrieben.

Anpassung der Versorgungsstrukturen in den neuen Ländern

Ambulanter Versorgungsbereich

Bereits im Verlauf des Jahres 1990 ließen sich in den neuen Bundesländern die ersten ehemals angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis nieder. Ein funktionsfähiges System regionaler Kassenärztlicher Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts, die als Verhandlungspartner der Krankenkassen wichtige Funktionen innerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem, bei der Organisation und Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Vertretung der Interessen niedergelassen tätiger Ärztinnen und Ärzte übernehmen, musste jedoch erst noch aufgebaut werden. Gleiches galt für die Ärztekammern, denen vor allem berufsrechtliche Aufgaben inklusive der Organisation der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zukommen, und für den Aufbau der berufsständigen Alterssicherung über ärztliche Versorgungswerke. Die ambulante zahnärztliche Versorgung entwickelte sich analog der übrigen ärztlichen Strukturen. Trotz der anfangs in der ostdeutschen Ärzteschaft recht weit verbreiteten Skepsis vollzog sich der Anpas-

Abbildung 2.3.1
Anteil GKV- und AOK-Versicherter an der Bevölkerung 1991 bis 2007*
Quelle: BMG 1998, 2009; Statistisches Bundesamt 2009



*: bis 1994 ABL einschließlich Berlin-West, ab 1995 ABL einschließlich Berlin

sungsprozess sehr rasch und bereits 1994 erfolgte die ambulante ärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern fast ausschließlich über in eigener Praxis niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Von den ehemals etwa 600 Polikliniken und rund 1.000 Ambulatorien waren zu diesem Zeitpunkt nur noch wenige erhalten geblieben. Diese Entwicklung fand jedoch nicht in allen neuen Bundesländern und allen ärztlichen Fachdisziplinen mit gleicher Geschwindigkeit statt. So wurde beispielsweise die Umwandlung von Polikliniken in Gesundheitszentren von den Landesregierungen Berlin (Ost) und Brandenburg besonders engagiert unterstützt und gefördert (Wasem 1997; Roth 2009b; siehe Kapitel 6.1). Praxisgründungen wurden durch Finanzhilfen des Bundes und der Länder (u. a. über European-Recovery-Programmbürgschaften, Eigenkapitalhilfeprogramm, Existenzgründungshilfen) erleichtert (BMG 1994). Die ärztliche Vergütung blieb in den neuen Ländern lange Zeit (auch im privatärztlichen Bereich) unter dem Niveau in den alten Ländern.

Zeitlich parallel erfolgte die Privatisierung der Arzneimittelversorgung. Dieser Prozess vollzog sich ebenfalls sehr schnell und bereits Ende 1993 waren 98 % der ehemals staatlichen Apotheken in den neuen Ländern privatisiert. Auch die staatlichen Pharmaunternehmen und die Vertriebswege wurden von privaten Unternehmen übernommen, Versorgungsengpässe beseitigt, und die Bevölkerung in den neuen Bundesländern erhielt Zugang zum gesamten in Westdeutschland zugelassenen Arzneimittelsortiment (siehe Kapitel 6.5). Angesichts der geringeren Finanzkraft der GKV-Ost bzw. der niedrigeren Einkünfte der ostdeutschen Versicherten galten für die neuen Länder teilweise bis zum Jahr 2001 Sonderregelungen hinsichtlich des Arzneimittelbereichs (u. a. andere Rechnungsabschlüsse zu Lasten der Arzneimittelhersteller, des Großhandels und der Apotheken sowie niedrigere Zuzahlungen für Versicherte) (BMG 1994, 2004).

Im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe und des Gesundheitshandwerkes kam es ebenfalls zu einer Niederlassungs- bzw. Privatisierungswelle, die jedoch teilweise nicht dieselbe Dynamik entfaltete wie im ärztlichen und Apothekenbereich. Zudem mussten hier z. T. noch Regelungen für die Anerkennung von Ausbildungen und Berufsabschlüssen getroffen werden (BMG 1994, 2004). Eine Sonderstellung nimmt die ambulante psy-

chotherapeutische und psychiatrische Versorgung ein. Hier bestanden erhebliche Defizite, die in etwa der Situation in der Bundesrepublik vor der in den 1970er-Jahren eingeleiteten Psychiatrie-Reform entsprachen. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten, welche die bis dato übliche stationäre Langzeitunterbringung psychisch Kranker ersetzen konnten, mussten geschaffen werden, was u. a. durch die Auflösung der Polikliniken erschwert wurde. Dieser Prozess gestaltete sich im Vergleich zu den bisher geschilderten komplexer und langwieriger (BMG 1994, 2004; Richter 2001). Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz in ganz Deutschland neu geregelt (siehe Kapitel 6.1).

Akutstationärer Versorgungsbereich

Die existierenden Krankenhäuser, die in der DDR fast ausnahmslos in staatlicher bzw. betrieblicher Hand waren, wurden nach der Wiedervereinigung zunächst von den Kommunen übernommen. Teilweise gingen die stationären Einrichtungen im weiteren Verlauf in private oder freigemeinnützige Trägerschaft über. Es fanden auch Fusionen, Umwidmungen und Betriebsstättenschließungen statt. An die Akutkliniken angegliederte Polikliniken und Ambulanzen wurden häufig aufgelöst. Aufgrund des teilweise sehr schlechten baulichen Zustandes vieler Krankenhäuser und ihrer gemessen am westdeutschen Standard unzureichenden medizintechnischen Ausstattung bestand erheblicher Investitionsbedarf. Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogrammes für die neuen Länder und durch andere Hilfen förderten Bund, Länder und Krankenhausträger die Sanierung und Modernisierung der Kliniken. Modernisierungsmaßnahmen wurden häufig bereits kurz nach der Wiedervereinigung in die Wege geleitet und viele Kliniken erreichten oder übertrafen schon nach wenigen Jahren westdeutsche Standards (BMG 1994, 2004).

In der DDR erfolgte die Zuweisung von Finanzmitteln an die Krankenhäuser planwirtschaftlich und nicht primär kosten- oder leistungsorientiert. Durch Übergangsregelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegeverordnung in Verbindung mit Sonderregelungen im

Rahmen der sektoralen Budgetierung wurden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern an die dortigen Bedingungen angepasst. Mit der Übernahme des westdeutschen Finanzierungsmodells waren die Krankenhäuser zum Aufbau betriebswirtschaftlicher Kompetenz und zum Führen von Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen gezwungen. Die Leistungsabrechnung mit den Kostenträgern erfolgte nun auf der Basis von (krankenhaus- bzw. abteilungsspezifischen) tagesgleichen Pflegesätzen. Dies führte zu erheblichen innerbetrieblich-organisatorischen Umstrukturierungen, um die Leistungserbringung und -abrechnung effizienter zu gestalten. Im Zuge der Anpassung an die geänderten Rahmenbedingungen und den Bedarf der Bevölkerung kam es zu einem erheblichen Bettenabbau. Die schrittweise Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) und die damit verbundene Intensivierung des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern hat im zeitlichen Verlauf in ganz Deutschland zu weiteren Neuausrichtungs- und Umstrukturierungsprozessen geführt, die noch nicht abgeschlossen sind (siehe Kapitel 6.2).

Rehabilitative Versorgung

In der DDR fand medizinische Rehabilitation selten in separaten Einrichtungen statt, sondern wurde eher als Teil des gesamten Behandlungsprozesses gehandhabt. Zudem gab es aufgrund der einheitlichen Sozialversicherung keine Trägerevielfalt wie im Westen. Die auch im Bereich der rehabilitativen Versorgung zu vollziehende Anpassung an die westdeutschen Regelungen machte den Aufbau analoger Strukturen sowohl hinsichtlich der verschiedenen Kostenträger von Reha-Maßnahmen als auch in Bezug auf die Einrichtungen notwendig. In den neuen Ländern gab es vor der Wiedervereinigung rund 130 rehabilitative Einrichtungen, die allerdings zunächst nicht die für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern erforderlichen Qualitätsanforderungen erfüllen konnten (BMG 1994). Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in den neuen Ländern konnten aufgrund einer Sonderregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis 1993 Investitionsmittel der Länder erhalten.

Danach erfolgte die Förderung von Modernisierung, Aus- und Neubau von Einrichtungen über Bundesmittel im Rahmen des Kommunalen Kreditprogramms und des Gemeinschaftswerkes Aufschwung-Ost sowie durch Unterstützung privater Investoren.

Stationäre Reha-Einrichtungen wurden ähnlich wie in Westdeutschland vielfach eher wohnortfern in traditionellen Kurorten bzw. Ferienregionen errichtet. Besonders dynamisch entwickelten sich die stationären Versorgungskapazitäten im weiteren Verlauf vor allem in Mecklenburg-Vorpommern (siehe Kapitel 6.4). Von besonderer Bedeutung war es, den sozialrechtlichen Beratungsbedarf zu decken und sowohl die Kostenträger, Leistungserbringer und ärztlichen Zuweiser bzw. Gutachter als auch die Versicherten über die neuen gesetzlichen Regelungen zu informieren. Auch hierzu wurden Bundesmittel zur Verfügung gestellt. Die Kostenträger mussten zudem ein Netz von Beratungsstellen und Kooperationsbeziehungen aufbauen. Die Zahl der von Einwohnern der neuen Bundesländer in Anspruch genommenen medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen stieg parallel zur Etablierung der Versorgungsstrukturen im Verlauf der 1990er-Jahre rasch an (siehe Kapitel 6.4).

Versorgung Pflegebedürftiger

Personen, die der Hilfe im Alltag und/oder der Pflege bedurften und nicht durch Angehörige betreut wurden, wurden in der DDR im häuslichen Bereich von Gemeindeschwestern, Hilfsorganisationen wie der Volkssolidarität und Einrichtungen der Betriebe versorgt, oder sie zogen ohne wesentliche finanzielle Einbußen in Feierabend- bzw. Pflegeheime. Die genannten Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgung fielen nach der Wiedervereinigung weg und wurden durch die schrittweise aufgebauten Sozialstationen abgelöst. Die Finanzierung erfolgte einerseits über die Träger (freie Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen) als auch aus Bundesmitteln und u.a. die Alfred-Herrhausen-Stiftung. Erheblicher Investitionsbedarf bestand bei den stationären Pflegeeinrichtungen, die vielfach in einem schlechten baulichen Zustand waren und nicht den einschlägigen rechtlichen Vorgaben wie etwa

der Heimmindestbauverordnung entsprachen. Mittel aus dem Soforthilfeprogramm flossen in die Sanierung und Modernisierung der Heime, deren Ausstattung z. B. mit Einbettzimmern und Sanitäranlagen rasch an westdeutsche Standards angepasst wurde. Die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 veränderte die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in ganz Deutschland grundlegend. Sie hat nicht nur deren finanzielle Belastungen reduziert, sondern die gesamte Versorgungslandschaft stark verändert und die Versorgungsqualität günstig beeinflusst (siehe Kapitel 6.4).

Gesundheitsverwaltung, öffentlicher Gesundheitsdienst und betriebliche Gesundheitsversorgung

Wesentliches Element der Gesundheitsverwaltung der DDR waren die den territorialen Staatsorganen zugerechneten Bezirks- bzw. Kreisärztinnen und -ärzte, die weitreichende Entscheidungs-, Planungs- und Aufsichtsfunktionen in allen Bereichen der regionalen gesundheitlichen Versorgung ausübten. Ihnen unterstanden auch die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen (Sanitätsstellen, Polikliniken, Ambulatorien). Teilweise erfüllten sie zudem Aufgaben, die in der Bundesrepublik vom Öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen werden. So genannte Hygieneinspektionen waren für die Überwachung des Infektionsgeschehens, die Lebensmittelsicherheit und den gesundheitlichen Umweltschutz zuständig. Spezielle Einrichtungen und Beratungsstellen widmeten sich der Gesundheitsfürsorge für Kinder, Jugendliche und Mütter sowie der Durchführung von Impfungen. Ein Teil der in Westdeutschland von kommunalen Gesundheitsämtern übernommenen Aufgaben wurde in der DDR von Polikliniken wahrgenommen.

Bei der Anpassung dieser Strukturen an die der alten Länder waren nach der Wiedervereinigung vielfältige Probleme zu bewältigen. Diese betrafen neben personellen Engpässen sowohl den erheblichen Modernisierungsbedarf als auch die Vermittlung des notwendigen Wissens. Besonders Anstrengungen waren erforderlich, um beispielsweise rasch die Qualität des Trinkwassers zu verbessern (»Soforthilfe Trinkwasser«). Auf

der Basis einer noch vom DDR-Ministerrat erlassenen Verordnung wurden in allen Kreisen und kreisfreien Städten kommunale Gesundheitsämter errichtet. Darüber hinaus wurden z. B. Medizinaluntersuchungs- und Gewerbeaufsichtsämter, kommunale sozialpsychiatrische Dienste und Beratungsstellen sowie Einrichtungen für die Überwachung der Lebensmittelsicherheit und für den Umweltschutz neu aufgebaut bzw. umstrukturiert. Im weiteren zeitlichen Verlauf traten landesgesetzliche Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft. Die in der DDR bestehende Impfpflicht entfiel nach der Wiedervereinigung. Einige ehemals auch in Westdeutschland von öffentlichen Stellen erbrachte Leistungen wie Impfungen wurden mittlerweile dem Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet (BMG 1994, 1998, 2004).

Die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen wurden vielfach aufgelöst oder (zum kleineren Teil bzw. mit reduziertem Leistungsumfang) in die Eigenverantwortung der betrieblichen Träger übernommen. Die arbeitsweltlichen Gesundheitsangebote mussten u. a. auf der Grundlage der Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzgesetze, der Gefahrstoff- und Lärmschutzverordnungen und der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften neu ausgerichtet werden. Dabei waren auch die Vorgaben für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung sowie die (Wieder-)Eingliederung behinderter Menschen zu berücksichtigen.

Weiterentwicklung des gesamtdeutschen Versorgungssystems – Gesundheitsreformgesetze nach der Wiedervereinigung

Seit der Wiedervereinigung traten mehrere Gesetze in Kraft, welche zu teilweise weitgehenden Veränderungen der Rahmenbedingungen des gesamtdeutschen Gesundheitswesens geführt haben. Darüber hinaus wirkten sich die Neuregelung des Rehabilitationsrechtes im SGB IX und die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) auf das Gesundheitsversorgungssystem aus. Neben dem Ziel, die Ausgaben- bzw. Kostenentwicklung zu steuern und die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung möglichst stabil zu halten, dienten die Gesundheitsreform-

gesetze vor allem auch der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und der Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies soll sich letztlich durch eine Steigerung von Effektivität und Effizienz der Versorgung günstig auf die Ausgaben auswirken. Im Folgenden wird ein kursorischer Überblick über einige wichtige gesetzlichen Neuregelungen und Entwicklungen gegeben.

Wesentliche Trends der letzten 20 Jahre betreffen:

- ▶ die Förderung der intersektoralen und interdisziplinären Vernetzung, Kooperation und Koordination (u. a. durch integrierte Versorgungsmodelle, Zentrenbildung, trägerübergreifende Beratungsstellen),
- ▶ eine vermehrte Berücksichtigung von Qualitätsaspekten (u. a. durch verbindliche externe Qualitätssicherung in immer mehr Versorgungsbereichen, Mindestmengenregelungen, Qualitätsberichte),
- ▶ die Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (u. a. durch Aufnahme entsprechender Maßnahmen in den Leistungskatalog der GKV),
- ▶ die Förderung von Bürger- und Patientenpartizipation (u. a. durch Einbeziehung in Entscheidungsprozesse) und Transparenz (u. a. durch Qualitätsberichte),
- ▶ die Steigerung des Wettbewerbs unter Kassen und Leistungserbringern mit einer Flexibilisierung von Vertragsbeziehungen,
- ▶ die Einführung morbiditätsorientierter Vergütungselemente und eines morbiditätsorientierten Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen,
- ▶ die Etablierung von Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin (u. a. bei der Entscheidung über die Leistungspflicht der GKV),
- ▶ eine verstärkte Regulierung des Arzneimittelsektors (u. a. durch Festbeträge für bestimmte Präparategruppen, Aut-idem-Regelung, Rabatt-Verträge),
- ▶ die Umstellung der stationären Vergütung auf Fallpauschalen mit dem Ziel einer vereinheitlichten, leistungsorientierten Vergütung,
- ▶ die Stärkung der hausärztlichen Versorgung (u. a. durch Hausarztverträge nach § 73b SGB V),
- ▶ eine bessere Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen (u. a. durch Disease Management Programme, Aufnahme der geriatrischen Rehabilitation in den Leistungskatalog der GKV),
- ▶ die Bevorzugung ambulanter Leistungserbringung (u. a. durch Regelungen zum ambulanten Operieren, Förderung ambulanter Rehabilitation).

Am Beispiel der ambulanten (vertrags-)ärztlichen Versorgung lassen sich die Vielschichtigkeit und die Interaktionen dieser Entwicklungen etwas näher darstellen. Mit dem Ziel einer effizienteren und besser auf die Bedürfnisse chronisch kranker und älterer Menschen abgestimmten medizinischen Versorgung wurden im ambulanten Bereich gezielt Anreize zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, der fach- und sektorenübergreifenden Versorgung und der qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen gesetzt. Hierzu wurden u. a. spezielle Hausarzttarife für Versicherte im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), sektorenübergreifende Versorgungsformen (Strukturverträge nach § 73a, Integrierte Versorgung nach §§ 140a-140d SGB V), strukturierte Programme für chronisch Kranke (Disease Management Programme (DMP)) und Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) eingeführt. Basis der seit 2004 möglichen Teilnahme von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung ist die enge fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Heilberufen unter einem Dach. Damit wird die Organisationsform der DDR-Polikliniken aufgegriffen und neu etabliert.

Über die Beteiligung an der Integrierten Versorgung, DMP und MVZ, das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V), die ambulante Versorgung bei seltenen Erkrankungen (§ 116b SGB V) und Regelungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V) werden zudem Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung einbezogen. Ferner haben Vorgaben zur standardisierten Dokumentation, zum Qualitätsmanagement und zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln die vertragsärztliche Tätigkeit seit der Wiedervereinigung stark verändert. Im Jahr 2009

wurde außerdem eine tiefgreifende Reform der vertragsärztlichen Vergütung eingeleitet, die verstärkt Leistungskomplexe und Kostenpauschalen beinhaltet. Insgesamt ist die Entwicklung im ambulanten Versorgungsbereich in den letzten Jahren geprägt von Maßnahmen zur Stärkung der koordinierenden Funktion der Hausärzte, zunehmender Wettbewerbs- und Qualitätsorientierung, Flexibilisierung von Vertrags- und Versorgungsstrukturen, Vernetzung und Komplexität.

Von besonderer Bedeutung für die Abschätzung der allgemeinen Entwicklung der in diesem Bericht dargestellten Gesundheitsindikatoren für Deutschland insgesamt und auch für die verschiedenen Regionen dürften die folgenden gesetzlichen Maßnahmen sein (RKI 2009; Busse, Riesberg 2005):

- ▶ Ausgehend vom Gesundheitsreformgesetz von 1989, das u. a. mehrere Zuzahlungen und das Festbetragssystem bei Arznei- und Hilfsmitteln einführt, die Kostenübernahme von Bagatellarzneimitteln abschafft, aber auch Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmaßnahmen einführt, sind mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 weitere restriktive Maßnahmen vollzogen worden (bei Arzneimitteln, Zahnersatz, Budgetierung bis 1995).
- ▶ Die Vergütung von stationären Aufenthalten wurde bis 1993 fast nur über Tagessätze geregelt. Danach begann die schrittweise Einführung von Fallpauschalen. Mit dem Fallpauschalengesetz von 2002 und flankierende gesetzliche Regelungen wurde die Umstellung der Vergütung auf Diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) ab 2004 für die Krankenhäuser verpflichtend. Ziel ist eine schrittweise Angleichung der Vergütung für vergleichbare Leistungen innerhalb Deutschlands.
- ▶ Im Jahr 1997 wurden mehrere Gesetze zur Reduzierung der Ausgaben im Gesundheitsbereich erlassen, die zu Einschränkungen des Leistungskataloges führten. So wurden beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel nur noch für drei Wochen bewilligt, Kurleistungen gekürzt, Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und bei Krankenhausaufenthalt erhöht und Brillenfassungen aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen. Starke Leistungseingrenzungen gab es auch beim Zahnersatz.
- ▶ Nach dem Regierungswechsel 1998 wurden mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz Zahnersatzleistungen wieder in höherem Umfang von der GKV übernommen und Zuzahlungen reduziert. In der Gesundheitsreform 2000 wurden Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation gestärkt.
- ▶ Im Jahr 2002 wurden die Arznei- und Heilmittelbudgets abgeschafft. Ein Jahr später musste jedoch aufgrund der Ausgabensteigerungen mit Abschlägen auf Arzneimittelpreise und Rabatte für die Krankenkassen nachgesteuert werden. Im Beitragssicherungsgesetz von 2003 wurden außerdem Höchstpreise für Zahntechnik gesenkt, den Ärzten eine Nullrunde verordnet und der Krankenkassenbeitrag festgeschrieben.
- ▶ Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das im Jahr 2004 in Kraft trat, enthielt u. a. folgende Regelungen: der Arbeitgeberanteil bei den Versicherungsbeiträgen wurde gekürzt, auf Betriebsrenten wird der volle Beitrag fällig, Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel wurden auf 10 % der Kosten (max. 10 Euro) erhöht und für Krankenhausaufenthalte auf 10 Euro pro Tag (max. 280 Euro pro Jahr) festgesetzt. Außerdem wurde eine Praxisgebühr von 10 Euro für jeden ersten Arztbesuch pro Quartal eingeführt, wenn keine Überweisung vorliegt. Wird nur Vorsorge bzw. Früherkennung in Anspruch genommen, entfällt die Praxisgebühr.
- ▶ Die Arzneimittelpreise wurden 2006 für zwei Jahre eingefroren. Schon im GMG war zuvor der Rabatt auf Herstellerpreise auf 16 % erhöht worden. Die Kassen können Arzneimittelrabattverträge mit den Herstellern abschließen. Die Rezeptgebühr kann bei preiswerten Medikamenten (30 % unter Festbetrag) erlassen werden.
- ▶ Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2007 enthielt u. a. folgende Neuregelungen: Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, Rehabilitations- sowie Palliativmaßnahmen wurden Pflichtleistungen in der GKV; ab

2009 gibt es eine Krankenversicherungspflicht in Deutschland; auch private Krankenkassen müssen einen Basistarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht, wobei kein Versicherungswilliger von der Kasse abgelehnt werden kann (Kontrahierungszwang); außerdem können privat Versicherte preiswerter ihre Kasse wechseln; mit der Einführung des Gesundheitsfonds gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz; Krankenkassen können Wahltarife einführen und Beiträge bis zu 1% des beitragspflichtigen Einkommens zusätzlich erheben oder zurück erstatten.

Bei der Interpretation der in diesem Gesundheitsbericht beschriebenen gesundheitlichen Entwicklungen sind die Veränderungen der Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Auch eher formale Änderungen, wie z. B. der Wechsel des Diagnoseschlüssels ICD-9 nach ICD-10 in der Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnostik, ambulanten Versorgung und in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik, können zu Brüchen in Zeitreihen führen.

Fazit

Durch die Wiedervereinigung wurde ein tiefgreifender Wandel des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen Versorgung in den neuen Bundesländern ausgelöst. Der Angleichungsprozess an die westdeutschen Strukturen erfolgte in einigen Bereichen, vor allem in der vertragsärztlichen und akutstationären Versorgung sowie im Arzneimittelsektor, sehr schnell, so dass bereits nach wenigen Jahren ähnliche Bedingungen wie in den alten Bundesländern vorzufinden waren. Entsprechend rasch konnten Versorgungsdefizite, die in der DDR z. B. hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren bestanden hatten, beseitigt werden. Durch die hohen Investitionen in baulichen Sanierungsmaßnahmen bzw. Neubauten wurden die Unterbringungsbedingungen stationärer Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftiger innerhalb kurzer Zeit erheblich verbessert. In den Bereichen, in denen komplexe Versorgungsstrukturen weitgehend neu geschaffen werden mussten

(und das privatwirtschaftliche Interesse teilweise geringer war), wie etwa bei der rehabilitativen, der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen oder pflegerischen Versorgung, verlief der Aufbau etwas weniger dynamisch, kann aber mittlerweile auch hier als weitgehend abgeschlossen gelten. Einige Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur der GKV und deren Einnahmen bestehen dagegen aufgrund der unterschiedlichen sozialen Lage in den neuen und alten Bundesländern weiter.

Nicht nur in den neuen Ländern haben sich in den letzten 20 Jahren die ökonomischen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens stark verändert. Angesichts der wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung, des medizinisch-technologischen Fortschritts und neuer gesellschaftlicher und politischer Zielsetzungen war das gesamte Gesundheitssystem weitreichenden Reformen ausgesetzt. Auch in Zukunft wird es einem evolutionären Wandel unterworfen sein, soll am Ziel einer für alle zugänglichen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bei vertretbarer ökonomischer Belastung des Einzelnen und der Gesellschaft festgehalten werden.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (1994) Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (1998a) Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (1998b) Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1997. Statistischer und finanzieller Bericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn (Weitere Jahrgänge ab 1992)
- Bundesministerium für Gesundheit (2004) Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung des Gesundheitswesens. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2009) Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2008 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13). Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Busse A, Riesberg A (2005) Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums

- für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen
- Richter EA (2001) Stecken geblieben: Ansätze vor 38 Jahren. Psychiatrie in der DDR. Deutsches Ärzteblatt 98: A307–A310
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 45. RKI, Berlin
- Roth H (2009a) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (I). Deutsches Ärzteblatt 106: A1190–A1193
- Roth H (2009b) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (II). Deutsches Ärzteblatt 106: A1242–A1246
- Statistisches Bundesamt (2009a) Gesundheitsausgabenrechnung, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
www.gbe-bund.de (Stand: 9.7.2009)
- Statistisches Bundesamt (2009b) Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
www.gbe-bund.de (Stand: 1.7.2009)
- Wasem J (1997) Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York

3 Wie hat sich die Gesundheit der Menschen in Ost- und Westdeutschland entwickelt?

3.1 Lebenserwartung / Mortalität

- ▶ Zu Beginn der 1990er-Jahre zeigte sich ein Ost-West-Unterschied in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zu Ungunsten der neuen Bundesländer.
- ▶ Der Gewinn an Lebenserwartung ist in den neuen Bundesländern inzwischen insgesamt größer als in den alten Bundesländern. Die verbleibenden Ost-West-Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt sind erheblich geschrumpft.
- ▶ Die Sterblichkeitsverhältnisse von Ost- und Westdeutschland haben sich bisher für Frauen stärker angeglichen als für Männer.
- ▶ Die Sterblichkeit unter 65 Jahren (so genannte vorzeitige Sterblichkeit) ist für die Frauen, anders als für Männer, in den neuen Bundesländern inzwischen niedriger als in den alten Bundesländern.
- ▶ Der Sterblichkeits-Abstand der 15- bis 64-jährigen Männer aus den neuen Bundesländern zu den Gleichaltrigen aus den alten Bundesländern hat sich seit Jahren nicht verringert.

Die Entwicklung von Lebenserwartung und Sterblichkeit erlaubt Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Eine Reihe von Indikatoren zur Sterblichkeit (siehe Glossar) sind deshalb grundlegende Gesundheitsindikatoren, die in vielfachem Kontext herangezogen werden: Zum Beispiel bei internationalen und regionalen Vergleichen oder auch für Langzeitanalysen im Zusammenhang mit Überlegungen zur demografischen Entwicklung und zur Nachhaltigkeit von Veränderungen.

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt war 1991/93 in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern (Frauen 79,5 vs. 77,2 Jahre; Männer 73,1 vs. 69,9 Jahre). Sie stieg bis 2005/07 in Deutschland insgesamt um 3,2 Jahre bei den Frauen und 4,4 Jahre bei den Männern. Der Unterschied der mittleren Lebenserwartung bei Geburt betrug 1991/93 zwischen Ost und West noch 2,3 Jahre bei den Frauen und bei den Männern sogar 3,2 Jahre (siehe Tabelle 3.1.1). Auch 2005/07 gab es noch Ost-West-Unterschiede bei der mittleren Lebenserwartung bei Geburt, diese sind aber mit 0,3 Jahren bei den Frauen und 1,4 Jahren bei den Männern wesentlich geringer. Der Gewinn an Lebenserwartung war in diesem Zeitraum für die neuen Bundesländer größer als für die alten Bundesländer. Die Lebenserwartung bei

Tabelle 3.1.1

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung (mit 65 Jahren) im Zeitvergleich

Quelle: Bevölkerungsstatistik

	Frauen		Männer	
	1991/93	2005/07	1991/93	2005/07
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt				
Deutschland	79,0	82,2	72,5	76,9
NBL	77,2	82,0	69,9	75,8
ABL	79,5	82,3	73,1	77,2
Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren				
Deutschland	18,0	20,3	14,3	16,9
NBL	16,7	19,9	13,3	16,4
ABL	18,4	20,4	14,6	17,0

NBL: 1991/93 einschließlich Berlin-Ost, 2005/07 ohne Berlin-Ost

ABL: 1991/93 einschließlich Berlin-West, 2005/07 ohne Berlin

Geburt betrug 2005/07 für die Frauen 82,25 Jahre (ABL 82,3; NBL 82,0) und für die Männer 76,9 Jahre (ABL 77,2; NBL 75,8). Die Sterblichkeitsverhältnisse haben sich damit für die Frauen bisher stärker angeglichen als für die Männer.

Die Ost-West-Unterschiede beziehen sich auf Durchschnittswerte, aber bedeuten nicht, dass alle neuen Bundesländer eine geringere Lebenserwartung als alle alten Bundesländer haben. Die Spanne der mittleren Lebenserwartung bei Geburt für Deutschland reichte 2005/07 für die Frauen von 81,0 Jahren (Saarland) bis 83,2 Jahren (Baden-Württemberg), für die Männer von 74,9 (Mecklenburg-Vorpommern) bis 78,3 Jahre (Baden-Württemberg).

In Abbildung 3.1.1 sind für jedes Bundesland jeweils für Frauen und Männer die Werte der allgemeinen Sterblichkeit zu drei Zeitpunkten dargestellt und jeweils durch einen nach unten gerichteten Pfeil verbunden, der die Verringerung der Sterblichkeit verdeutlicht.

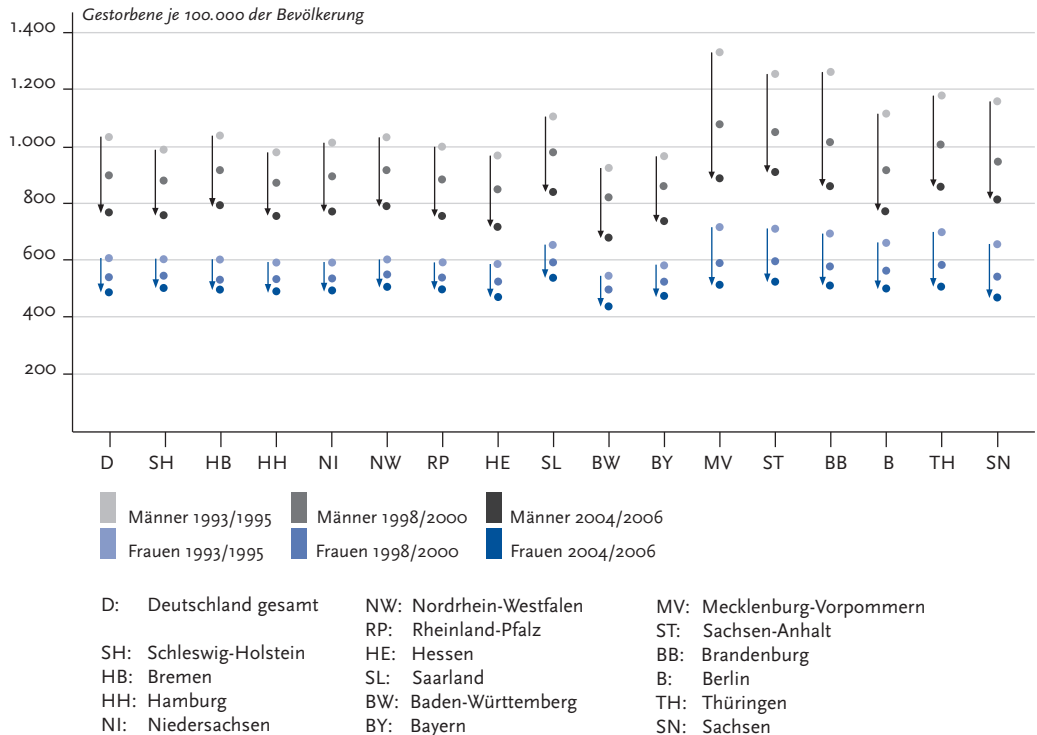
Die allgemeine Sterblichkeit war in den Jahren nach der Wiedervereinigung in allen neuen Bundesländern sowohl bei Frauen als auch bei Männern höher als in allen alten Bundesländern (siehe Abbildung 3.1.1). Betrachtet man die Entwicklung der Sterblichkeit in den beiden dargestellten Zeiträumen von 1993/95 bis 1998/2000 und von 1998/2000 bis 2004/06, so ist unter anderem sichtbar, dass bei den Frauen in allen Bundesländern und bei den Männern in den neuen Bundesländern die Verringerung im ersten Zeitraum größer war als im zweiten. Es wird außerdem deutlich, dass sich die Abstände zwischen den Bundesländern mit der jeweils höchsten und jeweils niedrigsten Sterblichkeit bei Frauen und Männern verringert haben.

Ein Beispiel dafür, dass sich Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern erheblich verändern können und gleichzeitig dafür, dass regionale Muster für Frauen und

Abbildung 3.1.1

Allgemeine Sterblichkeit in den Jahren 1993/95, 1998/2000 und 2004/06 (jeweils 3-Jahres-Durchschnitte) (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik, eigene Darstellung



Männer sehr verschieden sein können, ist der Indikator der Sterblichkeit unter 65 Jahren (so genannte vorzeitige Sterblichkeit) (siehe Abbildung 3.1.2). Während noch bis zur Jahrtausendwende die vorzeitige Sterblichkeit auch für die Frauen in den neuen Bundesländern höher war als in den alten Bundesländern, zeigt sich nun, dass die Werte für die neuen Bundesländer eher günstiger sind als die für die alten Bundesländer, deren Durchschnitt über dem der neuen Bundesländer liegt. Für die Männer sind die regionalen Verhältnisse anders, hier haben die neuen Bundesländer ungünstigere Werte (siehe Abbildung 3.1.2).

Die Dynamik der Sterblichkeitsentwicklung und die Proportionen der Werte in den neuen Bundesländern zu denen in den alten Bundeslän-

dern stellen sich für die Altersgruppen und die Geschlechter sehr differenziert dar. Unterschiedlich waren auch die Ausgangspositionen Ende der 1980er-Jahre.

Am gleichmäßigsten verlief die Entwicklung der Sterbeziffer für die über 65-Jährigen (siehe Abbildung 3.1.3). Bis auf eine leichte Stagnation 1992/93 und 2002/03 gab es einen stetig sinkenden Trend. Dabei sank die Sterblichkeit von 1988 bis 2000 in den neuen Bundesländern stärker als in den alten Bundesländern, sodass für diese Altersgruppe ein deutlicher Anpassungsprozess zu verzeichnen war. Seit ungefähr 2001 verringerten sich die Abstände zwischen neuen und alten Bundesländern kaum noch, bei Frauen ist der Unterschied allerdings gering. Betrug 1988 die Sterblichkeit der über 65-Jährigen in der DDR

Abbildung 3.1.2
Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren) nach Bundesländern 2004/06 (im 3-Jahres-Durchschnitt),
Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
Quelle: Todesursachenstatistik

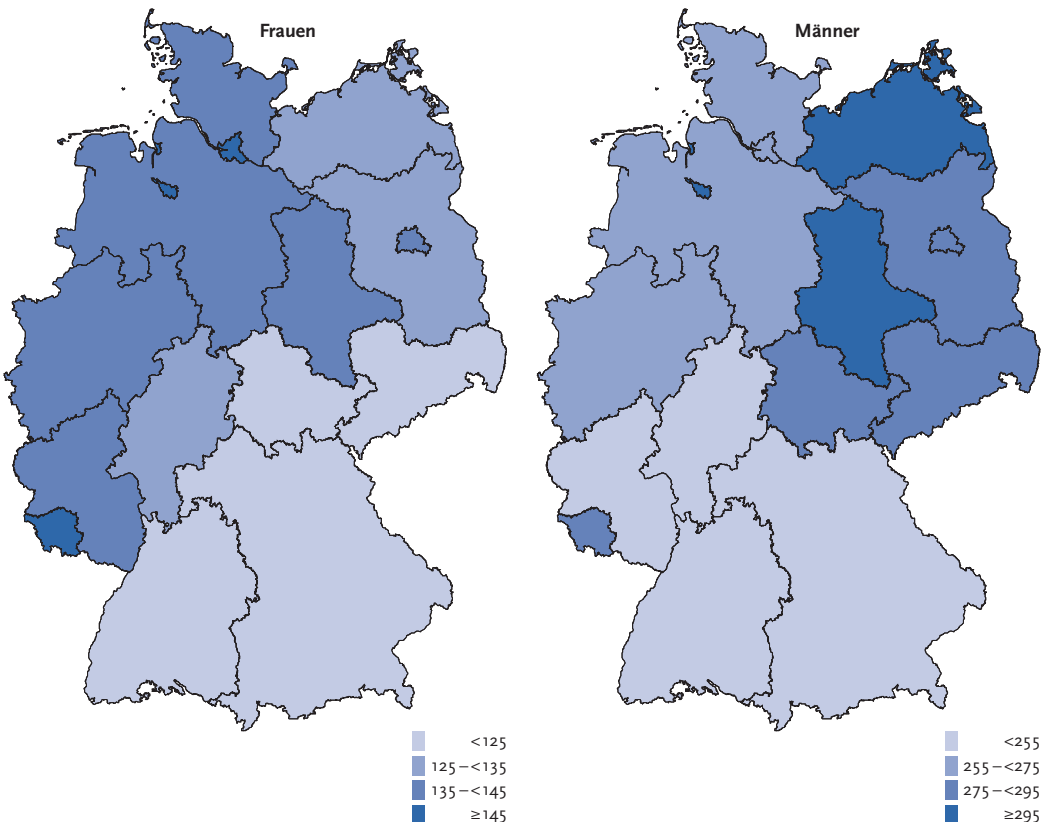
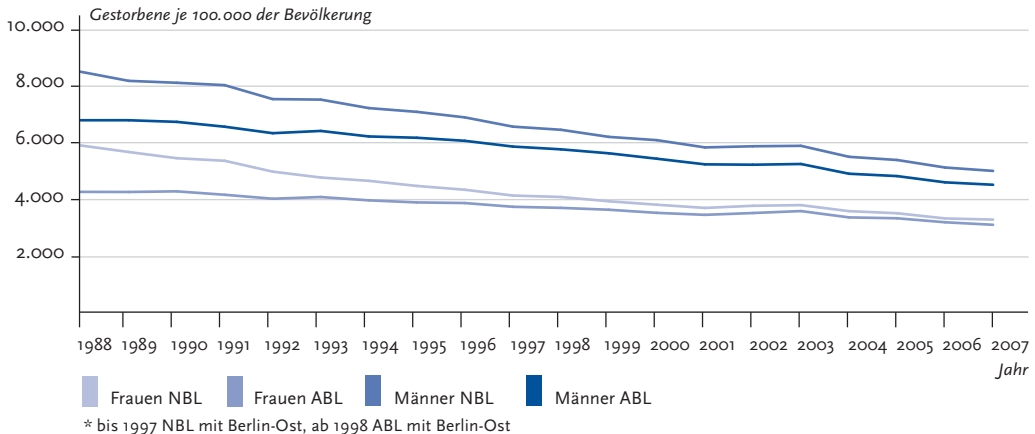


Abbildung 3.1.3

Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung) 1988 bis 2007

Altersgruppe: 65 Jahre und älter

Quelle: Todesursachenstatistik*



noch 139 % (weiblich) bzw. 125 % (männlich) von der in der BRD (100 %), hat sich dieses Verhältnis 2007 auf 107 % für die Frauen und 111 % für die Männer angenähert.

Bei den 45- bis 64-Jährigen (siehe Abbildung 3.1.4) stellen sich die Verhältnisse etwas anders dar. 1988 lag die Sterblichkeit in der DDR bei 131 % (weiblich) bzw. 128 % (männlich) im Verhältnis zu der in der BRD. Nach der Wiedervereinigung stieg die Sterblichkeit in den neuen Bundesländern kurzzeitig an – bei den Frauen leicht, bei den Männern deutlich. Danach setzte dann auch dort ein fallender Trend ein, der in den neuen Bundesländern stärker war als der gleichbleibende, allmähliche Rückgang in den alten Bundesländern. Für die Frauen war 1999 die Angleichung erreicht, die Werte für die neuen Bundesländer lagen ab 2000 sogar unter denen der alten Bundesländer. Die Sterbeziffer der 45- bis 64-jährigen Männer bleibt jedoch seit 2000 rund ein Fünftel über der der alten Bundesländer, eine weitere Annäherung zeichnet sich momentan nicht ab.

Am problematischsten war die Sterblichkeitsentwicklung nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern für die Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen (siehe Abbildung 3.1.5). Der Sterblichkeitsanstieg 1990/91 war noch stärker als bei den 45- bis 64-Jährigen und besonders groß bei den Männern. Danach setzte jedoch ein deutlich sinkender Trend ein, so dass die 15- bis

44-jährigen Frauen 1993, die Männer allerdings erst 1997 wieder die Höhe der Sterblichkeit von 1988 erreichten. Bei den Frauen hatten sich bis zur Jahrtausendwende die Sterblichkeiten der neuen und alten Bundesländer im Durchschnitt weitgehend angenähert, die 15- bis 44-jährigen Frauen in den neuen Bundesländern haben eine geringfügig höhere Sterblichkeit als der Durchschnitt der alten Bundesländer. Bei den 15- bis 44-jährigen Männern hingegen hält sich eine erhebliche Ost-West-Diskrepanz: In den neuen Bundesländern ist diese Sterblichkeit um rund ein Drittel höher und damit die Ost-West-Propor-tion noch größer als bei den 45- bis 64-jährigen Männern.

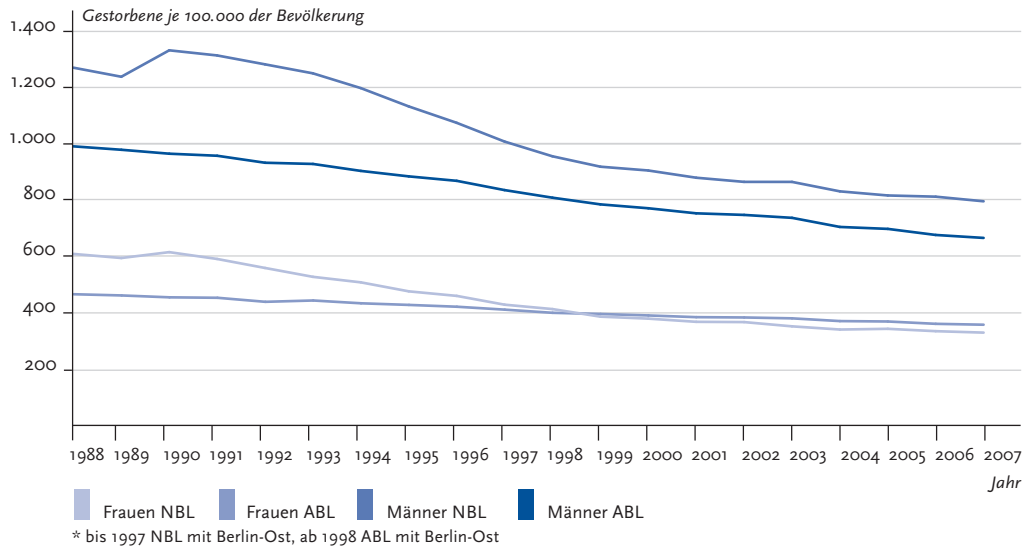
Die Sterblichkeit der 0- bis 14-Jährigen hatte 1988 von allen Altersgruppen die geringste Ost-West-Diskrepanz (weiblich 112 %, männlich 107 %). Die natürliche Sterblichkeit (das heißt ohne Todesfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen) in dieser Altersgruppe war 1989 quasi gleich in Ost und West. 1990 kam es zum kurzzeitigen Anstieg der Sterbeziffer bei Mädchen und Jungen in Ostdeutschland. Die Werte kehrten aber schnell in einen sinkenden Trend zurück und waren im Jahr 2000 nahezu angeglichen. Von 1991 bis 2007 ist die Sterblichkeit der Mädchen und Jungen in den neuen Bundesländern um rund die Hälfte, in den alten Bundesländern um rund zwei Fünftel gesunken.

Abbildung 3.1.4

Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung) 1988 bis 2007

Altersgruppe: 45 bis 64 Jahre

Quelle: Todesursachenstatistik*



Von den dargestellten Altersgruppen haben die 45- bis 64-jährigen Frauen im Osten Deutschlands das günstigste Ergebnis im Ost-West-Vergleich: Seit der Jahrtausendwende ist ihre Sterblichkeit in den neuen Bundesländern insgesamt niedriger als in den alten Bundesländern. Deshalb ist es plausibel, dass die vorzeitige Sterblichkeit unter 65

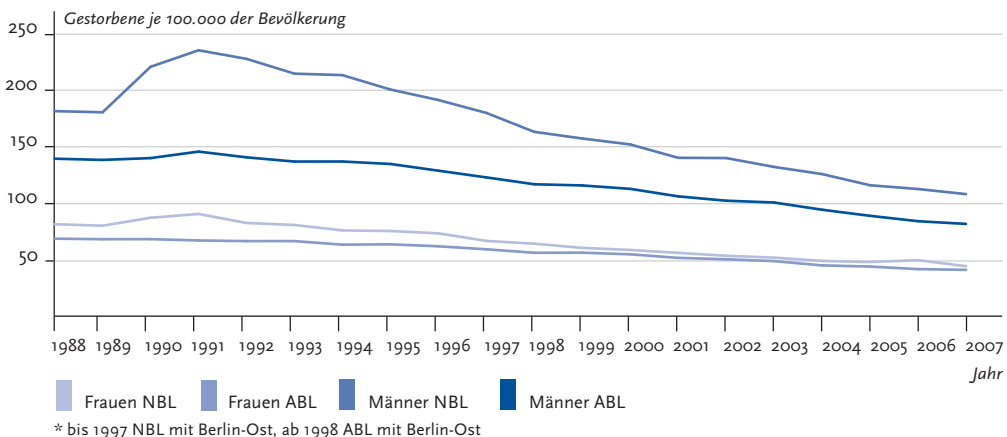
Jahren bei den Frauen in den neuen Bundesländern inzwischen geringer ist als in den alten Bundesländern. Für die 0- bis 14-jährigen Mädchen und Jungen sind inzwischen keine (interpretierbaren) Ost-West-Unterschiede der allgemeinen Sterblichkeit mehr zu verzeichnen. Bezüglich der Entwicklung der Sterblichkeit bleiben die 15- bis

Abbildung 3.1.5

Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung) 1988 bis 2007

Altersgruppe: 15 bis 44 Jahre

Quelle: Todesursachenstatistik*



64-jährigen Männer die Gruppe, bei der die Ost-West-Proportion am größten ist. Zudem hat sich der Abstand zwischen dem Durchschnitt der neuen Bundesländer und dem der alten Bundesländer für diese männliche Altersgruppe seit Jahren nicht verringert. Bei der Sterblichkeit der 15- bis 44-jährigen Männer ist es so, dass (auch) 2007 ausnahmslos alle neuen Bundesländer höhere Werte haben als alle alten Bundesländer. Bei den 45- bis 64-jährigen Männern trifft das fast genauso zu, Ausnahmen bilden Bremen und das Saarland, für die diese Sterblichkeit im Wertebereich der neuen Bundesländer lag.

Die Gründe für die bleibenden Ost-West-Unterschiede der Sterblichkeit, insbesondere bei den 15- bis 64-jährigen Männern, sind sicher vielfältig und haben vermutlich auch mit den sozioökonomischen Lebensverhältnissen (siehe auch Kapitel 2) sowie dem Gesundheits- und Risikoverhalten (siehe auch Kapitel 4) zu tun. Die Todesursachenstatistik weist für die 15- bis 44-jährigen Männer Ost-West-Unterschiede vor allem bei Unfällen, alkoholischer Leberkrankheit, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Neubildungen aus. Bei den 45- bis 64-jährigen Männern gibt es dort die größten Unterschiede hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Krankheiten und der Krankheiten des Verdauungssystems (sehr dominierend auch hier die alkoholische Leberkrankheit), daneben erheblich auch bei den Neubildungen und den Unfällen.

Für die Entwicklung von Lebenserwartung und Sterblichkeit in Deutschland seit der Wiedervereinigung ist zusammenfassend festzustellen, dass die Lebenserwartung in Ost- und Westdeutschland für Frauen und Männer angestiegen ist, die allgemeine Sterblichkeit erheblich gesunken ist, sich die Sterblichkeitsverhältnisse in Ost- und Westdeutschland bisher für die Frauen stärker angeglichen haben als für die Männer und dass es bei den Männern, insbesondere den 15- bis 64-jährigen, bezüglich der Sterblichkeit bleibende Ost-West-Unterschiede gibt.

Literatur

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

3.2 Subjektive Gesundheit

- ▶ Nach dem Fall der Mauer schätzten jüngere Erwachsene aus den neuen Bundesländern ihren Gesundheitszustand teilweise besser ein als Personen aus den alten Bundesländern.
- ▶ Auch Ende der 1990er-Jahre war diese Tendenz im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter noch festzustellen.
- ▶ Mittlerweile zeigen sich bei Kindern und jüngeren Erwachsenen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen neuen und alten Ländern mehr.
- ▶ Über alle Zeitpunkte hinweg wird jedoch im höheren Alter die eigene Gesundheit von Personen aus den alten Bundesländern besser eingeschätzt als von Personen gleichen Alters aus den neuen Bundesländern.

In Deutschland ist die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten gestiegen, wie das vorangegangene Kapitel zeigen konnte. Die Säuglings- und Müttersterblichkeit hat sich verringert, und die Bedrohung durch schnell verlaufende, oft tödliche Infektionskrankheiten ist gesunken. Dagegen haben die chronisch-degenerativen Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, zugenommen. Diese zählen zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Ländern; allerdings leben viele Menschen auch jahrelang mit diesen Krankheiten. Somit rücken subjektive Belastung, subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität in das Blickfeld von Public Health. Der subjektive Gesundheitszustand wird ergänzend zu Morbidität und Mortalität als Gesundheitsindikator herangezogen. Darüber hinaus hat sich, unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand, gezeigt, dass die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit dem Sterblichkeitsrisiko assoziiert ist (Benyamini et al. 2003; Idler, Benyamini 1997; Schwarze et al. 2000). Nicht zuletzt entscheidet der erlebte und wahrgenommene Gesundheitszustand mit über die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Daher sind zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung Diagnose- und

Behandlungsdaten von Krankenkassen allein nur ungenügend geeignet. Maße der subjektiven Gesundheit erfassen die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. In vielen Fällen sind sie für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ebenso wichtig oder sogar wichtiger als objektiv messbare Größen.

Die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes zu Beginn der 1990er-Jahre zeigen, dass insgesamt 45,2 % der Teilnehmenden ihre Gesundheit auf einer fünfstelligen Skala als sehr gut und gut bezeichnen (43,5 % der Frauen, 47 % der Männer). Die Differenz zwischen den neuen und alten Bundesländern ist insgesamt betrachtet gering (neue Bundesländer 44,9 %, alte Bundesländer 45,3 %). Der Anteil der 25- bis 39-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut einschätzen, ist bei den Männern aus den neuen Bundesländern deutlich höher als bei Personen aus den alten Bundesländern (siehe Tabelle 3.2.1). Ab einem Alter von ca. 40 Jahren treten bei Männern kaum noch Unterschiede zwischen alten und neuen Ländern bezüglich der Gesundheitseinschätzung auf. Bei den Frauen wird ab diesem Alter der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut einschätzen, in den alten Bundesländern größer als in den neuen Bundesländern.

Ende der 1990er-Jahre schätzen bereits 66,1 % der Deutschen ihren Gesundheitszustand als

Tabelle 3.2.1
Einschätzung des Gesundheitszustandes als sehr gut und gut in den Jahren 1990/92 und 1998
Quelle: NUS90/92, BGS98

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	NBL	ABL	NBL	ABL
NUS90/92				
25–39 Jahre	62,5 %	60,9 %	69,2 %	61,6 %
40–54 Jahre	34,7 %	43,4 %	41,6 %	42,1 %
55–69 Jahre	20,0 %	26,1 %	28,4 %	26,6 %
BGS98				
25–39 Jahre	81,7 %	76,2 %	79,7 %	80,8 %
40–54 Jahre	65,7 %	64,7 %	72,7 %	65,3 %
55–69 Jahre	47,0 %	52,6 %	50,6 %	52,4 %

sehr gut und gut ein. Dies betrifft 64,0 % der Frauen und 68,3 % der Männer. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind weiterhin gering: in den neuen Bundesländern berichten 66,5 % und in den alten 66,0 % von einer sehr guten und guten Gesundheit. Im Altersgang zeigt sich, dass Personen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter aus den neuen Bundesländern ihren Gesundheitszustand häufiger als sehr gut und gut beurteilen als jene aus den alten Bundesländern (siehe Tabelle 3.2.1). Ab einem Alter von etwa 50 Jahren bei den Frauen und 60 Jahren bei den Männern wird die eigene Gesundheit häufiger positiv von Personen aus den alten Bundesländern eingeschätzt.

In den Jahren 2003 und 2009 ist der Anteil der Deutschen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut beurteilen, weiter auf 70,2 % bzw. 70,7 % angestiegen. Männer beschreiben ihren Gesundheitszustand insgesamt häufiger als

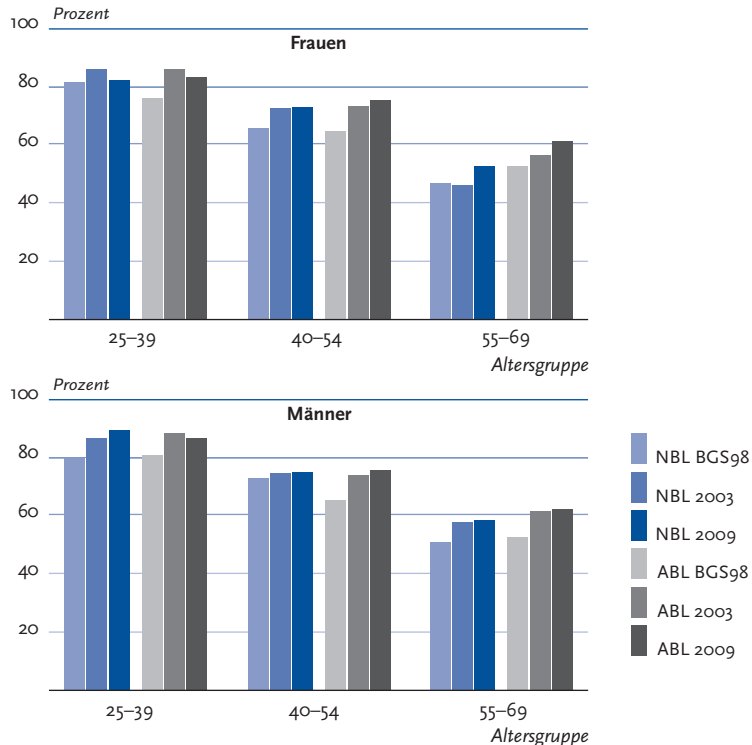
sehr gut und gut im Vergleich zu Frauen (73,8 % vs. 66,9 % im Jahr 2003 und 73,4 % und 68,2 % im Jahr 2009). Zwischen den neuen und alten Bundesländern sind kaum Unterschiede zu erkennen: in den neuen Bundesländern 69,0 % bzw. 68,9 % und in den alten Bundesländern 73,3 % bzw. 71,5 %. Im Altersgang unterscheiden sich Personen aus den neuen und alten Bundesländern in den Altersgruppen bis etwa 54 Jahre kaum (siehe Abbildung 3.2.1). Die über 55-Jährigen aus den alten Bundesländern geben häufiger eine sehr gute und gute Gesundheitseinschätzung ab als Personen aus den neuen Bundesländern. Allerdings treten diese Unterschiede bei den Frauen deutlicher hervor als bei den Männern.

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde die selbsteingeschätzte Gesundheit erfragt. Für die 0- bis 17-Jährigen Kinder und Jugendlichen gaben die Eltern eine Einschätzung des Gesundheitszustandes ab;

Abbildung 3.2.1

Einschätzung der Gesundheit als sehr gut und gut nach Altersgruppen 1998, 2003 und 2009

Quelle: BGS98, GSTelo3, GEDA09



zusätzlich beurteilen die 11- bis 17-Jährigen ihre Gesundheit selbst.

Mehr als 90 % der befragten Eltern der 0- bis 11-Jährigen schätzt deren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein (Lange et al. 2007). Auch bei den Jugendlichen liegt der Anteil derer, die ihren eigenen Gesundheitszustand positiv sehen über 80 %. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Jugendlichen, die ihren Gesundheitszustand als positiv einschätzen ab. Dies liegt insbesondere daran, dass der Gesundheitszustand weniger häufig als sehr gut beurteilt wird. Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern treten nicht eindeutig auf. In den Altersgruppen zeigen sich Abweichungen, die keinem eindeutigen Muster folgen.

Fazit

In den ersten zehn Jahren nach der Wiedervereinigung ließ sich bei jüngeren Erwachsenen eine teilweise bessere Gesundheitseinschätzungen bei Personen aus den neuen, verglichen mit jenen aus den alten Bundesländern beobachten. Mittlerweile sind bei Kindern und jüngeren Erwachsenen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern mehr festzustellen. Über den gesamten Zeitraum der letzten 20 Jahre schätzen jedoch in den alten Bundesländern Frauen ab 50 Jahren, und Männer ab 60 Jahren, ihre Gesundheit deutlich besser ein als in den neuen Ländern. Auch die schlechtere Gesundheitseinschätzung der Frauen im Vergleich zu Männern sowie mit zunehmendem Alter bleibt über die Jahre konstant. Da sich zwischen den einzelnen Surveys sowohl die Erhebungsmodi (schriftliche vs. telefonische Befragung) als auch die Antwortkategorien geändert haben, ist ein Vergleich über die Zeit anhand dieser Daten allerdings nur eingeschränkt möglich. Die Gründe für die zu beobachtenden Ost-West-Unterschiede in der Gesundheitseinschätzung im höheren Alter sind vielfältig und liegen vermutlich auch in den unterschiedlichen sozio-ökonomischen Lebensverhältnissen sowie dem Gesundheits- und Risikoverhalten begründet.

Literatur

- Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A et al. (2003) Gender differences in the self-rated health-mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *The Gerontologist* 43: 396–405
- Idler E, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung sozio-demografischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 578–589
- Schwarze J, Andersen H, Anger S (2000) Self-rated health and changes in self-rated health as predictors of mortality – First evidence from German panel data. *DIW Diskussionspapiere*, Berlin. Diskussionspapier Nr. 203

3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- ▶ Anfang der 1990er-Jahre war die kardiovaskuläre Mortalität in den neuen Bundesländern höher als in den alten. Dies betraf die Herz-Kreislauf-Mortalität insgesamt, ischämische Herzkrankheiten und die zerebrovaskulären Erkrankungen, aber nicht sonstige Formen der Herzkrankheit wie z. B. Herzinsuffizienz.
- ▶ Bis heute ist sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern die kardiovaskuläre Mortalität für Frauen und Männer rückläufig. Dieser Rückgang ist in den neuen Bundesländern ausgeprägter als in den alten, weshalb es zu einer Annäherung der Sterbeziffern gekommen ist.
- ▶ Die Lebenszeitprävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in den alten Bundesländern höher als in den neuen. Dagegen ist die Inanspruchnahme stationärer Leistungen aufgrund dieser Krankheiten in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland.
- ▶ Tendenziell nehmen innerhalb Deutschlands Herz-Kreislauf-Mortalität und -Morbidität von Nordosten nach Südwesten ab. Ausnahmen von dieser Regel ergeben sich vor allem für die Stadtstaaten und das Saarland.
- ▶ Die beobachteten regionalen Unterschiede entsprechen im Wesentlichen der räumlichen Verteilung bekannter Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt nach wie vor eine sehr hohe Public-Health-Relevanz zu. Der durch diese Erkrankungen verursachte gesellschaftliche Ressourcenverlust entsteht vor allem durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod von Erwerbstätigen. Zudem gehen insbesondere fortgeschrittenere Erkrankungsstadien mit einer reduzierten Lebensqualität der Betroffenen einher. Fast ein Viertel aller Todesfälle vor Erreichen des 65. Lebensjahres waren im Jahr 2007 auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Knapp die Hälfte dieser Fälle ereignete

sich aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten. Auf kardiovaskuläre Erkrankungen entfielen laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2006 rund 15 % aller Kosten.

Im Folgenden werden meist Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt (ICD-10 I00–I99) betrachtet, um die kardiovaskuläre Krankheitslast umfassend abzubilden (siehe Kasten). Dies geschieht u. a. vor dem Hintergrund, dass es parallel zur verbesserten Überlebenswahrscheinlichkeit akuter Ereignisse, wie Herzinfarkt und Schlaganfall, zu einem relativen Anstieg chronischer Erkrankungsformen, wie chronischer ischämischer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Zuständen nach Schlaganfall, gekommen ist. Zudem haben beispielsweise Herzrhythmusstörungen als Morbiditäts- und Mortalitätsursache zugenommen. Schutz- und Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen sind am besten für Herzinfarkt, ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfall untersucht. Bluthochdruck, Tabakkonsum, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht bzw. Adipositas und körperliche Inaktivität sind – in krankheitsspezifischer Gewichtung – bedeutsame Risikofaktoren. Auch psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise soziale Isolation, Depressivität, bestimmte Formen von Stress oder belastende Lebensereignisse, beeinflussen das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko in teilweise geschlechtsspezifischer Weise ungünstig (Ladwig et al. 2005; Rosengren et al. 2004). Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren (siehe Kapitel 2.2 und 7) und der kardiovaskulären Morbidität bzw. Mortalität ist komplex und wird z.T. durch die unterschiedliche Häufigkeit der eben genannten individuellen Risikofaktoren vermittelt (Mackenbach et al. 2000; Breckenkamp et al. 2007; Kunst et al. 1999; Kim et al. 2008).

Insbesondere zu akutem Herzinfarkt und Schlaganfall, liefern die WHO-MONICA-Studien relevante epidemiologische Daten zu entnehmen. An diesen Studien nahmen bis zum Beginn der 1990er-Jahre mehrere west- und ostdeutsche Zentren (Bremen, Augsburg, Chemnitz, Erfurt und Zwickau) teil. Für den Zeitraum von 1985 bis 1989

Die hier verwendete Definition von Herz-Kreislauf-Erkrankungen orientiert sich an der Systematik der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD) und umfasst alle in Kapitel IX der aktuellen Version (ICD-10) aufgeführten Erkrankungen (I00–I99):

- I00–I02 Akutes rheumatisches Fieber (durch Infektion mit bestimmten Bakterien)*
- I05–I09 Chronische rheumatische Herzkrankheiten (vor allem Veränderungen der Herzklappen als Folge einer Entzündung der Herzinnenhaut)*
- I10–I15 Hypertonie (inklusive deren Folgeerkrankungen wie hypertensive Herz- und Nierenerkrankung)*
- I20–I25 Ischämische Herzkrankheiten (vor allem Herzinfarkt)*
- I26–I28 Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (vor allem Lungenembolie)*
- I30–I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit (vor allem Herzinsuffizienz)*
- I60–I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten (vor allem Hirnblutung und Hirninfarkt)*
- I70–I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (vor allem periphere arterielle Verschlusskrankheit)*
- I80–I89 Krankheiten der Venen (vor allem Krampfadern und Thrombosen), der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert*
- I95–I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (u. a. Hypotonie und Krampfadern der Speiseröhre)*

belegen diese Daten beispielsweise eine ähnlich hohe Inzidenz akuter Herzinfarkte in allen Regionen. Bei 25 bis 44 Jahre alten ostdeutschen Männern stieg die Herzinfarktinzidenz in den Jahren 1991 bis 1993 kurzfristig an, was im Wesentlichen auf psychosoziale (Stress-)Faktoren zurückgeführt wird. Die auf der Basis von offiziellen Todesursachenbescheinigungen geschätzte kardiovaskuläre Gesamtmortalität war jedoch – trotz einer Untererfassung solcher Erkrankungen in der DDR bis zur Anpassung der Kodierung ca. 1991 – höher als im Westen (Barth et al. 1996; Barth et al. 1998; Heinemann et al. 1998; Tunstall-Pedoe et al. 1999; Kesteloot et al. 2006).

Prävalenz

Die beiden repräsentativen Untersuchungssurveys des Robert Koch-Institutes NUS90/92 und BGS98 liefern Daten zur Prävalenz bestimmter Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Dabei werden methodisch bedingt nur Erkrankungsfälle erfasst, die überlebt wurden und nicht zu einer Beeinträchtigung geführt haben, die eine Teilnahme an den Surveys verhindert hat. Die Lebenszeitprävalenz des (überlebten) Herzinfarktes hat im zeitlichen Vergleich zwischen 1990/1992 und 1998

bezogen auf ganz Deutschland abgenommen. Der Rückgang ist im Wesentlichen auf eine signifikant niedrigere Infarkthäufigkeit bei Männern aus den alten Bundesländern zurückzuführen. Über alle Altersklassen betrachtet fiel bei diesen die Prävalenz von 4,3 % auf 2,6 %. Der bei westdeutschen Frauen beobachtete Rückgang von 1,7 % auf 1,2 % war nicht signifikant. In den neuen Bundesländern stieg dagegen die selbstberichtete Häufigkeit eines Herzinfarktes bei Männern von 1,9 % auf 2,9 % und bei Frauen von 0,3 % auf 0,8 %. Diese leichte Zunahme könnte angesichts sinkender Infarktsterblichkeit auf ein verbessertes Überleben durch die zunehmende Etablierung moderner Therapieverfahren in den neuen Bundesländern zurückzuführen sein. Im Übrigen ist den Daten ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz des überlebten Herzinfarktes mit dem Alter und dessen häufigeres Auftreten bei Männern der hier verglichenen Altersgruppen zu entnehmen. Auf der Basis der ärztlich erhobenen Daten finden sich im BGS98 keine signifikanten Prävalenzunterschiede zwischen Frauen bzw. Männern der neuen und alten Bundesländer (Wiesner et al. 1999).

Die repräsentative Telefonbefragung »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA09) des Robert Koch-Instituts liefert aktuelle Daten für einen Ost-West-Vergleich der Lebenszeitprävalenz ärztlich diagnostizierter Fälle von Herzinfarkt,

Tabelle 3.3.1

Lebenszeitprävalenz von ärztlich diagnostiziertem Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall in der erwachsenen Bevölkerung nach Selbstangaben 2008/09

Quelle: GEDA09

	Herzinfarkt		Herzinsuffizienz		Schlaganfall	
	NBL	ABL	NBL	ABL	NBL	ABL
Frauen	2,7 %	1,9 %	5,0 %	4,1 %	3,0 %	2,0 %
Männer	4,4 %	4,5 %	4,1 %	4,1 %	1,9 %	2,7 %
Gesamt	3,5 %	3,1 %	4,5 %	4,1 %	2,5 %	2,3 %
18–64 Jahre	1,3 %	1,3 %	1,6 %	1,8 %	0,9 %	1,1 %
ab 65 Jahre	10,0 %	9,0 %	13,4 %	11,3 %	7,1 %	6,1 %

Herzinsuffizienz und Schlaganfall in der erwachsenen Bevölkerung. Ohne Berücksichtigung von Geschlecht und Alter ergeben sich für die neuen Bundesländer (inklusive Berlin) zwar etwas höhere Prävalenzen für alle drei Diagnosen (siehe Tabelle 3.3.1). Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant. Sowohl bei Herzinfarkt und Herzinsuffizienz als auch beim Schlaganfall steigt in Teilen Deutschlands die Lebenszeitprävalenz mit dem Alter deutlich an. In besonderem Maße trifft dies für die Herzinsuffizienz zu. Über mindestens einen erlittenen Herzinfarkt berichteten unabhängig von ihrem Wohnsitz mehr Männer als Frauen.

Als ein wichtiger Indikator für die Verbreitung bestimmter Erkrankungen in der Bevölkerung und die durch sie verursachte volkswirtschaftliche Belastung kann die Häufigkeit stationärer Behandlungen herangezogen werden. Diese wird durch regional unterschiedliche Versorgungsgewohnheiten und -strukturen beeinflusst. Einerseits können hohe stationäre Versorgungskapazitäten bei einer gleichzeitig relativ geringen Dichte (spezialisierten) ambulant tätiger Ärzte zu eher höheren stationären Fallzahlen führen. Einen ähnlichen Effekt kann u.U. auch eine vergleichsweise schlechte Versorgungsqualität haben, die z. B. zu wiederholten stationären Aufnahmen aufgrund von kardialen Ereignissen führt. Andererseits kann eine hohe ambulante Leistungsdichte und -qualität mit einer geringeren Zahl stationärer Aufnahmen einhergehen. Auch individuelle Präferenzen der Betroffenen für oder gegen eine stationäre Behandlung können sich auswirken.

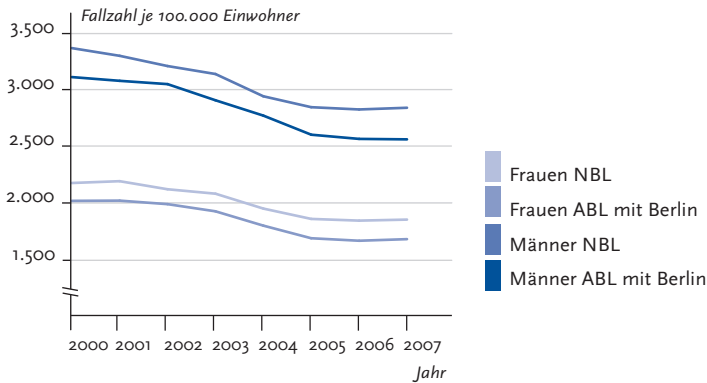
Die zeitliche Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen anhand altersstandardisierter wohnortbezogener Fallzahlen lässt sich erst ab dem Jahr

2000 darstellen (siehe Abbildung 3.3.1). Die Raten von Hauptdiagnosen aus dem kardiovaskulären Bereich sind insgesamt in Ost- und Westdeutschland rückläufig. Insbesondere gilt dies für ischämische Herzerkrankungen und zerebrovaskuläre Erkrankungen. Zu einer Angleichung zwischen den neuen und alten Bundesländern hinsichtlich der stationären Fallraten mit Hauptdiagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung ist es im Zeitraum zwischen 2000 und 2007 nicht gekommen. Sie liegen auch bei altersstandardisierter Betrachtung für Personen aus Ostdeutschland über denen für Einwohner Westdeutschlands.

Die stationären Fallzahlen der Männer übertreffen bei kardiovaskulären Erkrankungen sowohl absolut als auch je 100.000 Einwohner (mit und ohne Altersstandardisierung) die der Frauen. Dies ist (auf unterschiedlichem Niveau) in Ost- wie in Westdeutschland zu beobachten und lässt sich vermutlich auf eine geschlechts- und altersspezifisch unterschiedliche Verteilung der Einzeldiagnosen und damit interferierende unterschiedliche Versorgungsgewohnheiten zurückführen.

Bei altersstandardisierter Betrachtung der stationären Behandlungsfälle aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen weist das Saarland die höchsten Abweichungen vom Bundesdurchschnitt nach oben auf. Es folgen Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Die Reihenfolge dieser Länder variiert je nach Geschlecht. In Sachsen fanden dagegen bei Berücksichtigung der Altersverteilung der Wohnbevölkerung im Jahr 2007 nach Bremen, Hamburg, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein die wenigsten stationären Aufnahmen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen statt. Im Allgemeinen korrespondiert eine hohe kardiovas-

Abbildung 3.3.1
Stationäre Fallzahl mit Hauptdiagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung 2000 bis 2007
 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik

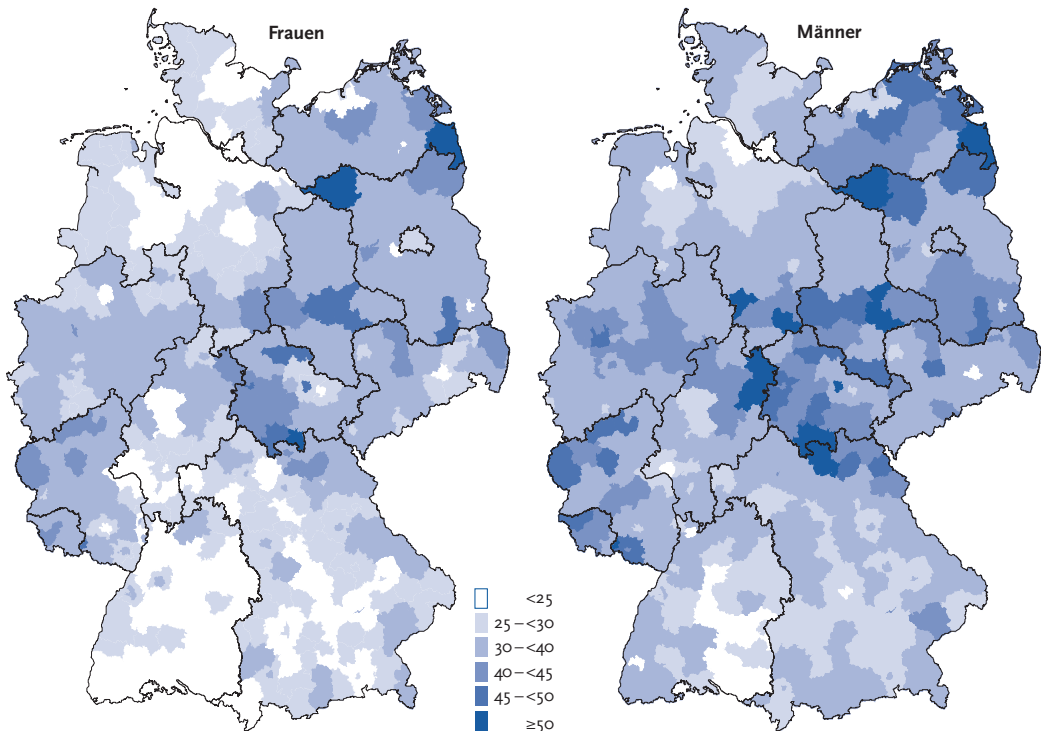


kuläre Sterblichkeit mit überdurchschnittlichen stationären Fallzahlen.

Auf der Basis der seit 2005 verfügbaren Krankenhausabrechnungsdaten (DRG-Statistik) kön-

nen stationäre Fallzahlen mit Hauptdiagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung auch auf Kreisebene dargestellt werden (siehe Abbildung 3.3.2). In der kleinräumigen Betrachtung werden deutliche

Abbildung 3.3.2
Stationäre Fälle mit Hauptdiagnose Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD-10: I00–I99) je 1.000 Einwohner
 nach Wohnsitz der Patientinnen und Patienten, Kreise, 2007
 Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)



regionale Unterschiede auch innerhalb einzelner Bundesländer erkennbar.

Als weitere Indikatoren für die Krankheitslast durch ischämische Herzkrankheiten können die Häufigkeiten kardialer Interventionen herangezogen werden. Dazu zählen die diagnostische Darstellung der Herzkranzgefäße (Linksherzkatheter), die Beseitigung von Engstellen in Herzkranzgefäßen mittels eines Ballonkatheters, mit oder ohne Implantation von Stents (perkutane koronare Interventionen) oder die operative Überbrückung von Engstellen oder Gefäßverschlüssen durch einen Bypass (aorto-koronarer Bypass). Im zeitlichen Verlauf von 1990 bis 2007 sind dabei für alle Bundesländer sehr hohe Steigerungsraten beispielsweise bei den perkutanen koronaren Interventionen zu verzeichnen (siehe Abbildung 3.3.3). Angesichts eines sehr niedrigen Ausgangsniveaus sind die höchsten Zuwachsraten in den neuen Bundesländern zu verzeichnen. In diesem

Zeitraum wurde in Ostdeutschland offensichtlich eine Angleichung an das westdeutsche Versorgungsniveau vollzogen.

Im Gegensatz zu den Katheter gestützten Verfahren werden koronare Bypass-Operationen ausschließlich stationär durchgeführt. Auf Basis der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) ist daher eine nach Wohnort der Patientinnen und Patienten differenzierte Darstellung der Fallzahlen möglich. Für das Jahr 2007 ergaben sich für die neuen und alten Bundesländer fast gleich hohe geschlechtsspezifische Eingriffsraten (siehe Abbildung 3.3.4). Die höchsten fanden sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland, die niedrigsten in Sachsen und in Baden-Württemberg.

Abbildung 3.3.3

Entwicklung der Zahl perkutaner koronarer Interventionen (PCI) nach Bundesland/ Behandlungsort 1990 und 2007 (ohne Altersstandardisierung)

Quelle: Bruckenberg 2008

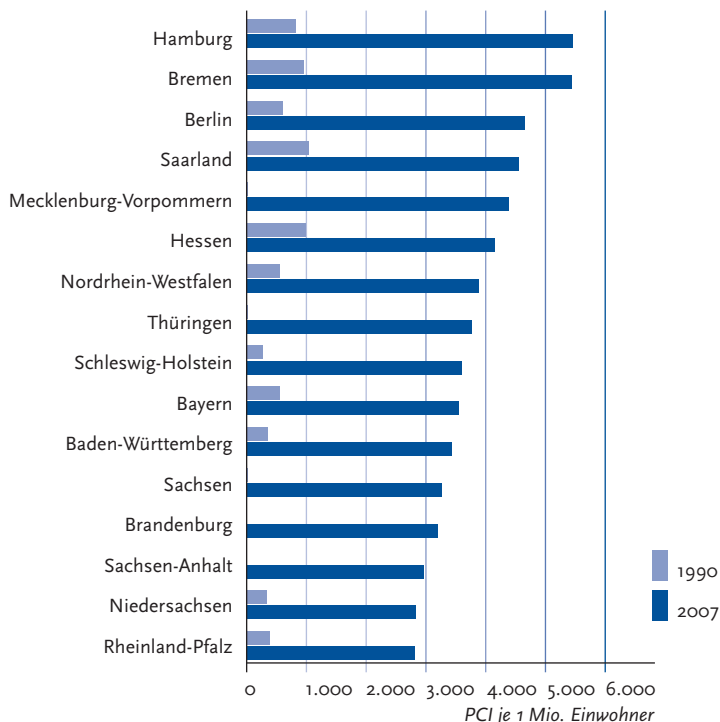
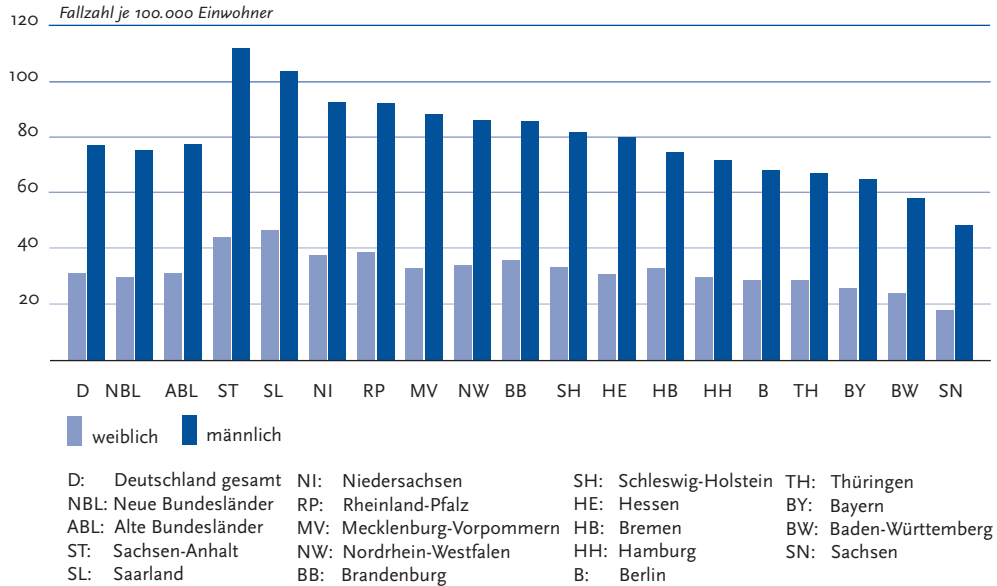


Abbildung 3.3.4

Altersstandardisierte stationäre Fallzahl für aortokoronare Bypass-Operationen (OPS 5-361) 2007 nach Wohnsitz der Patientinnen und Patienten

Quelle: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes



Mortalität

In den zurückliegenden beiden Jahrzehnten starben in Deutschland immer weniger Personen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Rückgang entspricht dem auch in vielen anderen westlichen Industrienationen beobachteten Trend (Kestleloot et al. 2006; Levi et al. 2002; Levi et al. 2009; Rodriguez et al. 2006). Während im Jahr 1990 rund

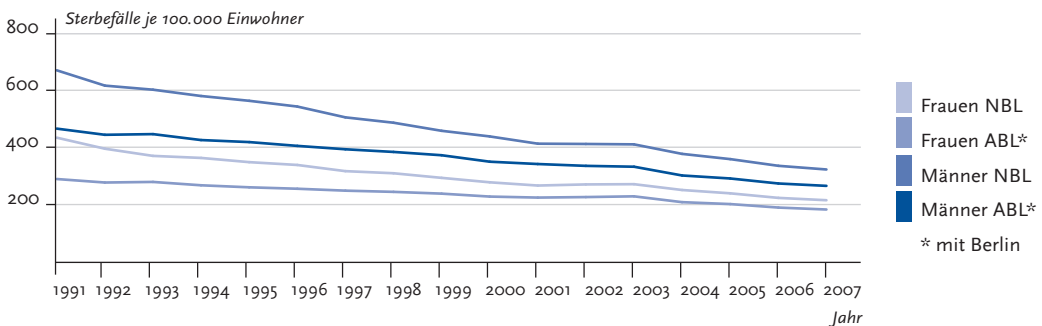
50 % aller Sterbefälle auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zurückgeführt wurden, traf dies im Jahr 2007 noch auf 43 % zu. Auch die altersstandardisierte Sterbeziffer nahm im genannten Zeitraum deutlich ab. Dies galt sowohl für die neuen als auch die alten Bundesländer (siehe Abbildung 3.3.5). Bei einem höheren Ausgangsniveau wiesen die neuen Bundesländer einen stärkeren Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität

Abbildung 3.3.5

Entwicklung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen 1991 bis 2007

(Sterbeziffer ICD-10: I00–I99, altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik



im Vergleich zu den alten Bundesländern auf. In der Folge hat die Differenz zwar abgenommen, in Ostdeutschland ist die kardiovaskuläre Sterblichkeit jedoch nach wie vor höher als in Westdeutschland. Neben der Herz-Kreislauf-Mortalität insgesamt betrifft dies u. a. die Häufigkeit von ischämischen Herzerkrankungen und zerebrovaskulären Erkrankungen. Lediglich bei den sonstigen Formen der Herzkrankheit, unter denen die Herzinsuffizienz die häufigste Einzeldiagnose ist, liegen die altersstandardisierten Sterbeziffern in den neuen Bundesländern unter denen der alten.

Anhand von Bundesland bezogenen altersstandardisierten Sterbeziffern ergibt sich ein von Nordosten nach Südwesten verlaufender Trend zu einer niedrigeren kardiovaskulären Mortalität (siehe Abbildung 3.3.6). Die niedrigste Sterblichkeit weist jedoch Hamburg auf. Das Saarland hat – trotz seiner relativ südwestlichen Lage – die höchste altersstandardisierte Sterbeziffer der alten

Bundesländer. Alle neuen Bundesländer liegen bei der kardiovaskulären Gesamtsterblichkeit deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dieses Muster der regionalen Unterschiede der Herz-Kreislauf-Mortalität innerhalb Deutschlands stellt sich bereits über einen längeren Zeitraum hinweg in nahezu unveränderter Weise dar (Willich et al. 1999; vgl. auch RKI 2006, Kapitel 1.2.2). Eine ähnliche räumliche Varianz der Sterblichkeit wurde sowohl innerhalb einzelner Länder, wie z. B. Frankreich oder Großbritannien, als auch innerhalb Europas beschrieben (Lang et al. 1999; Morris et al. 2003; Müller-Nordhorn et al. 2008; Sans et al. 1997).

In beiden Teilen Deutschlands sterben mehr Frauen als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Jahr 2007 entsprach dieser Unterschied rund 58.000 Sterbefällen. Der Frauenanteil an allen kardiovaskulären Todesfällen liegt im zeitlichen Verlauf nahezu unverändert bei 59 % in den neuen und bei 58 % in den alten Bundeslän-

Abbildung 3.3.6

Herz-Kreislauf-Mortalität nach Bundesländern 1991 und 2007

(Sterbeziffer ICD-10: 100–199, altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik

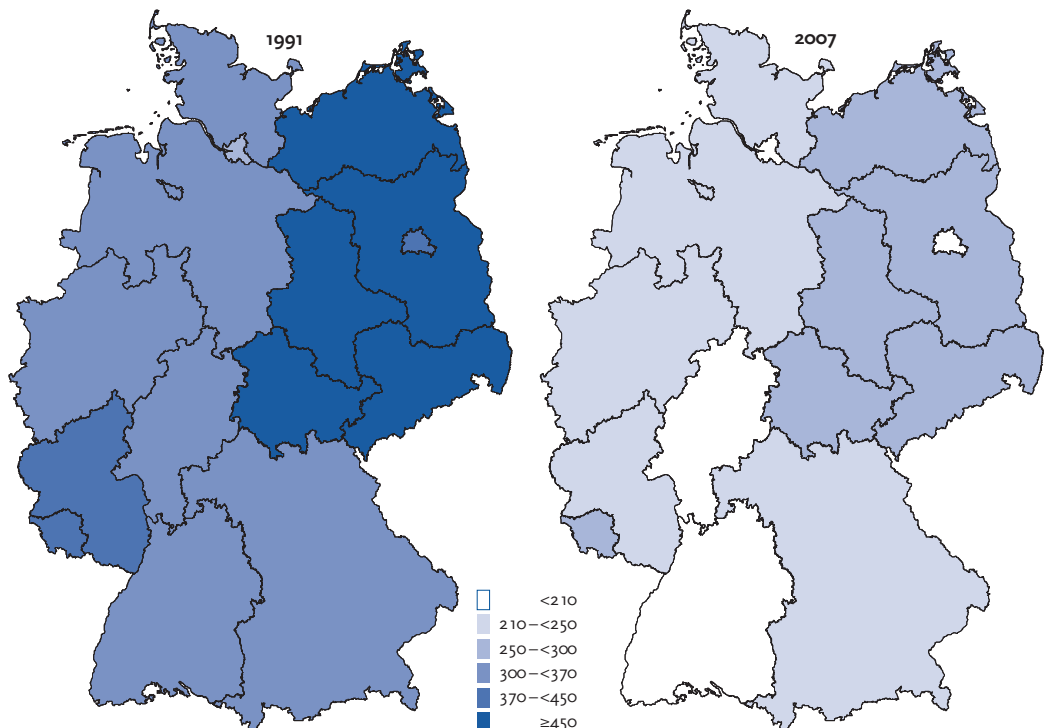
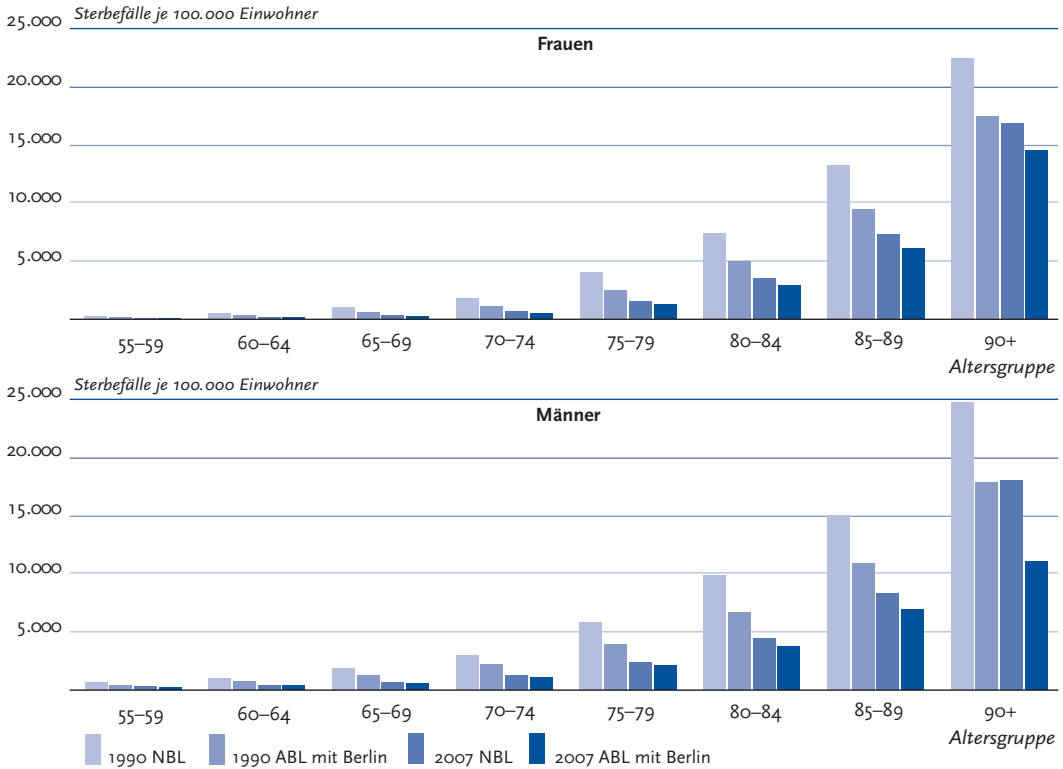


Abbildung 3.3.7

Entwicklung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Altersgruppen 1990 und 2007

Quelle: Todesursachenstatistik



dem. Hier spielen die höhere Lebenserwartung der Frauen und die stark altersabhängige Erkrankungswahrscheinlichkeit bei vielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle. Dieser Sachverhalt schlägt sich bei alterstandardisierter Betrachtung in höheren Sterbeziffern für Männer nieder (siehe Abbildung 3.3.5). Im zeitlichen Verlauf war die Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern in Ost- und Westdeutschland rückläufig. Bei deutlich höheren Ausgangsniveaus fiel dieser Rückgang in den neuen Bundesländern größer aus als in den alten. Nach Altersgruppen betrachtet, sank die Sterblichkeit in den neuen Ländern in der Altersgruppe der 55- bis 79-jährigen am stärksten, während dies in den alten Ländern die 60- bis 74-jährigen betraf (siehe Abbildung 3.3.7). In fast allen Altersgruppen sowohl in den neuen wie auch den alten Bundesländern lagen die Sterblichkeitsrückgänge bei den Männern unter denen der Frauen. Das

regionale Verteilungsmuster ist bei Frauen und Männern jedoch nahezu identisch (siehe Abbildung 3.3.8).

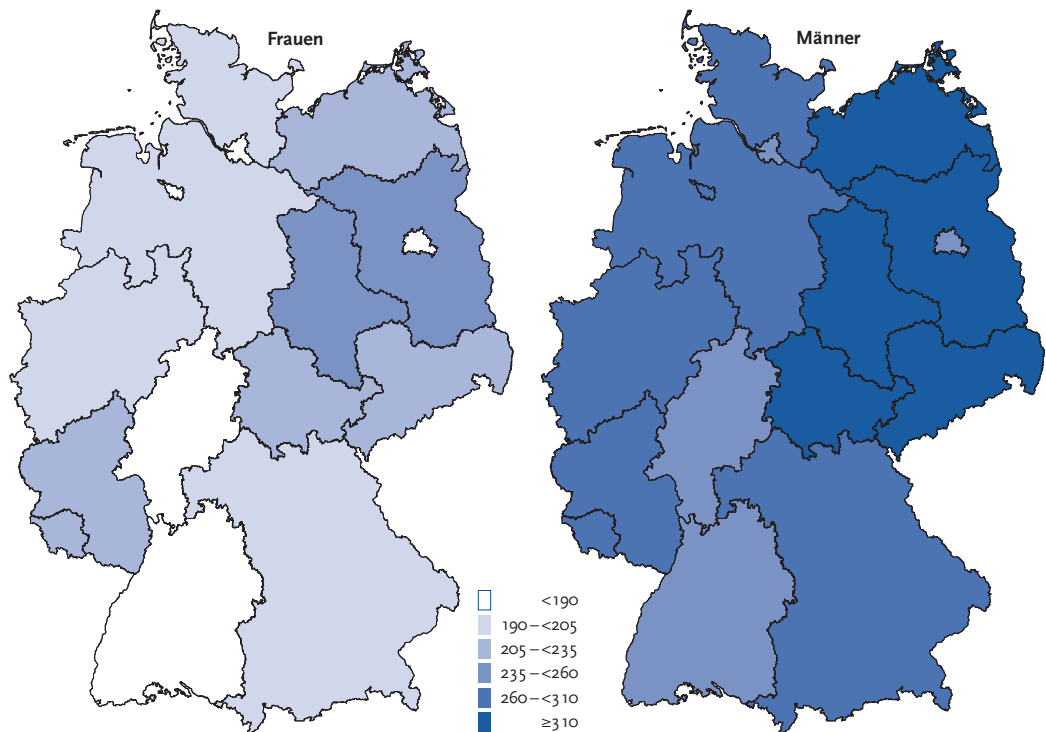
Fazit

Insgesamt lässt sich ein positiver Trend hinsichtlich der kardiovaskulären Mortalität und der stationär behandelten Morbidität in Deutschland feststellen. Nach wie vor bestehen jedoch relativ große regionale Unterschiede mit einem von Nord nach Süd und von Ost nach West verlaufenden Gradienten der Krankheitslast. Neben den zumindest bei der Sterblichkeit geringer werdenden Unterschieden zwischen den neuen und alten Bundesländern finden sich auch solche zwischen ländlichen und städtischen Gebieten bzw. zwischen Regionen mit unterschiedlicher sozioökonomischer Lage. In

Abbildung 3.3.8

Geschlechtsspezifische Herz-Kreislauf-Mortalität nach Bundesländern Mittelwert der Jahre 2005 bis 2007 (Sterbefälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik



beiden Teilen Deutschlands sind Frauen zahlenmäßig stärker von Herz-Kreislauferkrankungen insgesamt betroffen. In der Zusammenschau mit anderen Kapiteln dieses Berichtes, welche wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen thematisieren (siehe Kapitel 2.2, 3.5, 4.1 bis 4.6, 7) wird deutlich, dass sich häufig ähnliche räumliche Verteilungsmuster für diese Einflussfaktoren und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergeben. Um die durch kardiovaskuläre Erkrankungen verursachte individuelle und gesellschaftliche Krankheitslast weiter zu reduzieren, sind daher vermehrte Anstrengungen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention notwendig. Angesichts der Häufung ungünstiger Faktoren in bestimmten Regionen bieten sich hierzu eine regionale Fokussierung von Maßnahmen und die Vernetzung der verschiedenen Aktivitäten innerhalb der Interventionsgebiete an.

Literatur

- Barth W, Löwel H, Lewis M et al. (1996) Coronary Heart Disease Mortality, Morbidity, and Case Fatality in Five East and West German Cities 1985–1989. *Clin Epidemiol* 49: 1277–1284
- Barth W, Clagen E, Heinemann L et al. (1998) Entwicklung der Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Ostdeutschland nach der politisch-ökonomischen Wende. *Z. f. Gesundheitswiss.* 6: 120–136
- Breckenkamp J, Mielck A, Razum O et al. (2007) Health inequalities in Germany: do regional-level variables explain differentials in cardiovascular risk? *BMC Public Health* 7: 132
- Bruckenberg E (2008) Herzbericht 2007 mit Transplantationschirurgie. 20. Bericht. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland sowie vergleichende Daten aus Österreich und der Schweiz. Hannover
- Heinemann L, Barth W, Löwel H (1998) Zur Validität der Herz-Kreislauf-Mortalitäts-Statistik der ehemaligen DDR. *Z. f. Gesundheitswiss.* 6: 108–119

- Kesteloot H, Sans S, Kromhout D (2006) Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *European Heart Journal* 27: 107–113
- Kim D, Kawachi I, Hoorn SV et al. (2008) Is inequality at the heart of it? Cross-country associations of income inequality with cardiovascular diseases and risk factors. *Social Science & Medicine* 66: 1719–1732
- Kunst AE, Groenhouf F, Andersen O et al. (1999) Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health* 89: 47–53
- Ladwig KH, Marten-Mittag B, Baumert J (2005) Psychosoziale Belastungsfaktoren als Risiko für das Auftreten einer koronaren Herzerkrankung – Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung der KORA-Forschungsplattform. *Gesundheitswesen* 67 (Sonderheft 1): S86–S93
- Lang T, Ducimetiere P, Arveiler D et al. (1999) Trends and geographical disparities in coronary heart disease in France: are results concordant when different definitions of events are used? *Int J Epidemiol* 28: 1050–1058
- Levi F, Lucchini F, Negri E et al. (2002) Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart* 88 (2): 119–124
- Levi F, Chatenoud L, Bertuccio P et al. (2009) Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: an update. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* Apr 14 (im Druck)
- Mackenbach JP, Cavelaars EJM et al. (2000) Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *European Heart Journal* 21: 1141–1151
- Morris RW, Whincup PH, Emberson JR et al. (2003) North-south gradients in Britain for stroke and CHD: are they explained by the same factors? *Stroke* 34: 2604–2609
- Müller-Nordhorn J, Binting S, Roll S et al. (2008) An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *Eur Heart J* 29 (10): 1316–1326
- Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Rodriguez R, Malvezzi M, Chatenoud L et al. (2006) Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970–2000. *Heart* 92: 453–460
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 1119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364: 937–952
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D (1997) The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 18 (12): 1231–1248
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M (1999) Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 335: 1547–1557
- Von Stillfried D, Heuer J, Czihal T et al. (2008) Herzkrankheiten in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Brucknerberger E (Hrsg) Herzbericht 2007 mit Transplantationschirurgie. 20. Bericht. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland sowie vergleichende Daten aus Österreich und der Schweiz. Hannover
- Willich SN, Löwel H, Mey W et al. (1999) Regionale Unterschiede der Herz-Kreislauf-Mortalität in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 96: A483–A488
- Wiesner G, Grimm J, Bittner E (1999a) Zum Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): S72–S78

3.4 Krebserkrankungen

- ▶ In den Jahren nach der Wiedervereinigung unterschied sich die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen zwischen den neuen und alten Bundesländern insgesamt kaum.
- ▶ Differenziert nach einzelnen Krebslokalisationen gab es jedoch durchaus Unterschiede. Zu Beginn der 1990er-Jahre war beispielsweise die Sterblichkeit an Gebärmutterhals- und Magenkrebs in den neuen Bundesländern deutlich höher, die Sterblichkeit an Prostatakrebs bei Männern sowie an Lungen- und Brustkrebs bei Frauen dagegen niedriger als in den alten Bundesländern.
- ▶ Die Sterberaten haben sich für die meisten Krebslokalisationen in beiden Teilen Deutschlands verringert. Als wesentliche Ausnahme ist die Lungenkrebsmortalität bei den Frauen sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern angestiegen.
- ▶ Die zu Beginn der 1990er-Jahre festgestellten Mortalitätsunterschiede bei Prostata- und Gebärmutterhalskrebs sind weitgehend verschwunden, während Unterschiede beim Lungen-, Brust- und Magenkrebs, wenn auch in geringerem Ausmaß, aktuell noch weiterbestehen.

Krebs ist nach Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Nach aktuellen Schätzungen des Robert Koch-Instituts auf Basis der Daten der Epidemiologischen Krebsregister für 2004 erkrankten jährlich ungefähr 206.000 Frauen und 230.500 Männer in Deutschland neu an einer bösartigen Neubildung (RKI, GEKID 2008). Im Jahr 2007 verstarben 98.360 Frauen und 13.405 Männer an Krebs. Insgesamt leiden Frauen am häufigsten an Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs, Männer am häufigsten an Prostatakrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs. Die Entstehung einer Krebserkrankung beruht meist auf einer Kombination verschiedener Faktoren. Neben dem Alter und genetischen Faktoren spielen je nach

- ▶ Diese unterschiedlichen Entwicklungen bei den einzelnen Krebsarten haben in der Summe dazu geführt, dass aktuell die Krebssterblichkeit insgesamt für Männer in den neuen Bundesländern leicht über, bei den Frauen jedoch leicht unter derjenigen im Westen liegt.
- ▶ Beim Brust- und Gebärmutterhalskrebs lässt sich zeigen, dass die aktuell noch bestehenden Ost-West-Unterschiede in der Sterblichkeit in ähnlicher Weise auch bei den Neuerkrankungsraten vorliegen. Dies kann als Hinweis auf annähernd gleiche Überlebensraten gewertet werden.
- ▶ Trotz vergleichbarer altersstandardisierter Raten für Krebs gesamt ist die Belastung des Gesundheitssystems in den demografisch älteren neuen Bundesländern höher, da Krebserkrankungen im höheren Lebensalter häufiger auftreten.

Krebsart auch verschiedene Lebensstilfaktoren eine Rolle. Als wichtigster beeinflussbarer Risikofaktor gilt das Rauchen, das vor allem für bösartige Tumoren der Atemwege das Erkrankungsrisiko ganz erheblich erhöht. Für die Behandlung von bösartigen Neubildungen sind erhebliche Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens erforderlich. Derzeit kommt es beispielsweise jährlich zu rund 1,5 Millionen stationären Behandlungsfällen, was rund 8,5 % aller stationären Fälle entspricht. Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wies für 2006 14,6 Milliarden Euro für die Behandlung von bösartigen Neubildungen aus. Dies waren rund 6 % aller Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt 2009).

Datenlage

Für die Beurteilung des Krebsgeschehens in den alten und neuen Bundesländern bietet sich zunächst die Analyse der aus der Todesursachenstatistik berechneten Sterberaten für Krebs gesamt sowie für einzelne Krebslokalisationen an.

Zwar hat sich die Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland sehr positiv entwickelt und liefert inzwischen (mit steigender Tendenz) valide Daten zu den Neuerkrankungszahlen für etwa die Hälfte aller Bundesländer und damit eine gute Grundlage für die regelmäßig durch das RKI erstellten Schätzungen für Deutschland insgesamt. Für den gezielten Vergleich der Entwicklung in den alten und neuen Bundesländern ist jedoch die Datenlage vor allem für die 1990er-Jahre nicht ausreichend, unter anderem weil nach Wegfall der gesetzlichen Grundlage des nationalen DDR-Registers über einige Jahre erhebliche Ausfälle in den Meldezahlen des nachfolgenden Gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer zu verzeichnen war. Erst für den aktuellen Zeitraum lassen sich, zumindest für einige der neuen Bundesländer und für verschiedene Krebsarten, wieder fundierte Aussagen auch zu den Neuerkrankungsraten machen.

Sterblichkeit

In den Jahren vor der Wiedervereinigung wies die Todesursachenstatistik der DDR sowohl für Frauen als auch für Männer eine deutlich niedrigere

Krebssterblichkeit aus als die Todesursachenstatistik der Bundesrepublik, was vor allem auch methodische Gründe hatte. In den Jahren kurz nach der Wiedervereinigung zeigte die nun methodisch einheitliche Todesursachenstatistik nur noch sehr geringe Ost-West-Unterschiede in der Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen insgesamt. So lag im Durchschnitt 1991/93 die altersstandardisierte Krebssterblichkeit in den neuen Länder bei den Männern 2 % über, bei den Frauen 1 % unter der in den alten Ländern. Differenziert nach einzelnen Krebslokalisationen gab es jedoch durchaus Unterschiede. So war z.B. die Brustkrebssterblichkeit der Frauen in Ostdeutschland um 15 % niedriger als in Westdeutschland, die Lungenkrebssterblichkeit sogar um 23 %, während die Lungenkrebssterblichkeit der Männer in Ostdeutschland um 8 % über der in Westdeutschland lag (siehe Tabelle 3.4.1).

Einen Überblick über das aktuelle Krebssterbe geschehen gibt die Abbildung 3.4.1 mit den altersstandardisierten Sterberaten an bösartigen Neubildungen insgesamt in allen Bundesländern in den Jahren 2005/07. Bei den Frauen liegen die neuen Bundesländer in der Hälfte der Länder mit den niedrigeren Sterberaten. Bei den Männern liegen alle neuen Länder, außer Sachsen, in der Hälfte der Länder mit den höheren Sterberaten.

Tabelle 3.4.1

Sterberate für Krebs gesamt und die zehn häufigsten Krebsarten 1991/93 und 2005/07 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik

Sterbefälle nach Lokalisation je 100 000 der Bevölkerung	1991/93		2005/07		prozentuale Veränderung	
	NBL	ABL	NBL	ABL	NBL	ABL
Frauen						
Magen	13,9	10,9	7,5	5,7	-46 %	-48 %
Dickdarm und Rektum	23,9	24,0	15,5	15,8	-35 %	-34 %
Gallenblase	7,9	4,9	4,5	2,4	-43 %	-51 %
Bauchspeicheldrüse	7,6	8,5	9,1	9,1	19 %	7 %
Lunge	9,5	13,0	13,0	19,3	37 %	48 %
Brustdrüse	27,9	32,9	20,6	26,4	-26 %	-20 %
Gebärmutterhals	7,0	4,0	3,5	2,4	-50 %	-40 %
Gebärmutterkörper	6,1	4,5	3,3	3,0	-45 %	-33 %
Eierstöcke	11,0	10,8	7,7	7,9	-30 %	-27 %
Leukämien/Lymphome	10,1	11,8	10,6	10,1	5 %	-15 %
Krebs gesamt	161,7	162,8	126,3	133,5	-22 %	-18 %

Fortsetzung S. 64

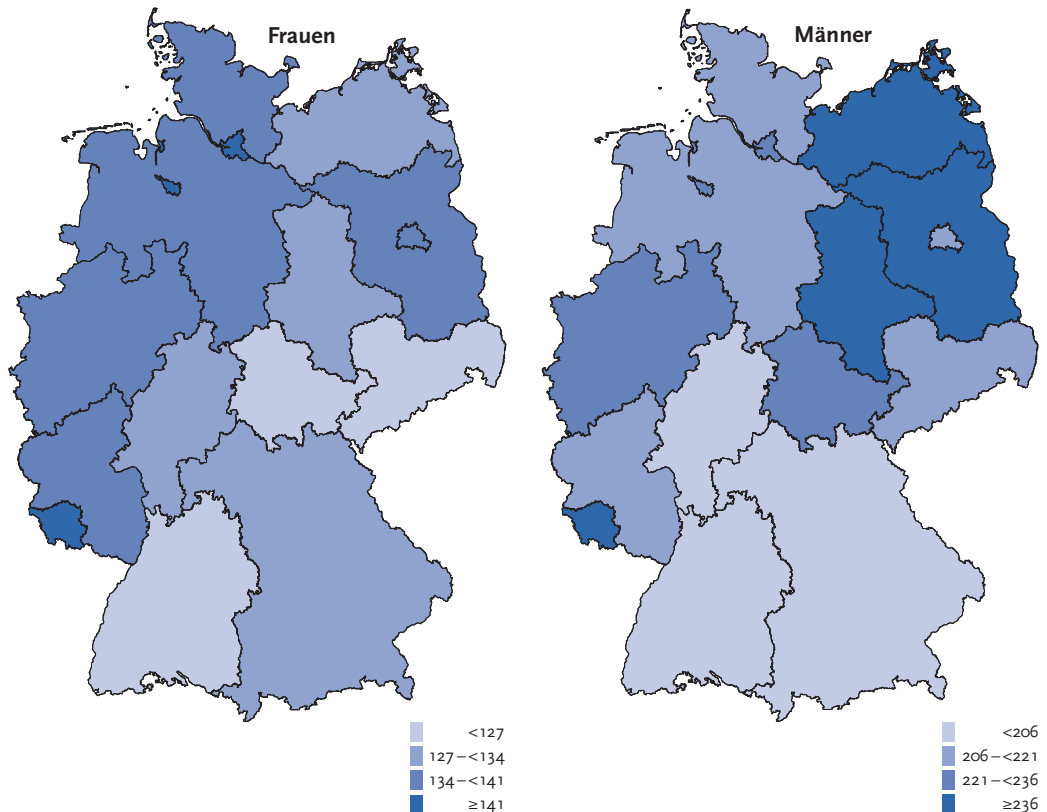
Tabelle 3.4.1, Fortsetzung

Sterbefälle nach Lokalisation je 100.000 der Bevölkerung	1991/93		2005/07		prozentuale Veränderung	
	NBL	ABL	NBL	ABL	NBL	ABL
Männer						
Mund/Rachen	7,9	9,6	9,3	7,0	18 %	-26 %
Speiseröhre	6,1	7,6	7,2	7,1	19 %	-7 %
Magen	27,5	20,5	15,1	10,5	-45 %	-49 %
Dickdarm und Rektum	34,9	33,7	28,0	24,6	-20 %	-27 %
Bauchspeicheldrüse	12,0	12,6	13,8	12,3	16 %	-3 %
Lunge	76,2	70,4	57,5	53,0	-25 %	-25 %
Prostata	24,8	29,9	21,2	21,0	-15 %	-30 %
Harnblase	13,8	11,1	8,8	6,2	-36 %	-44 %
Niere u. abtld. Harnwege	11,5	9,0	8,7	7,5	-24 %	-17 %
Leukämien/Lymphome	16,5	18,5	16,2	15,9	-2 %	-14 %
Krebs gesamt	277,0	271,2	229,9	207,1	-17 %	-24 %

Abbildung 3.4.1

Anzahl Gestorbener an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97 ohne C44) je 100.000 der Bevölkerung nach Bundesländern im Mittel der Jahre 2005 bis 2007 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik



Für die fünf neuen Bundesländer war in diesem Zeitraum die altersstandardisierte Krebssterberate der Frauen insgesamt um 5 % niedriger als die der alten Bundesländer, bei den Männern jedoch um 11 % höher. Die rohe Krebssterberate, die nicht für die Unterschiede in der Altersstruktur korrigiert und damit ein besseres Maß für die reale Belastung der Gesellschaft durch Krebserkrankungen darstellt (vgl. Kapitel 2.1), liegt für Männer in den neuen Bundesländern um 16 % und für Frauen um 7 % über der entsprechenden Rate im Westen.

Erkennbar ist auch, dass sich die regionalen Unterschiede in der Krebssterblichkeit in Deutschland nicht auf ein reines Ost-West Gefälle reduzieren lassen: Während Baden-Württemberg für beide Geschlechter die niedrigsten altersstandardisierten Sterberaten aufweist, werden im Saarland bei den Männern die höchsten und bei den Frauen die zweithöchsten Raten ermittelt.

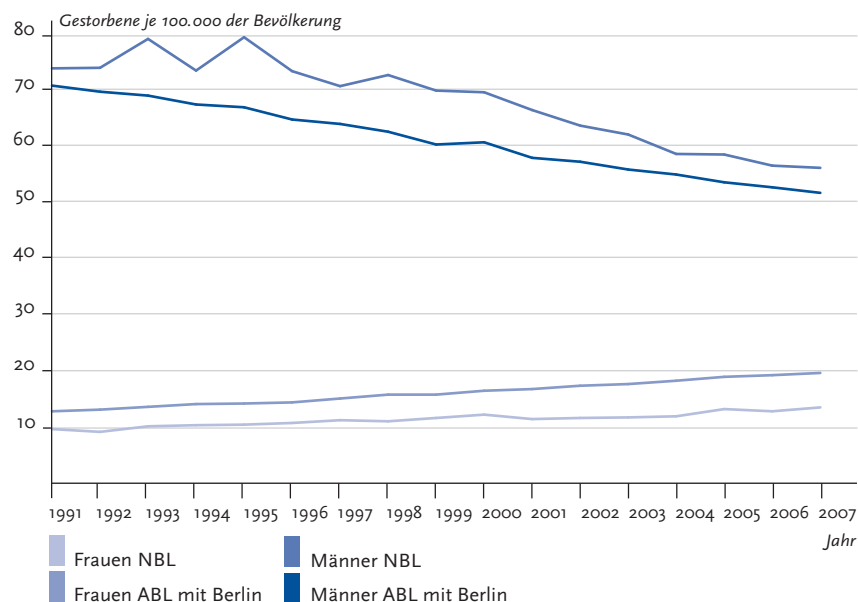
Tabelle 3.4.1 zeigt, dass die Mortalitätsraten für die meisten der häufigsten Krebsarten seit Anfang der 1990er-Jahre deutlich gesunken sind, und zwar sowohl in den alten, als auch in den neuen Bundesländern. Wesentliche Ausnahme ist hier,

wiederum in beiden Teilen Deutschlands, der Anstieg von Lungenkrebs bei den Frauen. Bei den Männern hat die Krebssterblichkeit für Mund/Rachen-, Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs im Osten leicht zugenommen, im Westen dagegen geringfügig abgenommen. Für einige wichtige Krebslokalisationen (u.a. Brust-, Magenkrebs- und Lungenkrebs) sind die unmittelbar nach dem Mauerfall bestehenden Ost-West Unterschiede weiterhin deutlich erkennbar, während sich beim Prostata-, Gebärmutterhals- und Gebärmutterkörperkrebs die Sterberaten zwischen alten und neuen Bundesländern inzwischen weitgehend angenähert haben.

Detaillierte Trenddarstellungen zu ausgewählten Krebslokalisationen finden sich in den Abbildungen 3.4.2 bis 3.4.7.

Die Gründe für frühere und teilweise immer noch bestehende Unterschiede zwischen Ost- und West sind sicher vielfältig und teilweise (Prostatakrebs) auch noch nicht geklärt. Beim Magenkrebs, wo sich die altersstandardisierten Sterberaten in etwa 15 Jahren in beiden Teilen der Republik fast halbiert haben, werden Änderun-

Abbildung 3.4.2
Sterberaten für Lungenkrebs (ICD-9: 162; ICD-10: C33-C34) 1991 bis 2007
(altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
Quelle: Todesursachenstatistik



gen der Lebensmittelverarbeitung und Ernährung (weniger gepökeltes Fleisch) als Ursache hierfür diskutiert, diese Veränderungen haben sich möglicherweise in der DDR erst später entwickelt. Aufgrund der langen Latenzzeit dieser Erkrankungen wäre damit erst langfristig eine Angleichung der Erkrankungszahlen zu erwarten. Ähnliches gilt für den Lungenkrebs, bei dem

sich aufgrund der aktuell weitgehenden Annäherung der Rauchgewohnheiten (vgl. Kapitel 4.5) in Zukunft aller Voraussicht nach die Erkrankungs- und sterberaten in den neuen und alten Bundesländern aufeinander zu bewegen werden. Langfristig ist auch mit einer weiteren Annäherung der Raten von Frauen und Männern zu rechnen.

Abbildung 3.4.3

Sterberaten für Magenkrebs (ICD-9: 151; ICD-10: C16) 1991 bis 2007 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik

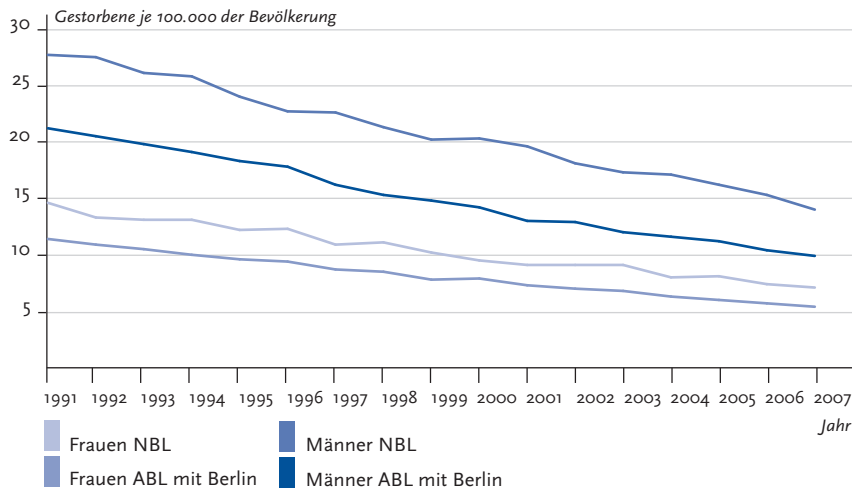


Abbildung 3.4.4

Sterberaten für Prostatakrebs (ICD-9: 185; ICD-10: C61) 1991 bis 2007 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Todesursachenstatistik

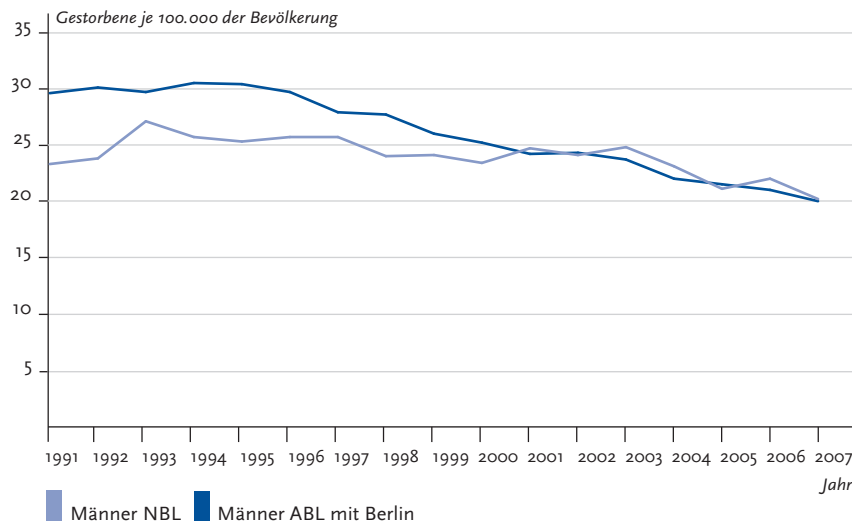


Abbildung 3.4.5
Sterberaten Bauchspeicheldrüsenkrebs (ICD-9: 157; ICD-10: C25) 1991 bis 2007
 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Todesursachenstatistik

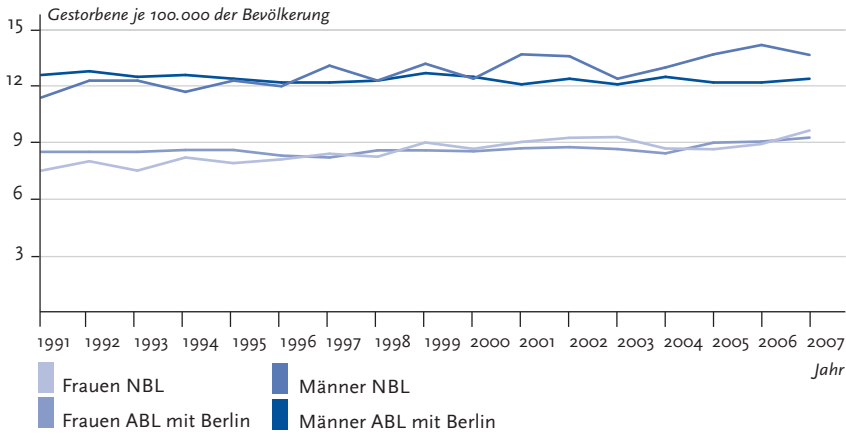
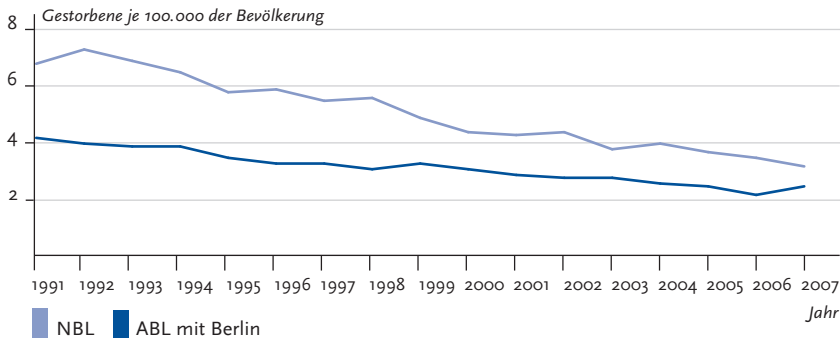


Abbildung 3.4.6
Sterberaten für Gebärmutterhalskrebs (ICD-9: 180; ICD-10: C53) 1991 bis 2007
 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Todesursachenstatistik



Neuerkrankungsraten

Die reine Betrachtung der Mortalitätsraten erlaubt naturgemäß noch keine umfassende Bewertung des Krebsgeschehens. Auch wenn der allgemeine Rückgang in der Krebsmortalität zu einem großen Teil auf Verbesserungen in der Therapie zurückgeführt wird, sind gerade für die Betrachtung regionaler Unterschiede die Neuerkrankungsraten von großer Bedeutung, da sie nicht nur aktuellere Trends abbilden, sondern auch differenziertere Schlussfolgerungen oder zumindest

Hypothesen zu den möglichen Gründen zulassen. Bei einem deutlichen Unterschied in den Neuerkrankungsraten kommt als Erklärung allem eine regional unterschiedliche Verteilung von Risikofaktoren oder unterschiedliche Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen in Frage, wobei eine effektive Früherkennungsmaßnahme, je nachdem ob sich wie beim Gebärmutterhals neben Frühstadien von Krebserkrankungen auch deren Vorstufen entdecken lassen, die Inzidenzraten sowohl nach oben als nach unten beeinflussen kann.

Abbildung 3.4.7
Sterberaten für Brustkrebs (ICD-9: 174; ICD-10: C50) 1991 bis 2007
 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Todesursachenstatistik

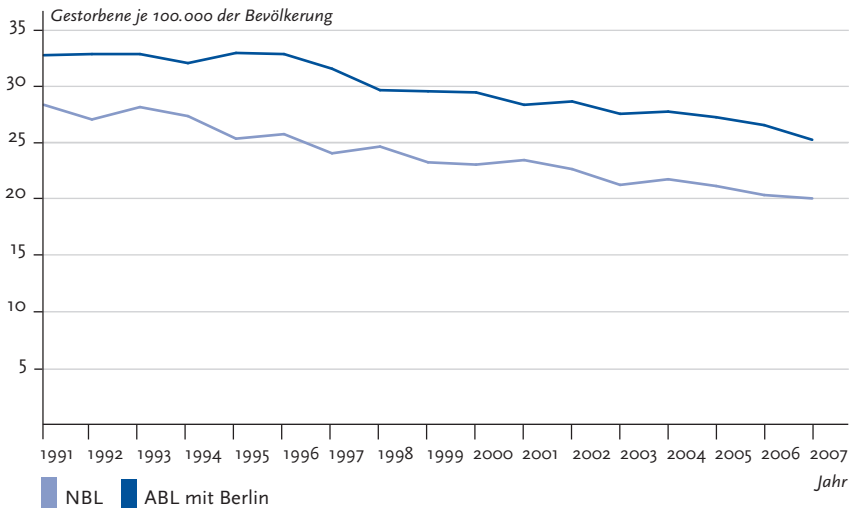
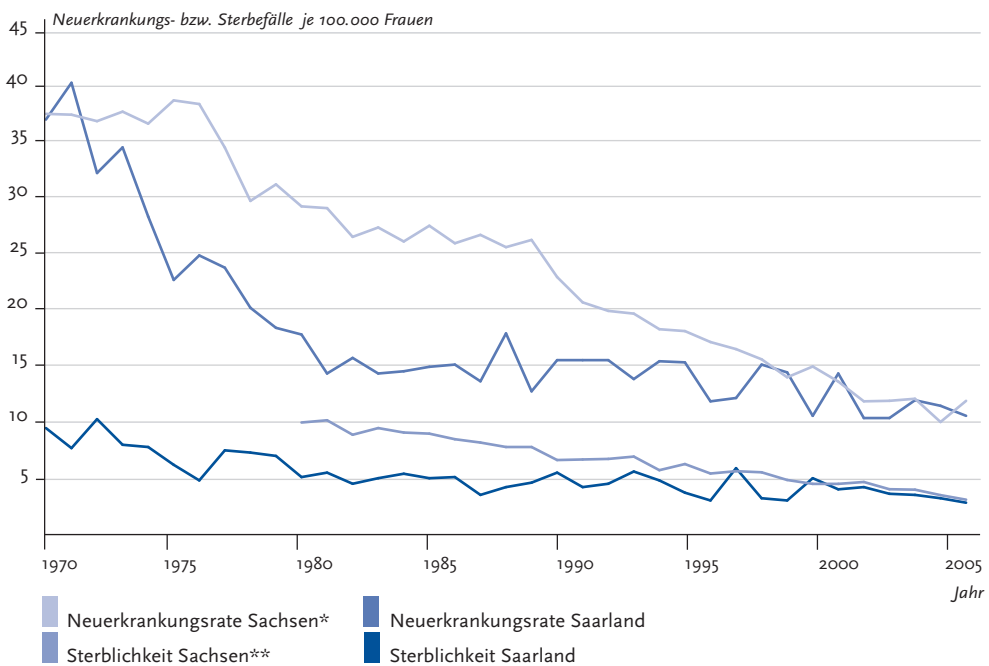


Abbildung 3.4.8
Neuerkrankungs- und Sterberaten für Gebärmutterhalskrebs für Sachsen und das Saarland 1970 bis 2006
 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Saarland, Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlin, Todesursachenstatistik



*1990–ca.1995 bekanntes Defizit bei Erfassung der Neuerkrankungen, ** für 1980–1989: Sterblichkeit DDR

Gebärmutterhalskrebs

Abbildung 3.4.8 zeigt die Entwicklung der Neuerkrankungs- und Sterberaten für Gebärmutterhalskrebs in Sachsen und dem Saarland. Schon vor der Wiedervereinigung waren die Erkrankungs- und Sterberaten an Gebärmutterhalskrebs in der DDR höher als in der BRD, haben aber auch dort insgesamt seit den 1970er-Jahren abgenommen. Mit der Einführung der Krebsfrüherkennung im früheren Bundesgebiet Anfang der 1970er-Jahre kam es im Saarland zu einem starken Rückgang der Erkrankungsraten. Inzwischen haben sich die Erkrankungsraten in den dargestellten neuen und alten Bundesländern ähnlich angenähert wie die entsprechenden Sterberaten. Einen Einfluss auf die Erkrankungsraten in Ost- und Westdeutschland, sowie deren Unterschiede und zeitlichen Veränderungen haben vermutlich auch Aspekte des Sexualverhaltens und der Verhütungsmetho-

den (Kondom versus Pille) gehabt. Seit 2007 wird präventiv die HPV-Impfung angeboten, die die Infektion mit bestimmten Typen von humanen Papillomaviren, die bösartige Veränderungen hervorrufen können, verhindern soll. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI 2008) empfiehlt, alle Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren zu impfen.

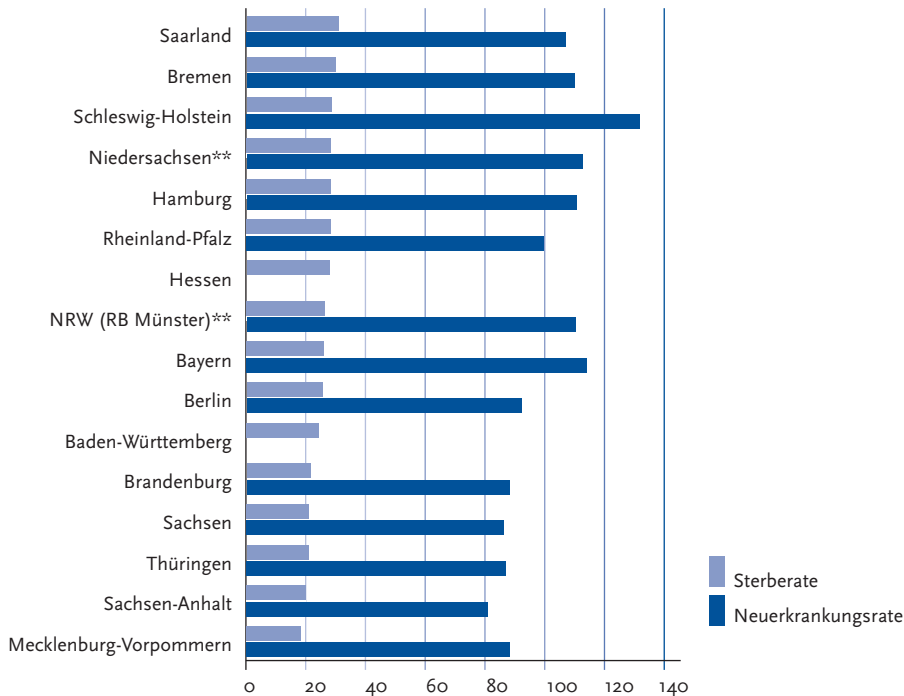
Brustkrebs

Seit den 1990er-Jahren ist in Ost- und Westdeutschland nach einem vorhergehenden Anstieg ein deutlicher Rückgang der Brustkrebssterblichkeit zu verzeichnen, wobei die Rate der neuen Länder um ca. ein Fünftel unter der der alten Länder liegt und sich der Abstand zwischen den neuen und den alten Bundesländern nicht wesentlich verringert hat (siehe Abbildung 3.4.7).

Abbildung 3.4.9

Neuerkrankungs- und Sterberaten* für Brustkrebs nach Bundesländern** 2004 bis 2006
(altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Quelle: Epidemiologische Krebsregister der Bundesländer, Todesursachenstatistik



* Register in Hessen und Baden-Württemberg noch im Aufbau, Neuerkrankungsrate für NRW nur aus Regierungsbezirk Münster

** Neuerkrankungsraten ohne nur über Todesbescheinigungen gemeldete Fälle (ohne DCO-Fälle)

Die vergleichende Auswertung der Brustkrebs-erkrankungsraten in Ost- und Westdeutschland ergab in beiden Teilen Deutschlands einen Anstieg in den 20 Jahren vor der Wiedervereinigung, in der ehemaligen DDR waren die Inzidenzen jedoch durchweg geringer (RKI 2005). Auch aktuell liegen sowohl die Sterbe- als auch die Neuerkrankungsraten in allen neuen Bundesländern unter denen der alten (siehe Abbildung 3.4.9). Durch das in den letzten Jahren bundesweit eingeführte Mammografie-Screeningprogramm für Frauen von 50 bis 69 Jahren ist in naher Zukunft zumindest vorübergehend wieder mit einem Anstieg der Neuerkrankungsraten zu rechnen, da bei im Screening entdeckten Tumoren der Diagnosezeitpunkt vorgezogen wird und möglicherweise auch insgesamt mehr Tumoren gefunden werden als ohne Screening.

Für die nach wie vor niedrigeren Erkrankungs- und Sterberaten an Brustkrebs in den neuen Bundesländern kommen verschiedene Gründe in Betracht. Neben Unterschieden im Reproduktionsverhalten (vgl. Kapitel 2.1) und anderen Lebensstilfaktoren wurde zuletzt auch ein unterschiedliches Verschreibungsverhalten von Hormonpräparaten in den Wechseljahren diskutiert (Katalinic et al. 2009), auch eine ungleichmäßige Verteilung genetischer Risikofaktoren lässt sich nicht ausschließen. Langfristig ist eher mit einer Annäherung der Erkrankungs- und Sterberaten zu rechnen, erste Hinweise hierfür finden sich bei den Ergebnissen für die jüngeren Frauen.

Fazit

Fortschritte in der Krebstherapie haben in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass die Krebsmortalität in Deutschland seit vielen Jahren sinkt. Diese Entwicklung setzt sich seit dem Mauerfall in den alten und neuen Bundesländern für die meisten Krebsarten kontinuierlich fort. Für einige Krebsarten bestanden zwischen Ost und West durchaus erhebliche Unterschiede, die sich mit einigen Ausnahmen auch heute noch finden lassen. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich und zum Teil auch noch nicht ausreichend erklärt. Trotz vergleichbarer altersstandardisierter Raten für Krebs gesamt ist die Belastung des Gesundheitssystems in den demographisch älteren neuen

Bundesländern höher, da Krebserkrankungen im höheren Lebensalter häufiger auftreten.

In allen Bundesländern ist mittlerweile eine flächendeckende epidemiologische Krebsregistrierung etabliert oder zumindest im Aufbau. Mit dem in 2009 in Kraft getretenen Bundeskrebsregisterdatengesetz ist eine wichtige Grundlage für die weitere Verbesserung der Krebsregistrierung in Deutschland geschaffen worden (Bundesgesetzblatt 2009). Damit werden bessere Möglichkeiten für die Beobachtung des Krebsgeschehens in Deutschland geschaffen, aber auch für die Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Krebsprävention, Krebsfrüherkennung, Krebsbehandlung und Versorgung.

Literatur

- Bundesgesetzblatt (2009) Begleitgesetz zur zweiten Föderalismusreform. Art. 5 Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRGe), BGBl. I S. 2702, 2707; Geltung ab 18.08.2009
www.bundesanzeiger-verlag.de
- Katalinic A, Lemmer A, Zawinell A et al. (2009) Trends in Hormone Therapy and Breast Cancer Incidence – Results from the German Network of Cancer Registries. *Pathobiology* 76: 90–97
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 25. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hrsg) (2008) Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. 6. überarbeitete Auflage
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand Juli 2008. *Epidem Bull* (30): 235–254

3.5 Diabetes mellitus

- ▶ Die Prävalenz des diagnostizierten Diabetes ist seit der Wiedervereinigung fast durchgängig in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern.
- ▶ Seit Anfang der 1990er-Jahre kam es zu einem Anstieg der Prävalenz des Diabetes in Deutschland. Dieser Anstieg betraf beide Geschlechter.
- ▶ Die Beteiligung am Disease-Management-Programm für Typ-2-Diabetes liegt anteilig in der neuen Bundesländern höher.

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine häufig vorkommende Stoffwechselerkrankung. Es werden verschiedene Formen unterschieden, wobei der so genannte Typ-2-Diabetes (auch Altersdiabetes genannt) mit einem Anteil von 80 % bis 90 % die weitaus häufigste ist. Typ-2-Diabetes manifestiert sich in der Regel erst jenseits des 40. Lebensjahres, kann aber auch schon bei jüngeren Menschen vorkommen. Als Ursache wird ein Zusammenspiel von genetischen und erworbenen Risikofaktoren vermutet, wobei Bewegungsmangel und Fehlernährung sowie starkes Übergewicht eine wichtige Rolle spielen. Typ-1-Diabetes tritt vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf und beruht auf einer autoimmun verursachten Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen. Eine besondere Form des Diabetes mellitus stellt der Schwangerschaftsdiabetes dar, der sich nach Ende der Schwangerschaft wieder zurückbildet. Betroffene Mütter haben ein erhöhtes Risiko, später an Typ-2-Diabetes zu erkranken.

Es wird erwartet, dass die Zahl der an Diabetes Erkrankten in den kommenden Jahren weltweit deutlich ansteigen wird. Auf der Grundlage von aktuellen Daten zur Diabetes-Prävalenz und Einschätzungen der Bevölkerungsentwicklung wird angenommen, dass die weltweite Verbreitung von 171 Millionen (2,8 % der Weltbevölkerung) im Jahre 2000 auf 366 Millionen (4,4 %) im Jahre 2030 zunehmen wird (Wild et al. 2004). Trotz fortlaufend verbesserter Behandlungsmöglichkeiten ist

Diabetes mellitus immer noch häufig mit schweren Krankheitsfolgen, Langzeitkomplikationen und erhöhter Sterblichkeit verbunden. Diabetes führt häufig zu Schäden an den kleinen und den großen Blutgefäßen (mikro- und makrovaskuläre Schäden). Zu ersteren gehören Netzhautschäden bis hin zur Erblindung, Nierenschäden bis hin zum Nierenversagen, Nervenschädigungen bis hin zu Fußamputationen. Makrovaskuläre Schäden können zum Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie Amputationen an den unteren Gliedmaßen führen.

Die Diabetes-Erkrankung und ihre Folgen führen bei vielen Betroffenen nicht nur zu einer Verminderung der Lebensqualität und der Lebens- und Erwerbstätigkeitsjahre, sondern auch zu einer meist lebenslangen Abhängigkeit von medizinischer Behandlung und zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen. Für das Gesundheits- und Sozialsystem ergeben sich im Zusammenhang mit Diabetes mellitus hohe Belastungen. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes wird die medizinische Behandlung durch das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Ko- und Multimorbidität) erschwert, wobei nicht alle diese Erkrankungen ursächlich mit dem Diabetes verknüpft sein müssen.

In der amtlichen Statistik ist die Zuordnung z. B. von Krankenhausbehandlungen und Todesursachen zum Diabetes unter anderem dadurch erschwert, dass vielfach nicht der Diabetes mellitus, sondern häufig Folgeerkrankungen als Diagnosen zugeordnet werden. Das erschwert unter anderem die Quantifizierung der Kosten des Diabetes und seiner Folgen. In der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes werden für das Jahr 2006 als direkte Kosten des Diabetes mellitus (Behandlungskosten, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen) 5,6 Milliarden Euro, das sind 2,4 % der Gesundheitsausgaben, ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2009). Nach Hochrechnungen aus speziellen Untersuchungen, wie der Costs of Diabetes in Europe-Type-2 (CODE 2)-Studie, liegen die Gesamtkosten für Diabetes erheblich höher (Liebl et al. 2001).

Die Krankenhausdiagnosestatistik für 2007 weist bezüglich eines Ost-West-Vergleiches aus, dass die altersstandardisierte Zahl der stationären Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus je 100.000 der Bevölkerung bei Frauen und Männern in den fünf neuen Bundesländern ungefähr 50 % über der Fallzahl in den alten Bundesländern (einschließlich Berlin) liegt (Statistisches Bundesamt 2009).

Die Daten des in der DDR geführten Diabetesregisters zeigten einen starken Anstieg der Diabeteshäufigkeit (Anteil der Bevölkerung mit einem diagnostizierten Diabetes) von 0,7 % im Jahr 1961 auf 4,0 % im Jahr 1987 (Michaelis et al. 1990). Für Westdeutschland fehlen vergleichbare Daten. Regionale Studien, welche die Entwicklung der Diabetesprävalenz ab den 1990er-Jahren untersuchten, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen (Hauner et al. 2007; Meisinger et al. 2004).

In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes wurden die Teilnehmenden unter anderem nach einem (jemals) ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus gefragt. Bis vor wenigen Jahren zeigte sich für die zu allen Zeitpunkten einbezogene Altersgruppe der 25- bis 69-Jährigen auf dieser Datengrundlage kein statistisch signifikanter Anstieg in der Prävalenz des ärztlich diagnosti-

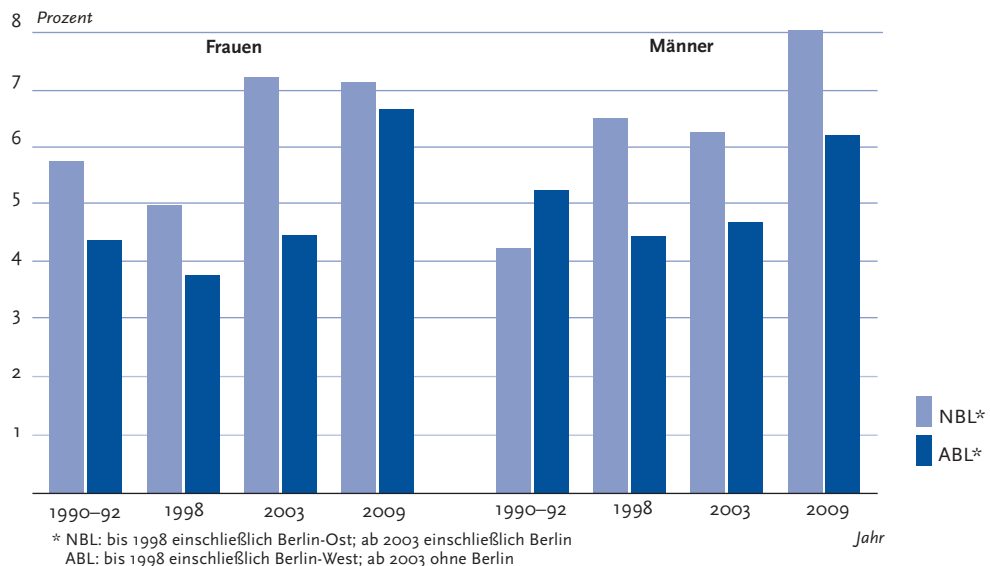
zierten Diabetes mellitus. Die Prävalenz lag in den neuen Bundesländern jedoch für beide Geschlechter und konsistent für nahezu alle betrachteten Zeitpunkte signifikant höher als in den alten Bundesländern (Heidemann et al. 2009). Unter Einschluss aktueller Ergebnisse aus Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA09) im Rahmen des nationalen Gesundheitsmonitorings (Kurth et al. 2009) ist aber für die 25- bis 69-Jährigen nun ein statistisch signifikanter Anstieg der Diabetesprävalenz (nach Angabe der Befragten zu einem ärztlich diagnostizierten Diabetes) nachzuweisen (siehe Abbildung 3.5.1).

Wie zuvor in den USA beobachtet, könnte der Anstieg der Diabetesprävalenz auch ein erster Hinweis auf eine verbesserte Früherkennung im Kontext einer höheren Sensibilisierung für das Gesundheitsproblem Diabetes mellitus sein (Gregg et al. 2004). Die Zunahme der Diabeteshäufigkeit ist teilweise auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Nach Ergebnissen auf der Basis der RKI-Gesundheitssurveys ist mehr als ein Drittel des Anstiegs der Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Aber auch zusätzlich zur demografischen Alterung ergibt sich ein signifikanter Anstieg der Diabetes-Prävalenz.

Abbildung 3.5.1

Zeitliche Entwicklung der Diabetes-Prävalenz in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung

Quelle: NUS90/92, BGS98, GSTel03 und GEDA09



Inwieweit Veränderungen in der Diabetes-Prävalenz über die Zeit und Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern durch unterschiedliche sozio-demografische Rahmenbedingungen (z. B. Altersstruktur; Bildungs- und Sozialstatus) Veränderungen in der Diagnostik oder Unterschiede in wesentlichen Risikofaktoren, wie Übergewicht und Adipositas (siehe auch Kapitel 4.3), erklärt werden können, muss in vertiefenden Auswertungen analysiert werden. Diese werden klären, inwieweit die gefundenen Veränderungen Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Risikoprofilen betreffen, und inwieweit die Veränderungen über die Zeit durch Alterung der Bevölkerung oder auch Veränderungen in der Verbreitung bestimmter Risikofaktoren vermittelt werden. Eine umfassende Interpretation dieser Zusammenhänge erfordert in jedem Fall auch Daten zur Verbreitung von bislang nicht erkanntem Diabetes mellitus.

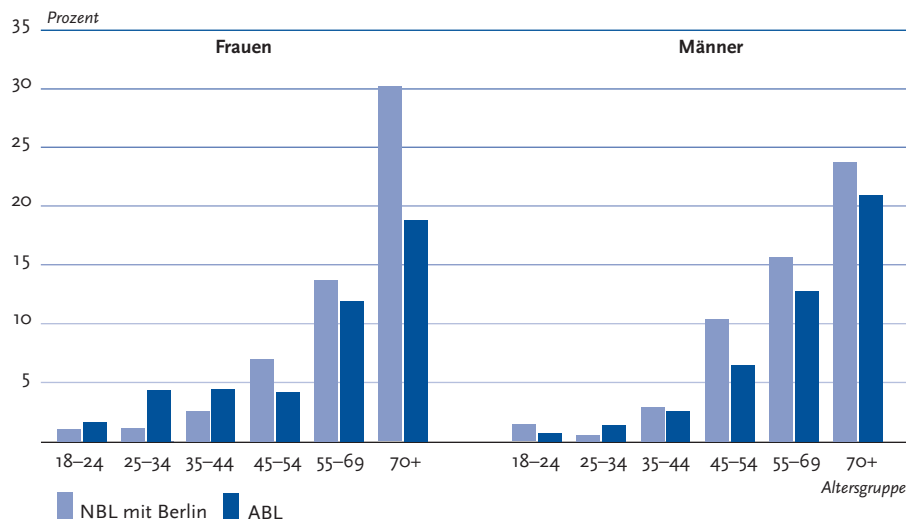
Beim jüngsten telefonischen Gesundheits-survey »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA09) gaben 9,1 % der befragten über 18-jährigen Frauen und 7,9 % der befragten über 18-jährigen Männer einen ärztlich diagnostizierten Diabetes an. Die Häufigkeiten liegen für Frauen und Männer jeweils insgesamt in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) mit 11,2 % bzw. 9,3 % höher als in den alten Bundesländern (ohne

Berlin) mit 8,5 % bzw. 7,6 %. Bis auf einige Ausnahmen bei den unter 45-Jährigen trifft das auf alle Altersgruppen bei Frauen und Männern zu (siehe Abbildung 3.5.2).

Die Ergebnisse belegen, dass die Diabetes-Prävalenz mit wachsendem Alter bei beiden Geschlechtern jenseits des 45. Lebensjahres und insbesondere jenseits des 55. Lebensjahres stark ansteigt. Somit hat die Alterszusammensetzung einer Bevölkerung und insbesondere die Alterung der Bevölkerung eine sehr große Auswirkung auf die Anzahl der von Diabetes Betroffenen.

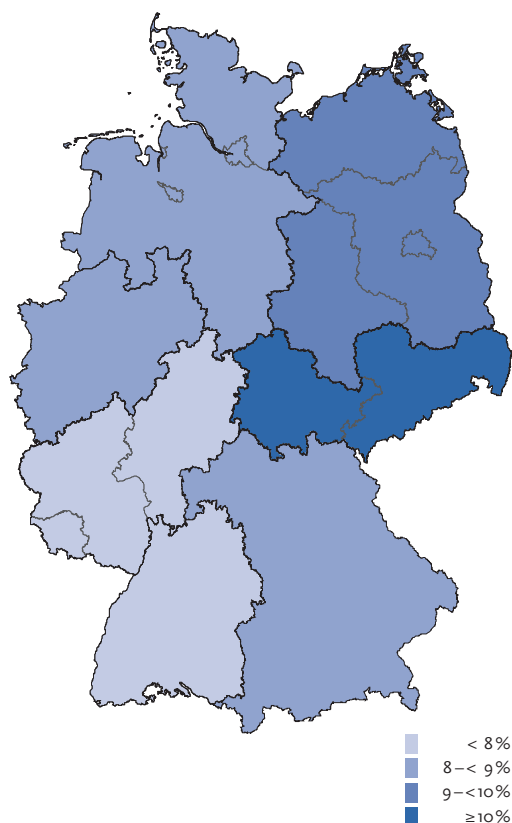
Die Daten aus GEDA09, die auch die Betrachtung regionaler Unterschiede zulassen, weisen bezüglich des Anteils der über 18-Jährigen, die einen ärztlich diagnostizierten Diabetes angeben, zudem auch auf Nord-Süd-Unterschiede hin (siehe Abbildung 3.5.3). Diese regionalen Prävalenzunterschiede könnten zumindest teilweise auf Unterschiede in der Alters- und Sozialstruktur der Bevölkerung und in der Verteilung von wichtigen Risikofaktoren des Diabetes, wie Übergewicht und Adipositas (siehe auch Kapitel 4.3), zurückgehen. Erste vergleichende Auswertungen von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und regionaler bevölkerungsbezogener Studien, z. B. der SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) im Raum Greifswald bestätigen, dass im Nord-

Abbildung 3.5.2
Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes 2009 nach Altersgruppen
Quelle: GEDA09



osten Deutschlands sowohl die Prävalenz des Typ-2-Diabetes als auch die Prävalenz wichtiger Diabetes-Risikofaktoren deutlich höher liegen als im Bundesdurchschnitt (Schipf et al. 2009). Vertiefende Auswertungen der zum Teil sehr komplexen Zusammenhänge könnten wichtige Erkenntnisse zum Präventions- und Versorgungsbedarf liefern. Hierzu erarbeitet der Verbund DIAB-CORE (Collaborative Research of Epidemiologic Studies) im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Diabetes mellitus die methodischen Grundlagen und führt Analysen zu regionalen Unterschieden in der Häufigkeit und Versorgung des Typ-2-Diabetes auf der Basis von Daten aus sechs bevölkerungsbezogenen Studien in Deutschland durch.

Abbildung 3.5.3
Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes nach geografischen Regionen (so genannte Nielsen-Gebiete) 2009
 Quelle: GEDAo9



Im Juni 2009 waren insgesamt 3,15 Millionen Diabetes-Betroffene in ein Disease-Management-Programm (DMP) für Typ-2-Diabetes eingeschrieben, davon in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) 0,92 Millionen und in den alten Bundesländern 2,23 Millionen. Bezogen auf die GKV-Versicherten deuten diese Zahlen darauf hin, dass sich in den neuen Bundesländern anteilig mehr Versicherte an einem DMP für Typ-2-Diabetes beteiligen.

Die hohe gesundheitspolitische Bedeutung der Erkrankung und die umfassenden Bemühungen um eine Verbesserung der Diabetes-Prävention und der Versorgung bereits an Diabetes mellitus Erkrankter zeigen, dass eine kontinuierliche Beobachtung von relevanten Kennzahlen auf Bevölkerungsebene wichtig ist. Im Rahmen des nationalen Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts wird ein Monitoring von Krankheits-Prävalenzen, von assoziierten Risikofaktoren und von versorgungsrelevanten Indikatoren ermöglicht. Auf der Basis von regelmäßig wiederkehrenden telefonischen Gesundheitssurveys (Gesundheit in Deutschland Aktuell – GEDA) und Untersuchungssurveys (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – DEGS) werden in Zukunft auch Aussagen darüber getroffen werden können, ob eine altersspezifische Zunahme der Diabetes-Prävalenz möglicherweise gerade die höheren Altersgruppen ab 70 Jahren betrifft, und inwieweit sich die Prävalenz des bislang unerkannten Diabetes mellitus in Deutschland über die Zeit verändert. Der laufende Untersuchungssurvey (DEGS, www.rki.de/de/deg), der erstmals auch standardisierte Bestimmungen des Nüchtern-Blutzuckers (Glukose-Screening) einschließt, wird Ende 2011 abgeschlossen sein, sodass erste Ergebnisse zum bislang unerkannten Diabetes mellitus im Jahr 2012 vorgelegt werden können.

Literatur

- Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ et al. (2004) Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the US. *Diabetes Care* 27: 2806–2812
- Hauner H, Köster I, Schubert I (2007) Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Eine Analyse der Versicher-

- tenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen im Zeitraum von 1998 bis 2004. Dtsch Arztebl 104: A2799–A2805
- Heidemann C, Kroll L, Icks A et al. (2009) Prevalence of known diabetes in German adults aged 25–69 years: results from national health surveys over 15 years. Diabet Med 26: 655–658
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut – Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz (52): 557–570
- Liebl A, Neiss A, Spannheimer A et al. (2001) Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2®-Studie. Dtsch Med Wochenschr 126 (20): 585–589
- Meisinger C, Heier M, Doering A et al. (2004) Prevalence of known diabetes and antidiabetic therapy between 1984/1985 and 1999/2001 in southern Germany. Diabetes Care 27: 2985–2987
- Michaelis D, Jutzi E (1990) Trends in mortality rates in the diabetic population of the GDR. Exp Clin Endocrinol 95: 83–90
- Schipf S, Schmidt CO, Alte D et al. (2009) Smoking prevalence in Type 2 diabetes: results of the Study of Health in Pomerania (SHIP) and the German National Health Interview and Examination Survey (GNHIES). Diabetic medicine 26: 791–797
- Statistisches Bundesamt (2009) Krankheitskostenrechnung 2006, Krankheitsdiagnosestatistik 2007 www.gbe-bund.de (Stand: 26.08.2009)
- Wild S, Roglic G, Green A et al. (2004) Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 27: 1047–1053

3.6 Allergische Erkrankungen

- ▶ Kurz nach dem Mauerfall waren die Sensibilisierungsraten gegen häufige Inhalationsallergene für Personen jünger als 40 Jahre in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten Bundesländern, bei älteren Personen zwischen 40 und 59 Jahren fand sich nur ein sehr kleiner Unterschied.
- ▶ Noch ca. 10 Jahre nach dem Mauerfall waren die berichteten Häufigkeiten von allergischen Erkrankungen wie Heuschnupfen, allergischem Kontaktekzem, Urtikaria, Nahrungsmittelallergie, Neurodermitis und Asthma bronchiale in den neuen Bundesländern geringer als in den alten Bundesländern.
- ▶ Die Erkrankungshäufigkeit an Heuschnupfen stieg sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern zwischen 1990/92 und 1998 steil an. Den größten Anstieg hatten dabei Frauen aus den alten Bundesländern zu verzeichnen, wo der Anteil der Heuschnupfenpatientinnen 1998 bei 19,9 % nach 10,0 % 1990/92 lag.
- ▶ Die Sensibilisierungsraten sind dagegen langsamer gestiegen und hauptsächlich bei den Männern sowohl der alten als auch der neuen Bundesgebiete.
- ▶ Aktuelle Daten von Kindern und Jugendlichen zeigen keine Unterschiede in der Prävalenz allergischer Erkrankungen oder Sensibilisierungen zwischen neuen und alten Bundesländern.
- ▶ Neben den Ost-West-Unterschieden bei Erwachsenen in den 1990-er Jahren spielen regionale (wie Stadt-Land-Unterschiede) sowie sozioökonomische Unterschiede beim Auftreten von allergischen Erkrankungen eine große Rolle.

Allergische Erkrankungen sind ein häufiges Gesundheitsproblem und haben eine hohe gesundheitsökonomische Bedeutung. Für die Betroffenen stellt eine Allergie eine sich häufig über die Zeit noch verschlimmernde chronische Erkrankung mit oftmals eingeschränkter Lebensqualität dar.

Eine **Sensibilisierung** ist Voraussetzung für eine **allergische Erkrankung**, hat selbst aber keinen Krankheitswert. Kommt der Körper mit einem Allergen in Berührung, so werden über ein überschießend reagierendes Abwehrsystem Zellen aktiviert (spezifisches IgE oder spezifisch aktivierte T-Zellen). Diese können – müssen aber nicht – bei einem weiteren Kontakt mit dem Allergen eine Kaskade von Entzündungsreaktionen auslösen, die das Krankheitsbild einer Allergie verursachen. Ein Teil der Personen mit einer oder mehreren Sensibilisierungen zeigt keinerlei Zeichen einer allergischen Erkrankung. Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit einer solchen Erkrankung mit der Anzahl der Sensibilisierungen gegen verschiedene Allergene.

Für die Gesellschaft resultieren daraus erhebliche Versorgungskosten und eine hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen.

Im »Weißbuch Allergie in Deutschland« werden die direkten und indirekten Krankheitskosten alleine für Asthma bronchiale auf ca. 1 % aller Ausgaben im Gesundheitswesen beziffert. Die Kosten nehmen mit zunehmendem Schweregrad und zusätzlichem Auftreten von Heuschnupfen jeweils zu (DGAI et al. 2004). Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes liegen die direkten Krankheitskosten von Asthma bronchiale im Jahr 2006 bei etwa 1,65 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2009).

Eine allergische Erkrankung kann verschiedene Organsysteme betreffen, spielt sich aber am häufigsten an der Haut und/oder den Schleimhäuten ab. Der Körper produziert eine übertriebene Abwehrreaktion gegen eigentlich harmlose Substanzen. Zu diesen so genannten Allergenen zählen z. B. Pollen, Tierhaare, Hausstaubmilbenkot, Schimmelpilzsporen oder Kontaktallergene wie Nickel oder auch Eiweißbestandteile in der Nahrung. Bei vielen allergischen Erkrankungen wird die Abwehrreaktion durch Immunglobuline der Klasse E (IgE) hervorgerufen (z. B. Asthma bronchiale, Heuschnupfen mit und ohne allergische Augenbindehautentzündung und Neurodermitis). Diese Erkrankungen treten familiär

*Der Begriff »westlicher Lebensstil« fasst verschiedene Faktoren der **Hygienehypothese** zur Allergieentstehung zusammen. Unter »westlichem Lebensstil« versteht man in diesem Zusammenhang industrialisierte Gesellschaften, die unter anderem gekennzeichnet sind durch eine oftmals großstädtische Lebensweise, starke Hygienemaßnahmen (z. B. hoher Einsatz von Putz- und Desinfektionsmitteln, ggf. auch Sprays im Haushalt), Familien mit wenigen, eher individuell betreuten Kindern, wenig Infektionskrankheiten in Schwangerschaft und Kindheit, verändertes Still- und Ernährungsverhalten (z. B. Verzehr von Lebensmitteln außerhalb ihrer Saison oder von nicht heimischen Lebensmitteln) und viele andere Faktoren.*

gehäuft auf und werden auch als atopische Erkrankungen bezeichnet. Sonstige allergische Erkrankungen, wie die Kontaktallergie, werden durch andere Zellen des Abwehrsystems vermittelt, z. B. durch T-Zellen.

Die Ursachen für das Auftreten von allergischen Erkrankungen sind vielfältig, wobei genetische Faktoren und Umwelteinflüsse zusammenwirken (DGAI et al. 2004). Neben Umwelteinflüssen werden eine Reihe weiterer Faktoren diskutiert, die mit einem höheren Risiko des Auftretens allergischer Krankheiten assoziiert sind. Hierzu zählen z. B. das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, kürzere Stillzeit, Schadstoffbelastungen und möglicherweise psychosoziale Faktoren, aber auch die Lebensumstände, die zusammenfassend als »westlicher Lebensstil« beschrieben werden (Wahn, Wichmann 2000).

Die in den 1970er- und 1980er-Jahren beobachtete Zunahme allergischer Erkrankungen in den industrialisierten Ländern wurde hauptsächlich mit der zunehmenden Umweltverschmutzung in Zusammenhang gebracht (Popp et al. 1989). Als Anfang der 1990er-Jahre Vergleichsdaten aus den neuen und alten Bundesländern zur Allergiehäufigkeit zur Verfügung standen (Bellach et al. 1995; Nicolai et al. 1997), trugen die beobachteten Unterschiede wesentlich zur Unterstützung der so genannten Hygienehypothese bei. Danach wird ein früher Kontakt mit viralen, bakteriellen und parasitären Krankheitserregern mit einem ver-

ringerten Risiko für spätere allergische Erkrankungen in Verbindung gebracht. Der »westliche Lebensstil«, der unter anderem durch übertriebene Hygienemaßnahmen im Haushalt, wenige Infektionen und Parasitenerkrankungen im Kleinkindalter, geringe Geschwisteranzahl und seltene Hortaufenthalte der Säuglinge und Kleinkinder gekennzeichnet sein kann, wird somit als eine Ursache für die Entstehung von Allergien angesehen (Filipiak et al. 2001). Die Hygienehypothese wird jedoch auch kontrovers diskutiert, da sie nicht konsistent durch wissenschaftliche Evidenz gestützt wird (van Schayck, Knottnerus 2004).

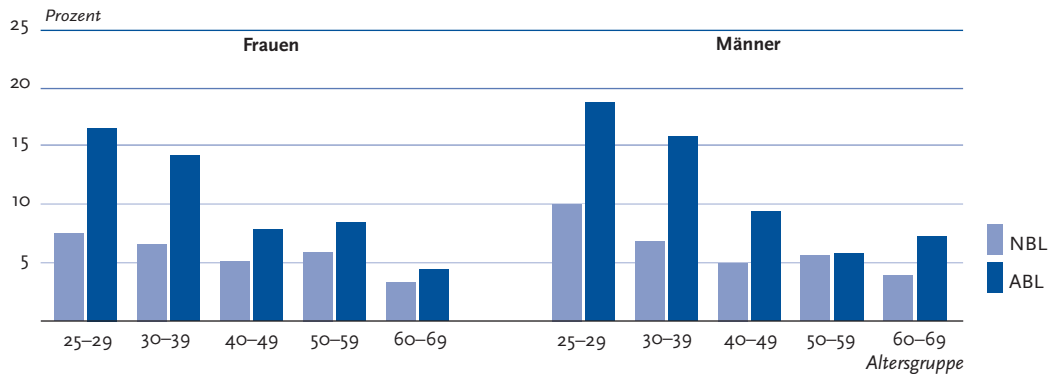
Heuschnupfen

Exemplarisch für die allergischen Erkrankungen sollen die Entwicklung der Häufigkeit des Heuschnupfens und von Sensibilisierungen gegen häufige Inhalationsallergene zwischen dem Nationalen Untersuchungssurvey 1990/92 und dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 dargestellt werden. Im Nationalen Untersuchungssurvey 1990/92 war zusätzlich nur die Frage nach »Sonstigen Allergien« gestellt worden, während im Bundesgesundheitsurvey 1998 auch das allergische Kontaktekzem, Urtikaria, Nahrungsmittelallergien und Neurodermitis mit erfragt wurden (Hermann-Kunz 1999). Sowohl für 1990/92 als auch für 1998 liegen Daten zu Sensibilisierungsraten gegen häufige Inhalationsallergene vor.

Im Nationalen Untersuchungssurvey 1990/92 wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sowohl aus den neuen als auch aus den alten Bundesländern, zu einer jemals aufgetretenen Heuschnupfenerkrankung befragt. Die Prävalenz von Heuschnupfen lag in den alten Bundesländern mit 10,6 % (10,0 % Frauen, 11,3 % Männer) deutlich über der in den neuen Bundesländern mit 5,8 % (5,6 % Frauen, 6,2 % Männer). Dieser Unterschied zeigte sich ebenfalls in den verschiedenen Altersgruppen (siehe Abbildung 3.6.1).

An Heuschnupfen waren insgesamt häufiger Personen mit höherem sozialen Status erkrankt (13,7 %) als solche mit mittlerem (10,6 %) oder niedrigem sozialen Status (5,5 %). In großen Gemeinden erkrankten insgesamt mehr Personen an Heuschnupfen (11,4 % in Gemeinden über 500.000 Einwohnern) als in sehr kleinen (6,8 %

Abbildung 3.6.1
Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen nach Altersgruppen 1990/92
 Quelle: NUS90/92

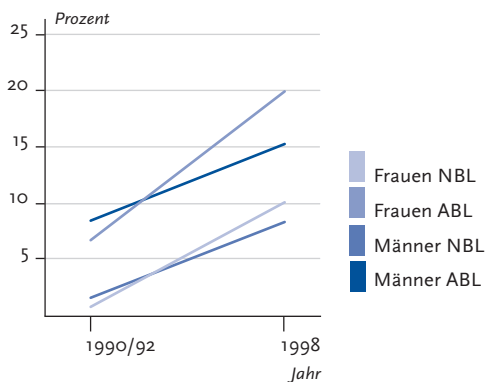


in Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnern). Zwischen diesen Werten lässt sich eine kontinuierliche Entwicklung der Häufigkeit mit zunehmender Gemeindegröße beobachten. Im Ost-West-Vergleich findet sich nahezu durchgehend für alle Gemeindegrößen eine höhere Heuschnupfenprävalenz in den alten Bundesländern.

Bis Ende der 1990er-Jahre (Bundes-Gesundheitssurvey 1998) nahm die Heuschnupfenpräva-

lenz in Deutschland deutlich zu, von 9,6 % auf 16,9 %. Die Prävalenz stieg in den alten Bundesländern auf 18,2 % an, in den neuen Bundesländern auf 11,9 %. Während es Anfang der 1990er-Jahre kaum geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen gab, zeigten sich 1998 deutliche Unterschiede zu Ungunsten der Frauen (18,3 % vs. 15,3 %). Der Anstieg von Heuschnupfenerkrankungen ist bei Frauen aus den neuen und den alten Bundesländern jeweils größer als bei Männern (siehe Abbildung 3.6.2). Der deutliche Ost-West-Unterschied wurde somit vorwiegend vom Unterschied bei den Frauen bestimmt.

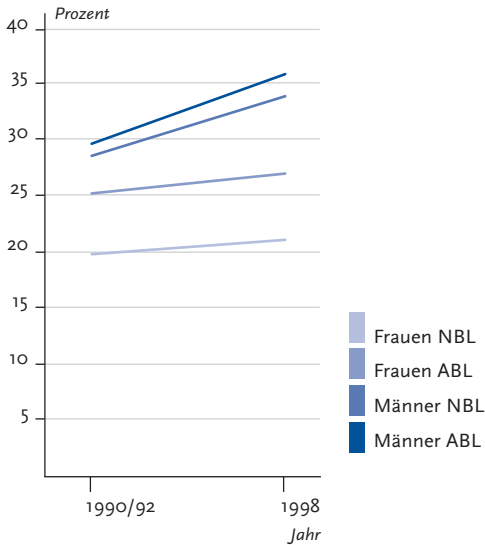
Abbildung 3.6.2
Lebenszeitprävalenzen von Heuschnupfen 1990/92 und 1998
 Quelle: NUS90/92, BGS98



Sensibilisierungen

Im Nationalen Untersuchungssurvey 1990/92 wurden neben den Befragungen auch Blutuntersuchungen durchgeführt. Die Blutproben wurden auf eine Sensibilisierung gegenüber einer Mischung aus häufigen Indoor- (z. B. Tierhaare) und Outdoor-Allergenen (z. B. Pollen) getestet. Wie die Heuschnupfenprävalenz lag auch die Sensibilisierungsrate gegen die getesteten Inhalationsallergene in den alten Bundesländern (27,4 %) über der in den neuen Bundesländern (24,1 %). Die entsprechenden Raten für Frauen und Männer aus den alten Bundesländern betrugen 25,2 % bzw. 29,7 % und für diejenigen aus den neuen Bundesländern 19,7 % bzw. 28,6 %.

Abbildung 3.6.3
Sensibilisierungen 1990/92 und 1998
 Quelle: NUS90/92, BGS98



Auswertungen zum Sozialstatus zeigen den bereits bei der Heuschnupfenprävalenz beobachteten Gradienten: Personen mit höherem sozialen Status sind mit 33,1% insgesamt häufiger sensibilisiert als Personen der mittleren (27,9%) und niedrigen Statusgruppe (21,1%). Auch die für Heuschnupfen aufgezeigten Unterschiede in der Gemeindegröße wurden für die Sensibilisierung gefunden, wenn auch weniger ausgeprägt: Die Rate nimmt von großen Gemeinden mit mehr als 500.000 Einwohnern (31,9%) hin zu sehr kleinen Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnern (21,9%) relativ kontinuierlich ab.

Von 1990/92 bis zum Ende der 1990er-Jahre (Bundes-Gesundheitssurvey 1998) kam es zu einem Anstieg der Rate der deutschlandweiten Sensibilisierungen von 26,7% auf 31,2%. Diese Zunahme ist etwas weniger ausgeprägt als die für Heuschnupfen. Da das Ausmaß des Anstieges in West (auf 31,9%) und Ost (auf 28,5%) ähnlich verläuft, bleibt der Unterschied zu Ungunsten der Bevölkerung in den alten Bundesländern auch hier bestehen.

Auch 1998 waren deutlich mehr Männer als Frauen gegen Inhalationsallergene sensibilisiert, die Rate stieg bei Männern von 29,5% auf 35,2% und bei Frauen von 24,0% auf 27,4% an (siehe Abbildung 3.6.3).

Bei Betrachtung dieser Ergebnisse fällt auf, dass 1998 die selbstberichtete Heuschnupfenprävalenz bei Frauen höher ist als bei Männern, während Männer häufiger gegen bestimmte Allergene sensibilisiert sind. Als Gründe für die höheren Heuschnupfenangaben könnte ein größeres »Allergiebewusstsein« oder ein stärkeres Beachten allergischer Beschwerden bei den Frauen vermutet werden. Demgegenüber könnten Männer, die möglicherweise weniger allergiebewusst sind, ihre Heuschnupfensymptome unterschätzen oder ignorieren (Hermann-Kunz 1999). Beides sind jedoch lediglich Vermutungen, die nicht endgültig geklärt werden können.

Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Bei allergischen Erkrankungen im Kindesalter ist zu beachten, dass sich in dieser Zeit Allergien häufig noch entwickeln, aber auch zurückbilden können. Weiterhin treten bestimmte allergische Erkrankungen eher im Kleinkindalter auf. Aus einem zunächst bestehenden Heuschnupfen kann sich nach einiger Zeit ein zusätzliches Asthma bronchiale entwickeln (so genannter Etagenwechsel). Ein Asthma bronchiale im Kindesalter – bei Kindern in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein allergisches Asthma bronchiale – kann sich bis zum Eintritt in das Erwachsenenleben auch noch zurückbilden. Dennoch stellen allergische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar. Symptome wie Juckreiz in den Augen, Schnupfen oder Atembeschwerden beeinträchtigen das alltägliche Leben der betroffenen Kinder und ihrer Familien oft erheblich.

Aktuelle bevölkerungsbezogene Daten zu allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liefert der Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS), der von Mai 2003 bis Mai 2006 durchgeführt wurde. Neben den erhobenen Daten zu den ärztlich diagnostizierten atopischen Erkrankungen, wie Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma bronchiale wurden bei den 3- bis 17-jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Blutproben auf spezifische IgE-Antikörper gegen 20 verschiedene Allergene untersucht. Darunter waren häufige Indoor- und Outdoor-Allergene wie

Tierepithelien, Hausstaub, Schimmelpilze und Pollen, aber auch Nahrungsmittelallergene wie Erdnuss, Apfel und Eiklar.

Bei Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren betragen die Lebenszeitprävalenzen von Heuschnupfen 10,7 %, von Neurodermitis 13,2 % und Asthma bronchiale 4,7 %. Insgesamt leiden 22,9 % aller Kinder und Jugendlichen an mindestens einer der drei atopischen Erkrankungen. Unter den 3- bis 17-Jährigen sind über 40 % gegen mindestens eins der in KiGGS getesteten häufigen Allergene sensibilisiert (Schlaud et al. 2007). Jungen sind von Heuschnupfen und Asthma bronchiale deutlich häufiger betroffen als Mädchen, zudem sind sie häufiger gegen die untersuchten Allergene sensibilisiert. Ost-West-Unterschiede finden sich bei Kindern hinsichtlich der allergischen Erkrankungen kaum (siehe Abbildung 3.6.4).

Fazit

Die nach der Wiedervereinigung für Heuschnupfen und allergische Sensibilisierungen aufgezeigten Ost-West-Unterschiede zu Ungunsten der alten Bundesländer finden sich vergleichbar in anderen Studien, z. B. der International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) oder der European Community Respiratory Health Study (ECRHS) (DGAI et al. 2004). Da diese Studien zum Teil durch eine geringe Anzahl von Untersuchungsorten in ihrer Aussagekraft eingeschränkt

sind, wurden Folgestudien durchgeführt. So wurde z. B. der Unterschied zwischen Hamburg, als Vertreter der alten, und Erfurt, als Vertreter der neuen Bundesländer, nicht als Ost-West-Unterschied, sondern als möglicher Nord-Süd-Unterschied zur Diskussion gestellt. Daraufhin wurden die Prävalenzen von Heuschnupfen, pfeifender Atmung, Asthma bronchiale und Sensibilisierung gegen häufige Inhalationsallergene in Augsburg und in Erfurt verglichen. Auch hier wurde ein Ost-West-Unterschied festgestellt (Filipiak et al. 2001).

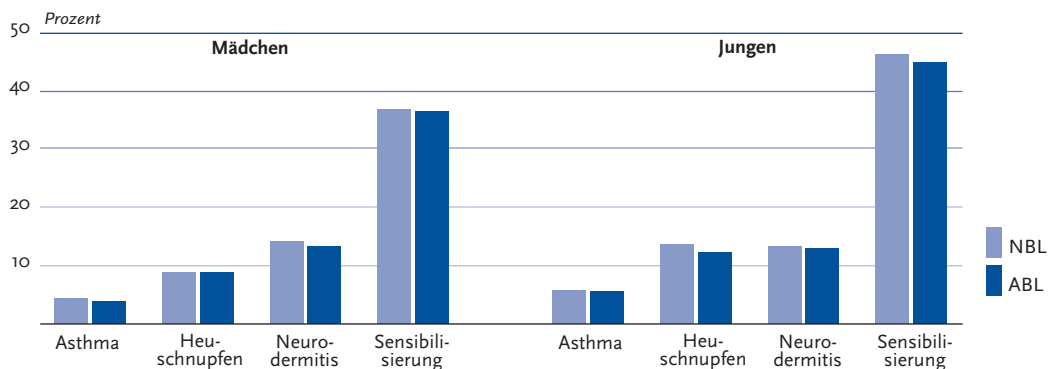
Es lässt sich festhalten, dass mit dem Fall der Mauer die einmalige Chance bestand, an einer genetisch ursprünglich gleichen Population mit verschiedenen Lebensumständen, die Entstehung allergischer Erkrankungen zu untersuchen. In den alten Bundesländern waren allergische Erkrankungen zunächst häufiger zu beobachten. Mit der Anpassung der neuen Bundesländer an die »westlichen Lebensumstände« konnten dort für Heuschnupfen und Sensibilisierungen ein etwas steilerer Anstieg der Häufigkeit beobachtet werden, sodass sich die Prävalenzen hier in beiden Landesteilen angenähert haben. Diese Ergebnisse unterstützen die beschriebene Hygienehypothese. Über den Ost-West-Unterschied hinaus spielen regionale (wie Stadt-Land-Unterschiede) sowie sozioökonomische Unterschiede bei der Entstehung von allergischen Erkrankungen eine große Rolle.

Weitere Daten zu allergischen Sensibilisierungen und Erkrankungen werden nach Auswertung des laufenden Gesundheitssurveys »Studie zur

Abbildung 3.6.4

Lebenszeitprävalenzen von atopischen Erkrankungen und aktuelle Prävalenz von Sensibilisierung gegenüber mindestens einem der getesteten Allergene

Quelle: KiGGS



Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) zur Verfügung stehen. Insbesondere durch Verlaufsbeobachtungen könnten in Zukunft Zusammenhänge zwischen bestehenden Sensibilisierungen und Krankheitsentwicklungen vielleicht besser verstanden werden.

Literatur

- Bellach BM, Thefeld W, Dortschy R (1995) Disposition für Inhalationsallergien. In: Die Gesundheit der Deutschen. RKI-Heft, Eigenverlag 7, S 78–87
- Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU) (2004) Weißbuch Allergie in Deutschland, 2. Auflage. Urban & Vogel, München
- Filipiak B, Heinrich J, Nowak D et al. (2001) The distribution in specific IgE and the prevalence of allergic symptoms in 25-64-years old inhabitants of an eastern and a western German city – Results from Augsburg and Erfurt. *Eur J Epidemiol* 17 (1): 77–84
- Hermann-Kunz E (1999) Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 100–105
- Nicolai T, Bellach BM, von Mutius V et al. (1997) Increased prevalence of sensitization against aeroallergens in adults in West compared with East Germany. *Clin Exp Allergy* 27: 886–892
- Popp W, Zwick H, Steyrer K et al. (1989) Sensitization to aeroallergens depends on environmental factors. *Allergy* 44 (8): 572–575
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 701–710
- Statistisches Bundesamt (2009) Krankheitskostenrechnung. Zweigstelle Bonn
www.gbe-bund.de (Stand: 19.08.2009)
- Van Schayck CP, Knottnerus JA (2004) No clinical evidence base to support the hygiene hypothesis. *Prim Care Respir J* 13: 76–79
- Wahn U, Wichmann H (2000) Spezialbericht Allergien. Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Statistisches Bundesamt, Metzler-Poeschel, Stuttgart

3.7 Infektionskrankheiten

- ▶ Zwischen den Bundesländern gab und gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens meldepflichtiger Infektionskrankheiten.
- ▶ Ein Vergleich der Meldedaten zeigt, dass vor allem Magen-Darm-Infekte in den neuen Bundesländern eine höhere Inzidenz haben als in den alten.
- ▶ Die gemeldeten Fallzahlen an Masern sind aktuell wie auch im Zeitverlauf in den neuen Bundesländern deutlich geringer als in den alten, was auf eine bessere Durchimpfungsrate in den neuen Ländern zurückgeführt wird.
- ▶ Bei den selbstberichteten Angaben zu den häufigsten Infektionskrankheiten im Kindes- und Jugendalter zeigen sich kaum Ost-West-Unterschiede.
- ▶ HIV-Infektionen waren in der DDR sehr selten. Seit 1989 steigt die Zahl der Neuinfektionen mit HIV stetig an, liegt jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau als in den alten Bundesländern.

Infektionskrankheiten sind nach den kardiovaskulären Erkrankungen bis heute weltweit führende Todesursache (WHO 2008), allerdings mit großen regionalen Unterschieden. Diese werden vor allem durch ungleiche sozioökonomische und hygienische Bedingungen verursacht. So sind Infektionskrankheiten hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens und ihrer tödlichen Folgen vor allem ein Problem in den so genannten Entwicklungsländern.

Auch wenn in Deutschland im Gegensatz zu Entwicklungsländern das Risiko an einer Infektionskrankheit zu versterben geringer ist, sind infektiöse Erkrankungen für bestimmte Alters- und Risikogruppen von großer Relevanz. So spielen z. B. Infektionskrankheiten im frühen Kindesalter eine erhebliche Rolle. Aufgrund des noch nicht vollständig entwickelten Immunsystems von Säuglingen und Kleinkindern ist die infektionsbedingte Morbidität aber auch die Mortalität in dieser Alters-

*In der DDR war die **Meldepflicht** für die einzelnen Infektionskrankheiten anhand des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (GBI I 1965), der Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBI II 1961) und der Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose (GBI II 1961) geregelt.*

Das am 1.1.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG) (BGBl I 2000) hat das bis dahin geltende Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) (BGBl I 1961) und das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) (BGBl I 1953) abgelöst.

Im IfSG sind die Koordinierung und Früherkennung von Krankheitsfällen, das Meldewesen sowie behördliche Maßnahmen bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geregelt. Es soll dazu dienen, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Auf Grundlage des IfSG ist es möglich, meldepflichtige Infektionskrankheiten einheitlich zu erfassen und ihr Auftreten hinsichtlich verschiedener Variablen wie z. B. Alter und Geschlecht in den Bundesländern zu vergleichen. Aufgrund des Wechsels bei der Erfassung werden bei den meldepflichtigen Erkrankungen im Folgenden schwerpunktmäßig die Daten ab dem Jahr 2001 dargestellt (www3.rki.de/SurvStat).

gruppe vergleichsweise höher als bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen.

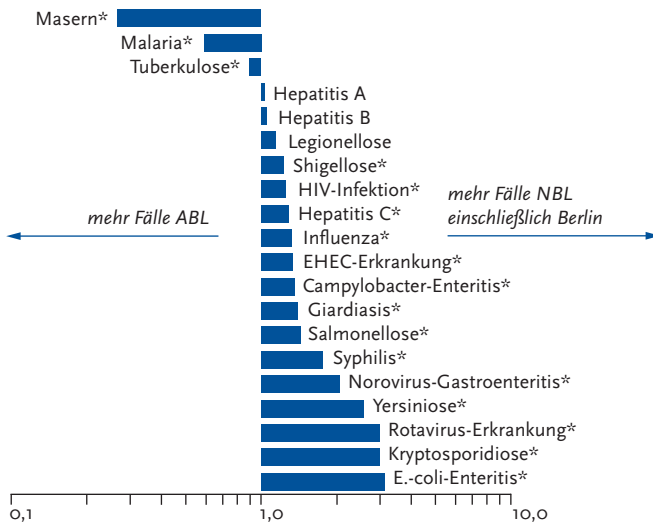
Meldepflichtige Infektionserkrankungen

Die 20 häufigsten meldepflichtigen Erkrankungen im Jahr 2008 waren in der Mehrzahl gastrointestinale Erkrankungen (Magen-Darm-Infektionen). Ursachen dafür können Viren (Norovirus-Gastroenteritis, Rotavirus-Erkrankung), Bakterien (Campylobacter-Enteritis, E.-coli-Enteritis, Enterohämorrhagische E. coli-Erkrankung (EHEC), Salmonellose, Shigellose, Yersiniose) oder Protozoen/Einzeller

Abbildung 3.7.1

Verhältnis der Inzidenzen (Inzidenzquotient) je 100.000 Einwohner in den alten und neuen Bundesländern für die 20 häufigsten übermittelten Infektionskrankheiten 2008

Quelle: RKI 2009



* statistisch signifikanter Unterschied

(Giardiasis, Kryptosporidiose) sein. Die Norovirus-Erkrankung war dabei die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit. Ihr Anteil an allen meldepflichtigen Infektionskrankheiten betrug 43 %; dem RKI wurden 218.420 Fälle übermittelt. Neben den Magen-Darm-Erkrankungen waren Influenza, Hepatitis (A, B, C), Legionellose, Tuberkulose, HIV-Infektion, Syphilis, Masern und Malaria unter den 20 häufigsten gemeldeten Krankheiten.

Es zeigen sich aktuell (im Jahr 2008) deutliche Unterschiede in der Neuerkrankungsrate der 20 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten zwischen den alten und den neuen Bundesländern, einschließlich Berlin (siehe Abbildung 3.7.1).

Außer bei Hepatitis A, Hepatitis B und Legionellose waren dabei die Unterschiede der Inzidenzen zwischen Ost- und Westdeutschland statistisch signifikant. Die meisten der 20 am häufigsten übermittelten Krankheiten hatten im Osten eine höhere Inzidenz als im Westen, vor allem gastrointestinale Krankheiten. Die Inzidenzen der gastrointestinalen Infektionen lagen im Osten zum Teil mehr als 3-mal so hoch wie im Westen. Bei Masern, Malaria und Tuberkulose lagen die Neuerkrankungen dagegen in den westlichen Bundesländern höher.

Ein Vergleich der Meldedaten seit dem Jahr 2001 (Daten nicht dargestellt) zeigt insgesamt eine hohe Konstanz der Ost-West-Unterschiede. Vor allem gastrointestinale Erkrankungen und die sexuell übertragbaren Krankheiten HIV-Infektion und Syphilis hatten eine höhere Inzidenz in den neuen Bundesländern (letzteres vor allem dadurch, dass Berlin in dieser Statistik zum Osten Deutschlands zugeordnet wird). Masern traten hingegen in den letzten Jahren (seit 2001) in den alten Bundesländern häufiger auf. Diese Krankheiten werden im Folgenden näher betrachtet.

Masern

Die bundesweite Neuerkrankungsrate an Masern lag im Jahr 2008 bei 1,1 Erkrankungen je 100.000 Einwohner (siehe Abbildung 3.7.2). Die Masernausbrüche konzentrierten sich auf die südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern, wo 75 % der übermittelten Masernfälle auftraten. In Bayern ist der zum Teil deutliche Anstieg der Erkrankungsrate im Jahr 2008 gegenüber dem Median der Vorjahre durch einen großen Ausbruch bei hauptsächlich ungeimpften Personen an einer Schule in Österreich erklärbar. Schüle-

rinnen und Schüler dieser Schule mit deutschem Wohnsitz und hatten sich und andere Kontaktpersonen infiziert. Dieser Ausbruch, sowie die Mehrzahl der Fälle in Baden-Württemberg und in anderen Bundesländern sind auf einen lang andauernden Masernausbruch in der Schweiz zurückzuführen, bei dem es zur Einschleppung von Erkrankungsfällen u. a. auch nach Deutschland kam (RKI 2008).

Sowohl im Median der Vorjahre als auch im Jahr 2008 waren die Maserninzidenzen in den östlichen Bundesländern überwiegend geringer als in den westlichen. Insgesamt waren fast genauso viele Mädchen bzw. Frauen wie Jungen bzw. Männer betroffen. Es fanden sich jedoch Unterschiede in den einzelnen Altersgruppen. Die höchste altersspezifische Inzidenz wurde bei einjährigen Kindern beobachtet (7,4 Erkrankungen je 100.000), mit höheren Werten bei den Mädchen. Mehr als 50 % der Fälle betrafen jedoch Jugendliche ab 10 Jahren und Erwachsene.

Masern zählen zu den impfpräventablen Erkrankungen. In der DDR bestand für Masern eine Impfpflicht. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass die Impfbereitschaft, historisch bedingt,

in den neuen Bundesländern höher ist. Der aktuell beschriebene Unterschied in den gemeldeten Inzidenzen bei Masern ist auf die bessere Durchimpfungsrate in den neuen Ländern zurückzuführen, da bei der Mehrheit der an Masern Erkrankten kein Impfschutz bestand (siehe dazu auch Kapitel 5.1).

Die von der WHO als Schwellenwert für das Erreichen der Maserneliminierung angesehene Inzidenz von weniger als 0,1 Erkrankungen je 100.000 Einwohner wurde im Jahr 2008 jedoch nur in zwei Bundesländern erreicht (Sachsen, Sachsen-Anhalt), so dass bundesweit von einer unzureichenden Impfquote ausgegangen werden muss.

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD): Syphilis und HIV-Infektion

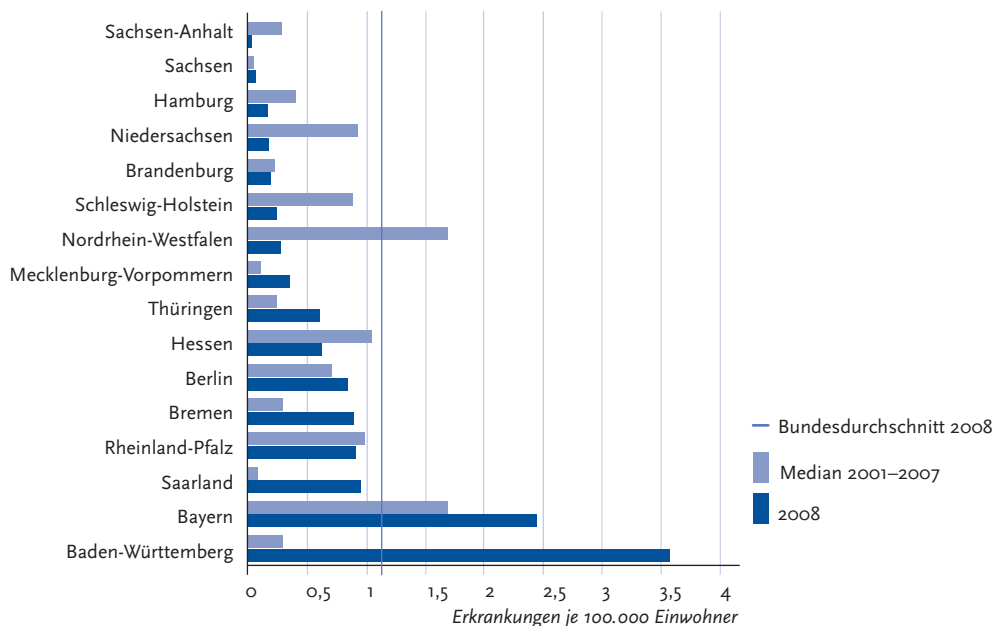
Syphilis

Auf Grundlage des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) liegen Daten zur Entwicklung der Syphilis-Infektionen in Deutschland vor der Einführung des IfSG im Jahr 2001 vor. Danach zeigte sich für Deutsch-

Abbildung 3.7.2

Übermittelte Masernerkrankungen nach Bundesland im Jahr 2008 im Vergleich zum Median der Jahre 2001 bis 2007

Quelle: RKI: SurvStat



land insgesamt ein Rückgang der (gemeldeten) Syphilis-Fälle in den Jahren 1991 bis 2000 von 2,2 auf 2,0 je 100.000 Einwohner bei den Männern und 1,1 auf 0,8 je 100.000 Einwohner bei den Frauen. Regional betrachtet waren in diesem Zeitraum die meisten Fälle in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin zu verzeichnen. Im restlichen Bundesgebiet lag die Anzahl der gemeldeten Fälle in den neuen Bundesländern über der in den alten. Nach Ergebnissen der ANOMO-Studie (1988 bis 1994) repräsentierten die Meldedaten in diesem Zeitraum bei der Syphilis jedoch nur einen Teil der wirklichen Krankheitshäufigkeit (Kirschner, Schwarztländer 1996).

Im Jahr 2001 stieg die Anzahl der Meldungen vor allem bei den Männern wieder an, was zum Teil auf das nach IfSG geänderte Meldeverfahren zurückzuführen ist und zum Teil eine tatsächliche Zunahme der Syphilis-Infektionen widerspiegelt (siehe Abbildung 3.7.4).

Im Jahr 2008 lag die Syphilis-Inzidenz in Berlin mit 19,1 Fällen je 100.000 Einwohner deutlich über der bundesweiten Inzidenz von 3,9 Fällen je 100.000 Einwohner (siehe Abbildung 3.7.3). Die höchste Syphilis-Inzidenz wurde neben Berlin in

Hamburg registriert (11,1 je 100.000 Einwohner). Über dem Bundesdurchschnitt lagen auch Bremen und Nordrhein-Westfalen. Beim Vergleich mit den Vorjahren (Median 2001 bis 2007) zeigt sich ein regional uneinheitlicher Trend, vor allem in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen ist die Zahl der gemeldeten Syphilis-Fälle gestiegen.

Die Verteilung der gemeldeten Fälle nach Geschlecht zeigt bei Syphilis-Infektionen, dass im Jahr 2008 die Inzidenz bei Männern etwa 12-mal höher liegt als bei Frauen (7,3 vs. 0,6 je 100.000 Einwohner). Die Inzidenz bei den Frauen ist damit die niedrigste seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2001 (siehe Abbildung 3.7.4).

Bei den gemeldeten Fällen mit Angaben zum Infektionsweg (77% der Fälle) zeigte sich, dass der Anteil der Syphilis-Fälle, die durch sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen wurden, mit 82 % am größten war. Der Anteil der bei Heterosexuellen diagnostizierten Fälle lag bei 18 %. Die höchsten Neuerkrankungsraten gab es bei den Frauen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (2,0 je 100.000), bei den Männern bei den 30- bis 39-Jährigen (16,8 je 100.000).

Abbildung 3.7.3

Gemeldete Syphilis-Fälle nach Bundesland im Jahr 2008 im Vergleich zum Median der Jahre 2001 bis 2007

Quelle: RKI: SurvStat

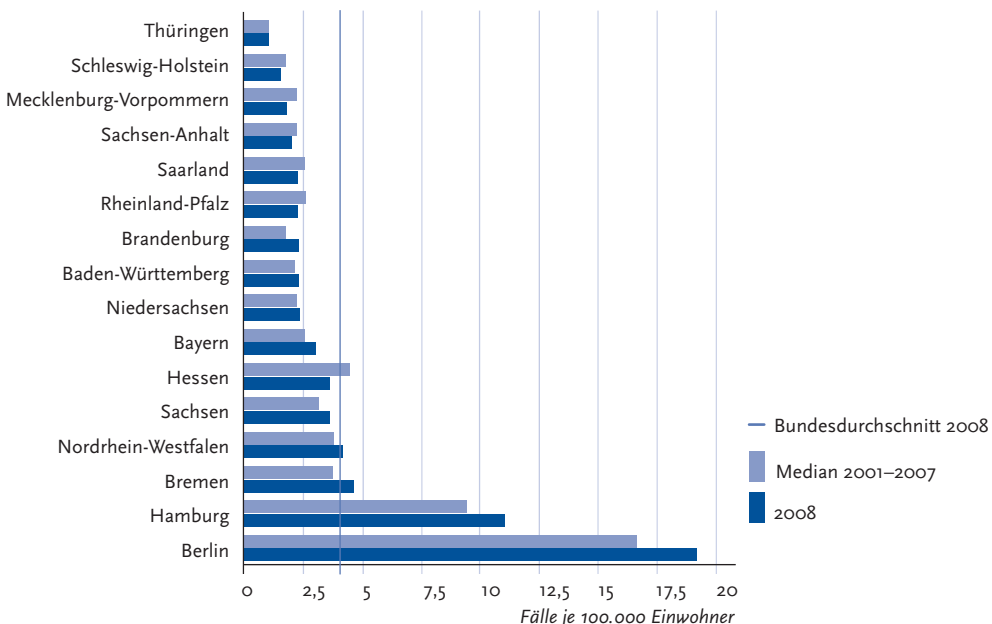
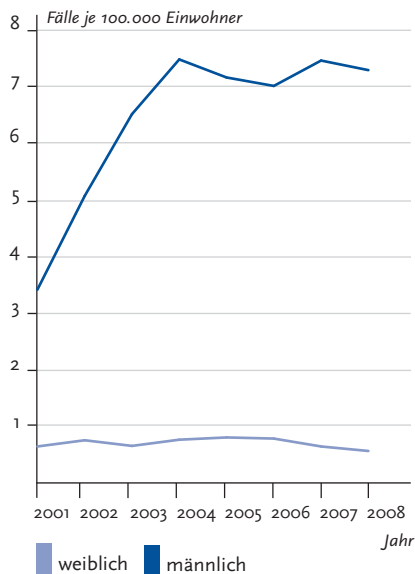


Abbildung 3.7.4
Gemeldete Syphilis-Fälle nach Meldejahr
 Quelle: RKI: SurvStat



HIV-Infektion

Bis zum Jahr 1993 wurde die Aufgabe der epidemiologischen Erfassung der HIV/AIDS-Fälle vom AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt wahrgenommen und ging danach an das Robert Koch-Institut (RKI) über. Die Beurteilung der Verbreitung von HIV-Infektionen erfolgte auf Grundlage der HIV-Labormeldepflicht, wonach alle HIV-positiven Befunde eines Bestätigungstest von dem die Untersuchung durchführenden Laborarzt anonym an das Robert Koch-Institut gemeldet wurden. Die nicht-namentliche Labor-Meldepflicht für den Nachweis einer HIV-Infektion ist seit 2001 im IfSG gesetzlich verankert.

Seit dem ersten Auftreten von HIV-Infektionen in der DDR im Jahr 1985 stieg die Zahl der Neuerkrankungen nur sehr langsam und lag bei ca. 30 Neuinfektionen pro Jahr. In den Jahren nach 1989 ist ein stetiger Anstieg der HIV-Infektionen in den neuen Bundesländern zu verzeichnen, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau als in den alten Bundesländern.

Die Zahl der HIV-Infektionen nach HIV-Labormeldepflicht ist im Zeitraum von 1993 bis 2000 für Männer leicht von 4,5 auf 3,1 je 100.000

Abbildung 3.7.5
Gemeldete HIV-Erstdiagnosen nach Bundesland im Jahr 2008 im Vergleich zum Median der Jahre 2001 bis 2007
 Quelle: RKI: SurvStat

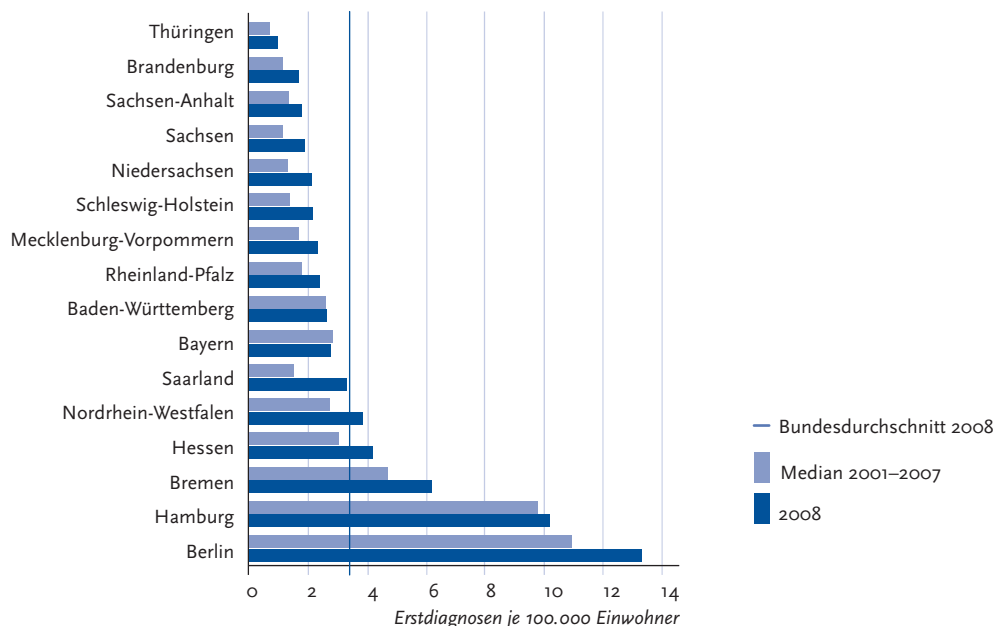
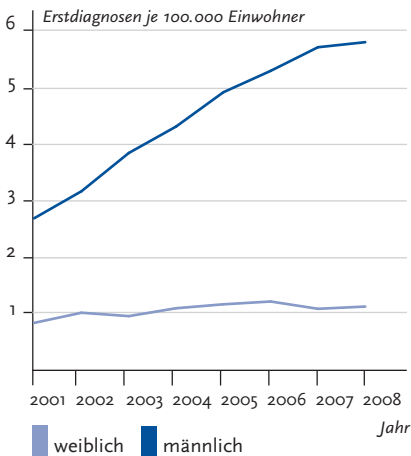


Abbildung 3.7.6
Gemeldete HIV-Erstdiagnosen nach Meldejahr
 Quelle: RKI: SurvStat



Einwohner gesunken und für Frauen etwa gleich geblieben (1,0 je 100.000 Einwohner) (siehe Abbildung 3.7.6). Regional betrachtet zeigten sich immer noch klare Ost-West-Unterschiede dahingehend, dass die Zahl der gemeldeten HIV-Infektionen in den neuen Bundesländern deutlich niedriger war als in den alten Bundesländern. In diesen Zeitraum wurde in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin die höchste Zahl von HIV-Infektionen gemeldet.

Die bundesweite HIV-Inzidenz (Meldungen nach IfSG) betrug im Jahr 2008 3,4 Fälle je 100.000 Einwohner. Auch hier waren im Bundesländervergleich die höchsten Inzidenzen in den Stadtstaaten Berlin (13,2 je 100.000), Hamburg (10,1 je 100.000) und Bremen (6,2 je 100.000) zu verzeichnen (siehe Abbildung 3.7.5). Einige Großstädte in den alten Bundesländern, z. B. Köln, Stuttgart, München und Frankfurt am Main, wiesen jedoch ähnlich hohe Neuerkrankungsraten auf. Im Vergleich zu den Vorjahren (Median 2001 bis 2007) stieg die HIV-Inzidenz, mit Ausnahme von Bayern in allen Bundesländern, allerdings auf sehr unterschiedlichem Niveau.

Bei den HIV-Erstdiagnosen, bei denen Angaben zum Infektionsweg vorlagen (85 % der Fälle), stellen Männer, die Sex mit Männern haben, mit 65 % die größte Gruppe. Die zweitgrößte Betroffenengruppe waren Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben hatten

(17 %). Bei beiden Geschlechtern lag die höchste Rate an gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen.

Der deutlich höhere Anteil an gemeldeten Neuerkrankungen an Syphilis und HIV-Infektionen im Osten Deutschlands wird durch die besonders hohen Inzidenzen in Berlin verursacht, da Berlin in dieser Statistik zum Osten Deutschlands gezählt wird. Berlin stellt mit seinen 3,4 Millionen Bürgerinnen und Bürgern 20,5 % der Einwohner Ostdeutschlands (Stand 2007). Wird hingegen die unterschiedliche Großstadt- und Bevölkerungsdichte der Bundesländer berücksichtigt, nähern sich die Inzidenzen an Syphilis- und HIV-Infektionen in den alten und neuen Bundesländern seit dem Jahr 2001 immer mehr an (Daten nicht gezeigt).

Gastrointestinale Infektionskrankheiten

Werden die meldepflichtigen Magen-Darm-Infektionen hinsichtlich der Altersverteilung betrachtet, fällt auf, dass bei den meisten dieser Erkrankungen vor allem Kinder betroffen sind. Durchfallerkrankungen durch Rota- und Noroviren stehen dabei im Vordergrund, gefolgt von E. coli (bei Säuglingen) sowie Salmonellen. So waren beispielsweise 61,5 % der für 2008 gemeldeten Rotavirus-Fälle Kinder der Altersgruppe bis fünf Jahre (RKI 2009a). Bei älteren Kindern, vor allem aber bei Jugendlichen und Erwachsenen ist eine erhebliche Dunkelziffer zu erwarten, da hier bei normalem Verlauf der Erkrankung häufig keine ärztliche Abklärung bzw. Diagnostik erfolgt. Säuglinge und Kleinkinder zeigen jedoch nicht selten komplizierte Verläufe und Komplikationen (z. B. Trinkverweigerung, Austrocknung), die eine stationäre Behandlung erfordern.

Für die beschriebene Häufung von Magen-Darm-Erkrankungen in den neuen Bundesländern sind verschiedene Erklärungsansätze möglich. Wie bereits in Kapitel 2.1. dargestellt, sind das Angebot sowie die Inanspruchnahme von Kinderbetreuungseinrichtungen in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern, besonders bei Kindern unter drei Jahren. Kindergärten oder -tagesstätten sind häufig Ort oder Umfeld des Ausbruchsgeschehens von Infektionskrankheiten. Von den Rotavirus-Fällen mit Angaben zum

Ort oder Umfeld des Ausbruchsgeschehens (85 % der Fälle) ereigneten sich z. B. 48 % dieser Ausbrüche in Kindergärten (RKI 2009b). Zudem ist eine bessere Erfassung wahrscheinlich, da die Erzieherinnen und Erzieher der Einrichtungen im Krankheitsfall einen Arztbesuch empfehlen können. Von Infektionskrankheiten betroffene Kinder benötigen für die Weiterbetreuung oftmals eine Bestätigung durch die Kinderärztin/den Kinderarzt, dass sie wieder gesund sind. Die Erkrankung kann somit eher ärztlich festgestellt und damit auch gemeldet werden.

Neben Unterschieden in der Intensität der Erfassung durch die Gesundheitsämter können technische wie auch verfahrensbedingte Unterschiede, aber auch die unterschiedliche Meldebereitschaft das Meldeverhalten beeinflussen. Neben Unterschieden in der Intensität der Erfassung durch die Gesundheitsämter können technische wie auch verfahrensbedingte Unterschiede das Meldeverhalten beeinflussen. Bekannt ist zum Beispiel ein besser eingespieltes Diagnose- und Meldeverhalten für Norovirus-Gastroenteritis in Ostdeutschland (RKI 2009b). Inwieweit die Inzidenzunterschiede bei den gastrointestinalen Infektionen auf eine tatsächliche erhöhte Häufigkeit in den neuen Bundesländern zurückzuführen sind, ist daher nicht eindeutig zu klären.

*Um das aktuelle Spektrum der somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beschreiben zu können, wurden im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) die Eltern der teilnehmenden Kinder zu ärztlich gestellten Diagnosen oder durchgemachten Erkrankungen ihrer Kinder befragt (»jemals« oder »innerhalb der letzten 12 Monate«) (Kamtsiuris et al. 2007). Es wurden akute Erkrankungen, chronische Krankheiten und **infektiöse Kinderkrankheiten** erfasst, für die, mit Ausnahme der Masern, jedoch keine generelle Meldepflicht bestehen. Als Erhebungsinstrumente wurden ein Elternfragebogen sowie ein standardisiertes ärztliches Interview (CAPI) eingesetzt. Damit liegen umfassende und repräsentative Daten zu 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen, u. a. von Infektionskrankheiten vor.*

Selbstangaben zu Infektionskrankheiten im Kindesalter

Insgesamt machen die meldepflichtigen Erkrankungen nur einen geringen Teil der Infektionen im Kindes- und Jugendalter aus. Im Folgenden wird die Situation der nicht meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen anhand von Selbstangaben ihrer Eltern mit den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-survey dargestellt.

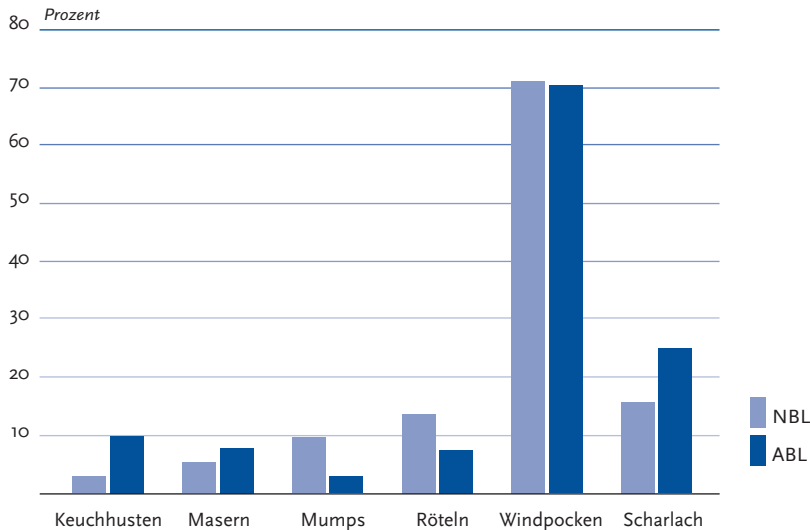
Akute Atemwegerkrankungen sind die häufigsten Infektionen im Kindes- und Jugendalter. So hatten 88,5 % der Kinder in den letzten 12 Monaten mindestens eine Erkältung/grippalen Infekt. Akute Bronchitis und Mandelentzündungen wurden mit 19,9 % bzw. 18,5 % angegeben (Elternfragebogen). Die 12-Monats-Prävalenzen von Mittelohrentzündungen (Elternfragebogen) und Pseudokrupp (CAPI) lagen bei 11,0 % bzw. 6,6 %. Eine Lungenentzündung (CAPI) hingegen wurde von 1,5 % der Befragten angegeben. Daneben stellen Magen-Darm-Infekte (Elternfragebogen) mit insgesamt 46,8 % einen bedeutenden Anteil an den somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dar. Es ist zu beachten, dass ein direkter Vergleich der Magen-Darm-Infektionen anhand der IfSG-Daten und der Elternangaben aus KiGGS nicht möglich ist, da die Erfassung unterschiedlich ist: erinnerte Angaben der Eltern zum Auftreten von Durchfall und Erbrechen bei ihrem Kind stehen labordiagnostisch abgesicherten Parametern meldepflichtiger Infektionskrankheiten gegenüber. Über alle Altersgruppen hinweg (0 bis 17 Jahre) zeigten sich in der KiGGS-Studie kaum Ost-West-Unterschiede, einzig für Magen-Darm-Infekte und Mittelohrentzündungen lagen die Prävalenzen in den neuen Bundesländern signifikant niedriger (Kamtsiuris et al. 2007).

In der KiGGS-Studie wurde auch das Auftreten von infektiösen Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Scharlach) erfragt. Außer Scharlach können diese Erkrankungen durch Impfungen verhindert werden.

Beim Vergleich der Prävalenzen dieser Erkrankungen fallen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern auf. Kinder und Jugendliche in den alten Bundesländern haben deutlich häufiger Keuchhusten, Masern

Abbildung 3.7.7**Lebenszeitprävalenz von infektiösen Kinderkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen 0 bis 17 Jahre**

Quelle: KiGGS, Kamtsiuris et al. 2007



und Scharlach durchgemacht, erkrankten aber deutlich seltener an Mumps und Röteln (siehe Abbildung 3.7.7). Es zeigen sich kaum Unterschiede bei Windpocken. Hintergrund sind hier – unter anderem historisch bedingt – regional sehr unterschiedliche Durchimpfungsraten (vgl. Kapitel 5.1). In der DDR bestand für Masern und Keuchhusten eine Impfpflicht, andererseits wurde nicht gegen Röteln und Mumps immunisiert (Kamtsiuris et al. 2007).

Fazit

Hinsichtlich der Epidemiologie meldepflichtiger Infektionskrankheiten zeigt sich in Deutschland kein einheitliches Bild. Zwischen den Bundesländern gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Infektionskrankheiten.

Es ist davon auszugehen, dass die höhere Inzidenz einiger meldepflichtiger Krankheiten im Osten nicht nur reale Unterschiede in der Häufigkeit dieser Krankheiten widerspiegelt, sondern auch eine erhöhte Meldebereitschaft und möglicherweise auch ein unterschiedliches Vorgehen der Gesundheitsämter bei der Erfassung meldepflichtiger Fälle.

Die Ursachen der Unterschiede in den Ergebnissen aus der Befragung der Eltern hinsichtlich des Auftretens von Infektionskrankheiten bei ihren Kindern zwischen neuen und alten Bundesländern können, ähnlich wie bei den meldepflichtigen Erkrankungen, nicht abschließend erklärt werden. Neben möglichen Unterschieden in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (und damit der Möglichkeit der ärztlichen Diagnose) zwischen den neuen und alten Bundesländern, sind auch Unterschiede bezüglich der Einstellung, z. B. zum Impfen, bekannt.

Außerdem können strukturelle Gegebenheiten, wie die regionale Versorgungsstruktur und Erreichbarkeit ärztlicher Einrichtungen, das Inanspruchnahmeverhalten prägen, ebenso wie die persönlichen Determinanten Alter und Geschlecht des Kindes, Sozialstatus und Migrationshintergrund der Familie.

Literatur

- BGBI I (1953) Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 23. Juli 1953, S 700
- BGBI I (1961) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz), 18. Juli 1961, S 1012

- BGBI I (2000) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 20. Juli 2000, S 1045
- GBI I (1965) Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen, 20. Dezember 1965, S 29–43
- GBI II (1961) Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten., 23. Februar 1961, S 85
- GBI II (1961) Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose, 26. Oktober 1961, S 509
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 686–700
- Kirschner W, Schwardtländer B (1996) Sentinel-Surveillance von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten – Ergebnisse der ANOMO-Studie 1988–1994. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden
- Robert Koch-Institut (2008) Zu den Masernausbrüchen in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich. Epid Bull 19: 152–153
- Robert Koch-Institut (2009a) SurvStat www3.rki.de/SurvStat (Stand: 18.06.2009)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009b) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008. RKI, Berlin
- WHO (2008) The Global Burden of Disease. 2004 Update www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html (Stand: 16.06.2009)

3.8 Psychische Gesundheit

- Für den Zeitpunkt der Wiedervereinigung fehlen belastbare Daten zur psychischen Gesundheit in Deutschland. Ende der 1990er-Jahre sind psychische Störungen wie Affektive Störungen oder Substanzstörungen in den alten Bundesländern häufiger als in den neuen Ländern.
- In den neuen Bundesländern wird die Prävalenz von Demenz in der Altersgruppe ab 85 Jahre höher eingeschätzt als in den alten Ländern.
- Die Suizidraten in Deutschland sind seit den 1980er-Jahren rückläufig. Die vor dem Mauerfall in den neuen Bundesländern höheren Raten haben sich an die der alten Länder angeglichen.
- Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden sich derzeit bei einem Siebtel der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland. In den neuen und alten Bundesländern zeigen sich dabei insgesamt keine bedeutsamen Unterschiede.

Psychische Gesundheit ist grundlegend für die individuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Als wichtige Indikatoren für die psychische Gesundheit in einer Gesellschaft werden klar definierte psychische Störungen herangezogen. Zu den psychischen Störungen zählen u. a. Depression, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit sowie Demenz. Psychische Störungen sind, neben den Belastungen und Einschränkungen der Betroffenen, gesellschaftlich mit einer erheblichen Krankheitslast assoziiert. Neben den direkten Behandlungskosten und Kosten für Fehlbehandlung treten weitere indirekte Kosten durch Minderung der Arbeitsproduktivität, Arbeitslosigkeit und Frühberentungen auf. Insgesamt werden die Krankheitskosten für Psychische- und Verhaltensstörungen im Jahr 2006 auf 26,6 Milliarden Euro geschätzt (Statistisches Bundesamt 2009).

Während Infektionserkrankungen durch Impfung, Früherkennung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten erheblich reduziert

werden konnten, besteht für die Prävention von psychischen Störungen noch Entwicklungspotenzial.

Psychischen Störungen gewinnen durch den Rückgang anderer Erkrankungen anteilig eine höhere Bedeutung. Im Jahre 2020 werden unter den zehn wichtigsten Erkrankungen weltweit wahrscheinlich allein fünf psychische Störungsbilder zu finden sein (Murray, Lopez 1996). Bei den so genannten DALYS (Disease adjusted Life Years), ein Maß für die Krankheitslast, stand die Depression im Jahr 2000 international schon an fünfter Stelle aller Krankheiten – gleichauf mit den kardiovaskulären Erkrankungen (WHO 2003, 2008). In Deutschland liegt die Depression nach aktuellen Schätzungen bereits an dritter Stelle (WHO 2009).

Trotz der Relevanz psychischer Störungen stehen relativ wenige Daten in Deutschland zur Verfügung. Zum einen kann die Krankenhausstatistik herangezogen werden, die Diagnosen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern erfasst, darunter auch Einrichtungen mit psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten. Des Weiteren gibt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 3.8.1
12-Monatsprävalenzen psychischer Störungen
Quelle: BGSg8

	NBL	ABL
Substanzstörungen	3,3 %*	4,8 %*
Alkoholabhängigkeit	2,0 %*	3,7 %*
Alkoholmissbrauch	0,6 %	0,4 %
Abhängigkeit/ Missbrauch illegaler Substanzen	0,5 %	0,8 %
Affektive Störungen	9,3 %*	12,6 %*
Unipolare Depression	8,3 %*	11,5 %*
Bipolare Störungen	0,7 %	0,9 %
Angststörungen	14,4 %	14,5 %
Somatoforme Störungen	8,6 %*	11,6 %*
Essstörungen	0,2 %	0,4 %

* Unterschied signifikant $p < 0,05$

Morbiditätsanalysen, basierend auf Abrechnungen von Arztpraxen, heraus. So wurde z. B. im ersten Quartal 2008 bei 5,6 % der Patientinnen und Patienten in Praxen der Allgemeinmedizin eine depressive Episode diagnostiziert (ZI 2008).

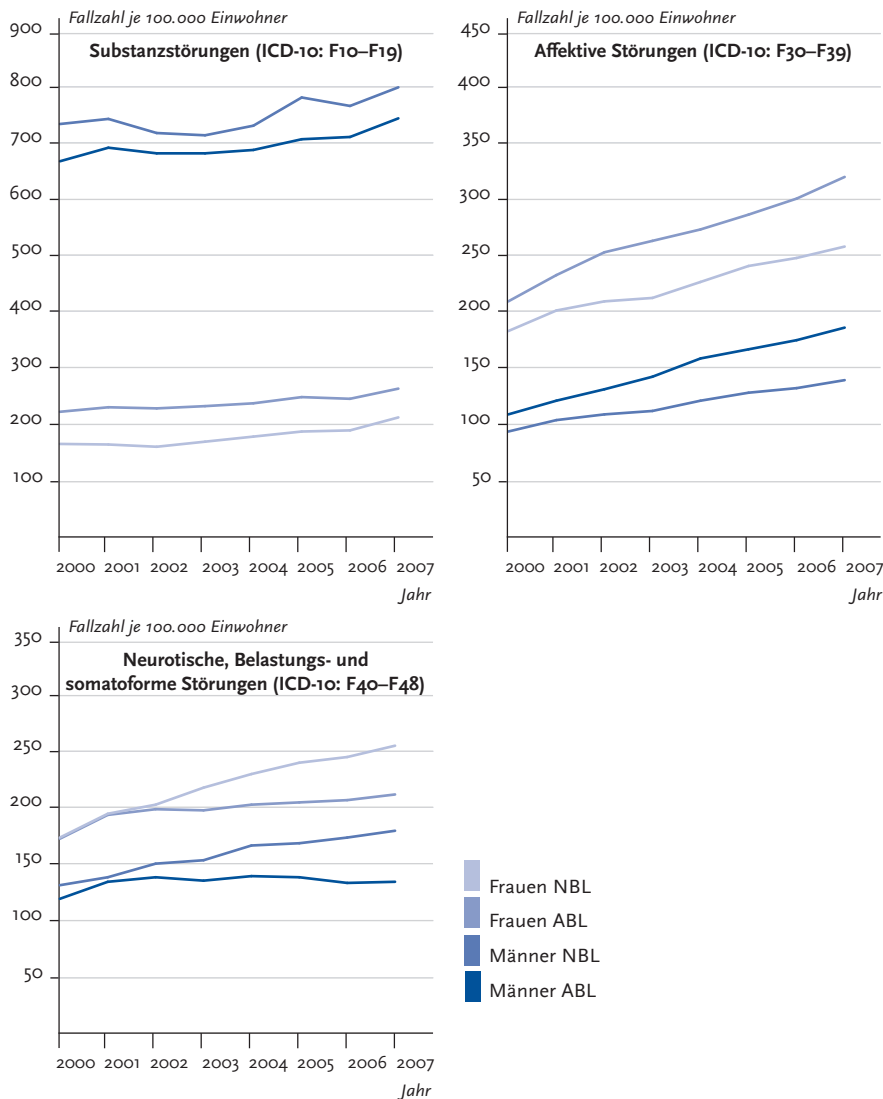
Aus repräsentativen Bevölkerungsstudien lassen sich weitere Daten gewinnen. In Deutschland

wurden mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) psychische Störungen in einer Bevölkerungsstudie anhand klinischer Diagnosen erhoben. Hierbei zeigte sich, dass 42,6 % der Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkrankten (Jacobi et al. 2004).

Abbildung 3.8.1

Entwicklung der stationären Fälle mit Hauptdiagnose Substanzstörung, Affektive Störung oder Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (altersstandardisiert)

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik



Die 12-Monats-Prävalenz, also das Bestehen einer psychischen Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate, lag bei 31 %. Für die meisten erfragten Störungen zeigte sich eine höhere Häufigkeit in den alten Bundesländern (siehe Tabelle 3.8.1). Es gibt keine schlüssigen Erklärungen für die gefundenen regionalen Unterschiede.

Andere Studien zur psychischen Gesundheit in Ost- und Westdeutschland basierten vor allem auf Fragebogenerhebungen und zeigten ein sehr inkonsistentes Bild. In der Summe ergaben sich keine Hinweise auf eine erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen in den neuen oder alten Bundesländern (Brähler et al. 2002; Jacobi et al. 2004).

Für die Zeit nach 1998 stehen derzeit regional differenzierte Daten der Krankenhausstatistik zur Verfügung. Die Daten zeigen, dass die psychischen Störungen sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern zunehmen (siehe Abbildung 3.8.1). Bei den Substanzstörungen wird ersichtlich, dass Männer häufiger als Frauen betroffen sind. Regionale Unterschiede werden, bezogen auf die Fallzahlen je 100.000 Einwohner, insbesondere für Affektive Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ersichtlich. Bei den Affektiven Störungen (z. B. Depression) zeigt sich, dass die Zahlen sowohl für Frauen als auch für Männer aus den neuen Bundesländern unter den Zahlen der alten Bundesländer liegen. Die Daten zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (darunter z. B. Belas-

tungs- und Angststörung) zeigen hier ein anderes Bild: Häufiger sind Frauen und Männer aus den neuen Bundesländern betroffen.

Deutlich wird anhand dieser (Fall-)Zahlen, dass psychische Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung im Gesundheitswesen haben. Aussagen zur aktuellen Prävalenz und Inzidenz lassen sich daraus allerdings nicht ableiten.

Depression

Aktuelle Daten zur Prävalenz der Depression können aus der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) abgeleitet werden. Hier wurden die Probandinnen und Probanden gefragt, ob bei ihnen jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten festgestellt wurde. Insgesamt bejahten 16,4 % der Frauen und 9,4 % der Männer diese Frage. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus dem BGS98 zeigt sich in den neuen Bundesländern eine etwas geringere Prävalenz der ärztlich oder psychotherapeutisch festgestellten Depression (siehe Tabelle 3.8.2).

Die genauere regionale Differenzierung zeigt auch, dass dieser Unterschied vor allem auf die Bundesländer Sachsen und Thüringen (Ost-Süd) zurückzuführen ist, und hier noch einmal in besonderem Maße auf die Männer.

Tabelle 3.8.2

Anteil der Personen mit ärztlich oder psychotherapeutisch festgestellten Depression in der ab 18-jährigen Bevölkerung

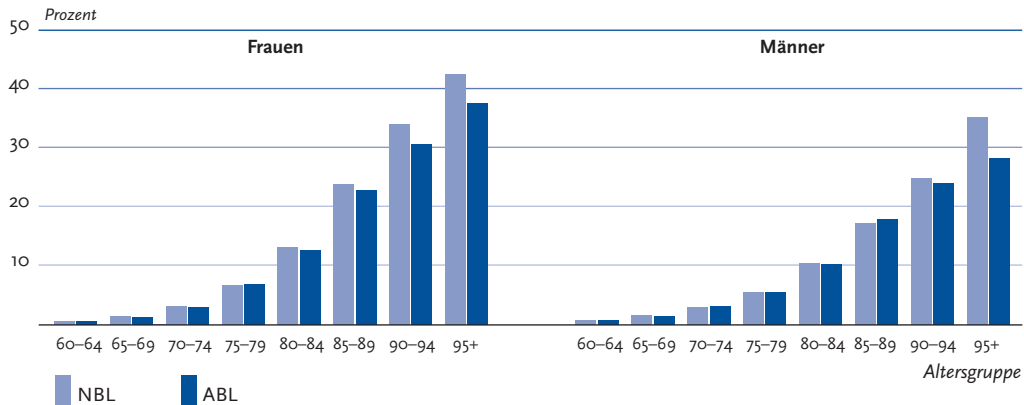
Quelle: GEDA09

Region	Frauen	Männer	Gesamt
Nordwest (Schleswig-Holstein, Bremen, Hamburg, Niedersachsen)	16,5 %	10,2 %	13,4 %
Nordrhein-Westfalen	15,4 %	8,3 %	12,0 %
Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)	18,5 %	11,4 %	15,1 %
Ost-Nord (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt)	16,4 %	9,2 %	12,9 %
Ost-Süd (Sachsen, Thüringen)	15,2 %	6,7 %	11,1 %
Bayern	16,4 %	10,5 %	13,5 %
Baden-Württemberg	16,3 %	9,2 %	12,9 %
NBL (einschließlich Berlin)	15,9 %	8,2 %	12,1 %
ABL	16,5 %	9,7 %	13,2 %

Abbildung 3.8.2

Prävalenz der Demenz nach Altersgruppen 2002

Quelle: nach Ziegler, Doblhammer 2009



Demenz

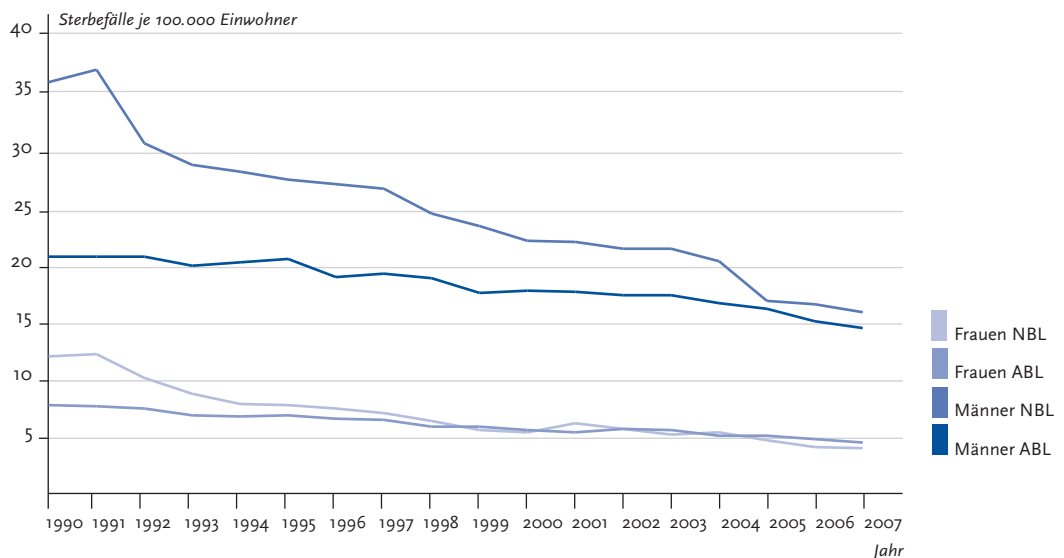
Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung gewinnen depressive Störungen und Demenzen zunehmend an Bedeutung, weil beide Störungsgruppen im höheren Lebensalter zunehmend auftreten. In einer Studie auf der Basis von Daten der gesetzlichen Krankenkassen wurden für das Jahr 2002 alters- und geschlechtsspezifische

Prävalenzraten geschätzt (Ziegler, Doblhammer 2009). Die Prävalenzraten von Demenz betragen in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre 0,6% bei den Frauen und 0,8% bei den Männern und steigen in der Altersgruppe der 95- bis 99-Jährigen auf 38,0% bei Frauen und 29,7% bei Männern an. Frauen sind insgesamt häufiger von Demenz betroffen als Männer, was sich mit zunehmendem Alter verstärkt (siehe Abbildung 3.8.2). Sowohl für

Abbildung 3.8.3

Suizidraten 1990 bis 2007

Quelle: Todesursachenstatistik



Frauen als auch für Männer wurden (ab 80 bzw. 90 Jahren) in den neuen Bundesländern höhere Prävalenzraten für Demenz geschätzt.

Suizid

Viele Suizide sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen; am häufigsten auf depressive Erkrankungen. Weitere Risikofaktoren für Suizid sind schwere, unheilbare Erkrankungen, soziale Isolation, der Verlust einer nahestehenden Person oder finanzielle Sorgen. Über 70 % der Suizide werden von Männern begangen (Wittchen, Hoyer 2006; Saß et al. 2003; Davison et al. 2002). Die Suizidraten in Deutschland sind seit 1980 rückläufig. Bis Mitte der 1990er-Jahre lagen sie in den neuen Bundesländern doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern (Statistisches Bundesamt 1998). In den Jahren 1990 bis 1991 war jedoch ein Stillstand der insgesamt über die Jahre rückläufigen Entwicklung zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2007 haben sich die Suizidraten weiter verringert, am deutlichsten in den neuen Bundesländern, sodass sich die Raten in den neuen und alten Bundesländern weitgehend angeglichen haben (siehe Abbildung 3.8.3).

Da psychische Störungen in der Bevölkerung nicht abgenommen haben, kann die Rückläufigkeit der Suizidraten auf eine Verbesserung der psychosozialen und medizinischen Versorgung zurück geführt werden. Angesichts des demografischen Wandels kommt dem Sachverhalt, dass Suizidraten mit dem Alter ansteigen, eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere bei Männern ab 75 Jahren ist weltweit die Zahl der vollzogenen Suizide am höchsten (Stoppe 2006).

Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird vielfach diskutiert. Dennoch ist aus dem systematischen Forschungsstand eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bisher nicht abzuleiten (Sachverständigenrat 2009). In Deutschland wird für die Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter eine 6-Monats-

Prävalenz zwischen 15 % und 22 % berichtet (Ihle, Esser 2002), eine Metaanalyse relevanter Studien zeigt mit einer mittleren Häufigkeit von 17,2 % psychischen Auffälligkeiten, ähnliche Ergebnisse (Barkmann, Schulte-Markwort 2007).

Bislang liegen für Deutschland keine methodisch vergleichbaren Studien vor, die eine Darstellung der Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter über einen längeren Zeitraum erlauben. In KiGGS wurden daher Informationen zu verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit wie Ressourcen und Risiken (Erhart et al. 2007), psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Hölling et al. 2007), Störungen des Essverhaltens (Hölling, Schlack 2008), ADHS (Schlack et al. 2007) und Gewalterfahrungen (Schlack, Hölling 2007) erhoben. Bei den hier präsentierten ausgewählten Ergebnissen ist zu beachten, dass im Rahmen von KiGGS keine Diagnosen von psychischen Störungen gestellt, sondern nur Auffälligkeiten bzw. Hinweise darauf ermittelt wurden (Hölling et al. 2007).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

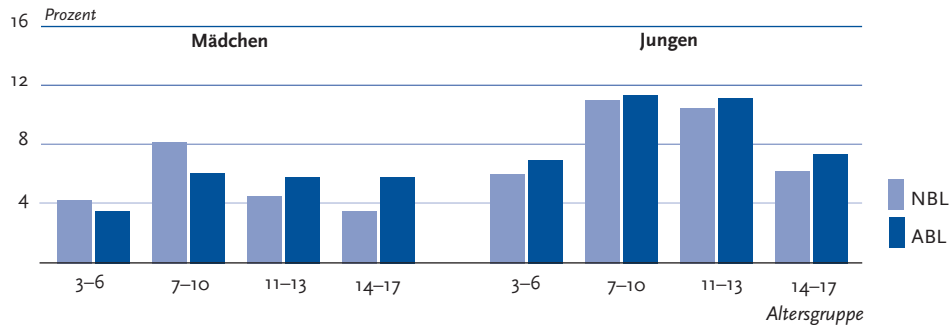
Hinweise auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten fanden sich in KiGGS nach Elternangaben bei 14,7 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland, Jungen sind häufiger in der Risikogruppe vertreten als Mädchen (17,8 % vs. 11,5 %).

*Hinweise auf **psychische und Verhaltensauffälligkeiten** wurden in KiGGS mit einem Fragebogen zu Stärken und Schwächen (»Strengths and Difficulties Questionnaire«, SDQ) erfasst. Dieser liefert Informationen zu den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme sowie Probleme mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) und einem Bereich der psychischen Stärken, dem prosozialen Verhalten. Die in den verschiedenen Bereichen und hinsichtlich des Gesamtwerts grenzwertig auffälligen und auffälligen Kinder und Jugendlichen können als Risikogruppe betrachtet werden.*

Abbildung 3.8.4

Psychische Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen (SDQ-Gesamtproblemwert, Elternurteil)

Quelle: KiGGS



Insgesamt sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger in der Risikogruppe für psychische Probleme vertreten als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Betrachtet man den Gesamtproblemwert für psychische Auffälligkeiten bei Jungen und Mädchen in den verschiedenen Altersgruppen, sind zwischen den neuen und alten Bundesländern keine Unterschiede zu erkennen (siehe Abbildung 3.8.4). Auch ist die leichte Differenz bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen im Sinne eines etwas höher erscheinenden SDQ-Gesamtproblemwertes in den alten Bundesländern nicht bedeutsam (siehe Abbildung 3.8.4).

liefert keine gesicherten Diagnosen, sondern identifiziert anhand der Angaben der Jugendlichen Symptome von Essstörungen (Hölling, Schlack 2008).

Von den Kindern mit auffälligem Essverhalten finden sich viele auch bei normalem Körpergewicht als zu dick. Sie tendieren außerdem vermehrt zu psychischen Problemen, Ängstlichkeit und Depressivität. Auch zeigt sich, dass ein niedriger Sozialstatus, die Herkunft aus einer Migrantenfamilie, familiäre Schwierigkeiten sowie eine geringe soziale Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen verbunden sind (Hölling, Schlack 2008; RKI/BZgA 2008). Zwischen Jugendlichen aus den neuen und alten Bundesländern zeigen sich hinsichtlich eines auffälligen Essverhaltens keine bedeutsamen Unterschiede.

Störungen des Essverhaltens

Nach den Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen in KiGGS zeigten 21,9 % der 11- bis 17-jährigen Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten, Mädchen fast doppelt so häufig wie Jungen (28,9 % vs. 15,2 %) (Hölling, Schlack 2008). Das Risiko für eine Essstörung nimmt bei Mädchen während der Pubertät zu, bei Jungen dagegen ab.

Hinweise auf Störungen des Essverhaltens wurden in KiGGS mit dem SCOFF-Fragebogen erhoben, der Verhaltensweisen und Einstellungen erfasst, die bei Magersucht, Ess-/Brechsucht, Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung) und Adipositas typischerweise auftreten. Dieses Screening-Instrument

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Nach den Ergebnissen von KiGGS wurde bei 4,8 % der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) in Deutschland von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Psychologin bzw. einem Psychologen schon einmal eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert (Schlack, Hölling et al. 2007). Weitere 4,9 % zeigten Hinweise auf eine solche Störung. Bei Jungen wurde häufiger ADHS festgestellt als bei Mädchen. Mit sinkendem Sozialstatus nimmt die Häufigkeit von ADHS zu. Hinsichtlich der Häufigkeit einer ADHS-Diagnose ließen sich keine Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Kindern und Jugendlichen feststellen.

Fazit

Die Verbreitung psychischer Erkrankungen wurde wegen des Mangels an verlässlichen Daten lange Zeit unterschätzt. Während zur Zeit der Wiedervereinigung noch keine entsprechenden Daten in Deutschland zur Verfügung standen, zeigte sich Ende der 1990er-Jahre, dass etwa jede/r Dritte in Deutschland in den letzten 12 Monaten an einer psychischen Erkrankung litt. In den alten Bundesländern traten die meisten der erfragten psychischen Störungen häufiger auf als in den neuen Bundesländern, darunter Substanzstörungen und affektive Störungen wie Depressionen. Auch nach aktuellen Daten zeigt sich, dass Frauen und Männer in den alten Bundesländern häufiger eine Depression oder depressive Verstimmung berichten als in den neuen Bundesländern. Dagegen konnten anhand anderer Datenquellen Ost-West-Unterschiede zu Ungunsten der neuen Bundesländer festgestellt werden, z. B. bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Plausible Gründe für diese Unterschiede können nicht gegeben werden.

Die vorgestellten Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen bieten überwiegend keine Diagnosen psychischer Erkrankungen. Sie weisen vielmehr sowohl in den neuen als auch alten Bundesländern auf Problemlagen in der psychischen Entwicklung.

Ob Psychische- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – wie oft diskutiert – tatsächlich zunehmen, wird mit der Fortsetzung von KiGGS als Langzeitstudie überprüft werden können.

Literatur

- Barkmann C, Schulte-Markwort M (2007) Epidemiologie und Diagnostik von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 155 (10): 906–914
- Brähler E, Schuhmacher J, Albani C et al. (2002) Wie bedeutsam sind Ost-West-Unterschiede? Eine Analyse von Ost-West-, Geschlechts- und Nord-Süd-Unterschieden bei psychologischen Testverfahren. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 34: 301–314
- Davison G, Neale J, Hautzinger M (Hrsg) (2002) Klinische Psychologie. 6. Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union
- Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 800–809
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 784–793
- Hölling H, Schlack R (2008) Psychische Gesundheit und Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Referate anlässlich der 16. Ernährungsfachtagung zum Thema: "Präventive und soziale Aspekte bei der Ernährung von Kindern und Jugendlichen" am 06.11.2008 in Jena; Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen, Gera: 20–36
- Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159–169
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundes-Gesundheitssurveys. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 33 (4): 251–260
- Murray CJ, Lopez AD (1996) The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M et al. (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen
- Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 827–835
- Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 819–826

- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) Krankheitskosten. www.gbe-bund.de (Stand: 31.08.2009)
- Stoppe G (2006) Alte. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg, S 245–256
- Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) (2006) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg
- World Health Organization (WHO) (2003) Epidemiology and Burden of Disease. Geneva
- World Health Organization (WHO) (2008) The global burden of disease: 2004 update. Geneva
- World Health Organization (WHO) (2009) Measurement and Health Information. Geneva
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) (2008) ZI-ADT-PANEL. www.zi-berlin.de/morbilitaetsanalyse/downloads/Beispiel-WWW-Seite.pdf (Stand: 10.09.2009)
- Ziegler U, Doblhammer G (2009) Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Gesundheitswesen 71: 281–290

3.9 Mund- und Zahngesundheit

- ▶ Nach der Wiedervereinigung wurden – bedingt durch eine unterschiedliche Therapie und prothetische Versorgung – Unterschiede in der Mund- und Zahngesundheit zwischen den neuen und alten Bundesländern festgestellt.
- ▶ Die Bevölkerung in den alten Bundesländern hatte einen deutlich stärkeren Kariesbefall der Zahnkrone, in Ostdeutschland war die Anzahl erhaltener Zähne geringer und damit auch das Risiko, an Karies zu erkranken.
- ▶ Erkrankungen des Mundes und der Zähne konnten in den letzten Jahrzehnten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen stark zurückgedrängt werden. Auch bei Erwachsenen ist ein Rückgang der Karieserkrankungen zu erkennen. Die Prävalenzen in Ost und West unterscheiden sich heute kaum noch.
- ▶ Die Prävalenz von Zahnverlust ist in den letzten Jahren gesunken und auch die prothetische Versorgung entwickelte sich positiv, Ost-West-Unterschiede glichen sich an. Fest sitzender Zahnersatz (z. B. Brücken) ist in den alten Bundesländern noch immer häufiger als in den neuen Bundesländern.

Erkrankungen des Mundes und der Zähne sind in Deutschland weit verbreitet: weniger als 1% aller Erwachsenen haben ein kariesfreies Gebiss (Micheelis, Schiffner 2006). Zu den Mund- und Zahnerkrankungen gehören neben Karies (Zahnfäule) und Parodontalerkrankungen (Erkrankungen des Zahnhalteapparates, z. B. Zahnfleischrückgang) auch Störungen der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke (z. B. Knacken oder Reiben) sowie Veränderungen der Mundschleimhaut, die zu Mundkrebs führen können.

Im Jahr 2007 wurden 7,4% der gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), insgesamt 10,7 Milliarden Euro, für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz ausgegeben (Statistisches Bundesamt 2009). Die Prävalenz von Karies und Parodontopathien ist

eng mit der Lebensweise verbunden, insbesondere dem Konsum von Zucker, Alkohol und Tabak. Mund- und Zahnerkrankungen besitzen damit hohes Präventionspotenzial. Es gibt zahlreiche wirkungsvolle und kostengünstige Vorsorgemaßnahmen, unter anderem die Fluoridierung. Die insgesamt zu beobachtende Verbesserung der Zahngesundheit stellt sich allerdings in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich dar. Im Folgenden wird die Entwicklung der Mund- und Zahngesundheit in den neuen und alten Bundesländern in den letzten 20 Jahren anhand der Prävalenz der häufigsten Mund- und Zahnerkrankungen (Karies, Parodontopathien) sowie der prothetischen Versorgung nachgezeichnet. Dabei werden vor allem Daten der Deutschen Mundgesundheitsstudien herangezogen. Wenn andere Datenquellen Grundlage der Ausführungen sind, wird im Text darauf hingewiesen.

Für die Beschreibung der Entwicklung von Kariesprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen kann ergänzend auf die Veröffentlichungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) zurückgegriffen werden. Die DAJ führte epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe zwischen 1994 und 2004 im Abstand von drei Jahren durch, bei denen Informationen zur Kariesprävalenz für 6- bis 7-Jährige, 12-Jährige und 15-Jährige erhoben wurden.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) liefert zusätzliche Informationen zum Mundgesundheitsverhalten für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Eltern bzw. die Jugendlichen selbst wurden zur Zahnpfutzfrequenz, zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen und zur Fluoridaufnahme über Speisesalz und Tabletten gefragt. Durch die KiGGS-Studie stehen Ergebnisse zum Mundgesundheitsverhalten für alle Altersjahre zur Verfügung. Des Weiteren ermöglicht diese Studie, Zusammenhänge zwischen dem Mundgesundheitsverhalten und zahlreichen anderen Variablen zur gesundheitlichen und sozialen Lage sowie zum Migrationsstatus zu untersuchen.

Karies

Anfang der 1990er-Jahre zeigten sich für Erwachsene aus den neuen und alten Bundesländern deutliche Unterschiede in Bezug auf den Kariesbefall: Die Bevölkerung in den neuen Bundesländern hatte deutlich bessere DMF-T-Werte (siehe Kasten) als die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer aus den alten Bundesländern (siehe Abbildung 3.9.1) (Micheelis, Bauch 1993). Hinsichtlich des DMF-S-Index (siehe Kasten) zeigte sich, dass die Anzahl der kariösen, nicht versorgten Läsionen (Schädigungen) bei der Bevölkerung in den neuen Bundesländern kleiner war und weniger gefüllte Zähne vorhanden waren. Andererseits hatten die Menschen in Ostdeutschland insgesamt mehr extrahierte Zähne als Westdeutsche. Zum Teil ist dies durch die unterschiedliche Versorgung, z. B. mit festsitzendem Zahnersatz, zu erklären. Die Unterschiede in der Versorgung kariöser Läsionen in Ost- und Westdeutschland haben Auswirkungen auf die Indizes: Eine unversorgte Zahnücke geht mit weniger Punkten in den DMF-S-Index ein, als eine mit einer Brücke versorgte Lücke (Micheelis, Bauch 1993). Des Weiteren sind Zähne neben unversorgten Zahnücken der natürlichen Selbstreinigung und Mundhygienemaßnahmen leichter zugänglich; eine bessere Kariesprophylaxe ist so möglich. Hinsichtlich des Sanierungsgrades und des Behandlungsbedarfs zeigten sich ebenfalls günstigere Werte für Personen aus den neuen Bundesländern. Auch hier ist zu beachten, dass Untersuchte aus den neuen Bundesländern insgesamt weniger Zähne hatten als diejenigen aus den alten Bundesländern.

Bis zum Ende der 1990er-Jahre gab es insgesamt nur wenige Veränderungen bezüglich des Kariesbefalls (siehe Abbildung 3.9.1). Bei den Erwachsenen aus den neuen Bundesländern wurde allerdings ein Anstieg des DMF-T-Index beobachtet (Micheelis, Reich 1999). Ein Grund könnte in veränderten Therapieformen der Karies in den neuen Bundesländern liegen: Brücken und Kronen gehen mit hohen Werten in die Indizes ein, ohne dass die zu Grunde liegende Erkrankung notwendiger Weise schwerer ist. Der Anteil der sanierten kariösen Läsionen ist in den 1990er-Jahren kontinuierlich gewachsen; in den alten Bundesländern deutlicher als in den neuen Ländern. Ende der 1990er-Jahre waren in den neuen und

*Zur **Ermittlung des Kariesbefalls** der Zahnkrone («sichtbarer» Teil des Zahns) wird in den Deutschen Mundgesundheitsstudien der DMF-Index erhoben. Dabei steht »D« (Decayed) für kariös zerstörte Zahnflächen, »M« (Missing) für Zähne, die wegen Karies entfernt wurden und »F« (Filled) für gefüllte Zahnflächen. Wird diese Beurteilung für jede Zahnfläche durchgeführt, so errechnet sich aus der Addition der betroffenen Zahnflächen der DMF-S-Wert («S» = Surfaces). Aus diesen Daten kann durch Zusammenfassung der jeweils an einem Zahn vorliegenden Befunde der DMF-T-Index ermittelt werden («T» = Teeth). Sofern mindestens eine Zahnfläche kariös oder gefüllt ist, wird der ganze Zahn als »DMF-Zahn« gewertet (Micheelis, Schiffner 2006). Der Maximalwert des DMF-T-Wertes beträgt 28, ausgehend von 28 Zähnen, ohne Weisheitszähne. Für das Milchgebiss wird der Kariesbefall analog ermittelt. Im Unterschied zum bleibenden Gebiss wird der entsprechende Index mit Kleinbuchstaben bezeichnet (dmf-t- oder dmf-s-Index) und der Maximalwert des dmf-t-Indexes beträgt 20, ausgehend von 20 Zähnen im Milchgebiss.*

Bei freiliegendem Zahnhals kann auch an der Wurzeloberfläche Karies entstehen. In den Deutschen Mundgesundheitsstudien wird der Anteil untersuchter Personen mit mindestens einer kariösen oder gefüllten Wurzelfläche angegeben.

alten Bundesländern keine Unterschiede hinsichtlich des Kariesbefalls und seiner medizinischen Versorgung mehr nachweisbar. Bei den Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige) zeigten sich ähnliche Ergebnisse: kaum Unterschiede bei den zusammenfassenden Indizes (siehe Abbildung 3.9.1), aber mehr extrahierte Zähne bei den ostdeutschen und mehr gefüllte Zähne bei den westdeutschen Seniorinnen und Senioren (Micheelis, Reich 1999).

Im Jahr 2005 wurde erstmals ein Rückgang der Kariesbelastung bei Erwachsenen festgestellt (mittlerer DMF-T-Wert 14,5) (siehe Abbildung 3.9.1) (Micheelis, Schiffner 2006). Für den DMF-S-Index wurden im Jahr 2005 sowohl für Personen aus den neuen als auch aus den alten Bundesländern die geringsten DMF-S-Werte aller bisherigen Untersuchungen ermittelt.

Einen Anstieg der Prävalenz und eine stärkere Ausprägung der Ost-West-Unterschiede wurden hingegen bei der Wurzelkaries festgestellt (Micheelis, Schiffner 2006). Mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche hatte 2005 gut ein Fünftel aller Untersuchten, in den neuen Bundesländern waren es 28,9 %, in den alten Bundesländern 19,9 %.

Auch in der Seniorenstichprobe zeigte sich 2005 erstmals ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung (siehe Abbildung 3.9.1). Die Wurzelkariesprävalenz hatte jedoch im Vergleich zu 1997 stark zugenommen, sich nahezu verdreifacht (Micheelis, Reich 1999, Micheelis, Schiffner 2006). Beinahe jede/r zweite 65- bis 74-Jährige hatte mindestens eine gefüllte oder kariöse Wurzelfläche (52,4 % Ost, 43,1 % West).

Kinder in den neuen Bundesländern wiesen kurz vor bzw. nach dem Fall der Mauer einen niedrigeren DMF-T-Index auf als Kinder in den alten Bundesländern (12-Jährige: 3,3 vs. 4,1). Die Krankheitslast verminderte sich danach kontinuierlich in beiden Landesteilen. Durch einen stärkeren Kariesrückgang in den alten Bundesländern kehrte sich das Bild zwischen Ost- und Westdeutschland jedoch bereits Anfang der 1990er-Jahre um (siehe Abbildung 3.9.2). Im Jahr 2005 wiesen die 12-Jährigen Kinder in Deutschland mit einem DMF-T-Index von 0,7 die niedrigste Kariesprävalenz unter allen

Industrieländern auf (Micheelis, Schiffner 2006). Als Gründe für diese im deutschen Gesundheitswesen beispielhafte Entwicklung werden die verbesserte Mundhygiene mit fluoridhaltiger Zahnpasta, die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen, die Fissurenversiegelung der Backenzähne, die lokale Fluoridanwendung und die systemische Fluoridierung über Speisesalz und Tabletten angeführt (Bauer et al. 2009). Allerdings hatten die 12-jährigen Mädchen und Jungen aus den neuen Bundesländern höhere DMF-T-Werte (1,1 vs. 0,7). Hier war auch der Anteil von Kindern mit kariesfreien Gebissen deutlich niedriger als in Westdeutschland (52,5 % vs. 72,4 %).

Jungen und Mädchen im Alter von 12 Jahren haben verglichen mit jüngeren und älteren Kindern die niedrigste Kariesprävalenz. Grund dafür ist der abgeschlossene Zahnwechsel, bei dem von Karies betroffene Milchzähne nicht mehr vorhanden sind und die bleibenden Zähne der schädigenden Wirkung von kariesfördernden Noxen (zahnschädigende Substanzen, z. B. Zucker oder Fruchtsäuren), noch nicht so lange ausgesetzt waren wie in späteren Lebensjahren. Nach Untersuchungen der DAJ liegen die Kariesprävalenzen für die 6- bis 7- und 15-Jährigen über denen der 12-Jährigen. Aber auch für die 6- bis 7-Jährigen lassen sich im zeitlichen Verlauf Erfolge in der Kariesprävention erkennen (Piper 2005).

Abbildung 3.9.1
Entwicklung des mittleren DMF-T-Wertes von Erwachsenen (35 bis 44 Jahre, 65 bis 74 Jahre)
 Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudien 1989, 1992, 1997, 2005

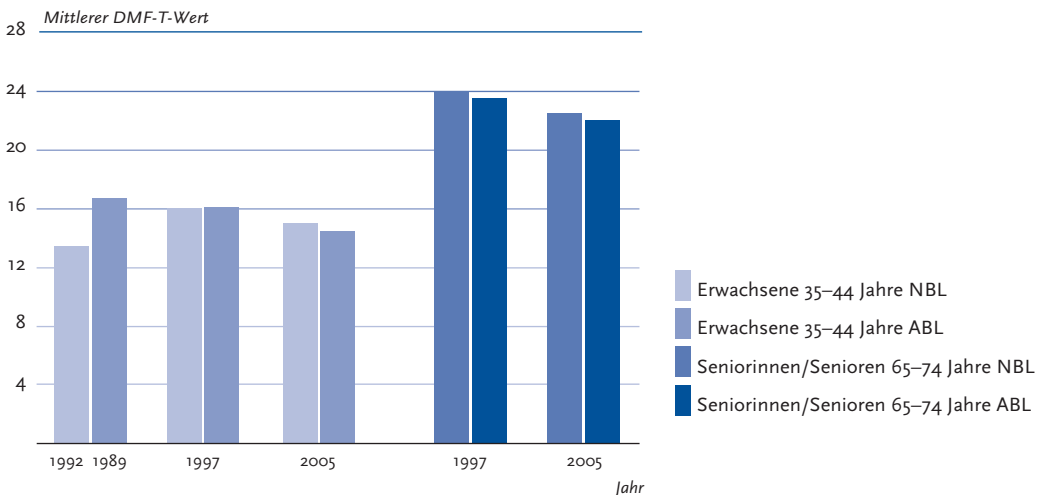
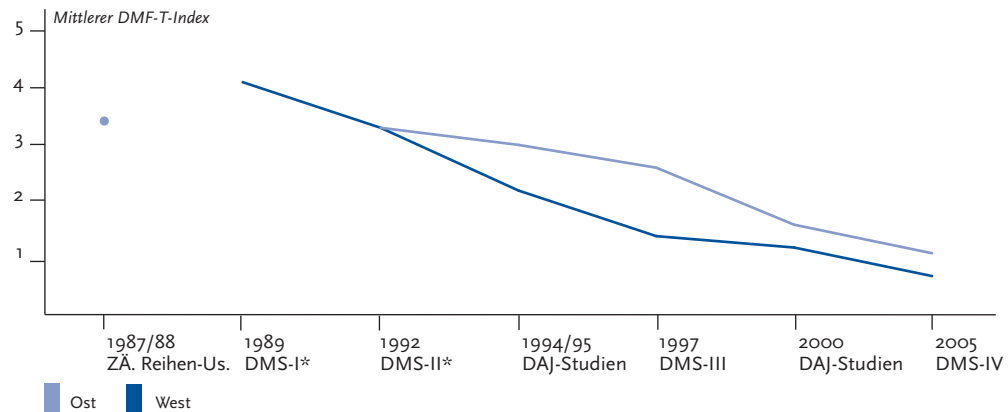


Abbildung 3.9.2

Entwicklung der Kariesprävalenz (DMF-T-Index) bei 12-Jährigen in Deutschland

Quelle: Pieper 2005, Micheelis, Schiffner 2006, Micheelis, Reich 1999



* rechnerisch interpoliert, untersucht wurden 8- bis 9-jährige Kinder und 13- bis 14-jährige Jugendliche

Für die 15-Jährigen stehen bundesweite Daten erst ab 2004 (DAJ) zur Verfügung, regionale liegen seit Ende der 1990er-Jahre vor. Obwohl ein Vergleich regionaler und bundesweiter Daten aus methodischer Sicht nicht unproblematisch ist, lässt sich im zeitlichen Trend auch für Jugendliche (15-Jährige) eine Verbesserung der Mundgesundheit erkennen (Micheelis, Schiffner 2006). Die bevölkerungsrepräsentativen Daten der DMS IV (2005) ergaben einen DMF-T-Wert von 1,8. Die Jugendlichen in den neuen Bundesländern hatten, gemessen am DMF-T-Index, eine schlechter Mundgesundheit (2,2) als Gleichaltrige in den alten Bundesländern (1,7) (Micheelis, Schiffner 2006).

Repräsentative Ergebnisse zur Kariesprävalenz in den einzelnen Bundesländern liegen für 15-Jährige vor (Momeni et al. 2007). Der mittlere DMF-T-Index betrug 2,05. Die Werte variierten zwischen 1,25 in Baden-Württemberg und 2,9 in Mecklenburg-Vorpommern (siehe Abbildung 3.9.3). Während in Mecklenburg-Vorpommern etwa jeder dritte Jugendliche (31,1%) ein kariesfreies Gebiss hatte, war es in Baden-Württemberg mehr als jeder Zweite (55,7%).

Trotz deutlicher Kariesreduktion sind nach wie vor viele Kinder und Jugendliche von Karies betroffen. Dabei polarisiert sich die Karieshäufigkeit zunehmend, das heißt eine immer kleinere Gruppe vereinigt den größten Teil der erkrankten Zähne auf sich. Ergebnisse von Untersuchungen

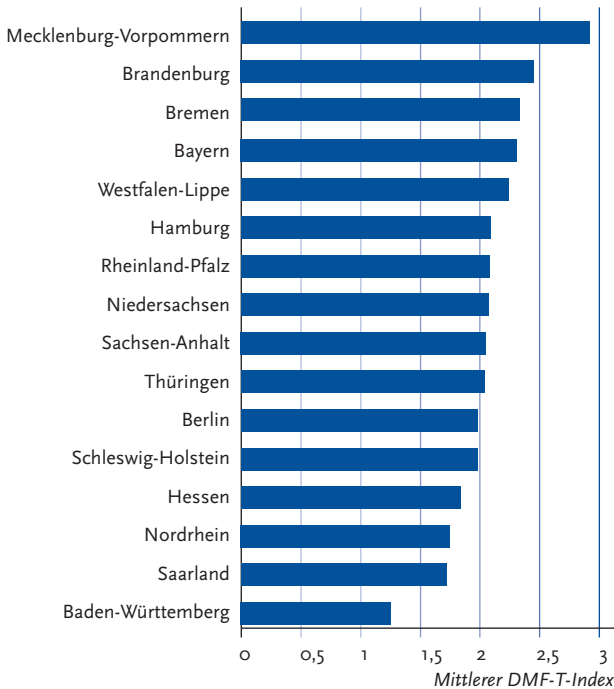
zur Mundgesundheit weisen den sozioökonomischen Status als eine wesentliche Determinante aus (Flinck et al. 1999, Bolin 1997, Van Nieuwenhuysen et al. 2002, Micheelis, Schiffner 2006). Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus haben zu einem hohen Anteil kariesfreie Gebisse und niedrigere DMF-T-Werte (Micheelis, Schiffner 2006). Die soziale Situation der Familie findet ihren Niederschlag auch im Mundhygieneverhalten und in der Inanspruchnahme zahnärztlicher Prävention. Die Daten aus der KiGGS-Studie zeigen: Je niedriger der soziale Status der Familie, desto höher der Anteil der Kinder mit unzureichender Zahnputzfrequenz und geringer Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchung (Knopf et al. 2008).

Zahnverlust und prothetischer Status

Unbehandelte oder verschleppte Parodontal- bzw. Karieserkrankungen können zu Zahnverlust führen. Seltener sind Unfälle oder Verschleiß die Ursache. Durch den Zahnverlust können Zahnwanderungen und -kippungen entstehen, und es besteht die Gefahr, dass sich der Kieferknochen durch die fehlende Kaubelastung zurückbildet (Robert Koch-Institut 2009). Eine prothetische Versorgung der entstandenen Zahnlucken ist deshalb nicht nur aus ästhetischen sondern vor allem auch aus funktionellen Gründen sinnvoll.

Abbildung 3.9.3**Kariesprävalenz (mittlere DMF-T-Werte) bei 15-Jährigen nach Bundesland 2004**

Quelle: Momeni et al. 2007

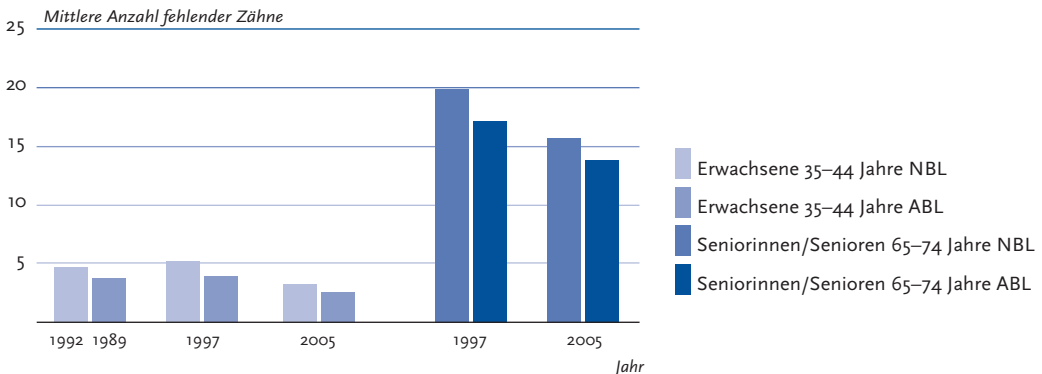


Zu Beginn der 1990er-Jahre hatten die Erwachsenen in den alten Bundesländern im Mittel einen Zahn weniger verloren als die Gleichaltrigen aus den neuen Bundesländern (siehe Abbildung 3.9.4) (Micheelis, Bauch 1993). Damit lag die Zahl der fehlenden Zähne in den neuen Ländern 1992

auf einem Niveau, dass in den alten Ländern zu Beginn der 1980er-Jahre erreicht war. Bei den Untersuchten im Westen Deutschlands waren zudem mehr fehlende Zähne ersetzt worden (nicht ersetzte Zähne alte Bundesländer 1,6 vs. neue Bundesländer 3,0). Der Anteil des festsitzen-

Abbildung 3.9.4**Mittlere Anzahl fehlender Zähne bei Erwachsenen (35 bis 44 Jahre, 65 bis 74 Jahre)**

Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudien 1989, 1992, 1997, 2005



den Zahnersatzes (Brücken, Kronen, Implantate) am gesamten Zahnersatz betrug bei den Erwachsenen in den alten Bundesländern etwa 30 %, in den neuen Bundesländern nur 10 %. Von totaler Zahnlosigkeit waren nur halb so viele Erwachsene in den alten Bundesländern wie in den neuen Bundesländern betroffen (1,2 % vs. 2,7 %).

Ende der 1990er-Jahre hatte sich die durchschnittliche Zahl fehlender Zähne bei den Erwachsenen kaum verändert (siehe Abbildung 3.9.4). In den neuen Bundesländern wurde eine verbesserte Versorgung von Zahnlücken festgestellt: Im Mittel war ein Zahn mehr ersetzt als Anfang der 1990er-Jahre. Gleichzeitig war in den neuen Bundesländern die durchschnittliche Anzahl unversorgter Zahnlücken gesunken. Sie lag aber immer noch höher als in den alten Bundesländern (1,6 vs. 2,4). Der Anteil des festsitzenden Zahnersatzes (Brücken, Kronen, Implantate) am gesamten Zahnersatz war bei den Erwachsenen aus Ostdeutschland auf etwa 17 % gestiegen, in Westdeutschland gab es keine Veränderung (Micheelis, Bauch 1993, Micheelis, Reich 1999). Von totaler Zahnlosigkeit waren nach wie vor nur sehr wenige Erwachsene betroffen (0,9 % in Ostdeutschland vs. 1,7 % in Westdeutschland).

Den 65- bis 74-Jährigen aus den neuen Bundesländern fehlten Ende der 1990er-Jahre im Mittel 2,7 Zähne mehr als der entsprechenden Altersgruppe aus dem Westen Deutschlands (Micheelis, Reich 1999) (siehe Abbildung 3.9.4). Hinsichtlich des prothetischen Versorgungsgrades wurden keine quantitativen Unterschiede festgestellt, allerdings differiert die Art der Versorgung. Die Seniorinnen und Senioren aus den alten Bundesländern waren Ende der 1990er-Jahre häufiger mit Brücken oder einem – insgesamt seltener verwendeten – implantatgetragenen Zahnersatz versorgt (Micheelis, Reich 1999).

Im Jahr 2005 hatte sich die durchschnittliche Zahl erhaltener Zähne bei den Erwachsenen weiter erhöht (2,7 fehlende Zähne statt 4,2 fehlende Zähne im Jahr 1997) (siehe Abbildung 3.9.4 für Angaben zu den neuen und alten Bundesländern). Die durchschnittliche Anzahl unversorgter Zahnlücken ist gesunken, lag allerdings in den neuen Bundesländern immer noch höher (alte Bundesländer 1,3 vs. neue Bundesländer 1,9) (Micheelis, Schiffner 2006). Das bedeutet aber auch, dass im Durchschnitt ca. 52 % aller Zahn-

lücken bei Erwachsenen prothetisch unversorgt blieben (neue Bundesländer 57,6 %, alte Bundesländer 50,0 %). Der Anteil des festsitzenden Zahnersatzes am gesamten Zahnersatz lag im Jahr 2005 bei Erwachsenen in den alten Bundesländern nach wie vor etwas höher als in den neuen Bundesländern (Micheelis, Reich 2006). Die Versorgungsunterschiede waren allerdings weiter zusammengeschmolzen. Von totaler Zahnlosigkeit waren nur sehr wenige Erwachsene betroffen (in Ostdeutschland 0,9 % vs. 1,4 % in Westdeutschland) (Micheelis, Schiffner 2006). Auch den Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige) fehlten im Jahr 2005 deutlich weniger Zähne als Ende der 1990er-Jahre (17,6 vs. 14,2) (Micheelis, Schiffner 2006). Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern – mehr fehlende Zähne bei den Seniorinnen und Senioren im Osten Deutschlands – bestanden nach wie vor, hatten sich jedoch verringert (siehe Abbildung 3.9.4). Hinsichtlich des prothetischen Versorgungsgrades wurden auch 2005 keine quantitativen Unterschiede festgestellt, allerdings differiert die Art der Versorgung nach wie vor (Micheelis, Reich 1999; Micheelis, Schiffner 2006).

Fazit

Bedingt durch unterschiedliche Präventions- und Versorgungsstrukturen in beiden Landesteilen wurden zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung und in den Jahren danach deutliche Unterschiede in der Mund- und Zahngesundheit festgestellt. Ende der 1990er-Jahre hatten sich die Unterschiede bei der Kariesprävalenz bereits deutlich angeglichen, unter anderem weil die Versorgungsformen kariöser Erkrankungen inzwischen ähnlicher waren und in der Zahnmedizin Deutschlands ein Paradigmenwechsel hin zur mehr Prävention stattgefunden hat. Vor allem bei Kindern in Ost- und Westdeutschland konnte in den 1990er-Jahren eine eindrucksvolle Senkung der Karieslast durch Individual- und Gruppenprophylaxe erreicht werden.

Hinsichtlich der prothetischen Versorgung haben sich seit der Wiedervereinigung positive Veränderungen vollzogen. Regionale Unterschiede haben sich auch hier angeglichen, wenngleich sie noch nicht vollständig verschwunden sind.

Für alle dargestellten oralen Erkrankungen zeigt sich, dass die soziale Lage einen großen Einfluss auf die Mund- und Zahngesundheit hat. Erwachsene mit höherer Schulbildung haben deutlich weniger kariöse und extrahierte Zähne, seltener entzündliche Parodontalerkrankungen, mehr festsitzenden Zahnersatz und Implantate als Personen mit niedriger Bildung (Micheelis, Schiffner 2006). Da Rauchen das Parodontitisrisiko ebenfalls erhöht, ist die Gruppe der Raucherinnen und Raucher mit niedriger Bildung besonders gefährdet (Micheelis, Schiffner 2006). Auch bei Kindern tragen Mädchen und Jungen aus sozial schlechter gestellten Familien eine höhere Krankheitslast. Eine zunehmende Polarisierung der Karies wird beobachtet: Wenige Kinder vereinen ein hohes Kariesvorkommen auf sich. Aber auch diese Kinder profitieren von den Maßnahmen der Kariesprävention.

Die Mund- und Zahngesundheit wird durch Hygienegewohnheiten und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen entscheidend beeinflusst. Nach dem Mauerfall und auch Ende der 1990er-Jahre wurden hinsichtlich der Zahnputzgewohnheiten und Zahnarztbesuche vereinzelt Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland festgestellt: In den neuen Bundesländern gab es weniger Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer mit guter Mundhygiene als in den alten Bundesländern, aber mehr Menschen, die den Zahnarzt regelmäßig zu Kontrollen aufsuchten und nicht nur, wenn sie Schmerzen hatten (Micheelis, Bauch 1993; Micheelis, Reich 1999). Aktuell zeigt sich für Gesamtdeutschland bei beiden Aspekten eine Verbesserung: Etwa zwei Drittel der Erwachsenen putzen mindestens zweimal täglich die Zähne und über 70 % suchen die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt zu vorsorgeorientierten Kontrollen auf (Micheelis, Schiffner 2006).

Mund- und Zahnerkrankungen besitzen ein hohes Präventionspotenzial und es gibt zahlreiche wirkungsvolle Vorsorgemaßnahmen. Deshalb kommt der konsequenten Weiterführung der individual- und gruppenprophylaktischen Maßnahmen für Kinder große Bedeutung zu. Bei Erwachsenen und älteren Menschen ist die Umsetzung prophylaktischer Maßnahmen ebenfalls wichtig und erfolgversprechend für den Erhalt der eigenen Zähne bis ins höhere Alter. Damit die Prävention von Mund- und Zahnerkrankungen erfolg-

reich ist, sollte sie in Zukunft noch stärker auf die Bedürfnisse der verschiedenen Alters- und Risikogruppen ausgerichtet werden.

Literatur

- Bauer J, Neumann Th, Saekel, R (2009) Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme. Verlag Hans Huber. HOGREFE Verlagsgruppe, Bern
- Bolin AK (1997) Children's dental health in Europe. A epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *Swed Dent J Suppl* 122: 1–88
- Flinck A, Kallestal C, Holm AK et al. (1999) Distribution of caries in 12-year-old children in Sweden. Social and oral health-related behavioral patterns. *Community Dent Health* 16(3): 160–165
- Knopf H, Rieck A, Schenk, L (2008) Mundhygiene Daten des KiGGs zum Karies-präventiven Verhalten. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 11: 1314–1319
- Micheelis W, Bauch J (1993) Mundgesundheitszustand und –verhalten in Ostdeutschland. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Micheelis W, Reich E (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Micheelis W, Schiffner U (Hrsg) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln
- Momeni A, Stoll R, Schulte A et al. (2007) Kariesprävalenz und Behandlungsbedarf bei 15-Jährigen in Deutschland im Jahr 2004. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 62: 168–175
- Pieper K (2005) Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004. Gutachten. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege, Bonn
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Mundgesundheit. Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2009) Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Mrd. € im Jahr 2007
www.gbe-bund.de (Stand: 19.06.2009)
- Van Nieuwenhuysen JP, Carvalho JC, D'Hoore W (2002) Caries reduction in belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. *Acta Odontol Scand* 60(2): 123–128

3.10 Unfälle

- ▶ Die Unfallsterblichkeit war in den 1990er-Jahren für Frauen und Männer in den neuen Bundesländern wesentlich höher als in den alten Bundesländern.
- ▶ Durch die stärkere Abnahme der Unfallsterblichkeit in den neuen Bundesländern verringerte sich dieser Ost-West-Unterschied. Seit 1998 ist in den alten Bundesländern kaum noch eine Verringerung zu verzeichnen.
- ▶ Infolge der Wiedervereinigung ergaben sich dramatische Veränderungen im Straßenverkehr in den neuen Bundesländern: Ein sprunghaft gestiegenes Verkehrsaufkommen spiegelte sich in steigenden Unfallzahlen und Verkehrstoten Anfang der 1990er-Jahre wider.
- ▶ In den nachfolgenden Jahren haben sich die Zahlen der Verkehrstoten und Schwerverletzten durch Straßenverkehrsunfälle in Ost- und Westdeutschland erheblich verringert.
- ▶ Die Unfallsterblichkeit von Kindern und Jugendlichen, die Anfang der 1990er-Jahre in den neuen Bundesländern höher war als in den alten Bundesländern, hat sich deutlich verringert. Derzeit gibt es zwischen neuen und alten Bundesländern kaum noch Unterschiede. Lediglich die Unfallsterblichkeit der männlichen Jugendlichen aus den neuen Bundesländern liegt immer noch deutlich über der der Gleichaltrigen in Westdeutschland.

Für das Jahr 2007 weist die Todesursachenstatistik für Deutschland 18.527 unfallbedingte Sterbefälle aus. Nach Hochrechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gab es 2007 etwa 8,22 Millionen Unfallverletzte (BAuA 2008). Diese Zahlen verdeutlichen die große Bedeutung von Unfällen. Für die Betroffenen bedeuten Unfälle oft gesundheitliche Beeinträchtigungen oder sogar langfristige Behinderung, für die Gesellschaft Krankheitskosten und verlorene Erwerbstätigkeitsjahre. Die Krankheitskostenrech-

nung des statistischen Bundesamtes weist für 2006 11,5 Milliarden Euro aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen aus, von denen der größte Teil durch Unfälle verursacht wurde. Das waren knapp 5 % der Krankheitskosten insgesamt.

Wenn Maßnahmen zur Unfallprävention geplant werden, und dies ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, ist eine genaue Kenntnis des Unfallgeschehens in Deutschland unverzichtbar. Hierzu können verschiedene Statistiken herangezogen werden. Heim- und Freizeitunfälle werden jedoch nicht systematisch erfasst. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schätzt, dass fast zwei Drittel (65 %) der Unfallverletzten des Jahres 2007 den Unfall zu Hause beziehungsweise in der Freizeit erlitten (BAuA 2008). Über ein Drittel der unfallbedingten Todesfälle 2007 waren auf einen häuslichen Unfall zurückzuführen (34,3 %).

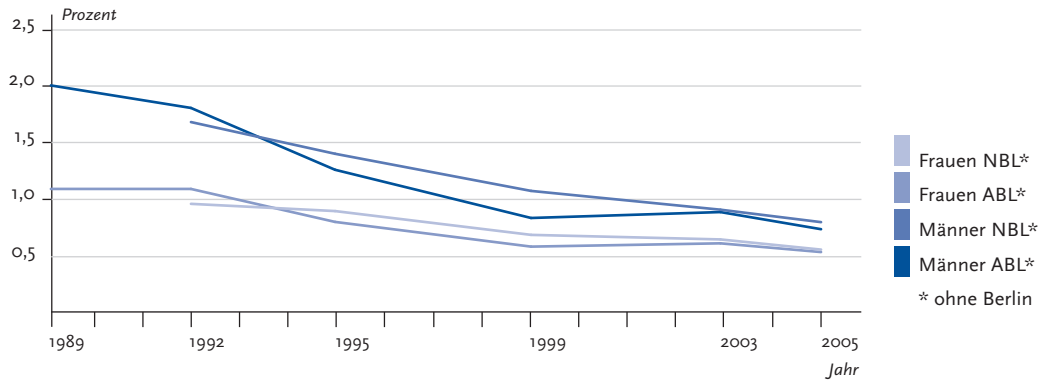
Im Fokus dieses Berichts stehen Verletzungen, die unbeabsichtigt, also durch Unfälle, entstanden sind. Außerdem können Verletzungen auch Folgen von Gewalt sein. Unfälle geschehen an verschiedenen Orten: Meist wird zwischen Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen (ggf. inkl. Wegeunfällen, d.h. auf dem Weg von/zur Arbeit), häuslichen Unfällen und Freizeitunfällen unterschieden. Das Unfallgeschehen im Straßenverkehr wird im folgenden Beitrag noch einmal speziell herausgegriffen, weil es in diesem Bereich nach der Wiedervereinigung starke Veränderungen gab.

Unfallverletzte

Im Mikrozensus (der bundesweiten Befragung einer repräsentativen 1 %-Bevölkerungsstichprobe im Rahmen der amtlichen Statistik) wird u. a. erhoben, ob die Befragten in den letzten vier Wochen unfallverletzt und im Gesundheitszustand dadurch so beeinträchtigt waren, dass die übliche Beschäftigung (Beruf, Hausarbeit, Freizeitaktivitäten) nicht ausgeübt werden konnte. Im Jahr 1992 wurden erstmals auch die neuen Bundesländer in die Mikrozensusbefragung zur Gesundheit einbezogen. 1992 waren demnach 1,4 % der erwachse-

Abbildung 3.10.1**Anteil der ab 18-jährigen Befragten mit einer Unfallverletzung in den letzten 4 Wochen vor der Befragung 1989 bis 2005**

Quelle: Mikrozensus 1989, 1992, 1995, 1999, 2003 und 2005



nen Bevölkerung unfallverletzt, 1,1% der Frauen und 1,8% der Männer (siehe Abbildung 3.10.1). Die höhere Betroffenheit der Männer (insbesondere der jüngeren Männer unter 40 Jahren) zeigte sich in allen Befragungsjahren und in beiden Landesanteilen. In den 1990er-Jahren war insgesamt ein deutliches Absinken der Raten der Unfallverletzten in den letzten vier Wochen erkennbar (1995 1,1%; 1999 0,8%). In den alten und neuen Bundesländern war dieses Absinken gleichermaßen zu beobachten, allerdings auf unterschiedlichem Niveau, wobei die Unfallraten in den neuen Bundesländern ab 1995 stets etwas über den Raten in den alten Ländern lagen. Eine Angleichung der selbst berichteten Unfallhäufigkeit war ab 2003 zu sehen, weil sich der Abfall der (ohnehin etwas niedrigeren) Raten in den alten Bundesländern nicht in gleichem Maße wie in den neuen Bundesländern fortsetzte. Im Jahr 2005 gaben insgesamt nur noch 0,6% der Befragten ab 18 Jahren an, in den letzten vier Wochen unfallverletzt gewesen zu sein. In den alten Bundesländern waren es 0,6%, in den neuen Ländern 0,7% der erwachsenen Bevölkerung (siehe Abbildung 3.10.1). Damit haben sich die Unfallraten seit 1992 mehr als halbiert.

Im Mikrozensus wurden die Personen mit Unfallverletzungen gefragt, ob sie den Unfall am Arbeitsplatz, im Verkehr (einschließlich Arbeitsweg), zu Hause oder in der Freizeit außerhalb des Hauses erlitten haben. Hier zeigten sich Anfang 1990er-Jahre deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland: In den alten Bundesländern waren 27,4% der Unfälle am Arbeitsplatz passiert, in den neuen Ländern dagegen 34,0%

(siehe Abbildung 3.10.2). Umgekehrt verhielt es sich beim Anteil der Freizeitunfälle, die im Westen Deutschlands häufiger auftraten (23,3% vs. 16,9% aller berichteten Unfälle). Dies könnte auf Unterschiede im Lebensstil in den alten und neuen Bundesländern hindeuten, zum Beispiel hinsichtlich der sportlichen Aktivitäten in der Freizeit. Die beobachteten Unterschiede in der anteiligen Häufigkeit der einzelnen Unfallorte blieben bis Ende der 1990er-Jahre bestehen. Sie zeigen sich in den Mikrozensusbefragungen von 1992, 1995 und 1999 in ähnlichem Umfang (Statistisches Bundesamt 2009).

Laut Mikrozensus lag im Jahr 2005 der Anteil der Unfallverletzungen, die am Arbeitsplatz entstanden sind, in den neuen Ländern nur noch geringfügig höher als in den alten Bundesländern (25,6% vs. 22,5%) (siehe Abbildung 3.10.2). Der Anteil der Freizeitunfälle an allen Unfällen war im Jahr 2005 im Osten und im Westen Deutschlands gleich hoch: jeweils 25,7%. Diese Angleichung hatte sich bereits im 2003 durchgeführten Mikrozensus angedeutet und könnte mit Veränderungen im Lebensstil der Bevölkerung in den neuen Bundesländern zusammenhängen.

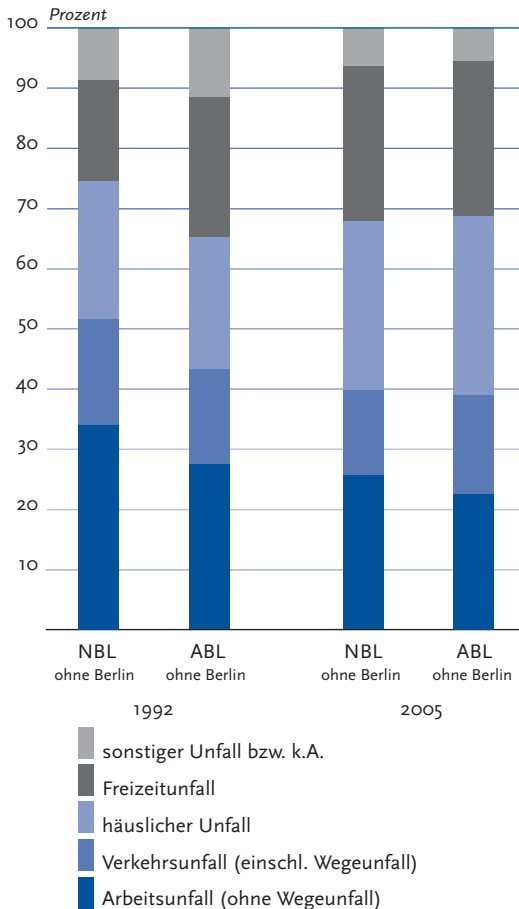
Unfalltote

Im Jahr 1990 wurden in der Todesursachenstatistik insgesamt 29.283 Todesfälle aufgrund von Unfällen ausgewiesen, 16.247 Männer und 13.036 Frauen. Die Sterbefallzahl aufgrund von Unfällen sank bis zum Jahr 2007 auf insgesamt 18.527

Abbildung 3.10.2

Unfallorte 1992 und 2005

Quelle: Mikrozensus 1992, 2005



Todesfälle, 10.377 Männer und 8.150 Frauen. In den alten Bundesländern (inklusive Berlin-Ost) starben 2007 15.030 Personen durch Unfälle, in den neuen Ländern 3.497.

Die Unfallsterbeziffer (Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung) lag in den 1990er-Jahren für Frauen und Männer im Osten Deutschlands wesentlich höher als im Westen (siehe Abbildung 3.10.3). Durch die stärkere Abnahme im Osten Deutschlands verringerte sich der Ost-West-Unterschied. Seit 1998 ist in den alten Bundesländern eine Stagnation bzw. nur noch wenig Verringerung der Unfallsterblichkeit zu verzeichnen (siehe Abbildung 3.10.3). Für 2007 weist die Todesursachenstatistik für die Frauen 11,5

(neue Bundesländer) bzw. 9,7 (alte Bundesländer) Unfallgestorbene je 100.000 der Bevölkerung aus, für die Männer entsprechend 25,8 bzw. 21,5. Im Vergleich mit 1990, wo die Unfallsterblichkeit im Osten Deutschlands noch rund vier Fünftel höher war als im Westen, hat eine starke Annäherung stattgefunden: Die Unfallsterblichkeit in Ostdeutschland war 2007 noch rund ein Fünftel höher als in Westdeutschland, wobei dieser Unterschied für die unter 65-Jährigen größer war als für die über 65-Jährigen.

Die Anteile der Unfallsterblichkeit differenziert nach der Unfallart zeigen: bei den unter 65-jährigen Frauen und Männern dominierten die Verkehrsunfälle mit etwas mehr als der Hälfte der Sterblichkeit, bei den über 65-Jährigen spielten Verkehrsunfälle eine geringere Rolle, hier dominierten die häuslichen Unfälle mit knapp der Hälfte der Unfallsterblichkeit (Zahlen von 2007). Arbeitsunfälle hatten an der Unfallsterblichkeit nur einen geringen Anteil.

Verunglückte im Straßenverkehr

Als Folge der Wiedervereinigung ergaben sich Anfang der 1990er-Jahre dramatische Veränderungen im Verkehrsunfallgeschehen in den neuen Bundesländern. Gründe waren das sprunghaft gestiegene Verkehrsaufkommen, vielfach nicht gut ausgebaute und gesicherte Straßen sowie ein sprunghaftes Anwachsen des Kraftfahrzeugbestandes und die Umstellung auf leistungstärkere Fahrzeuge.

In der DDR bzw. den neuen Bundesländern stiegen die Unfallzahlen bereits 1990 dramatisch an, während sie in den alten Bundesländern relativ konstant blieben. In Ostdeutschland erhöhte sich die Zahl der bei (polizeilich erfassten) Verkehrsunfällen verletzten Personen innerhalb eines Jahres (1990) um 53 % auf 62.773 Personen und stieg bis zum Jahr 1995 auf 106.530, danach sank sie wieder. Die Zahl der Verkehrstoten stieg 1990 um 76 % auf 3.140, erreichte 1991 mit 3.759 einen Höhepunkt und sank bis 1998 auf 2.187. Die Unfallschwere, d. h. die Zahl der Getöteten je 1.000 Unfälle mit Personenschaden, betrug 64 Getötete pro 1.000 Unfälle 1990 in Ostdeutschland, das war fast dreimal so viel wie in Westdeutschland. Im Jahr 1997 war der Unterschied dann schon

Abbildung 3.10.3

Entwicklung der Unfallsterblichkeit 1990 bis 2007 (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
(ICD-9: E800–E949 1990 bis 1997, ICD-10: V01–X59, Y40–Y86, Y88 1998 bis 2007)

Quelle: Todesursachenstatistik

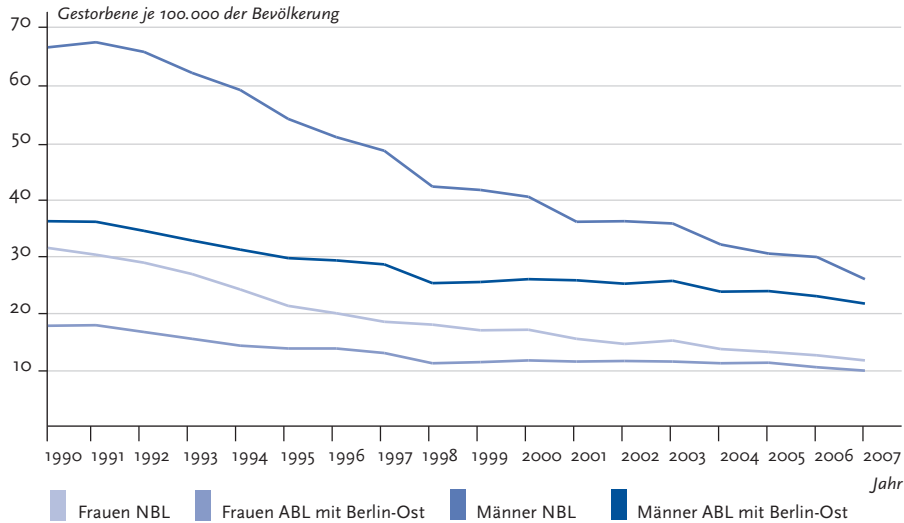
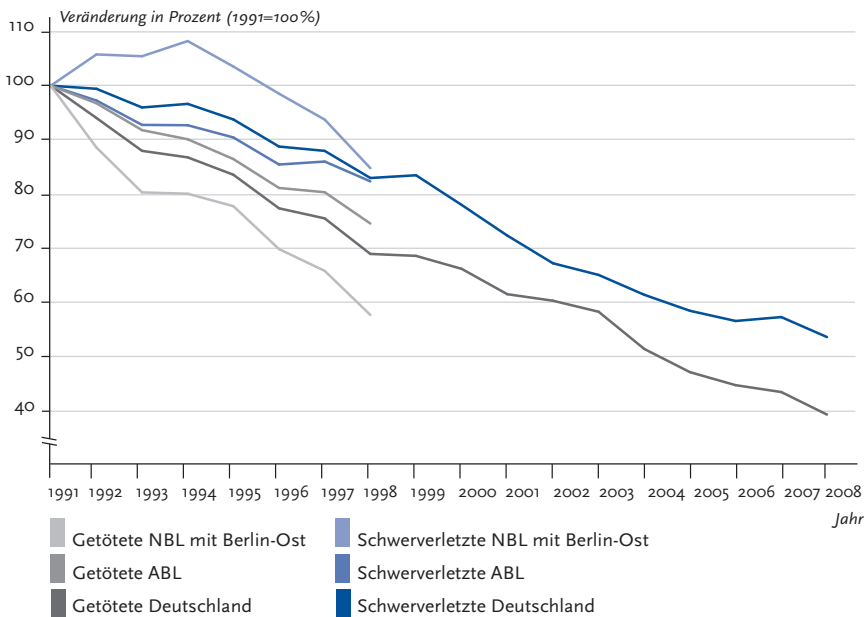


Abbildung 3.10.4

Veränderung der Anzahl der im Straßenverkehr Getöteten und Schwerverletzten 1991 bis 2008 (1991=100%)

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle

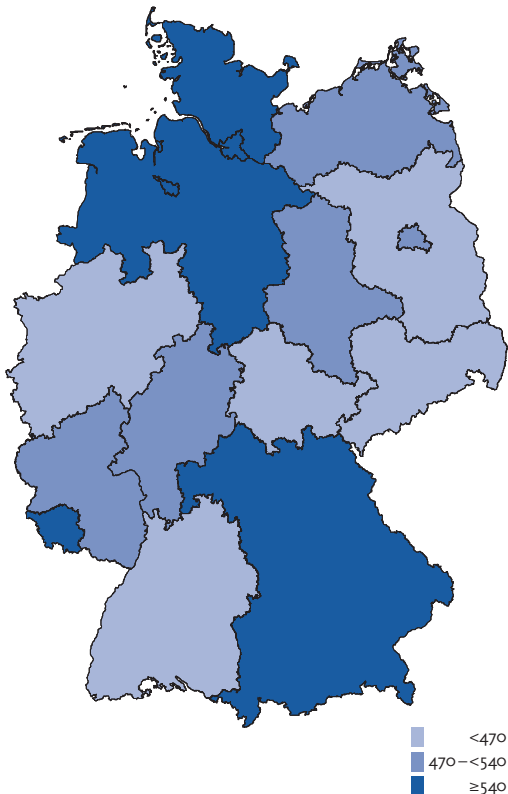


erheblich geringer: 32 Getötete pro 1.000 Unfälle in Ostdeutschland, 20 in Westdeutschland.

Die Zahl der Unfälle mit Personenschaden ist von 1991 bis 1997 in den neuen Bundesländern (inklusive Berlin-Ost) weiter gestiegen, in den alten Bundesländern dagegen leicht gesunken. Die Zahl der in Ostdeutschland bei Verkehrsunfällen Schwerverletzten stieg allerdings nur bis 1994 weiter an, seitdem sank sie (siehe Abbildung 3.10.4). Im Vergleich zum Beginn der 1990er-Jahre haben sich die Zahlen der Verkehrstoten und Schwerverletzten durch Straßenverkehrsunfälle in Ost- und Westdeutschland erheblich verringert (siehe Abbildung 3.10.4).

In Deutschland verunglückten 2008 je 100.000 der Bevölkerung 503 Personen bei Straßenverkehrsunfällen (Statistisches Bundesamt 2009). Ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass es rele-

Abbildung 3.10.5
Bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückte je 100.000 der Bevölkerung nach Bundesland 2008
Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle



vante Unterschiede gibt (siehe Abbildung 3.10.5). In den neuen Ländern (inklusive Berlin) verunglückten 2008 insgesamt 78.681 Personen, 1.060 starben. Das waren ungefähr ein Viertel weniger Verunglückte als 1997. In den alten Bundesländern verunglückten 2008 334.843 Personen, 3.417 starben. Das waren ungefähr 20 % weniger Verunglückte als 1997.

Die Verkehrsunfallsterblichkeit ist in allen Bundesländern im Zeitraum von 1991 bis 2008 erheblich gesunken. Die größten Veränderungen waren dabei in den neuen Bundesländern zu verzeichnen (siehe Abbildung 3.10.6).

Das Risiko für Frauen, im Straßenverkehr zu verunglücken, ist geringer als das von Männern: 43 % aller 2007 im Straßenverkehr Verunglückten und 26 % aller Getöteten waren weiblich. Das geringere Unfallrisiko der Frauen betrifft alle Altersjahrgänge. Bezogen auf die Bevölkerungszahl ist die Anzahl der im Straßenverkehr Verunglückten auch sehr stark altersabhängig (siehe Abbildung 3.10.7). Die Altersgruppen mit der höchsten Quote sind die 15- bis 24-Jährigen.

Bei den Frauen waren die Raten (Zahl der Verunglückten je 100.000 der Bevölkerung) 1991 in Ostdeutschland für die meisten Altersgruppen noch erheblich niedriger als in Westdeutschland. Bei den Männern waren die Raten im Osten Deutschlands ab den Altersgruppen über 25 Jahren etwas geringer als im Westen, dafür aber für die 15- bis 19-Jährigen schon erheblich größer als im Westen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es bezüglich der Unfallstrukturen und Unfallzahlen im Straßenverkehr eine erhebliche Annäherung zwischen den neuen und alten Bundesländern gegeben hat, auch wenn noch Unterschiede bestehen. Seit 2002 ist die Zahl der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden je 100.000 der Bevölkerung in Ostdeutschland sogar etwas geringer als in Westdeutschland.

Unfälle von Kindern und Jugendlichen

Für Kinder und Jugendliche haben Unfälle eine besonders große Bedeutung: Unfälle und daher rührende Verletzungen führen in Deutschland und Europa nach wie vor die Liste der Todesursachen bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr an, obwohl die Zahl der unfallbedingten Todesfälle in dieser

Abbildung 3.10.6

Bei Straßenverkehrsunfällen Getötete je 1 Million der Bevölkerung nach Bundesland 2008 und Veränderung gegenüber 1991

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle

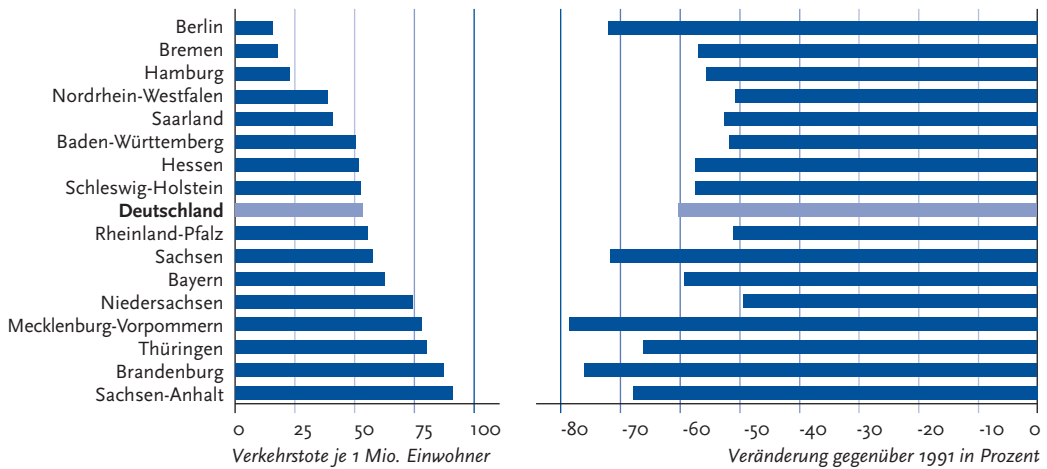
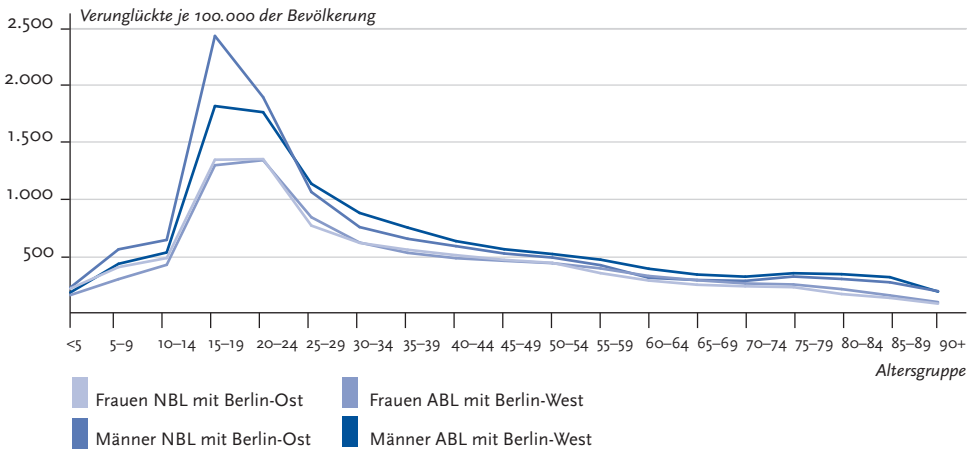


Abbildung 3.10.7

Im Straßenverkehr Verletzte und Getötete nach Altersgruppen 1998

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Bevölkerungsstatistik



Altersgruppe seit Jahren rückläufig ist (BAG 2007). In der Adoleszenz nehmen die unfallbedingten Todesfälle zu, hier spielen alters- und geschlechtstypische (Risiko-)Verhaltensweisen sowie die zusätzliche Gefährdung durch das eigenständige Führen motorisierter Fahrzeuge (Risikogruppe Führenanfänger) eine erhebliche Rolle.

Die Unfallsterblichkeit war 1991/93 in allen Altersgruppen der unter 20-jährigen Mädchen und Jungen in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern, wobei insbesondere die

15- bis unter 20-jährigen männlichen Jugendlichen in den neuen Ländern einen sehr großen Wert aufwiesen (siehe Abbildung 3.10.8). Bis 2005/07 hat sich die Unfallsterblichkeit der Kinder und Jugendlichen in Ost- und Westdeutschland deutlich verringert, dabei gab es 2005/07 zwischen neuen und alten Bundesländern kaum noch Unterschiede, bis auf die 15- bis unter 20-jährigen männlichen Jugendlichen, für die die Unfallsterblichkeit im Osten Deutschlands immer noch 50 % über der im Westen lag (siehe Abbildung 3.10.8).

Im Gegensatz zu den unfallbedingten Todesfällen können die überlebten Verletzungen nur unzureichend statistisch abgebildet werden. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Studie 2003 bis 2006) mit bevölkerungsrepräsentativen Daten für Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre erfasste unter anderem Angaben zu Unfällen und Verletzungen aus der Befragung von Eltern zu ihren Kindern im Alter von ein bis 17 Jahren. Erhoben wurde der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Unfall in den letzten 12 Monaten sowie Angaben zu Unfallort und -art des letzten Unfalls (Kahl et al. 2007).

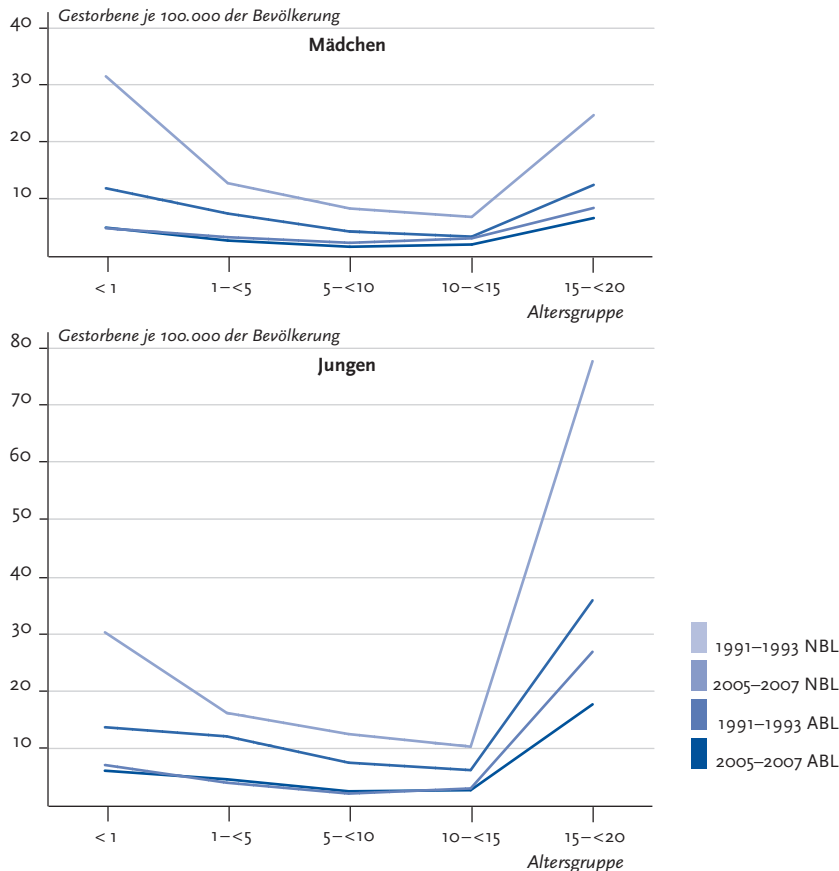
Laut den Angaben der Eltern hatten 15,2 % aller Kinder in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine ärztlich behandlungsbedürftige Unfall-

verletzung. Für Jungen wurden häufiger Unfälle berichtet als für Mädchen. Zudem stieg bei den Jungen der Anteil derer, die eine Unfallverletzung hatten, mit dem Alter an (15,3 % bei den 1- bis 4-jährigen, 16,6 % bei den 5- bis 14-jährigen, 19,9 % bei den 15- bis 17-jährigen), wohingegen der Anteil bei den Mädchen über alle Altersgruppen relativ konstant war, etwas über 13 %. Von den verunfallten Kindern wurden nach Elternangaben 13,3 % stationär behandelt. Zeitliche und örtliche Umstände der Unfälle spiegeln die Lebenswelt der Kinder wider: Kleinkinder verunglücken vor allem in der häuslichen Umgebung, Schulkinder häufig bei Freizeitbeschäftigungen und beim Sport. Ein Ost-West-Vergleich ergab nur für die Gruppe der 1- bis 4-jährigen eine geringfügig, aber signifikant

Abbildung 3.10.8

Unfallbedingte Sterbefälle in der unter 20-jährigen Bevölkerung nach Altersgruppen 1991 bis 1993 und 2005 bis 2007 (3-Jahres-Durchschnitte) (ICD-9: E800–E949 1990 bis 1997, ICD-10: V01–X59, Y40–Y86, Y88 1998 bis 2007)

Quelle: Todesursachenstatistik

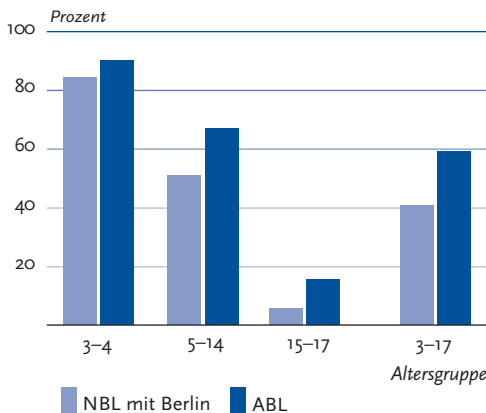


niedrigere Unfallhäufigkeit in den neuen Bundesländern (Kahl et al. 2007).

In KiGGS wurde auch erfasst, ob die Kinder beim Radfahren einen Schutzhelm tragen. Im Alter von 3 bis unter 5 Jahren trägt demnach der größte Teil der radelnden Kinder einen Helm (88 %). Mit jedem weiteren Lebensjahr sinkt die Helmtragequote deutlich. Im Alter von 17 Jahren tragen laut Elternangaben nur noch 11 % der Jugendlichen einen Helm beim Radeln. Noch niedriger sind die prozentualen Anteile, wenn man die Angaben der Jugendlichen selbst zugrunde legt. Im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede (siehe Abbildung 3.10.9), in allen Altersgruppen tragen in den alten Bundesländern mehr Kinder und Jugendliche einen Helm.

Die Zahl der im Straßenverkehr verunglückten Kinder ist seit mehreren Jahren rückläufig. Während es 1995 noch 51.444 Kinder waren, verunglückten 2008 nur noch 31.648 Kinder unter 15 Jahren im Straßenverkehr. Das heißt, durchschnittlich alle 17 Minuten kam 2008 ein Kind durch einen Unfall zu Schaden (Statistisches Bundesamt 2009). Die Zahl der 2008 getöteten Kinder war 102. Von den Getöteten starben die meisten als Mitfahrende im PKW (50 %), jeweils knapp ein Viertel fuhr Fahrrad bzw. ging zu Fuß. Bei den Verletzten standen die Fahrradfahrenden an erster Stelle (36 %; PKW-Mitfahrende 33 %). Von den 2007 verunglückten unter 15-Jährigen waren 58 % Jungen.

Abbildung 3.10.9
Anteil der Kinder, die beim Radfahren einen Helm tragen
nach Altersgruppen
Quelle: KiGGS



Im Jahr 2008 verunglückten 24.168 Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren im Straßenverkehr, davon 174 tödlich. Von den Getöteten fuhren rund ein Drittel mit einem Motorrad bzw. Moped/Mofa, 42 % in einem PKW, 10 % mit dem Fahrrad. Von den 2007 verunglückten 15- bis 17-Jährigen waren 61 % männlich, von den getöteten 71 %. Regionale Unterschiede der Zahl der verunglückten Kinder und Jugendlichen zeigten sich deutlich auf Länderebene (siehe Abbildung 3.10.10).

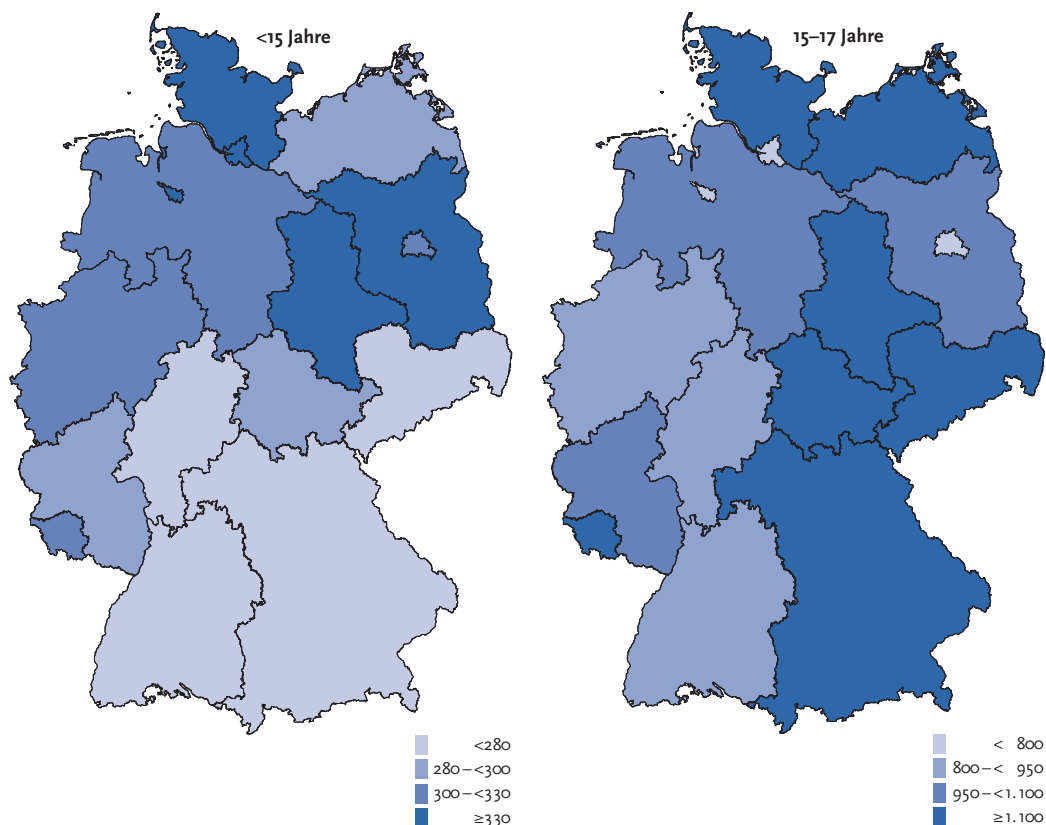
Verletzungen und Todesfälle durch Unfälle haben nach wie vor eine große Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung, für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und als Kostenfaktor. In den letzten rund 20 Jahren gab es zahlreiche Veränderungen im Unfallgeschehen. In vielen Bereichen ist aktuell eine Angleichung zu beobachten und zugleich haben sich in beiden Landesteilen positive Entwicklungen vollzogen. Im Jahr 2008 gab es beispielsweise etwa ein Fünftel weniger Verunglückte im Straßenverkehr als Anfang der 1990er-Jahre und die Zahl der Verkehrstoten hat sich mehr als halbiert. Heute stehen im Verkehrsunfallgeschehen nicht mehr die Ost-West-Unterschiede im Vordergrund, sondern es sind andere regionale Unterschiede bedeutsam, zum Beispiel aufgrund unterschiedlicher Verkehrssituationen in Stadtstaaten und Flächenstaaten. Auch die Sterbeziffern aufgrund von Unfällen (alle Unfallorte insgesamt) sind seit Anfang der 1990er-Jahre zurückgegangen (in der ehemaligen DDR erheblich) und haben sich in den alten und neuen Ländern angenähert. Hinsichtlich der bedeutendsten Unfallorte in Ost- und Westdeutschland hat ebenfalls eine Angleichung und zugleich eine Verlagerung des Unfallgeschehens stattgefunden. Häusliche und Freizeitunfälle sind heute Hauptursachen für Unfallverletzungen.

Wichtige Fragen für die Unfallforschung und -verhütung betreffen aktuell alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in den Unfallrisiken. Auch die Situation in den einzelnen Bundesländern, zum Beispiel beim Verkehrsunfallgeschehen, bleibt ein wichtiges Thema. Außerdem sollten Heim- und Freizeitunfälle wegen ihrer weiten Verbreitung und großen Bedeutung mit großer Aufmerksamkeit bedacht werden, um auch sie im öffentlichen Bewusstsein zu verankern und die Prävention zu fördern.

Abbildung 3.10.10

Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche je 100.000 der Bevölkerung 2007
nach Altersgruppen (unter 15 Jahren, 15 bis 17 Jahre)

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle



Literatur

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2008) Unfallstatistik. Unfalltote und Unfallverletzte 2006 in Deutschland
www.baua.de/nn_40770/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/pdf/Unfallstatistik-2007.pdf (Stand: 06.07.2009)
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) (2007) Mehr Sicherheit für Kinder: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland.
www.kindersicherheit.de/pdf/2007nationale_empfehlungen.pdf (Stand: 07.09.2009)
- Kahl H, Dortsch R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1 – 17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 718–727

Statistisches Bundesamt (2008a) Kinderunfälle im Straßenverkehr. Wiesbaden

www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1023197 (Stand: 07.09.2009)

Statistisches Bundesamt (2008b) Unfälle von 15- bis 17-jährigen im Straßenverkehr. Wiesbaden

www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1023323 (Stand: 07.09.2009)

Statistisches Bundesamt (2009) Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2008. Wiesbaden

www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Unfallgeschehen/begleitheft__Unfallgeschehen,property=file.pdf (Stand: 07.09.2009)

4 Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, was ist heute anders als vor 20 Jahren?

4.1 Körperliche Aktivität und Sport

- ▶ In der Sportbeteiligung von Erwachsenen zeigten sich kurz nach der Wiedervereinigung deutliche Unterschiede zu Ungunsten der neuen Bundesländer, die sich bis zum Jahr 2008 verringert haben.
- ▶ Die sportliche Aktivität hat sowohl in den neuen als auch den alten Bundesländern zugenommen. Die deutlichste Zunahme ist bei älteren Menschen festzustellen.
- ▶ Bei Kindern liegt der Anteil der sportlich Aktiven aktuell in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten Bundesländern.
- ▶ Die Ost-West-Unterschiede in der sportlichen Aktivität sind vor allem auf Unterschiede im Vereinssport zurückzuführen. Beim nichtorganisierten Sport bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern.
- ▶ In den letzten Jahren wurden im Rahmen des Sportstättenförderprogramms »Goldener Plan Ost« erhebliche Investitionen in die Sportinfrastruktur der neuen Bundesländern getätigt
- ▶ Bezüglich der körperlichen Aktivität im Alltag sind sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern zu beobachten.

Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit. So zeigt eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien, dass die körperliche Aktivität sowohl bei der Vermeidung als auch bei der Behandlung und Rehabilitation von Herzkrankheiten, Schlaganfall, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Rückenschmerzen und verschiedenen Krebsarten eine wesentliche Rolle spielt (Department of Health 2004; USDHHS 1996; Sallis, Owen 1998). Außer-

dem gibt es vermehrt Hinweise darauf, dass regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung bzw. Linderung von Depressionen beiträgt und den Erhalt der mentalen Fähigkeiten bis ins hohe Lebensalter unterstützt (Department of Health 2004). Auch der Sport, als eine spezifische Form körperlicher Bewegung, ist mit gesundheitsförderlichen Potenzialen verbunden, die sich nicht nur über physiologische Prozesse, sondern ebenso im Zusammenhang mit der Stressregulation, der Ausformung personaler und sozialer Kompetenzen sowie der Entwicklung einer insgesamt gesünderen Lebensweise entfalten können (RKI 2005; RKI 2008). Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass durch bewegungs- und sportfördernde Maßnahmen und Programme, insbesondere wenn diese auf die Mobilisierung der Bevölkerungsgruppen zielen, die sich nur wenig körperlich und sportlich betätigen, die Morbidität und vorzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung erheblich vermindert werden kann (USDHHS 1996; RKI 2005).

*Der Begriff **körperliche Aktivität** sollte vom Begriff **Sport** unterschieden werden: Während sich **körperliche Aktivität** als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung bezieht, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, bezeichnet **Sport** eine historisch-kulturell definierte Untergruppe von **körperlicher Aktivität**, für die traditionell insbesondere Spaß an der Bewegung, körperliche Leistung und Wettkampf typisch sind (RKI 2005; USDHHS 1996).*

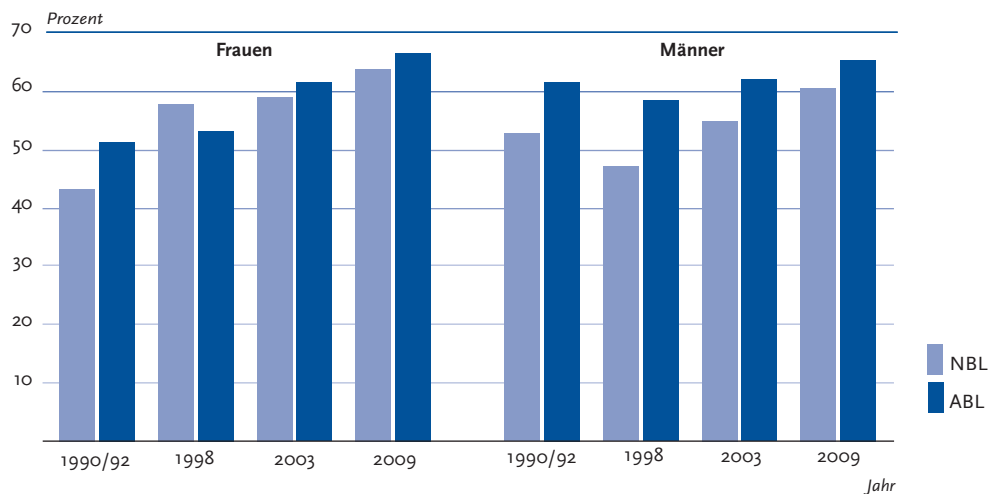
Sportliche Aktivität

Repräsentative Aussagen über die Verbreitung der sportlichen Aktivität in der Bevölkerung sind mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) möglich. Die zeitliche Entwicklung in den neuen und alten Bundesländern

Abbildung 4.1.1

Zeitliche Entwicklung der sportlichen Aktivität in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung 1990 bis 2009

Quelle: NUS90/92, BGS98, GSTelo3 und GEDA09



kann für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung nachgezeichnet werden (Lampert et al. 2005). Demnach waren kurz nach der Wiedervereinigung 43 % der Frauen aus den neuen Bundesländern mindestens einmal in der Woche sportlich aktiv im Vergleich zu 51 % der Frauen aus den alten Bundesländern (siehe Abbildung 4.1.1). Auch bei Männern war die Sportbeteiligung mit 53 % gegenüber 62 % in den neuen Bundesländern geringer als in den alten Bundesländern. Seitdem hat die Sportbeteiligung deutlich zugenommen und die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern haben sich verringert. Im Jahr 2009 waren 64 % der Frauen aus den neu-

en und 67 % der Frauen aus den alten Bundesländern sportlich aktiv. Die Vergleichswerte für Männer betrugen 61 % gegenüber 65 %.

Betrachtet man die Entwicklung nach Altersgruppen differenziert, fällt zunächst die deutliche Zunahme der Sportbeteiligung bei den 55- bis 69-Jährigen auf. Den stärksten Ausdruck findet diese bei Frauen aus den neuen Bundesländern (siehe Tabelle 4.1.1). Als Folge davon finden sich mittlerweile keine Ost-West-Unterschiede in der sportlichen Aktivität von 55- bis 69-jährigen Frauen mehr. Auch bei Männern dieses Alters hat die Sportbeteiligung im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen überproportional zuge-

Tabelle 4.1.1

Entwicklung der sportlichen Aktivität nach Altersgruppen 1990 bis 2009

Quelle: NUS90/92, BGS98, GSTelo3 und GEDA09

	NBL				ABL			
	1990/92	1998	2003	2009	1990/92	1998	2003	2009
Frauen								
25–39 Jahre	54,9%	57,7%	60,7%	63,5%	62,7%	57,8%	59,9%	66,1%
40–54 Jahre	42,1%	47,5%	56,7%	62,9%	52,0%	58,1%	61,4%	67,7%
55–69 Jahre	26,1%	37,4%	59,8%	65,2%	36,4%	42,9%	62,4%	65,7%
Männer								
25–39 Jahre	64,0%	50,1%	55,7%	68,7%	74,1%	65,9%	67,1%	72,1%
40–54 Jahre	48,1%	50,7%	54,3%	59,5%	62,1%	57,7%	62,8%	65,1%
55–69 Jahre	39,8%	39,2%	54,8%	53,5%	41,8%	49,1%	54,3%	58,4%

nommen. Allerdings zeigen sich, anders als bei Frauen, auch im Jahr 2009 noch Unterschiede zu Ungunsten von Männern aus den neuen Bundesländern. Für die jüngeren Altersgruppen ist ebenfalls eine bedeutsame Zunahme der Sportbeteiligung festzustellen. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist dabei zu beobachten, dass sich die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern verringert haben, die Sportbeteiligung im alten Bundesgebiet aber immer noch höher liegt.

Die Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) aus dem Jahr 2009 ermöglicht Aussagen über die sportliche Aktivität von Erwachsenen, einschließlich der 18- bis 24-Jährigen und 70-Jährigen und Älteren, die bei der Analyse der zeitlichen Entwicklung, aufgrund des Altersschnitts der früheren Gesundheitssurveys, nicht berücksichtigt werden konnten (siehe Tabelle 4.1.2). Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren liegt der Anteil der sportlich Aktiven bei Frauen und Männern deutlich über 80 %, wobei sich kaum Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern zeigen. Im höheren Lebensalter treiben zwischen 40 % und 50 % der Frauen und Männer mindestens einmal in der Woche Sport. Der Anteil der Sport-

treibenden in den neuen Bundesländern liegt etwas niedriger als in den alten Bundesländern. Wird die Anzahl der Stunden, die pro Woche für die sportliche Betätigung aufgewendet werden, berücksichtigt (siehe Tabelle 4.1.2), bestätigt sich das zuvor beschriebene Bild. Nur in Einzelfällen treten deutlichere Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern zutage, so z. B. im Anteil der 18- bis 29-jährigen Frauen, die vier oder mehr Stunden pro Woche auf die Sportausübung verwenden.

Erkenntnisse über die sportliche Aktivität von Kindern liefert der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des RKI. Die KiGGS-Daten, die in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurden, erlauben eine Unterscheidung zwischen Vereinssport und der Sportausübung außerhalb von Vereinen (Lampert et al. 2007). Dass sie mindestens einmal in der Woche Sport treiben, trifft auf 65 % der 3- bis 10-jährigen Mädchen aus den neuen Bundesländern und 76 % der gleichaltrigen Mädchen aus den alten Bundesländern zu (Tabelle 4.1.3). Bei Jungen fallen die Unterschiede mit 73 % in den neuen und 78 % in den alten Bundesländern etwas geringer aus. Eine nach der Organisationsform differenzierte Betrachtung verdeutlicht, dass diese Ost-West-

Tabelle 4.1.2
Ausmaß der sportlichen Aktivität (Stunden pro Woche) nach Altersgruppen im Jahr 2009
Quelle: GEDA09

	NBL				ABL			
	kein Sport	< 2 Std.	2 – < 4 Std.	4+ Std.	kein Sport	< 2 Std.	2 – < 4 Std.	4+ Std.
Frauen								
18–24 Jahre	13,3 %	26,7 %	35,1 %	24,9 %	15,2 %	21,8 %	29,3 %	33,7 %
25–39 Jahre	36,5 %	26,0 %	21,4 %	16,0 %	33,7 %	25,2 %	24,0 %	17,0 %
40–54 Jahre	36,9 %	26,2 %	21,6 %	15,3 %	32,1 %	21,6 %	26,3 %	20,0 %
55–69 Jahre	34,8 %	26,4 %	16,3 %	22,5 %	34,2 %	21,5 %	21,2 %	23,2 %
70 Jahre und älter	57,6 %	22,1 %	9,0 %	11,4 %	51,6 %	22,5 %	12,7 %	13,2 %
Gesamt	38,2 %	25,4 %	19,1 %	17,3 %	35,0 %	22,6 %	22,4 %	20,0 %
Männer								
18–24 Jahre	11,8 %	13,9 %	20,4 %	53,9 %	11,5 %	14,7 %	24,2 %	49,6 %
25–39 Jahre	31,2 %	15,5 %	27,7 %	25,5 %	27,8 %	19,5 %	23,7 %	29,0 %
40–54 Jahre	40,5 %	16,8 %	20,5 %	22,3 %	34,8 %	19,3 %	22,5 %	23,3 %
55–69 Jahre	46,5 %	15,2 %	15,2 %	23,1 %	41,6 %	17,3 %	17,8 %	23,3 %
70 Jahre und älter	49,3 %	17,4 %	17,8 %	15,6 %	55,8 %	10,2 %	15,0 %	19,1 %
Gesamt	37,5 %	15,9 %	20,7 %	26,0 %	34,9 %	17,2 %	21,0 %	26,9 %

Tabelle 4.1.3

Sportliche Aktivität bei 3- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen 2003/06

Quelle: KiGGS

	Mädchen NBL	Mädchen ABL	Jungen NBL	Jungen ABL
Sport (gesamt)				
3-mal oder öfter pro Woche	25,8 %	37,9 %	33,4 %	44,8 %
1- bis 2-mal pro Woche	39,6 %	38,6 %	38,2 %	32,8 %
seltener	15,3 %	11,3 %	13,6 %	11,4 %
nie	19,3 %	12,1 %	14,7 %	11,2 %
Sport im Verein				
3-mal oder öfter pro Woche	3,0 %	5,3 %	7,6 %	9,4 %
1- bis 2-mal pro Woche	33,0 %	53,0 %	32,8 %	50,5 %
seltener	4,6 %	7,3 %	4,7 %	6,7 %
nie	59,4 %	34,4 %	54,8 %	33,4 %
Sport außerhalb Verein				
3-mal oder öfter pro Woche	13,2 %	17,2 %	19,3 %	25,1 %
1- bis 2-mal pro Woche	34,4 %	30,9 %	35,0 %	27,1 %
seltener	27,5 %	31,4 %	26,4 %	28,2 %
nie	24,9 %	20,5 %	19,3 %	19,5 %

Unterschiede vor allem auf die Sportausübung im Verein zurückzuführen sind.

Den Sportvereinen kommt in Deutschland traditionell große Bedeutung für die sportliche Aktivität der Bevölkerung zu. Nach Auskunft des Deutschen Olympischen Sportbunds gab es im Jahr 2008 über 90.000 Sportvereine mit fast 24 Millionen Mitgliedern (Deutscher Olympischer Sportbund 2009). Damit waren 29 % der Bevölke-

rung in Deutschland in einem Sportverein organisiert, wobei Männer häufiger als Frauen und Jugendliche häufiger als Erwachsene einem Verein angehörten. Für Männer und Frauen in allen Altersgruppen gilt, dass der Anteil der Vereinsmitglieder in den neuen Bundesländern deutlich niedriger ist als in den alten Bundesländern (Abbildung 4.1.2).

Die Ost-West-Unterschiede zeigen sich auch, wenn der Anteil der Vereinsmitglieder auf Ebene

Abbildung 4.1.2

Mitgliedschaft in einem Sportverein im Jahr 2008 nach Altersgruppen

Quelle: Deutscher Olympischer Sportbund 2009

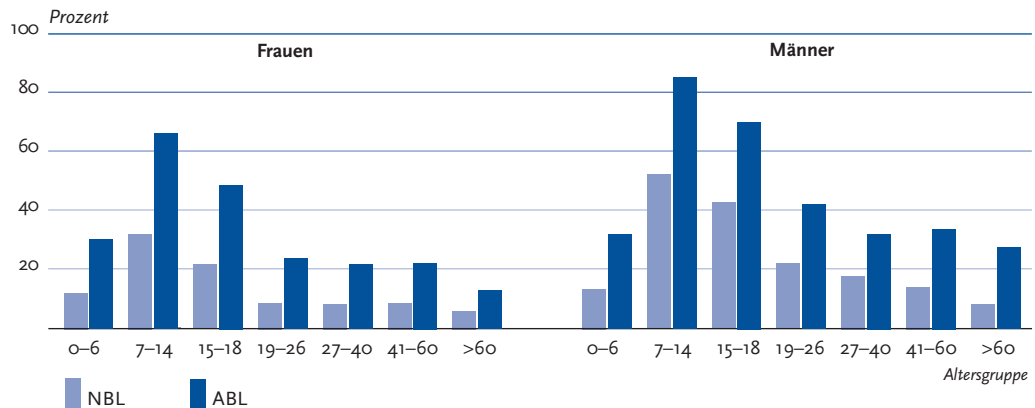
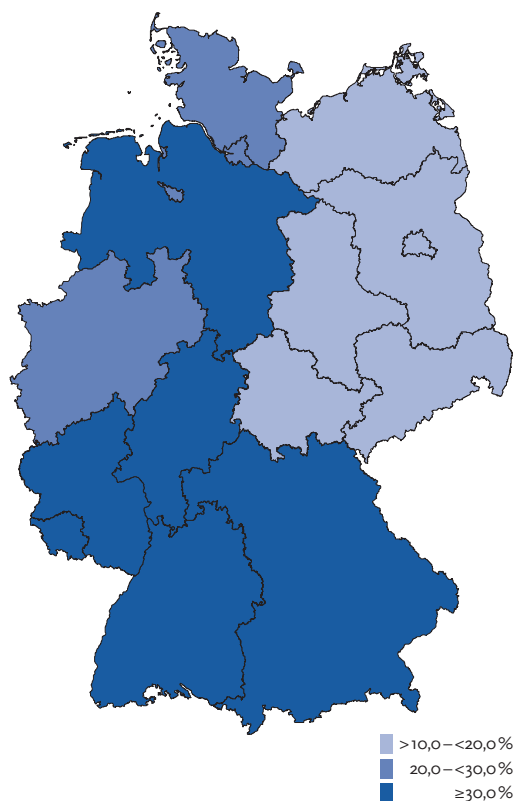


Abbildung 4.1.3
Mitgliedschaft in einem Sportverein im Jahr 2008
nach Bundesland
 Quelle: Deutscher Olympischer Sportbund 2009



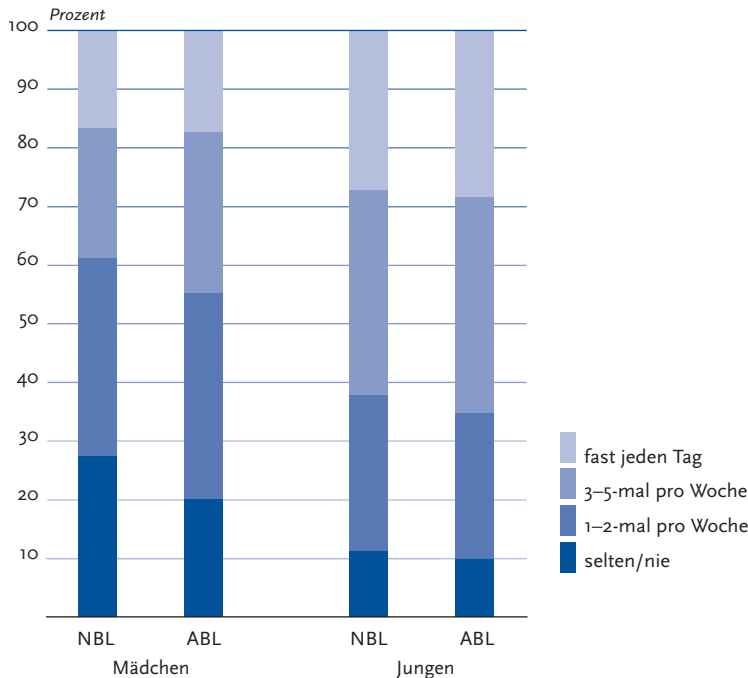
der Bundesländer betrachtet wird. Die höchsten Anteile finden sich im Saarland mit 40 %, Rheinland Pfalz mit 37 % sowie Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen mit jeweils 35 % (siehe Abbildung 4.1.3). Am geringsten verbreitet ist der in Vereinen organisierte Sport in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Dort gehören nur zwischen 12 % und 16 % der Bevölkerung einem Sportverein an. Relativ geringe Anteile an Vereinsmitgliedern finden sich außerdem in den Stadtstaaten. So sind in Berlin nur 16 % der Bevölkerung in einem Sportverein organisiert, in Bremen und Hamburg sind es 24 % bzw. 29 %.

Körperliche Aktivität

Eine umfassende Einschätzung des Bewegungsverhaltens ist nur möglich, wenn neben der Sportausübung auch die körperliche Aktivität im Alltag, also im Kontext der Berufs- und Hausarbeit, in der Freizeit und zum Zweck des Transports (z. B. Radfahren oder Treppensteigen) berücksichtigt wird. Ausgehend von den USA wird inzwischen mit Blick auf Erwachsene in vielen Ländern die Empfehlung gegeben, an mindestens drei, besser jedoch an allen Tagen der Woche eine halbe Stunde körperlich aktiv zu sein. Dabei sollten Atmung und Pulsschlag zunehmen und man sollte leicht ins Schwitzen geraten (Pate 1995). Die Empfehlung basiert auf Erkenntnissen aus epidemiologischen und klinischen Studien, in denen festgestellt wurde, dass sich bereits mit einer moderaten körperlichen Aktivität, die regelmäßig durchgeführt wird, eine positive gesundheitliche Wirkung erzielen lässt, insbesondere auf das Herz-Kreislauf-System und die Atmungsorgane. Mit Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 konnte hierzu gezeigt werden, dass diese Empfehlung nur von 13 % der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung in Deutschland erreicht wird (Mensink 1999). Männer erreichen die Empfehlung häufiger als Frauen und junge Erwachsene häufiger als Erwachsene im mittleren und höheren Lebensalter. Zwischen den neuen und alten Bundesländern zeigen sich diesbezüglich keine bedeutsamen Unterschiede. Männer aus den neuen Bundesländern erreichen die Empfehlung zur körperlichen Aktivität zu 16 %, Männer aus den alten Bundesländern zu 17 %. Bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 8 % gegenüber 9 %.

Die aktuelle Empfehlung für Kinder und Jugendliche rät zu einer täglichen, mindestens 60 Minuten lang andauernden körperlichen Aktivität mit moderater und hoher Intensität (WHO 2008). Mit den Daten der KiGGS-Studie lässt sich zeigen, an wie vielen Tagen in der Woche Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie dabei ins Schwitzen und außer Atem geraten (siehe Abbildung 4.1.4). Geht man von dem gewünschten Niveau fast täglicher Aktivität aus, dann trifft dies auf jeweils 17 % der Mädchen aus den neuen und alten Bundesländern zu. Jungen sind häufiger jeden Tag körperlich aktiv, wie bei den Mädchen zeigen sich aber dies-

Abbildung 4.1.4
Körperliche Aktivität bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen 2003/06
 Quelle: KiGGS



bezüglich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern (27% gegenüber 28%). Das Potenzial für die Förderung des Bewegungsverhaltens wird auch angesichts der hohen Anteile an Mädchen und Jungen deutlich, die nur ein- bis zweimal pro Woche oder noch seltener körperlich aktiv sind.

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Sportbeteiligung in den neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung zugenommen hat. Am deutlichsten zeigt sich diese Entwicklung bei älteren Menschen, die dem Sport im Zusammenhang mit der Freizeitgestaltung heute offenbar größere Bedeutung beimessen als noch vor 15 oder 20 Jahren. Die Zunahme der sportlichen Aktivität bei älteren Menschen dürfte außerdem mit der Ausweitung der Angebote im Rahmen des Gesundheitssports zusammenhängen. Sowohl im Kontext der Prävention als auch der Kuration

und Rehabilitation gibt es mittlerweile ein breites Spektrum an Angeboten, die sich gezielt an ältere Menschen richten (Pfeifer 2003; Mechling 2003).

Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern zeigen sich insbesondere beim Vereinssport. Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen bleibt die vereinssgebundene Sportbeteiligung in den neuen Bundesländern deutlich hinter der in den alten Bundesländern zurück. Ein Grund hierfür könnte sein, dass dem Vereinssport in der DDR geringere Bedeutung für den Breitensport zukam als in den alten Bundesländern und die Sportpolitik spätestens ab den 1970er-Jahren der Förderung von Spitzensportlern und der olympischen Sportarten den Vorrang einräumte. Darüber hinaus dürfte die unterschiedliche Verfügbarkeit und Qualität der Sportstätten eine Rolle spielen. Eine erste Bestandsaufnahme nach der Wiedervereinigung zeigte, dass es in den neuen Bundesländern an Sport- und Schwimmhallen mangelte und die vorhandenen Anlagen häufig in einem schlechten Zustand waren (RKI 2005). Seit dem Jahr 1999

versucht die Bundesregierung mit dem Sportstättenförderprogramm »Goldener Plan Ost« eine Angleichung der Sportinfrastruktur zu erreichen. Im Rahmen dieses Förderprogramms wurden bislang 510 Maßnahmen mit einem Gesamtvolumen von rund 370 Millionen Euro unterstützt (BMVBS 2009).

Bezüglich der Sportausübung außerhalb von Vereinen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. Gleiches lässt sich in Bezug auf die körperliche Aktivität im Alltag und in der Freizeit feststellen. Die Ergebnisse verdeutlichen allerdings, dass ein Großteil der Bevölkerung sich nur selten sportlich oder körperlich betätigt und damit erhebliche Potenziale für die Sport- und Bewegungsförderung bestehen. Diese Schlussfolgerung lässt sich für alle Altersgruppen treffen, wenngleich Kindern und Jugendlichen ein besonderes Augenmerk gelten sollte, weil der Grundstein für ein aktives Leben sehr früh gelegt wird.

Literatur

- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg) (2009) Jahresbericht des Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2009. Berlin
- Department of Health (2004) Physical Activity – Health Improvement and Prevention: At least five a week. London
- Deutscher Olympischer Sportbund (2009) Bestandserhebung 2008. Frankfurt/Main
- Lampert T, Mensink GBM, Ziese T (2005) Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 1357–1364
- Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 634–642
- Mechling H (2003) Gesundheitssport im Alter. Public Health Forum 11(41): 22–23
- Mensink GBM (1999) Körperliche Aktivität. Das Gesundheitswesen 61: S126–S131
- Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. (1995) Physical Activity and Public Health. A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA.273(5): 402–407.
- Pfeifer K (2003) Bewegungs- und Sporttherapie in der Rehabilitation. Public Health Forum 11(41): 18–19
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensführung und Sport. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Sallis JF, Owen N (1998) Physical activity and behavioural medicine. Thousands Oaks: Sage
- U.S. Department of Health and Human Services, USHHS (1996) Physical activity and health: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, GA
- WHO (2008) Physical Activity and Young People www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html (Stand: 10.09.2009)

4.2 Ernährung

- ▶ Zu Beginn der 1990er-Jahre unterschied sich der Lebensmittelkonsum zwischen den neuen und alten Bundesländern: die Ost-deutschen konsumierten mehr Butter, Brot und Wurst, aber weniger Milch, Milchprodukte, rohes Gemüse, Zitrusfrüchte, Nudeln und Reis als die Westdeutschen.
- ▶ Obwohl sich der Lebensmittelverzehr zwischen Ost- und Westdeutschland 20 Jahre nach dem Fall der Mauer angeglichen hat, sind noch einige Unterschiede feststellbar.
- ▶ Der Verzehr von Obst, Fleisch, Fisch, Brot, Streichfetten und Limonaden ist in den neuen Bundesländern höher als in den alten. Beim Konsum von Getreide, Getreideerzeugnissen, Milch und Milchprodukten, Käse, Wasser, Kaffee und Tee hingegen ist es hingegen umgekehrt.
- ▶ Eine eindeutig günstigere oder ungünstigere Ernährungsweise im Osten oder Westen Deutschlands lässt sich nicht ausmachen.
- ▶ Die Nährstoffaufnahme ist in beiden Teilen Deutschlands relativ ähnlich, wobei eine tendenziell höhere Aufnahme vieler Vitamine bei Kindern und Jugendlichen aus den neuen Bundesländern auszumachen ist.

Für die Gesundheit und das Wohlbefinden ist die Ernährung von wesentlicher Bedeutung. Eine übermäßige oder zu einseitige Ernährung ohne ausreichend Obst, Gemüse und Ballaststoffe wird mit der Entstehung und dem Verlauf von zahlreichen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Dazu zählen z. B. Adipositas, Krebs, Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck oder Herzerkrankungen. Besonders eine zu hohe Energieaufnahme, eine überhöhte Zufuhr von Fetten (insbesondere von gesättigten Fettsäuren), zu viel Süßes und zu viel Salz sind als ernährungsbezogene Risikofaktoren zu nennen (WHO 2003; Key et al. 2004). Neben ausreichend Bewegung ist eine adäquate Ernährung entscheidend für die Prävention von Übergewicht und Adipositas. Zahlreiche regionale, bundes- und EU-weite

Initiativen und Aktionsprogramme konzentrieren sich auf die Förderung eines gesunden Lebensstils. Ziel des im Juni 2008 verabschiedeten Nationalen Aktionsplans IN FORM ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern und damit das Auftreten von Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mitverursacht werden, zu verringern. Neben Maßnahmen, die das individuelle Verhalten einbeziehen, sollen Strukturen geschaffen werden, die einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zur Selbstverständlichkeit machen (BMELV/BMG 2008). Als ein Beispiel für die zahlreichen Projekte des Aktionsplans IN FORM kann hier der aid-Ernährungsführerschein angeführt werden: Dabei handelt es sich um ein Unterrichtskonzept für dritte und vierte Klassen, bei dem neben der Vermittlung von Ernährungswissen der praktische Umgang mit Lebensmitteln und Küchengeräten im Vordergrund steht (aid 2009).

Heutzutage besteht die Möglichkeit, aus einem vielfältigen Angebot an unterschiedlichen Speisen zu wählen. Dazu gehören neben regionalen Traditionsgerichten zunehmend industriell hergestellte Produkte und – nicht zuletzt aufgrund der Globalisierung – vermehrt Gerichte aus anderen Kulturen. Das Angebot an Lebensmitteln ist heute größer als jemals zuvor: Im Zeitraum von 1979 bis 2003 stieg die Anzahl von Lebensmitteln im deutschen Lebensmitteleinzelhandel um 165 % (Drescher, Thiele 2007). Dies verdeutlicht den in den Industrieländern ungebrochenen Trend einer steigenden Vielfalt an Lebensmitteln.

Grundsätzlich wurde in der DDR auf die Versorgung der Bevölkerung mit Grundnahrungsmitteln wie Brot, Kartoffeln, Gemüse, aber auch Zucker, Fisch und Käse geachtet. Ihre Bereitstellung war stark von der regionalen und saisonalen Verfügbarkeit abhängig. Dies änderte sich mit dem Fall der Mauer. Innerhalb kürzester Zeit stand der Bevölkerung in den neuen Bundesländern ein weitaus umfassenderes und neues Angebot an Lebensmitteln zur Verfügung. In den folgenden Jahren kam es zu einer weitgehenden Angleichung des Lebensmittelangebots in beiden Teilen Deutschlands.

Im Folgenden wird das Ernährungsverhalten von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen in Ost- und Westdeutschland im Zeitverlauf dargestellt.

Ernährungsverhalten von Erwachsenen

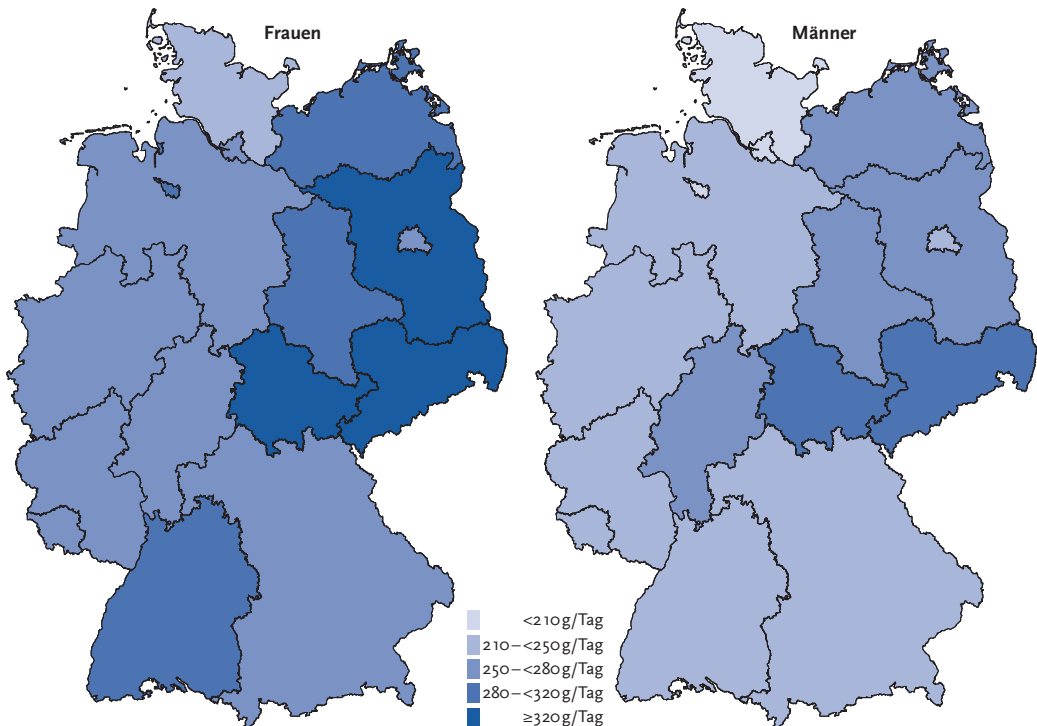
Zu Beginn der 1990er-Jahre konsumierten die Ostdeutschen mehr Butter, Brot und Wurst, aber weniger Milch, Milchprodukte, rohes Gemüse, Zitrusfrüchte, Nudeln und Reis als die Westdeutschen (Mensink, Beitz 2004). Einige dieser Differenzen ließen sich auch im Jahr 1998 anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts noch beobachten: So war der Verzehr von Brot und Wurst nach wie vor höher und der von Nudeln weiterhin geringer als im Westen. Zudem konsumierten die Frauen und Männer aus den neuen Bundesländern mehr Obst und Fisch

sowie weniger Getreide, Süßigkeiten, Blattgemüse, Tee und Trinkwasser als Frauen und Männer aus dem früheren Bundesgebiet (für einen genauen Vergleich siehe RKI 2002; Mensink, Beitz 2004). Bereits bei dieser Untersuchung zeigte sich eine Verringerung der Differenzen in den Konsummustern zwischen den neuen und alten Bundesländern.

Eine aktuelle Beschreibung des Ernährungsverhaltens ist mit Daten der Nationalen Verzehrsstudie II aus dem Jahr 2006 möglich (Max Rubner-Institut 2008).

Demnach bestehen nach wie vor einige der aufgezeigten Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. So ist der Verzehr von Brot und – eventuell damit verbunden – von Streichfetten wie Butter oder Margarine in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern. Dagegen konsumieren die Ostdeutschen weniger Getreide und Getreideerzeug-

Abbildung 4.2.1
Durchschnittlicher Verzehr von Obst und Obsterzeugnissen in der 14- bis 80-jährigen Bevölkerung in g/Tag nach Bundesland
Quelle: Nationale Verzehrsstudie 2008



nisse als die Westdeutschen. Hierbei handelt es sich vor allem um Frühstückszerealien, die offenbar von vielen Frauen und Männern in den alten Bundesländern morgens als Alternative zu Brot gegessen werden.

Der Obstkonsum ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern (siehe Abbildung 4.2.1). Ein hoher Verzehr von Obst wird als wichtige Quelle für Vitamine und Mineralstoffe bei gleichzeitig relativ geringer Energiedichte besonders empfohlen (WCRF 2007).

Der Fleischkonsum und insbesondere der Konsum von Wurst und Fleischerzeugnissen ist in Deutschland höher als empfohlen. Es zeigt sich ein Ost-West-Unterschied, der eher zu Ungunsten der Frauen und Männer aus den neuen Bundesländern ausfällt (siehe Abbildung 4.2.2). Ein hoher Wurst- und Fleischkonsum geht mit einer gesteigerten Zufuhr von gesättigten Fettsäuren und

Cholesterin einher und sollte vermieden werden (WCRF 2007).

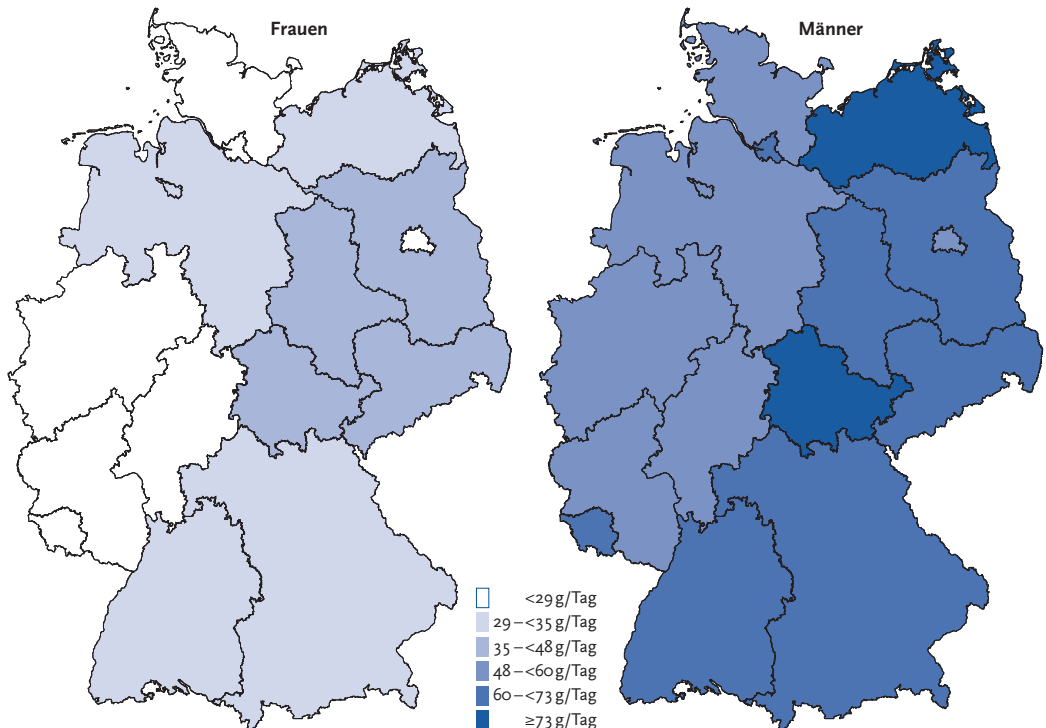
Eine Alternative zum Fleischkonsum bietet der Verzehr von Fisch. Von diesem Lebensmittel wird jedoch generell weniger gegessen als empfohlen (WCRF 2007). Der Fischkonsum ist in den neuen Bundesländern höher als in den meisten alten Bundesländern.

Im Vergleich zum Westen Deutschlands ist der Konsum von Milch, Milchprodukten und Käse in Ostdeutschland geringer. Auch beim Getränkekonsum sind Differenzen zwischen neuen und alten Bundesländern erkennbar. Insgesamt wird in den alten Bundesländern z. B. mehr Wasser getrunken, während Männer aus den neuen Bundesländern mehr Limonade konsumieren als ihre Geschlechtsgenossen aus Westdeutschland. Der Konsum von Kaffee und Tee ist in den alten Bundesländern tendenziell höher als in den neuen Bundesländern.

Abbildung 4.2.2

Durchschnittlicher Verzehr von Wurstwaren und Fleischerzeugnissen in der 14- bis 80-jährigen Bevölkerung in g/Tag nach Bundesland

Quelle: Nationale Verzehrsstudie 2008



Frauen und Männer aus Ost- und Westdeutschland unterscheiden sich auch in ihrem Alkoholkonsum. In den alten Bundesländern wird insgesamt mehr Wein und Sekt getrunken als in den neuen Bundesländern. Männer aus den neuen Bundesländern liegen beim Bierkonsum vor den Männern aus den alten Bundesländern. Eine Ausnahme stellen die Bayern dar, die in Bezug auf den Bierkonsum nur von den Sachsen übertroffen werden (siehe auch Kapitel 4.6).

Insgesamt zeigt sich für das Jahr 2006 ein höherer Konsum von Obst, Fleisch, Fisch, Brot, Streichfetten und Limonaden in den neuen Bundesländern. Getreide und Getreideerzeugnisse, Milch und Milchprodukte, Käse, Wasser, Kaffee und Tee werden dagegen vermehrt in den alten

Bundesländern konsumiert. Eine abschließende Bewertung dieser Ergebnisse dahingehend, ob sich die Menschen im Osten oder im Westen gesünder ernähren, ist nicht ohne weiteres möglich. Damit kann weder für die 1990er-Jahre noch für das Jahr 2006 eine eindeutig günstigere oder ungünstigere Ernährung abgeleitet werden.

Die tägliche Nährstoffzufuhr kann ebenfalls aus den Daten der Nationalen Verzehrsstudie II berechnet werden. Nach diesen Ergebnissen ist die Aufnahme von Ballaststoffen bei der Mehrheit der Deutschen geringer als empfohlen. Generell ist die Versorgung mit den meisten Vitaminen und Mineralstoffen in Deutschland aber ausreichend. Ausnahmen bilden Folat, Vitamin

Abbildung 4.2.3
Nährstoffzufuhr im Vergleich zu den Referenzwerten bei 12- bis 17-jährigen Mädchen (Median und Interquartilbereich)
Quelle: EsKiMo

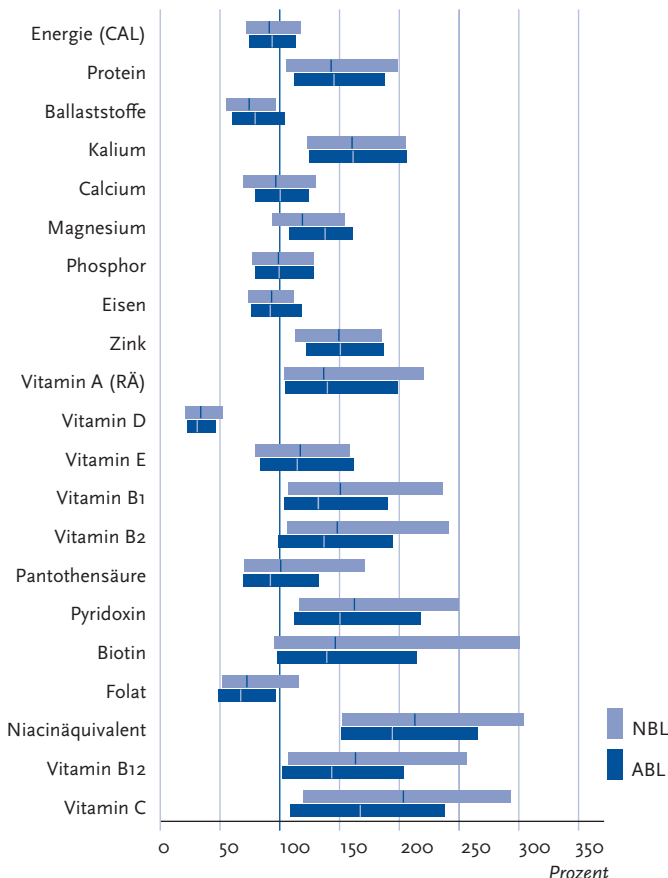
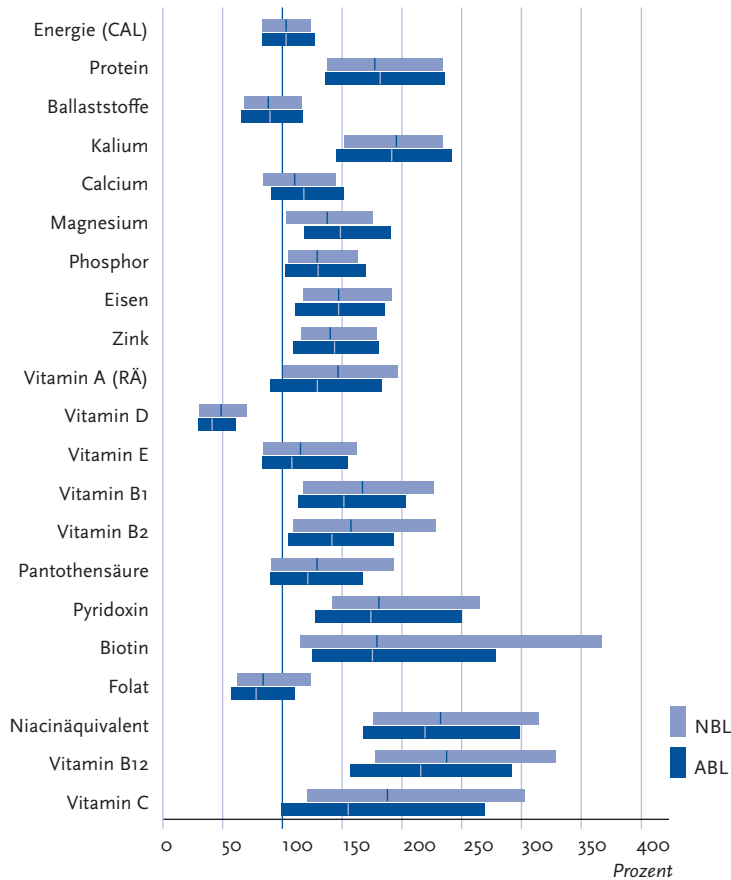


Abbildung 4.2.4

Nährstoffzufuhr im Vergleich zu den Referenzwerten bei 12- bis 17-jährigen Jungen (Median und Interquartilsbereich)

Quelle: EsKiMo



D und E, Calcium und, bei vielen Frauen, Eisen. Für diese Nährstoffe ist die Versorgung für einen Großteil der Bevölkerung nicht optimal. Dies gilt sowohl für die neuen als auch die alten Bundesländer (Max Rubner-Institut 2008).

Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Die bereits für die Erwachsenen beschriebenen Probleme im Bereich der Nährstoffversorgung betreffen auch die jüngere Generation, wie im Folgenden anhand von Daten der EsKiMo-Studie gezeigt werden kann.

Die durchschnittliche Aufnahme von Energie, Fett und Kohlenhydraten bei 6- bis 17-Jährigen

entspricht in etwa den Referenzwerten. Das Verhältnis von gesättigten zu mehrfach ungesättigten Fettsäuren und das von Mono- und Disacchariden zu Polysacchariden ist jedoch nicht optimal (Mensink et al. 2008).

Die tägliche Proteinzufuhr liegt deutlich über den Referenzwerten; Ballaststoffe werden dagegen zu wenig aufgenommen. Die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen ist im Durchschnitt ausreichend. Jedoch wird generell zu wenig Vitamin D und Folat zugeführt, bei 6- bis 11-Jährigen zusätzlich zu wenig Calcium, Vitamin A und E und bei Mädchen auch zu wenig Eisen. Dabei ist die Nährstoffversorgung bei Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern sehr ähnlich. Es lassen sich nur geringe Unterschiede ausmachen

(siehe Abbildungen 4.2.3 und 4.2.4). Die Mädchen und Jungen aus den neuen Bundesländern haben eine tendenziell geringere Aufnahme von Calcium und Magnesium (für Mädchen gilt dies auch für Ballaststoffe), aber etwas höhere Aufnahmen der meisten anderen Vitamine.

Fazit

Nach dem Fall der Mauer hat sich der Lebensmittelverzehr der Erwachsenen in Ost und West angeglichen. Bestimmte Lebensmittel werden regional häufiger, andere weniger häufig konsumiert, ohne dass eine günstigere Ernährungsweise in den neuen oder alten Bundesländern abzuleiten wäre. Bei Kindern und Jugendlichen aus den neuen Bundesländern ist eine höhere Aufnahme von vielen Vitaminen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus den alten Bundesländern festzustellen.

Die gezeigten Auswertungen basieren auf verschiedenen Datenquellen und somit auf unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten, auch wenn sie in den neuen und alten Bundesländern einheitlich eingesetzt wurden. Neben sehr detaillierten kamen auch grobe Instrumente zur Anwendung, die vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile gesehen werden müssen (Mensink et al. 2007).

Im Zusammenhang mit gesundheitlichen Auswirkungen ist nicht nur der Verzehr einzelner Lebensmittel entscheidend, sondern die gesamte Ernährungsweise. Ziel sollte es daher sein, die Ernährung als Ganzes, in ihrer Multidimensionalität zu betrachten. Die Analyse von bestimmten Ernährungsmustern (z. B. ein hoher Konsum von Fast Food, zucker- und fettreichen Lebensmitteln) wird einer ganzheitlichen Betrachtung der Ernährung am ehesten gerecht. Deshalb ist vorgesehen, dass derartigen Auswertungen künftig ein höherer Stellenwert als bisher eingeräumt wird.

Literatur

- aid (2009) aid-Ernährungsführerschein.
www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungsfuehrerschein.php. (Stand: 10.08.2009)
- Drescher L, Thiele S (2007) Der Konsum von Lebensmittelnvielfalt. Internationaler Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens – Mitteilungen Heft 14
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und 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
www.in-form.de (Stand: 18.08.2008)
- Key T J, Schatzkin A, Willett W C et al. (2004) Diet, nutrition and the prevention of cancer. Public Health Nutrition, Vol. 7, No. 1A: 187–200
- Max Rubner- Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 2
www.wasesseich.de. (Stand: 24.06.2009)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Was essen wir heute? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Mensink GBM, Beitz R (2004) Food and nutrient intake in East and West Germany, 8 years after the reunification – The German Nutrition Survey 1998. Eur J Clin Nutr 58: 1000–1010
- Mensink GMB, Hesecker H, Richter A (2008) Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo)
www.bmelv.de/cae/servlet/contentblob/378624/publicationFile/25912/EsKiMoStudie.pdf. (Stand: 18.08.2009)
- WHO (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, 916, 56
- 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

4.3 Adipositas

- ▶ Anfang der 1990er-Jahre war die Prävalenz der Adipositas, einer starken Form von Übergewicht, bei Erwachsenen in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern.
- ▶ Für die Zeit bis 1998 ist anhand von Messdaten ein leichter Anstieg der Adipositasprävalenz in der westdeutschen Bevölkerung nachzuweisen, in Ostdeutschland gilt dies nur für Männer.
- ▶ Aktuelle Messwerte aus dem Jahr 2006 zeigen weiterhin Unterschiede zu Ungunsten der neuen Länder.
- ▶ Aktuelle Studien auf der Basis von Selbstangaben bestätigen den steigenden Trend, insbesondere für die höheren Altersgruppen.
- ▶ Werden die Ergebnisse der KiGGS-Studie in Bezug zu Referenzwerten aus den Jahren 1985 bis 1999 betrachtet, ist ein deutlicher Anstieg der Adipositasprävalenz bei Heranwachsenden zu erkennen.
- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich insgesamt keine ausgeprägten Unterschiede in der Adipositasprävalenz zwischen den neuen und alten Bundesländern.

Übergewicht und insbesondere Adipositas können – vermittelt über Fettstoffwechselstörungen, erhöhten Blutdruck und eine erhöhte Beanspruchung des Skelettsystems – zu verschiedenen Folge- bzw. Begleiterkrankungen, wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauferkrankungen oder Arthrose, führen (Villareal et al. 2005, NIH 1998). Bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sind erhöhte kardiovaskuläre Risikofaktoren nachweisbar (Reinehr et al. 2005). Erwachsene mit Adipositas haben zudem ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (McGee 2005, Adams et al. 2006). Kostenschätzungen des Statistischen Bundesamtes, die im Rahmen der Krankheitskostenrechnung erstellt wurden, gehen davon aus, dass im Jahr 2006 in Deutschland ein Betrag von 770 Millionen Euro (2,45 % aller Aufwendungen für medizinische Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnah-

Übergewicht und Adipositas werden bei **Erwachsenen** zumeist anhand des Body-Mass-Indexes (BMI) bestimmt. Der BMI eignet sich besonders gut für Gruppenvergleiche, da er relativ einfach und gut standardisiert zu messen ist. Er wird aus dem Verhältnis von Körpergröße und Körpergewicht ermittelt. Dazu wird das Körpergewicht (kg) durch die quadrierte Körpergröße (m^2) dividiert. Bei Erwachsenen wird gemäß einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei einem $BMI \geq 25$ von Übergewicht und bei einem $BMI \geq 30$ von Adipositas ausgegangen (WHO 1998).

men) zur Versorgung von adipösen Männern und Frauen veranschlagt werden muss (Statistisches Bundesamt 2008). Hinzu kommen weitere indirekte Kosten in Folge von erhöhten Fehlzeiten am Arbeitsplatz und häufigeren Frühberentungen (Schneider 1996). Ein Anstieg der Prävalenz von Adipositas hätte folglich erhebliche gesundheitsökonomische Konsequenzen.

Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung sind auf der Grundlage von Messdaten oder von in Befragungen erhobenen Selbstangaben möglich. In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Selbstangaben weniger zuverlässig sind als Messdaten, da ein Teil der Befragten dazu neigt, die eigene Körpergröße zu überschätzen und das eigene Körpergewicht zu unterschätzen (Mensink et al. 2005). Messdaten liegen aus den Nationalen Untersuchungssurveys (NUSTo, NUS90/92) sowie dem Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98) vor.

Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die starke Form des Übergewichts, auf Adipositas.

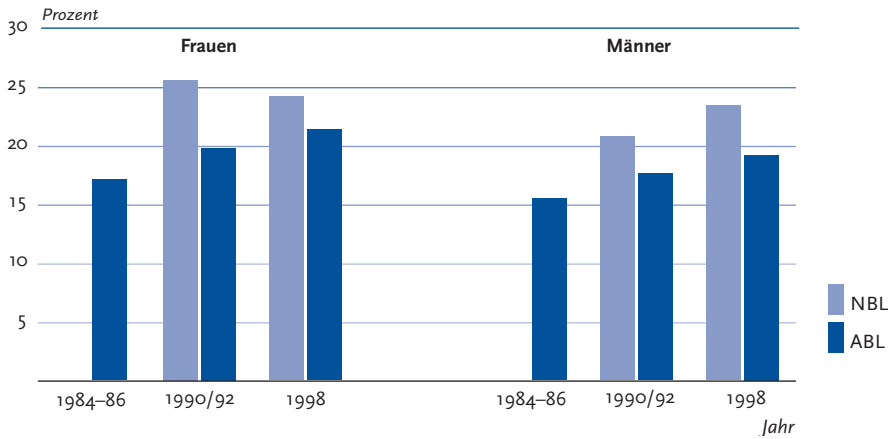
Adipositas bei Erwachsenen

Legt man die Messdaten der oben genannten Surveys zugrunde, dann hat mit Blick auf die 25- bis 69-jährige Bevölkerung der Anteil der Personen

Abbildung 4.3.1

Prävalenz von Adipositas in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung 1984–86, 1990/92 und 1998

Quelle: Mensink et al. 2005



mit Adipositas im Zeitverlauf zugenommen (siehe Abbildung 4.3.1).

Eine Ausnahme stellen lediglich Frauen aus den neuen Bundesländern dar, bei denen der Anteil der Adipösen von 25,8 % auf 24,2 % leicht zurückgegangen ist. Der deutlichste Anstieg ist bei Männern aus den neuen Bundesländern zu beobachten von 20,6 % auf 23,4 %. Bei Frauen und Männern aus den alten Bundesländern fiel die Zunahme zwischen 1990/92 und 1998 etwas geringer aus, die entsprechenden Anteile betrugen bei Frauen 19,6 % bzw. 21,4 % und bei Männern 17,4 % bzw. 19,2 %. Zugleich machen diese Prävalenzen deutlich, dass sich die Beginn der 1990er-Jahre zu beobachtenden Unterschiede zu Ungunsten der neuen Bundesländer bei Frauen etwas verringert haben, während bei Männern bis zum Jahr 1998 eher eine Ausweitung festzustellen ist. Zu berücksichtigen ist aber, dass sich die beobachteten Veränderungen zwischen 1990/92

und 1998 als nicht statistisch signifikant erwiesen haben.

Aktuelle Messwerte werden durch die Nationale Verzehrsstudie II (NVS II) (vgl. Kapitel 4.3) für das Jahr 2006 bereitgestellt, die vom Max Rubner-Institut in Karlsruhe durchgeführt worden ist (siehe Tabelle 4.3.1) (Max Rubner-Institut 2008).

Auf Basis der Messwerte der NVS II ergibt sich für Frauen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren eine Prävalenz von Adipositas von 22,9 % in den neuen Bundesländern und von 20,6 % in den alten Bundesländern. Die Vergleichswerte für Männer aus den neuen und alten Bundesländern betragen 20,6 % und 20,5 %. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Adipositasprävalenz bei Frauen und Männern mit dem Alter deutlich zunimmt. Beträchtliche Differenzen zu Ungunsten der neuen Bundesländer bestehen nach den Ergebnissen der NVS II vor allem bei Frauen und Männern im Alter zwischen 55 und 69 Jahren.

Tabelle 4.3.1

Prävalenz von Adipositas in der ab 18-jährigen Bevölkerung nach Altersgruppen

Quelle: Nationale Verzehrsstudie 2006

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	NBL	ABL	NBL	ABL
25–34 Jahre	8,6 %	12,9 %	8,7 %	12,6 %
35–44 Jahre	16,4 %	16,9 %	16,5 %	16,4 %
45–54 Jahre	20,3 %	20,7 %	23,3 %	22,9 %
55–69 Jahre	36,7 %	27,3 %	33,2 %	29,2 %

Gegenwärtig führt das Robert Koch-Institut die Studie »Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland« (DEGS) durch. Nach Beendigung der Feldphase im Jahr 2012 werden aktuelle Messdaten zur Verfügung stehen, die mit denen der Nationalen Untersuchungssurveys und des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 vergleichbar sind. Auf dieser Grundlage werden sich voraussichtlich belastbare Zeitreihen erstellen lassen, sodass Aussagen über die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas in der erwachsenen Bevölkerung gemacht werden können.

Perspektivisch werden diese Betrachtungen durch Zeitreihen ergänzt, die auf der Basis von Selbstangaben aus der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA09) gewonnen werden, einer bundesweiten telefonischen Befragung der Bevölkerung, die erstmals im Jahr 2008 und künftig jährlich vom Robert Koch-Institut durchgeführt wird. Sie ermöglicht in Zukunft eine sehr engmaschige Beobachtung der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas auf Basis von Selbstangaben sowie anderer Aspekte der gesundheitlichen Situation der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland.

Eine weitere Möglichkeit der Erstellung einer Zeitreihe eröffnet sich auf der Basis von Selbstangaben über den Mikrozensus. In der Zusatzbefragung zur Gesundheit, die in mehrjährigen Abständen stattfindet, wird seit dem Jahr 1999 auch nach der Körpergröße und dem Körpergewicht der Haushaltsmitglieder gefragt. Bislang liegen Ergebnisse zur Verbreitung von Adipositas auf Basis des Mikrozensus für die Jahre 1999, 2003 und 2005 vor.

Die Ergebnisse verdeutlichen eine Zunahme der Verbreitung der Adipositas in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung in Deutschland (siehe Abbildung 4.3.2). Diese beträgt bei Frauen und Männern aus den neuen wie auch bei Frauen und Männern aus den alten Bundesländern etwa zwei Prozentpunkte. Somit haben sich die bereits im Jahr 1999 beobachteten Unterschiede zu Ungunsten der neuen Bundesländer nicht verändert. Dass die Prävalenzen deutlich unter denen liegen, die in den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes und der Nationalen Verzehrsstudie ermittelt wurden, hängt vor allem mit den unterschiedlichen Altersbereichen (25 bis 69 Jahre bzw. 18 bis 80 Jahre) sowie der angesprochenen Unterschätzung des BMI auf Basis von Selbstangaben zusammen (siehe oben).

Ein Vorteil des Mikrozensus ist die hohe Fallzahl von mehr als 800.000 Personen, die auch für die Beobachtung der Entwicklung nach Altersgruppen eine ausreichende Grundlage liefert. Danach ist vor allem bei den 65-jährigen und älteren Frauen und Männern ein deutlicher Anstieg der Adipositasprävalenz festzustellen (siehe Abbildungen 4.3.3 und 4.3.4). Am stärksten tritt dieser bei den Frauen in den neuen Bundesländern zutage: Im Jahr 1999 waren in dieser Gruppe etwa 17 % der Frauen adipös, im Jahr 2005 waren es bereits 23 %. Im mittleren Lebensalter fiel die Zunahme deutlich schwächer aus. Bei den jüngeren Erwachsenen stellt sich die Situation zu Beginn und zum Ende des Beobachtungszeitraums fast unverändert dar. Mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe liegen die Werte in den neuen Bundesländern in allen drei

Abbildung 4.3.2

Prävalenz von Adipositas in der ab 18-jährigen Bevölkerung in den Jahren 1999, 2003 und 2005

Quelle: Mikrozensus 1999, 2003 und 2005

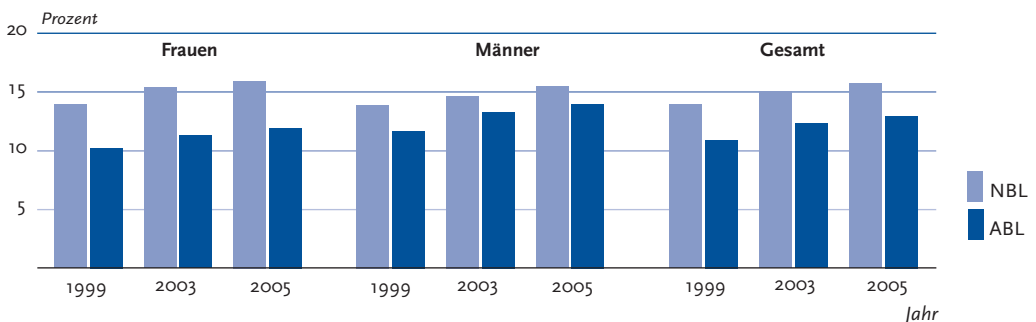
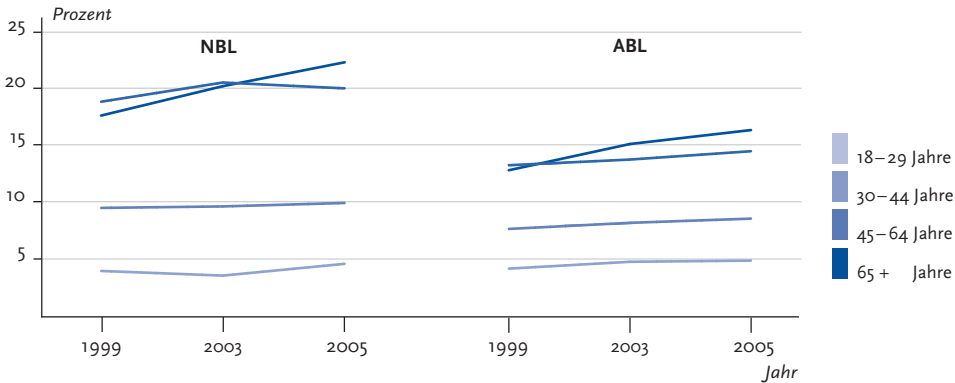


Abbildung 4.3.3
Prävalenz von Adipositas bei Frauen nach Altersgruppen in den Jahren 1999, 2003 und 2005
 Quelle: Mikrozensus 1999, 2003 und 2005



Jahren bei Frauen und Männern deutlich über den Werten in den alten Bundesländern.

Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen in den verschiedenen Altersgruppen und der Tatsache, dass die Adipositasprävalenz mit zunehmendem Alter steigt, sollte bei der Interpretation der längerfristigen Entwicklungen auch der »demografische Faktor« berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 2.1). Wenn immer mehr Menschen alt und sehr alt werden und der Anteil der Älteren an der Bevölkerung wächst, wirkt sich dies auch in einer Zunahme von Adipositas aus. In weiterführenden Analysen auf Basis der Mikrozensus-Erhebungen aus den Jahren 1999 und 2005 wurde die Entwicklung der Prävalenz von Adipositas nach Kontrolle für Unterschiede in

der Altersstruktur der Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern analysiert. Insgesamt sind demnach die Prävalenzen bei Frauen um 1,7 Prozentpunkte und bei Männern um 2,0 Punkte angestiegen. Bei Frauen ist der Anstieg der Prävalenzen in den neuen Bundesländern – nach Berücksichtigung von Altersunterschieden – mit 2,5 Prozentpunkten gegenüber 1,4 Prozentpunkten deutlich stärker ausgeprägt als in den alten Ländern. Demgegenüber zeigen sich bei Männern keine signifikanten Unterschiede im Anstieg der Prävalenzen.

Ein weiterer Vorteil der großen Fallzahlen im Mikrozensus ist, dass auch eine tiefer gehende Regionalisierung der Entwicklungen möglich ist. Bezüglich der Bundesländer kann außerdem

Abbildung 4.3.4
Prävalenz von Adipositas bei Männern nach Altersgruppen in den Jahren 1999, 2003 und 2005
 Quelle: Mikrozensus 1999, 2003 und 2005

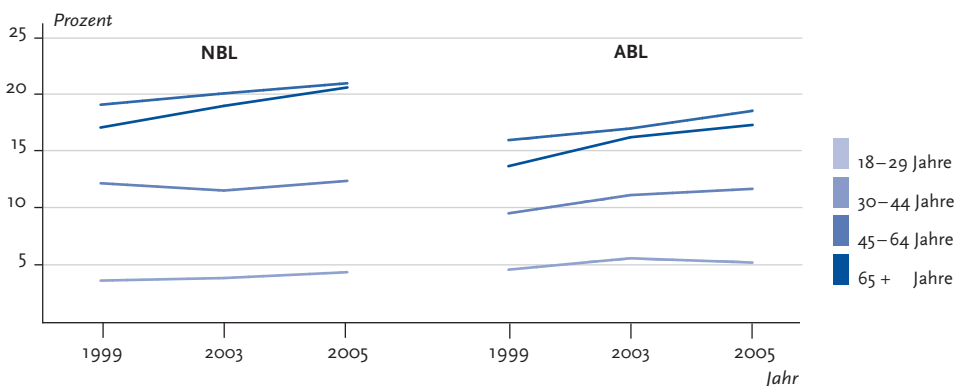
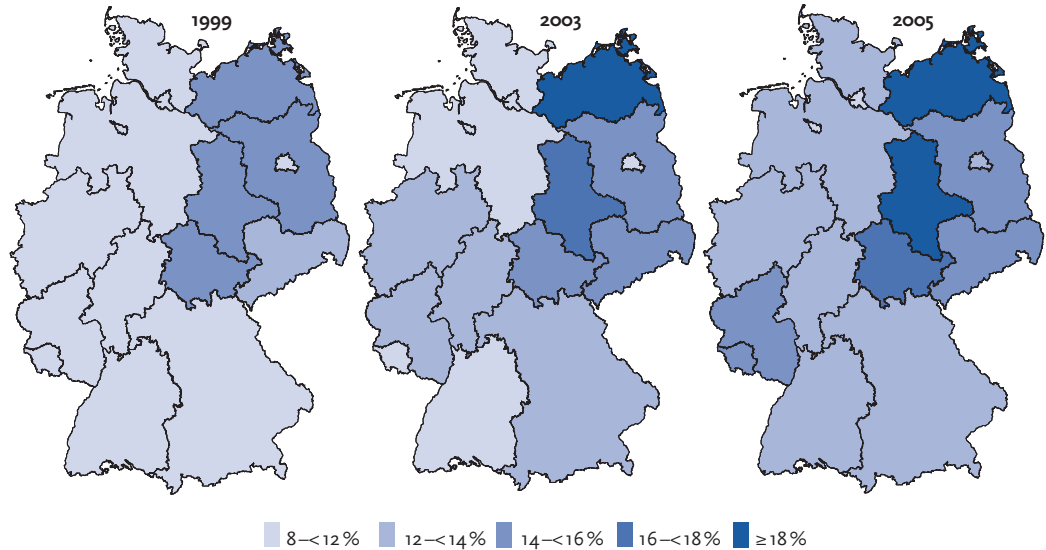


Abbildung 4.3.5

Entwicklung der Prävalenz von Adipositas in den Jahren 1999, 2003 und 2005

Quelle: Mikrozensus 1999, 2003 und 2005



die Entwicklung über die Jahre 1999 bis 2005 beschrieben werden (siehe Abbildung 4.3.5).

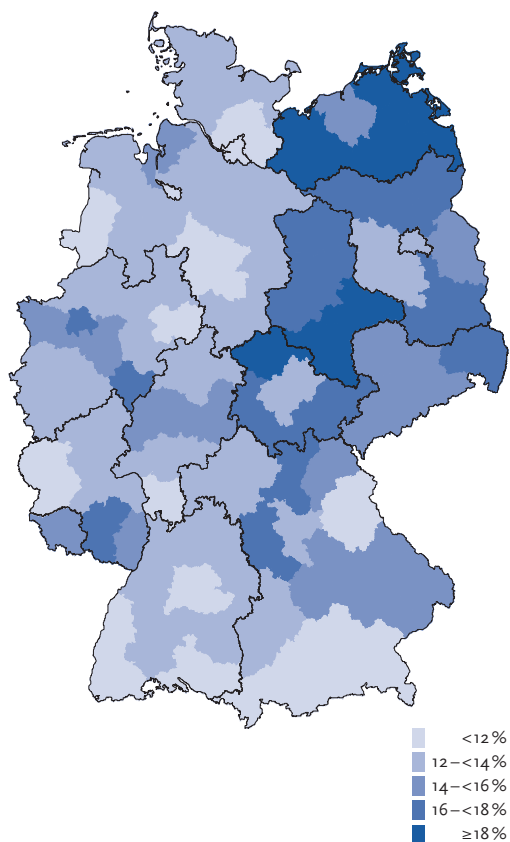
Die Abbildung verdeutlicht, dass die Prävalenz von Adipositas – ausgehend von einem bereits im Jahr 1999 erhöhtem allgemeinen Niveau – in allen Bundesländern deutlich zugenommen hat. Der Anstieg ist in den alten und neuen Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt. Eine besonders geringe Zunahme von einem Prozentpunkt gab es in den Bundesländern Bremen und Thüringen, eine besonders ausgeprägte Zunahme von etwa vier Prozentpunkten musste im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern beobachtet werden.

Der Mikrozensus ermöglicht zudem eine weitergehende Regionalisierung der Prävalenzen von Adipositas nach Raumordnungsregionen, sodass für das Jahr 2005 auch innerhalb von Bundesländern regionale Unterschiede der Adipositasprävalenzen ausgewiesen werden können (siehe Abbildung 4.3.6).

Im Jahr 2005 gab es in Deutschland 97 Raumordnungsregionen mit einer Bevölkerung von durchschnittlich 850.000 Personen. Im Vergleich der Raumordnungsregionen variierte die Adipositasprävalenz zwischen 10 % in der Region »Bremen« (ohne die Stadt Bremerhaven) und 22 % in der Region Vorpommern im Nordosten

des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern. Die Abbildung macht deutlich, dass die Adipositasprävalenzen innerhalb der meisten Flächenstaaten beträchtlich variieren. So finden sich auch in Bundesländern mit einer hohen Prävalenz von Adipositas wie etwa Mecklenburg-Vorpommern (19,3 %) Regionen, in denen deutlich geringere Prävalenzen zu beobachten sind (in der Region Mittleres Mecklenburg/Rostock beträgt die Prävalenz lediglich 16 %). Ebenso gibt es auch in Bundesländern mit einer geringen Prävalenz wie Bayern (13 %) Raumordnungsregionen, wie »Oberfranken-West« im Norden des Bundeslandes (17 %), mit Prävalenzen die über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Abbildung 4.3.6
Prävalenz von Adipositas nach Raumordnungsregion
 Quelle: Mikrozensus 2005



Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen hängt der Body-Mass-Index stark von alters- und geschlechtsspezifischen Variationen des Wachstums ab. Deshalb lassen sich, anders als bei Erwachsenen, keine festen Grenzwerte definieren.

Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind mit Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) möglich. In der KiGGS-Studie wurden die Körpergröße und das Körpergewicht der Heranwachsenden gemessen und eine verteilungsbasierte Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas vorgenommen. Nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie sind 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfiehlt eine verteilungsbasierte Abgrenzung von **Übergewicht** und **Adipositas** im Vergleich zu einer Referenzpopulation vorzunehmen. Bislang wird dazu in Deutschland zumeist auf Referenzwerte zurückgegriffen, die im Zeitraum 1985 bis 1999 erhoben wurden (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Als **übergewichtig** werden demnach **Kinder und Jugendliche** eingestuft, deren BMI-Wert oberhalb des 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils der Vergleichsgruppe liegt. Bei einem Wert oberhalb des 97. Perzentils wird von Adipositas ausgegangen.

3 bis 17 Jahren übergewichtig. Eingeschlossen sind darin 6,3 % der Heranwachsenden, die als adipös einzustufen sind (Kurth, Schaffrath Rosario 2007). Dabei zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen aus den neuen Bundesländern, was Abbildung 4.3.7 anhand der Verbreitung von Adipositas verdeutlicht.

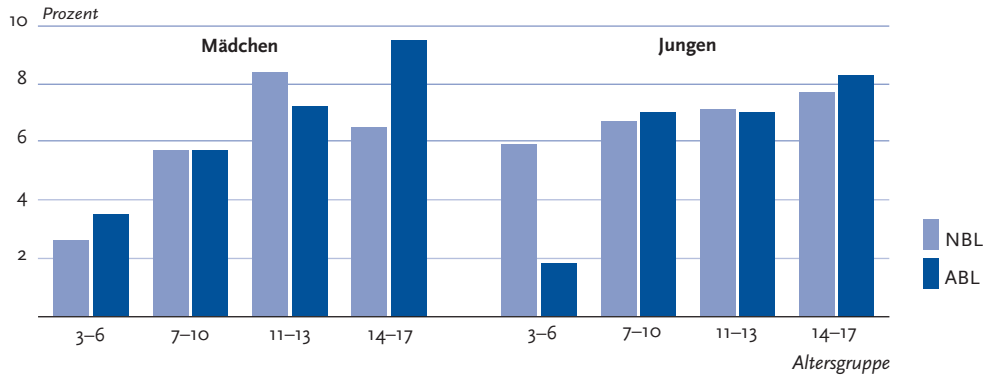
Allerdings gibt es zwei bemerkenswerte Ausnahmen: Bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen liegt die Prävalenz von Adipositas in den neuen Bundesländern deutlich unter der Prävalenz in den alten Bundesländern (6,5 % vs. 9,5 %). Bei 3- bis 6-jährigen Jungen hingegen zeigt sich eine signifikant erhöhte Anteil in den neuen Bundesländern (5,9 % vs. 1,8 %).

Für Aussagen zur zeitlichen Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen kann auf Referenzwerte für den Zeitraum von 1985 bis 1999 zurückgegriffen werden (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Im Vergleich zu diesen Referenzwerten zeigt sich, dass sich die Perzentilcurven im Verlauf der Zeit nach oben verschoben haben, insbesondere die oberen Perzentile. Der Anteil der übergewichtigen und der adipösen Kinder hat sich demnach erhöht. Im Vergleich zu den oben genannten Referenzdaten von 1985 bis 1998 ist der Anteil der Übergewichtigen auf das Eineinhalbfache gestiegen, der Anteil der Adipösen hat sich sogar verdoppelt (RKI 2008). Aber auch bei den unteren Perzentilen ist Verschiebung erkennbar, so dass auch die normalgewichtigen Kinder heute einen etwas höheren BMI haben als

Abbildungen 4.3-7

Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen 2003/06

Quelle: KiGGS



in den früheren Untersuchungen (Kurth, Schaffrath Rosario 2007). Weiterführende Analysen zeigen, dass die Prävalenz von Adipositas in den neuen und alten Bundesländern ähnlich zugenommen hat, also keine klaren Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern bestehen.

Fazit

In beiden Teilen Deutschlands ist die hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas eine bedeutende Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Besorgniserregend sind vor allem der hohe Anteil adipöser Heranwachsender sowie die beträchtliche Zunahme der Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Auch bei Erwachsenen deuten die Daten des Mikrozensus – auf Basis von Selbstangaben – auf eine Zunahme der Prävalenz von Adipositas. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Selbstangaben zu Körpergröße und Körpergewicht mit methodischen Unsicherheiten behaftet sind. Dessen ungeachtet kommt der Prävention von Adipositas eine große Bedeutung zu.

Die Anstrengungen zur Prävention von Adipositas werden seit 2007 im Nationalen Aktionsplan IN FORM gebündelt. Er zielt darauf ab, dem ungünstigen Trend beim Übergewicht und den damit zusammenhängenden Krankheiten entgegenzuwirken (BMELV, BMG 2008). Ein Fokus des Aktionsplans liegt auf der Vermeidung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und

Jugendlichen. Prävention in dieser Altersgruppe ist besonders wichtig, da ein früh entwickeltes Übergewicht, das häufig im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegungsmangel steht, oft ein Leben lang beibehalten wird.

Literatur

- Adams KF, Schatzkin A, Harris TB et al. (2006) Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *N Engl J Med* 355: 763–778
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) & Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. www.in-form.de (Stand: 30.07.2009)
- Statistisches Bundesamt (2008) Gesundheit – Krankheitskosten 2002, 2004 und 2006. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- 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
- Kurth B-M, 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: 736–743

- Max Rubner-Institut und Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 1. Max Rubner- Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Karlsruhe
- McGee DL (2005) Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Ann Epidemiol* 15: 87-97
- Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 1348–1356
- National Institute of Health (Hrsg) (1998) Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report. NIH-Publication No. 98-4083, Bethesda
- 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
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
- Schneider R (1996) Relevanz und Kosten der Adipositas in Deutschland. *Ernährungs-Umschau* 43: 369–374
- 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
- WHO report obesity (1998) Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO, Genf

4.4 Blutdruck

- ▶ Die Häufigkeit erhöhten Blutdrucks (Hypertonieprävalenz) lag Anfang der 1990er-Jahre nach Daten des Robert Koch-Institutes in den neuen Bundesländern über der in den alten Bundesländern.
- ▶ Die Ost-West-Unterschiede haben im Laufe der Zeit deutlich abgenommen.
- ▶ Ursachen hierfür sind der Rückgang der Hypertonieprävalenz im Osten und ein Anstieg im Westen Deutschlands, bei fast konstanten Werten für Gesamtdeutschland.
- ▶ Dennoch bestehen weiterhin Ost-West-Unterschiede.
- ▶ Die KiGGS-Studie zeigt für Kinder und Jugendliche kaum noch Differenzen in den Blutdruckwerten zwischen den neuen und alten Bundesländern.

Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist damit eine wesentliche Determinante der häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Nach den Ursachen wird die primäre Hypertonie von der sekundären, d. h. auf eine andere Erkrankung zurückzuführende Hypertonie, unterschieden. Eine primäre Hypertonie entsteht durch das Zusammenwirken von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedenen ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen. Dazu zählt vor allem Übergewicht, aber auch hoher Kochsalz- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress. Das absolute Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei erhöhtem Blutdruck hängt damit nicht nur von der Höhe des Blutdrucks selbst ab, sondern auch wesentlich von vorliegenden Risikofaktoren, Begleit- bzw. Folgeerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus.

Die Blutdruckwerte Neugeborener liegen deutlich niedriger als bei Erwachsenen, steigen aber mit zunehmendem Lebensalter stetig an. Studien belegen den Zusammenhang, dass Kinder mit erhöhten Blutdruckwerten bereits Organveränderungen am Herzen aufweisen können sowie ein

deutlich erhöhtes Risiko für eine Hypertonie im Erwachsenenalter besitzen (Tracy et al. 1995; Jiang et al. 1994; Soto et al. 1989).

Zwischen der Höhe des Blutdruckes und dem daraus resultierenden Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall) besteht ein enger linearer Zusammenhang. D. h., je höher der Blutdruck, desto höher das kardiovaskuläre Risiko. Dieser Zusammenhang lässt eine numerische Definition und Klassifikation der Hypertonie nicht sinnvoll erscheinen. Jede Definition der Hypertonie sollte daher das individuelle kardiovaskuläre Risiko der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

Leitlinien nehmen zwar immer noch eine Einteilung des Blutdrucks anhand von Schwellenwerten vor, die daraus abgeleiteten Empfehlungen hängen jedoch von dem Ausmaß des gesamten kardiovaskulären Risikos der Patientinnen und Patienten ab.

Bei Blutdruckwerten, die dauerhaft systolisch über 140 mmHg oder diastolisch über 90 mmHg erhöht sind, wird von einer Hypertonie gesprochen.

Für den Blutdruck bei Kindern gelten verteilungsbasierte Grenzwerte. Bezogen auf Alter, Geschlecht und Körpergröße werden Blutdruckwerte, die dauerhaft über der 95. Perzentile liegen, als Hypertonie definiert.

Zur Einschätzung der Versorgungssituation werden Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad der Hypertonie betrachtet. Unter Bekanntheitsgrad wird das Wissen der Patientinnen und Patienten von der Diagnose »Hypertonie« verstanden, welches in Surveys mit der Frage erfasst wird »Hat eine Ärztin bzw. ein Arzt bei Ihnen jemals Bluthochdruck/Hypertonie festgestellt?«. Der Behandlungsgrad kennzeichnet den Anteil der Personen, die gegenwärtig eine medikamentöse Behandlung ihres Bluthochdrucks erhalten. Der Kontrollgrad charakterisiert das Ausmaß der erzielten Blutdruckkontrolle. Kontrollierte Hypertonie bedeutet demnach das Erreichen nor-

maler Blutdruckwerte unter antihypertensiv wirkenden Medikamenten.

Zahlreiche epidemiologische Studien befassen sich mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihren Risikofaktoren. Zu nennen sind hierbei das internationale MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aktuelle, aber zum Teil regional begrenzte deutsche Untersuchungen wie die Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA) und die Study of Health in Pomerania (SHIP).

Repräsentative Daten zur Verteilung des Blutdrucks in den neuen und alten Bundesländern ergeben sich aus den vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Gesundheitssurveys 1990/92 und dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998. In deren Rahmen wurde der Blutdruck bei einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung im Erwachsenenalter unter standardisierten Bedingungen gemessen (Thamm 1999). Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde der Blutdruck bei den 3- bis 17-Jährigen ebenfalls nach standardisierten Methoden ermittelt (Neuhauser, Thamm 2007).

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten waren die bevölkerungsweiten mittleren Blutdruckwerte bei Frauen und Männern in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern, was

auch anhand der Blutdruckklassen sichtbar wird (siehe Tabelle 4.4.1).

Wird die zeitliche Entwicklung betrachtet, so haben die Ost-West Unterschiede zwischen Beginn und Ende der 1990er-Jahre deutlich abgenommen. Dahinter verbergen sich jedoch ein Rückgang der Hypertonieprävalenz in den neuen Bundesländern und ein Anstieg in den alten, bei fast konstant hoher Gesamtprävalenz der Hypertonie in Deutschland. Besonders ausgeprägt war der Rückgang bei Männern im Osten in der Blutdruckkategorie $\geq 150/95$ mmHg, deren Anteil 1990/92 noch 41,8 % betrug und 1998 auf 35,9 % gesunken ist. Da die Prävalenz der kontrollierten Hypertonie aber nur von rund 3,5 % auf 5,9 % zunahm, scheint die medikamentöse Intervention nicht ausschlaggebend für diese Entwicklung gewesen zu sein.

In den Gesundheitssurveys des RKI wurden alle teilnehmenden Frauen und Männer hinsichtlich des Vorkommens bestimmter Risikofaktoren untersucht und befragt. Ein wichtiger Faktor, der zu den Ost-West Unterschieden in der Prävalenz der Hypertonie beigetragen haben dürfte, ist das Übergewicht. Übergewicht und Adipositas sind Schlüsselprobleme für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für die primäre Hypertonie. Zusätzlich erhöhen sie als Begleitfaktoren der Hypertonie auch direkt das kardiovaskuläre Risiko. So waren 1998

Tabelle 4.4.1
Prävalenzen einzelner Blutdruckkategorien in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung 1990/92 und 1998
Quelle: NUS90/92, BGS98 (nach Thamm 1999)

Blutdruck	Frauen gesamt	Ost	West	Differenz Ost-West	Männer gesamt	Ost	West	Differenz Ost-West
Nationaler Untersuchungssurvey 1990/92								
hyperton ¹	40,7 %	50,2 %	38,1 %	12,1 %	54,1 %	65,3 %	46,6 %	18,7 %
140–149/90–94 ²	12,4 %	14,5 %	11,9 %	2,6 %	17,6 %	19,9 %	17,0 %	2,9 %
$\geq 150/95^3$	23,1 %	27,8 %	21,8 %	6,0 %	28,4 %	41,8 %	24,9 %	16,9 %
kontrolliert < 150/95 ⁴	5,1 %	7,8 %	4,4 %	3,4 %	4,4 %	3,5 %	4,6 %	-1,1 %
Bundes-Gesundheitssurvey 1998								
hyperton ¹	43,6 %	47,5 %	42,5 %	5,0 %	53,5 %	61,4 %	51,4 %	10,0 %
140–149/90–94 ²	12,1 %	12,3 %	12,0 %	0,3 %	19,5 %	19,6 %	19,4 %	0,2 %
$\geq 150/95^3$	27,0 %	29,4 %	26,4 %	3,0 %	30,1 %	35,9 %	28,6 %	7,3 %
kontrolliert < 150/95 ⁴	4,5 %	5,8 %	4,1 %	1,7 %	3,9 %	5,9 %	3,4 %	2,5 %

¹ Systolischer Blutdruck ≥ 140 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg

² Systolischer Blutdruck ≥ 140 bis ≤ 149 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 90 bis ≤ 94 mmHg

³ Systolischer Blutdruck ≥ 150 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 95 mmHg

⁴ Blutdrucksenkende Medikation und systolischer Blutdruck < 150 mmHg und diastolischer Blutdruck < 95 mmHg

in den neuen Bundesländern 24,2 % der Frauen adipös (Body Mass Index $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), in den alten Bundesländern jedoch 21,4 %; bei den Männern waren es 23,4 % im Osten und nur 19,2 % im Westen. Über die Hälfte der Frauen und der Männer mit Übergewicht hatten nach den Daten des BGS98 eine Hypertonie, bei den Adipösen waren es fast drei Viertel. Umgekehrt betrachtet, waren Hypertoniker häufiger adipös als Frauen und Männer mit normalem Blutdruck (RKI 2008).

Die KiGGS Studie zeigte 2003 bis 2006 bei Kindern nur noch marginale Ost-West Blutdruck-Unterschiede, die nach Berücksichtigung der Übergewichtsunterschiede gänzlich verschwanden (Neuhauser et al. 2007).

Ein Vergleich von zwei regionalen Studien, der SHIP-Studie aus Mecklenburg-Vorpommern (1997–2001) und der MONICA/KORA Studie aus der Region Augsburg (1999 bis 2001), zeigt eine Prävalenz der Hypertonie bei den Frauen in SHIP von 38,5 % und in MONICA/KORA von 28,6 % (bei Männern 60,1 % und 41,4 %) (Meisinger et al. 2006). Diese Werte wurden bei nahezu identischen Untersuchungsmethoden und Berücksichtigung der regionalen Altersstruktur durch Altersstandardisierung erzielt. Die gefundenen Nord-Süd-Unterschiede sind ausgeprägter als Unterschiede im Ost-West-Vergleich anhand der RKI-Surveys (Löwel et al. 2006). Dabei waren Erkennungs-, Behandlungs- und Kontrollgrad in diesen beiden Regionen sehr ähnlich, was zwar auf eine regional angeglichenen, aber noch unzureichende Versorgung der Bluthochdruckpatienten hindeutet.

Aktuell wird im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), als eine Komponente des Gesundheitsmonitorings am RKI, erneut der Blutdruck der Probandinnen und Probanden gemessen. Die Ergebnisse dieser repräsentativen Studie, die eine regionalisierte Darstellung (Ost, West) zulassen, werden jedoch erst in ca. drei Jahren vorliegen.

Im internationalen Vergleich mehrerer europäischer Länder, den USA und Kanada liegt Deutschland anhand der Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 mit einer Hypertonieprävalenz der 35- bis 64-Jährigen von 55,3 % an der Spitze (Wolf-Maier et al. 2003). Auch zeigt sich, dass andere Länder, vor allem die USA, deutlich bessere Werte beim Erkennungs-,

Behandlungs- und Kontrollgrad erreichen (Wolf-Maier et al. 2004).

Die Entwicklung der Hypertonie in Deutschland und weltweit wirft noch viele Fragen auf. Die global angelegte MONICA-Studie der WHO, die im Zeitraum von 1976 bis 2002 Ursachen und Trends für Unterschiede in der Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersuchte, zeigt eine bevölkerungsweite Abnahme der mittleren Blutdruckwerte in vielen Ländern in den 1980er- und 1990er-Jahren. Diese war aber allenfalls zu einem geringen Grad durch eine Verbesserung der medikamentösen Behandlung zu erklären. In diesem Zeitraum hat in den meisten Ländern das Übergewicht zugenommen, was eine Erhöhung der Hypertonieprävalenz erwarten ließ. Mögliche Erklärungsansätze für die tatsächlich stattgefundene Blutdrucksenkung sind Änderungen in der Ernährungsweise einschließlich der Zufuhr von Kochsalz und anderen Elektrolyten, Alkoholkonsum sowie andere Lebensstil- bzw. Umweltfaktoren.

Diese sind jedoch noch nicht ausreichend mit Daten belegt. Hier können regionale Vergleiche in Zukunft wertvolle Informationen liefern, die jedoch nicht auf eine Betrachtung von Ost und West beschränkt sein sollten.

Literatur

- 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: 794–800
- Löwel H, Meisinger C, Heier M et al. (2006) Epidemiologie der arteriellen Hypertonie in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Querschnittsstudien. *Dtsch Med Wochenschr* 131: 2586–2591
- Meisinger C, Heier M, Völzke H et al. (2006) Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. *J Hypertens* 24(2): 293–299
- Neuhauser H & Thamm M (2007) Blutdruckmessung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Methodik und erste Ergebnisse. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 728–735
- Neuhauser H, Schaffrath Rosario A, Dahm S et al. (2007) East-West and Social Status Differences in Blood Pressure in Children and Adolescents in Germany. Conference Proceedings of «The Joint Meeting of the Society for Social Medicine and the International

- Epidemiological Association (European Federation)". 12th – 14th September 2007, Cork, Ireland: p 4
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Hypertonie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 43. RKI, Berlin
- 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: 271–279
- Thamm M (1999) Blutdruck in Deutschland. Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen* 52: S90–S93
- 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: 163–179
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al. (2003) Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA* 289: 2363–2369
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H et al. (2004) Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 43: 10–17

4.5 Rauchen

- ▶ Kurz nach der Wiedervereinigung rauchten deutlich mehr Frauen in den alten als in den neuen Bundesländern; bei Männern bestanden keine bedeutsamen Ost-West-Unterschiede.
- ▶ Bei Erwachsenen lässt sich in den alten Bundesländern seit einigen Jahren ein Rückgang der Rauchquoten beobachten; in den neuen Bundesländern gilt dies nur für Männer.
- ▶ Bei Jugendlichen zeichnet ein deutlicher Rückgang der Rauchquoten ab, der in den alten Bundesländern weit stärker ausfällt als in den neuen Bundesländern.
- ▶ Im Vergleich der Bundesländer schneiden Berlin, Hamburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern am schlechtesten ab; die niedrigsten Rauchquoten finden sich in Sachsen, Bayern und Baden-Württemberg.
- ▶ Hohe Rauchquoten sind vor allem in den Bundesländern festzustellen, in denen ein großer Anteil der Bevölkerung durch Armut gefährdet ist.

Rauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche schwerwiegende und potenziell tödlich verlaufende Krankheiten, wie z. B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (IARC 2004). Daneben kann der Tabakkonsum die Augen, den Zahnhalteapparat, das Muskel- und Skelettsystem und den Verdauungstrakt schädigen. Außerdem sind Auswirkungen auf die Hautalterung und die Fruchtbarkeit nachgewiesen worden (dkfz 2009). Das Rauchen stellt aber nicht nur für die Raucher ein Gesundheitsrisiko dar, sondern auch für Nichtraucher, die den Tabakrauch aus der Raumluft einatmen. Die Krankheiten und Beschwerden, die durch das Passivrauchen hervorgerufen werden können, entsprechen dabei weitgehend denen beim Aktivrauchen (IARC 2004). An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr etwa 110.000 Menschen, weltweit sind es mehr als 5 Millionen Menschen (Neubauer et al. 2007; Ezzati, Lopez 2003). Die Kosten für die medizinische Versorgung von Krankheiten, die auf

das Rauchen zurückgehen, werden in Deutschland mit 7,5 Milliarden Euro beziffert. Berücksichtigt man zusätzlich Arbeits- und Produktionsausfälle infolge von Krankschreibung, Erwerbsunfähigkeit und vorzeitigem Tod erhöhen sich die volkswirtschaftlichen Kosten auf über 21 Milliarden Euro (Neubauer et al. 2007). Die nach wie vor starke Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung weist somit auf erhebliche Präventions- und Einsparungspotenziale hin.

Mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institut kann die Entwicklung des Tabakkonsums in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung der alten und neuen Bundesländer für den Zeitraum 1990 bis 2009 nachgezeichnet werden (siehe Abbildung 4.5.1). Kurz nach der Wiedervereinigung rauchten Frauen in den alten Bundesländern mit 29 % deutlich häufiger als Frauen in den neuen Bundesländern mit 22 %. In den darauf folgenden Jahren hat der Anteil der Raucherinnen in den neuen Bundesländern deutlich zugenommen, so dass sich mittlerweile nur noch ein geringer Unterschied zu den alten Bundesländern feststellen lässt. Bei Männern, die insgesamt deutlich häufiger rauchen als Frauen, lag die Rauchquote in den neuen Bundesländern zu Beginn der 1990er-Jahre geringfügig über der in den neuen Bundesländern. Dieser Unterschied hat sich erhalten und beträgt aktuell etwa zwei Prozentpunkte.

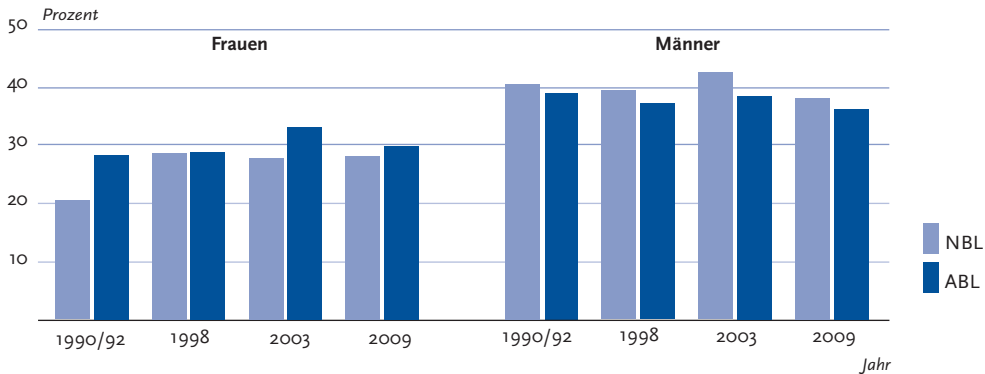
Die gegenwärtige Verbreitung des Rauchens in den neuen und alten Bundesländern kann mit Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) aus dem Jahr 2009 beschrieben werden (siehe Tabelle 4.5.1). Bedeutsame Unterschiede zeichnen sich nur in den jüngeren Altersgruppen ab. Bei Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren findet sich eine deutlich höhere Rauchquote in den neuen als in den alten Bundesländern. Bei Männern lässt sich für die Altersgruppe der 18- bis 39-jährigen feststellen, dass in den neuen Bundesländern häufiger geraucht wird als in den alten Bundesländern.

Die Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen lässt sich mit Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für den Zeitraum 1993 bis 2008 nachzeichnen (siehe Abbildung 4.5.2). Demnach hat im Verlauf der 1990er-

Abbildung 4.5.1

Entwicklung der Rauchquote in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung 1990/92, 1998, 2003 und 2009

Quelle: NUS90/92, BGS98, GSTel03, GEDA09



Jahre der Anteil der 12- bis 17-jährigen Raucherinnen und Raucher deutlich zugenommen. Die Zunahme fiel dabei in den neuen Bundesländern noch stärker aus als in den alten Bundesländern.

In den letzten Jahren ist die Rauchquote bei Jugendlichen hingegen rückläufig. Dieser Rückgang setzte in den neuen Bundesländern später ein und schreitet langsamer voran als in den alten Bundesländern. Vor allem bei Mädchen aus den neuen Bundesländern verläuft die Entwicklung nicht gleichermaßen günstig. Zuletzt war sogar – entgegen dem allgemeinen Trend – eine Zunahme der Rauchquote zu beobachten (BZgA 2009).

Mit den Daten des Mikrozensus 2005 können Rauchquoten für die einzelnen Bundesländer ermittelt werden (siehe Abbildung 4.5.3). Bei Frauen findet sich die höchste Rauchquote in Berlin mit 27 %, gefolgt von Mecklenburg-

Vorpommern und Hamburg mit 26 % bzw. 25 %. Frauen aus Sachsen haben im Ländervergleich mit 17 % die niedrigste Rauchquote. Relativ selten wird außerdem in Bayern und Baden-Württemberg mit jeweils 19 % und in Thüringen mit 20 % geraucht. Bei Männern ist die Rauchquote mit 39 % in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten. Auch in Brandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt und den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg liegt die Rauchquote mit jeweils über 36 % vergleichsweise hoch. In Sachsen rauchen 31 % der Männer und damit ein deutlich geringerer Anteil als in den anderen neuen Bundesländern. Am geringsten sind die Rauchquoten bei Männern aus Bayern und Baden-Württemberg mit jeweils 27 %. Während in der regionalen Verteilung des Rauchens bei Frauen insbesondere ein Nord-Süd-Unterschied auffällt, kommt bei

Tabelle 4.5.1

Rauchquoten nach Altersgruppen 2009

Quelle: GEDA09

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	NBL	ABL	NBL	ABL
18–29 Jahre	43,0%	36,0%	46,2%	42,2%
30–39 Jahre	33,1%	33,0%	48,8%	42,6%
40–49 Jahre	33,5%	35,3%	40,0%	38,8%
50–59 Jahre	30,0%	29,3%	36,6%	33,4%
60–69 Jahre	9,2%	15,7%	17,4%	22,4%
70 Jahre und älter	7,2%	7,0%	13,5%	11,8%
Gesamt	25,6%	26,0%	35,4%	33,3%

Abbildung 4.5.2

Entwicklung der Rauchquote bei 12- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen

Quelle: Drogenaffinitätsstudien 1993, 1997, 2001, 2004, 2008 und Förderung des Nichtrauchens-Studien 2003, 2005, 2007 der BZgA

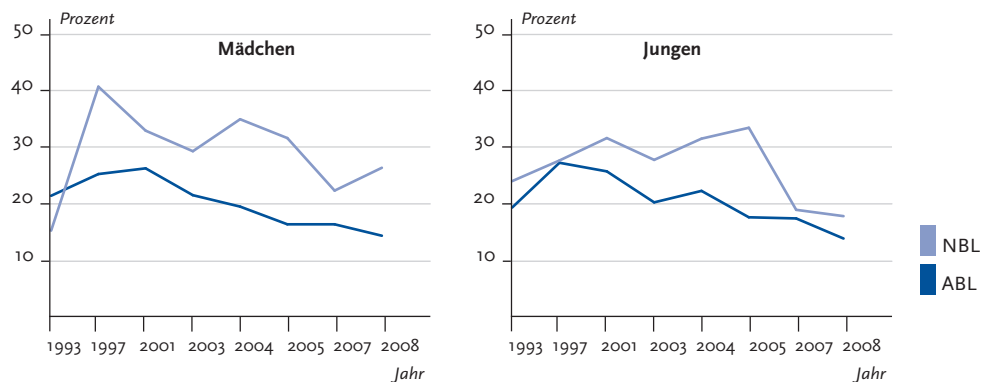
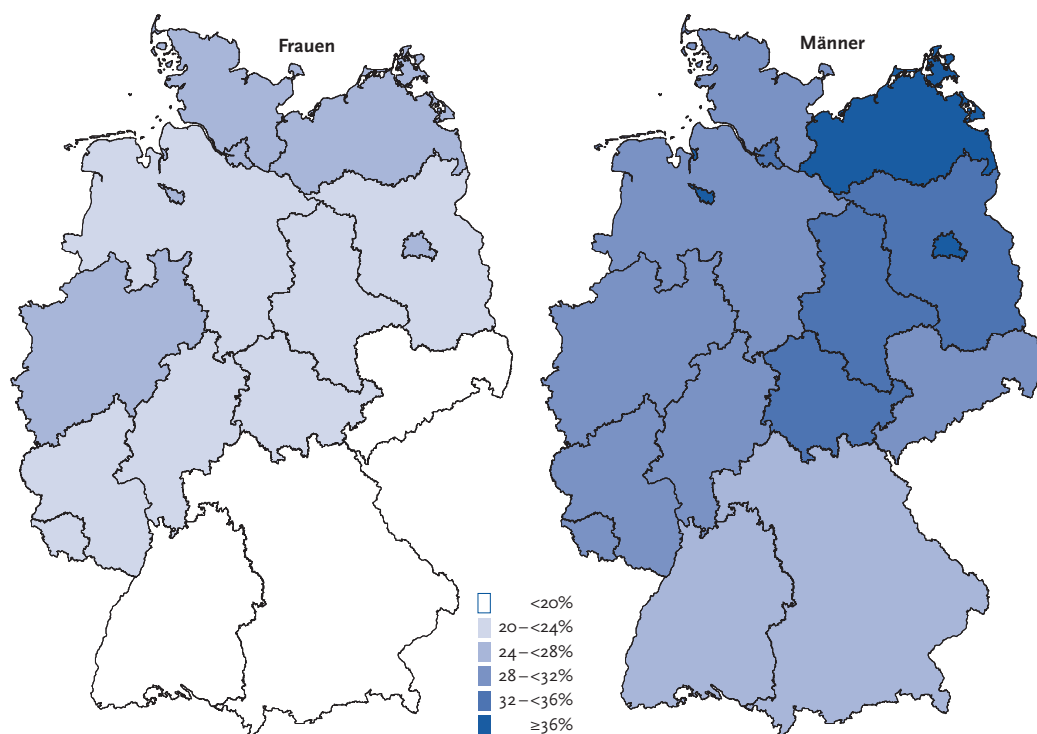


Abbildung 4.5.3

Rauchquoten in der ab 18-jährigen Bevölkerung nach Bundesland

Quelle: Mikrozensus 2005



Männern außerdem ein Ost-West-Unterschied zum Ausdruck.

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und dem sozialen Status besteht (Lampert, Thamm 2004; Lampert, Burger 2005). Dieser Zusammenhang lässt sich nicht nur auf der Individualebene, sondern auch auf sozialräumlicher Ebene feststellen. Mit Daten des Mikrozensus 2005 kann hierzu gezeigt werden, dass in den Bundesländern am häufigsten geraucht wird, in denen das Armutsrisiko am höchsten ist (siehe Abbildung 4.5.4). Besonders eindrücklich zeigt sich dies im Vergleich von Bayern und Baden-Württemberg gegenüber Mecklenburg-Vorpommern. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt Sachsen dar. Die Armutsrisikoquote ist überdurchschnittlich hoch, die Rauchquote ist aber eine der niedrigsten.

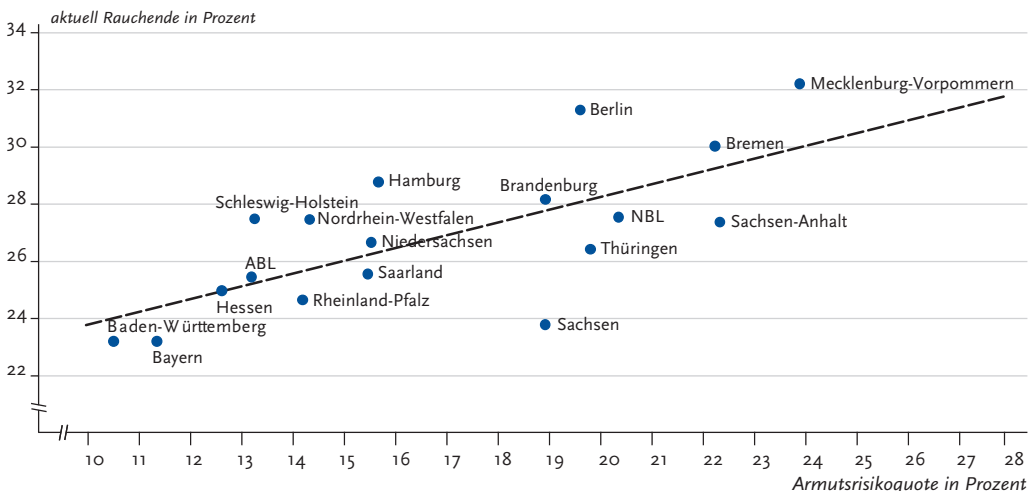
Festhalten lässt sich damit, dass Frauen in den neuen Bundesländern mittlerweile fast ebenso häufig rauchen wie Frauen in den alten Bundesländern. Entscheidend hierfür war zum einen der deutliche Anstieg der Rauchquote bei Frauen aus den neuen Bundesländern im Laufe der 1990er-Jahre. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass sich der in den letzten Jahren zu beobachtende Rückgang der Rauchquote nur in den alten Bundesländern feststellen lässt. Bei Männern liegt der Anteil der Raucher in den neuen Bundesländern

etwas höher als in den alten Bundesländern. Dieser Ost-West-Unterschied war bereits kurz nach der Wiedervereinigung zu beobachten. In den letzten Jahren ist die Rauchquote bei Männern in beiden Teilen Deutschlands gesunken. Betrachtet man die jüngsten Entwicklungen im Rauchverhalten von Jugendlichen, dann spricht vieles dafür, dass die Rauchquoten in den nächsten Jahren weiter zurückgehen werden. Lediglich bei Mädchen in den neuen Bundesländern lässt sich kein eindeutiger Trend zum Nichtrauchen ausmachen. Für die politischen Bemühungen um eine weitere Verringerung des Rauchens in der Bevölkerung sind darüber hinaus die relativ hohen Rauchquoten in den nördlichen Bundesländern und den Stadtstaaten von Bedeutung und insbesondere der nach wie vor stark ausgeprägte Zusammenhang zwischen dem Rauchen und einer benachteiligten Lebenslage.

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln

Abbildung 4.5.4
Rauchquoten in den Bundesländern nach Armutsrisikoquote
Quelle: Mikrozensus 2005



- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. dkfz, Heidelberg
- Ezzati M, Lopez AD (2003) Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 362: 847–852
- International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon
- Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48 (11): 1231–1241
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* (47): 1033–1042
- Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2007) Smoking-attributable mortality, morbidity and costs in Germany: update and 10 year comparison. *Tobacco Control*

4.6 Alkoholkonsum

- ▶ Anfang der 1990er-Jahre war der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern.
- ▶ Diese Unterschiede sind aktuell noch bei den Männern im Alter von 40 bis 69 Jahren zu finden.
- ▶ Alkohol in riskanten Mengen wird gegenwärtig besonders häufig in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren konsumiert, hier mit einer höheren Prävalenz in den alten als in den neuen Bundesländern.
- ▶ Insgesamt sinkt seit Anfang der 1990er-Jahre der Anteil der Jugendlichen mit regelmäßigem (wöchentlichen) Alkoholkonsum, bei unterschiedlichem Niveau für weibliche und männliche Jugendliche.
- ▶ Der Rückgang ist, bei ähnlichem Ausgangsniveau, sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern sichtbar.
- ▶ Dennoch sind riskante Konsummuster unter Jugendlichen, wie auch unter jungen Erwachsenen, relativ weit verbreitet.
- ▶ Da riskanter Alkoholkonsum mit einem hohen Gesundheitsrisiko verbunden ist, haben Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich eine besondere Bedeutung.

In Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern ist Alkohol als Genussmittel und Substanz, welche die Stimmungslage beeinflusst, kulturell fest verankert. Der Konsum von Alkohol besitzt jedoch gesundheits- und suchtfährdendes Potenzial. So ist Alkoholkonsum mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von akuten/chronischen, psychischen und somatischen Erkrankungen, und sozialen Problemen assoziiert und zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitigen Tod in Europa (Anderson, Baumberg 2006). Im internationalen Vergleich des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol liegt Deutschland nach wie vor mit an der Spitze (Aasland 1996; Edwards et al. 1994; Coder et al. 2009). Der Pro-Kopf-Konsum errechnet sich aus der Gesamtmenge des produ-

zierten Alkohols zuzüglich des importierten und abzüglich des exportierten Alkohols. Verzerrungen ergeben sich dabei aus den nicht erfassten Mengen aus Schmuggel, Grenzverkehr, zollfreien Verkäufen, Touristenkonsum, Schwarzmarkt, Schwarzbrennerei und Hausproduktion. Im Jahr 1990 lag der Pro-Kopf Alkoholkonsum bei 12,1 Liter reinem Alkohol pro Jahr; dieser reduzierte sich auf 9,9 Liter im Jahr 2007 (Coder et al. 2009). Bei der Interpretation des Pro-Kopf-Konsums ist der gestiegene Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zu berücksichtigen, vor allem der Frauenanteil ist in dieser Bevölkerungsgruppe höher. Ältere Menschen und Frauen trinken jedoch seltener und weniger Alkohol und leben besonders häufig abstinent (Hapke et al. 2009). Einschränkend kommt hinzu, dass der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol auf der Basis von Verkaufsdaten berechnet wird und daher nur eine sehr grobe Einschätzung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung erlaubt.

Alkoholbedingte Erkrankungs- und Todesfälle variieren in Abhängigkeit vom Pro-Kopf-Alkoholkonsum in der Bevölkerung: Sie sind umso zahlreicher, je höher der Alkoholkonsum ist (Edwards et al. 1994). Das relative Risiko von Alkoholfolgeerkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Herzmuskerkrankungen, Krebs, Bluthochdruck, Demenz), alkoholbedingten Unfällen und Delikten ist in Deutschland entsprechend des Alkoholkonsums hoch (Bühringer et al. 2000, Coder et al. 2009). Bei mehr als 200 Erkrankungen und 80 Arten von Unfällen und Verletzungen ist ein erhöhtes Sterberisiko durch riskanten Alkoholkonsum belegt. Und insbesondere bei Unfällen und Gewaltdelikten mit Alkoholbeteiligung sind oft Dritte in erheblicher Mitleidenschaft gezogen. Die Zahl der alkoholbedingten Sterbefälle ist seit Beginn der 1990er-Jahre konstant geblieben, liegt bei Männern jedoch dreimal höher als bei Frauen (Rübenach 2007). Prozentual betrachtet ist der Anteil alkoholbedingter Todesfälle an der Gesamtheit der Todesfälle im mittleren Lebensalter (von 35 bis 64 Jahre) am höchsten (ca. 22 %). In der Altersgruppe bis 34 Jahre liegt er bei 6 % und über 75 Jahre sinkt er unter 5 % (John, Hanke 2002). Der höhere Anteil in den mittleren Altersgruppen begründet

sich damit, dass es einige Jahre dauert bis der Alkoholkonsum zu tödlichen Erkrankungen führt. Ab dem Alter von 75 Jahren nimmt die Bedeutung anderer Todesursachen zu. Weiterhin sterben viele Menschen mit hohem Alkoholkonsum vorzeitig. Das durchschnittliche Sterbealter bei alkoholbedingten Todesfällen hat in den letzten Jahren zugenommen, liegt jedoch immer noch ca. 20 Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter der Gesamtbevölkerung (Rübenach 2007).

Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten (ambulante und stationäre Behandlung, indirekte Kosten durch Mortalität, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung) wurden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Milliarden Euro geschätzt (Konopka, König 2007).

Da das individuelle Risiko, alkoholbedingte Erkrankungen oder psychische Störungen zu entwickeln, mit der Höhe des Alkoholkonsums steigt, wurden zur Einschätzung des individuellen Risikos Konsumklassen festgelegt (Burger et al. 2000).

Ein halber Liter Bier enthält z. B. ca. 20 g Reinalkohol und eine Flasche Wein (0,7 l) ca. 70 bis 80 g Reinalkohol. Grundsätzlich bedeutet riskanter Alkoholkonsum, dass ab diesem Grenzwert das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden ansteigt. Aufgrund neuerer Befunde aus epidemiologischen Studien wurden frühere Grenzwerte gesenkt. Die neuen Grenzwerte gelten nur für gesunde Erwachsene. Beim Vorliegen bestimmter Erkrankungen, der Einnahme von bestimmten Medikamenten oder in der Schwangerschaft wird generell vom Alkoholkonsum abgeraten.

Alkoholkonsum bei Erwachsenen

In der DDR hatte sich in den 1980er-Jahren ein besonders hoher Alkoholkonsum etabliert. Zu diesem Zeitpunkt konnte zwar in allen Industrieländern ein vermehrter Alkoholkonsum beobachtet werden. Der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer

Getränke stieg jedoch in der DDR besonders stark an. Im Gegensatz zu anderen Konsumgütern war Alkohol leicht zugänglich, in ausreichendem Maße verfügbar und preisgünstig. Im internationalen Vergleich lag die DDR beim Verbrauch von Alkohol in der Spitzengruppe, beim Spirituosenverbrauch in den Jahren 1987 und 1988 sogar an erster Stelle (Kraus et al. 1994, Reißig 1991).

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys der Jahre 1990 und 1992 zeigen in den neuen Bundesländern insgesamt eine leichte Abnahme des Konsums alkoholischer Getränke, der aber immer noch über dem Niveau der alten Bundesländer lag (Kraus et al. 1994). Ebenso sank der Anteil der Konsumenten mit riskantem Alkoholkonsum, damals galten mehr als 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und mehr als 40 g bei Männern als riskant. Gemessen an diesen Grenzwerten war der Anteil von Männern mit riskantem Alkoholkonsum im Jahr 1992 in den neuen Bundesländern aber immer noch höher als in den alten Bundesländern im Jahr 1990 (13,8 % vs. 9,6 %). Bei den Frauen in den neuen Bundesländern lag der Anteil im Jahr 1992 (6,3 %) etwa in gleicher Höhe der alten Bundesländer (6,9 %) (Kraus et al. 1994). Bei den Männern im Alter von 40 bis 69 Jahren haben sich die hohen Raten von riskantem Alkoholkonsum bis heute gehalten (siehe dazu auch Abbildungen 4.6.1 und 4.6.2).

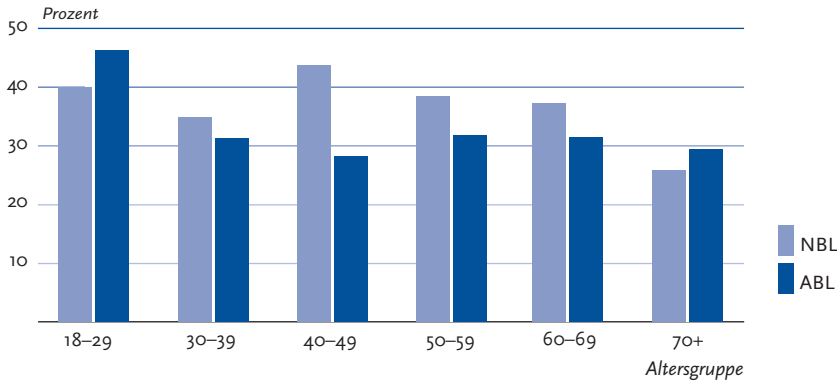
Mit Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 konnten ebenfalls regionale Unterschiede beim Alkoholkonsum gefunden werden. Danach konsumierten ostdeutsche Männer zu diesem Zeitpunkt mehr Alkohol (12,6 g pro Tag) als westdeutsche (10,6 g pro Tag), mit einer erhöhten Prävalenz von riskantem Konsum. Auch bei den ostdeutschen Frauen war der Alkoholkonsum mit 2,3 g pro Tag höher als bei den Frauen in Westdeutschland (RKI 2003).

In der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) wurden im Jahr 2009 erneut regionale Unterschiede festgestellt. Eine Unterteilung nach

Konsumklassen, durchschnittlicher Konsum pro Tag (in Gramm Reinalkohol):

<i>Risikoarmer Konsum:</i>	<i>Frauen bis 12 g</i>	<i>Männer bis 24 g</i>
<i>Riskanter Konsum:</i>	<i>Frauen mehr als 12 g bis 40 g</i>	<i>Männer mehr als 24 bis 60 g</i>
<i>Gefährlicher Konsum:</i>	<i>Frauen mehr als 40 g bis 80 g</i>	<i>Männer mehr als 60 g bis 120 g</i>
<i>Hochkonsum:</i>	<i>Frauen mehr als 80 g</i>	<i>Männer mehr als 120 g</i>

Abbildung 4.6.1
Riskanter Alkoholkonsum bei Männern ab 18 Jahren nach Altersgruppen 2009
Quelle: GEDAog



Alter und Geschlecht liefert dabei zusätzliche Informationen. Der häufigere riskante Alkoholkonsum in den neuen Bundesländern ist vor allem auf die Männer im Alter von 40 bis 69 Jahren zurückzuführen (siehe Abbildung 4.6.1). In den Altersgruppen unter 30 Jahren und ab 70 Jahren wird hingegen von Männern in den alten Bundesländern häufiger riskanter Alkoholkonsum berichtet.

Bei den Frauen wurde kein entsprechender Unterschied zwischen neuen und alten Bundesländern gefunden. Hier fällt lediglich auf, dass Frauen ab 70 Jahren in den neuen Bundesländern besonders selten riskante Alkoholmengen konsumieren (siehe Abbildung 4.6.2).

Alkohol in riskanten Mengen wird am häufigsten in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen konsumiert. Ab dem Alter von 30 Jahren bleiben die Raten dann bis ins höhere Alter stabil, bevor sie ab dem Alter von 70 Jahren zurückgehen. Erklärt werden kann die niedrigere Häufigkeit in der Altersgruppe ab 70 Jahren durch die geringere Lebenserwartung von Menschen mit riskantem Alkoholkonsum sowie einer Reduktion des Alkoholkonsums wegen dem zunehmenden Auftreten chronischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe, die z. T. ebenfalls ihre Ursache in dem langjährigen riskanten Alkoholkonsum haben können.

Abbildung 4.6.2
Riskanter Alkoholkonsum bei Frauen ab 18 Jahren nach Altersgruppen 2009
Quelle: GEDAog

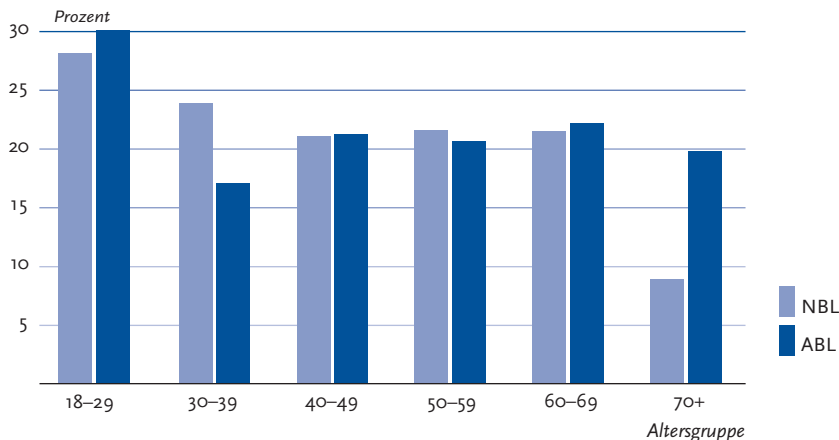
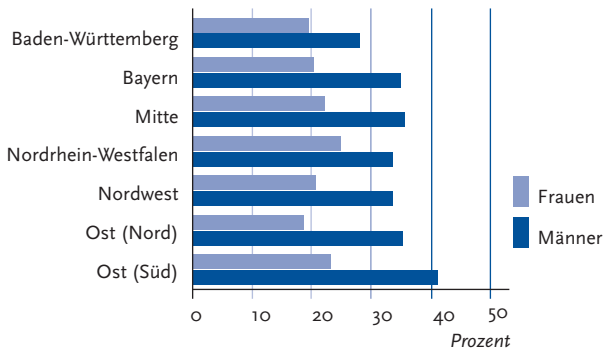


Abbildung 4.6.3
Riskanter Alkoholkonsum in der ab 18-jährigen Bevölkerung nach
geografischen Regionen (so genannte Nielsen-Gebiete)
 Quelle: GEDA09



Unterteilt nach Regionen zeigen sich bei deutlichen Geschlechtsunterschieden, dass bei den Männern im Bereich Ost (Süd) (Sachsen und Thüringen) besonders häufig riskanter Alkoholkonsum besteht und in Baden-Württemberg am seltensten (siehe Abbildung 4.6.3). Bei den Frauen werden in Nordrhein-Westfalen am häufigsten riskante Trinkmengen konsumiert und am seltensten in den zu dem Bereich Ost (Nord) zusammengefassten Ländern Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Zum Bereich Mitte zählen Rheinland-Pfalz und das Saarland, zum Bereich Nordwest die Bundesländer Schleswig-Holstein, Bremen, Hamburg und Niedersachsen.

Wie die Daten der Krankenhausstatistik zeigen, gab es zwischen den Jahren 2000 und 2007 eine deutliche Zunahme der alkoholassoziierten stationären Behandlungen (ICD-10: F10) im Krankenhaus. Bezogen auf die Bevölkerung hat die Rate der stationären Fälle seit dem Jahr 2000 in den neuen Bundesländern um 7 % und in den alten Bundesländern um 15 % zugenommen. Eine besonders markante Zunahme zeigte sich hinsichtlich stationärer Aufenthalte aufgrund von akuten Intoxikationen (Alkoholvergiftung, F10.0), die mit Rauschtrinken in Verbindung zu sehen sind. Hier haben sich die Raten um 146 % bzw. 72 % erhöht. Unabhängig von dieser allgemeinen Zunahme, sind stationäre Behandlungen in Folge von schwerem Alkoholmissbrauch bei Frauen weiterhin deutlich seltener als bei Männern. Frauen wurden im Jahr 2007 in den neuen und alten Bundesländern mit Raten von 141 bzw. 157 Fällen

je 100.000 Einwohner vergleichsweise selten aufgrund ihres Alkoholkonsums im Krankenhaus behandelt. Bei Männern liegen die entsprechenden Raten dagegen bei 720 bzw. 548 Einweisungen je 100.000 Einwohner.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Daten zum riskanten Alkoholkonsum (GEDA09) ist zu erwarten, dass in der Gruppe der männlichen Erwachsenen im Alter ab 40 Jahren in den neuen Bundesländern besonders viele Alkoholfolgeerkrankungen auftreten werden, die überdies das Gesundheitssystem belasten. Diese Annahme wird durch die Häufigkeit alkoholbedingter Sterbefälle in der männlichen Bevölkerung in den neuen Bundesländern bestätigt (siehe Abbildung 4.6.4).

Alkoholkonsum bei Jugendlichen

In den Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geben 88,8 % der 12- bis 25-Jährigen an, mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert zu haben (BZgA 2009). Dabei zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Die Jugendlichen, die noch keinen Alkohol getrunken haben gehören überwiegend den jüngeren Altersgruppen an (12 bis 15 Jahre), ab 16 Jahren nimmt deren Anteil deutlich ab (von 34,8 % auf 6,1 %). Im zeitlichen Trend wird deutlich, dass der Anteil der Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum (mindestens wöchentlicher Konsum eines alko-

holischen Getränks) gesunken ist und im Jahr 2008 bei 33,7% in den neuen Bundesländern und 28,2% in den alten Ländern liegt. Der Rückgang ist sowohl bei weiblichen und männlichen Jugendlichen als auch in den neuen und alten Bundesländern zu beobachten (siehe Abbildung 4.6.5). Betrachtet man verschiedene Zeitpunkte seit 1993 finden sich jedoch insgesamt nicht eindeutig interpretierbare Schwankungen. Die höchsten Raten von Alkoholkonsum fanden sich in den Jahren 1993 und 2004.

Da die Alkohol-Erfahrungen und das Trinkverhalten in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen die größten Veränderungen erfahren, wird diese Altersgruppe im Folgenden hinsichtlich riskanten Alkoholkonsums näher betrachtet. Beim Rauschtrinken, bei dem fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert werden (Binge-Trinken), ist, wie beim regelmäßigen Alkoholkonsum, ebenfalls ein Rückgang zu erkennen. Der Anteil 12- bis 17-jähriger Jugendlicher, die dieses Risikoverhalten in den letzten 30 Tagen

mindestens einmal ausübten, lag im Jahr 2008 für Mädchen bei 17,7% und für Jungen bei 23,0% und damit niedriger als im Jahr zuvor (BZgA 2009).

Der Rückgang des Alkoholkonsum spiegelt sich jedoch nicht in der konsumierten Menge des reinen Alkohols wieder: Bei den 12- bis 17-Jährigen ist 2008 im Vergleich zu den Vorjahren kein Rückgang bei der Menge des wöchentlich konsumierten Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols pro Woche festzustellen (weibliche Jugendliche 24,2 g, männliche Jugendliche 58,9 g pro Woche).

In KiGGS sowie in der Ernährungsstudie EsKiMo, einem KiGGS-Modul, wurde im Jahr 2006 gezeigt, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund und Mädchen geringere Mengen Alkohol konsumieren. Es wurden jedoch keine Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern gefunden (Lampert, Thamm 2007; Kohler et al. 2007).

Abbildung 4.6.4

Sterbefälle an alkoholbedingten Erkrankungen je 100.000 Einwohner nach Bundesland im Jahr 2007

Quelle: Todesursachenstatistik

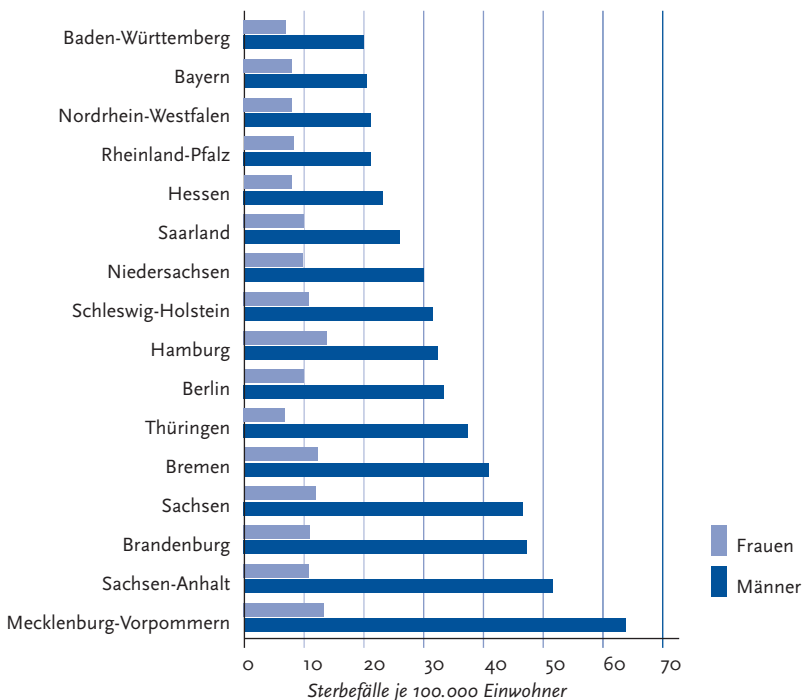
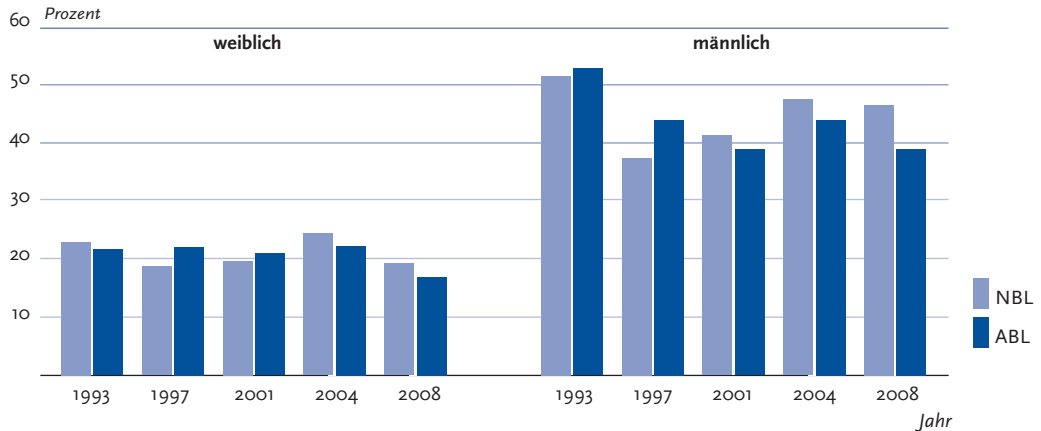


Abbildung 4.6.5

Anteil von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren, die regelmäßig (wöchentlich) Alkohol trinken

Quelle: Drogenaffinitätsstudien 1993, 1997, 2001, 2004 und 2008



Fazit

Für Deutschland besteht infolge des riskanten Alkoholkonsums immer noch ein hohes Gesundheitsrisiko. Dem Ausbau von präventiven Maßnahmen kommt daher eine besondere Bedeutung zu, um die individuellen gesundheitlichen, aber auch die gesamtgesellschaftlichen Schäden durch Alkoholkonsum zu begrenzen. Über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in Form von Informationen und Kampagnen für den Bereich Alkohol gibt es wenige Nachweise. Als wirksam haben sich Restriktionen, wie z. B. Alkoholverbot am Arbeitsplatz, Kinder- und Jugendschutz, Fahrverbote und die Preispolitik erwiesen (Aasland 1996; WHO 2009). Erfolg versprechend sind auch Maßnahmen, die spezifische Zielgruppen zu spezifischen Themen fokussieren, z. B. Kampagnen zur Aufklärung von Berufskraftfahrern oder Aufklärung über pränatale Schädigungen durch Alkoholkonsum.

Wenn sich eine manifeste Alkoholabhängigkeit entwickelt hat, ist eine Entwöhnungsbehandlung besonders aussichtsreich, das Alkoholproblem zu bewältigen. Deutschland hat ein besonders nachhaltig ausgebautes Suchthilfesystem. Der Schwerpunkt lag jahrzehntelang auf der Durchführung stationärer Entwöhnungsbehandlungen in speziellen Fachkliniken. Die Zahl bewilligter stationärer Entwöhnungsbehandlungen ist trotz erheblichen Kostendrucks im Gesundheitswesen in den letzten Jahren nicht

reduziert worden, in den neuen Bundesländern sogar angestiegen. Seit dem Abschluss der ersten Empfehlungsvereinbarung »Ambulante Rehabilitation Sucht« der Kranken- und Rentenversicherungsträger 1991 sind in Deutschland vermehrt Entwöhnungstherapien auf ambulanter Basis angeboten und durchgeführt worden (Sonntag et al. 2009). Der Bedarf ergibt sich aus der Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung. Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys weisen 1,4 % der Frauen und 3,4 % der Männer in Deutschland eine Alkoholabhängigkeit aufweisen (Pabst, Kraus 2008).

Literatur

- Aasland OG (1996) Prävention alkoholbezogener Probleme: Der Ansatz öffentlicher Gesundheit. Sucht 42 (Heft 4): 236–245
- Anderson P, Baumberg B (2006) Alcohol in Europe – A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, London
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2009) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln
- Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K (2000) Alkoholkonsum und Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 134, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in

- Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Coder B, Meyer C, Freyer-Adam J et al. (2009) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2009. Neuland, Geesthacht, S 21–50
- Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. (Hrsg) (1994) Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, New York
- Hapke U, Hanisch C, Ohlmeier C et al. (2009) Ergebnisse zur Epidemiologie des Alkoholkonsums bei in Privathaushalten lebenden älteren Menschen. (in Revision)
- John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6): 581–585
- Köhler S, Kleiser C, Richter A et al. (2007) Trinkverhalten von Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus EsKiMo. *Ernährung – Wissenschaft und Praxis* 1(10): 444–450
- Konnopka A, König HH (2007) Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics* 25(7): 605–618
- Kraus L, Schumann J, Wiblishauser PU et al. (1994) Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländer. *Sucht* 40 (Heft 2): 107–120
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 600–608
- Pabst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 54 (Sonderheft 1): 36–46
- Reißig M (1991) Gesellschaftliche Bedingungen für den Alkoholmißbrauch Jugendlicher in der DDR. In: Hennig W, Friedrich W (Hrsg) *Jugend in der DDR*, Juventa, Weinheim, S 133–140
- Robert Koch-Institut (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
- Rübenach SP (2007) Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Wirtschaft und Statistik* 3: 278–290
- Sonntag D, Bauer C, Eichmann A (2009) Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 2009. Neuland, Geesthacht: S 188–207
- World Health Organization (2009) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. WHO, Regional office for Europe, Kopenhagen

4.7 Drogenkosum

- ▶ Bereits kurz nach dem Mauerfall stieg der bis dahin fast bedeutungslose Konsum illegaler Drogen in den neuen Bundesländern stark an, besonders deutlich bei Jugendlichen und hier insbesondere bei den Mädchen.
- ▶ Mittlerweile haben Jugendliche und Erwachsene aus den neuen Bundesländern ihre Altersgenossen aus den alten Bundesländern bei der Lebenszeit- und der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen eingeholt bzw. überholt.
- ▶ Die Konsumerfahrungen beziehen sich nach wie vor besonders auf Cannabis, der Konsum anderer illegaler Drogen, z. B. von Kokain und Heroin, fällt weitaus geringer aus.
- ▶ Insgesamt gesehen ist beim aktuellen Drogenkonsum der Erwachsenen in den letzten Jahren ein Rückgang zu verzeichnen.

Der Konsum von illegalen Drogen wie Cannabis, Kokain oder Heroin kann nicht nur gesundheitliche Schäden verursachen, sondern auch soziale und rechtliche Probleme hervorrufen. In den Industrieländern zählt der Drogenkonsum zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken. Ein im Vergleich zu Tabak oder Alkohol zwar kleinerer, aber trotzdem bedeutender Anteil an gesundheitlichen Schäden könnte ohne den Konsum von Drogen verhindert werden. Mit der Häufigkeit der Einnahme und der Menge des Drogenkonsums steigt das Mortalitätsrisiko. Drogenabhängige, die täglich oder fast täglich Drogen injizieren, zeigen das gefährlichste Muster (Orth, Kraus 2009).

Die am häufigsten konsumierte Droge ist jedoch Cannabis. Die Folgen eines regelmäßigen Konsums können sich in Abhängigkeitsverhalten, häufig einhergehenden psychischen Störungen sowie möglichen Entwicklungsbeeinträchtigungen bei früh einsteigenden Konsumenten äußern (Horn 2008).

Während illegale Drogen in Westdeutschland etwa seit dem Ende der 1960er-Jahre an Bedeu-

tung gewannen, waren der Drogenhandel und der damit verbundene Drogenkonsum in der DDR nur sehr gering verbreitet. Dies lässt sich sowohl auf die Geschlossenheit der Grenzen als auch auf die unkonvertierbare (nicht umtauschbare) und somit für das Drogengeschäft unattraktive Währung zurückführen. Nach mehreren epidemiologischen Studien, die unmittelbar nach der Wende durchgeführt wurden, lag der Anteil drogenerfahrener Jugendlicher bei etwa zwei Prozent (Kraus et al. 1994). Das Wissen von Schülern aus Ostberlin über Drogen wurde in einer weiteren Untersuchung als oberflächlich und undifferenziert beschrieben (Barsch 1990). Damit erfolgte die Öffnung der Grenzen vor dem Hintergrund einer drogenunerfahrenen Bevölkerung. Ein epidemischer Verlauf des Drogenkonsums wurde zu Beginn der 1990er-Jahre in den neuen Bundesländern nahezu erwartet (Kraus et al. 1994; Kraus et al. 1998).

Konsum illegaler Drogen bei Erwachsenen

Für die 18- bis 39-jährige erwachsene Bevölkerung kann der Drogenkonsum im Zeitverlauf mit Daten der Epidemiologischen Suchtsurveys abgebildet werden.

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt, also der Anteil an Personen, die mindestens einmal im Leben illegale Drogen genommen haben, ist seit 1990 deutlich gestiegen (siehe Abbildung 4.7.1). Dies gilt, wenn auch in unterschiedlichem Maße, für beide Geschlechter und für beide Landesteile Deutschlands. Insgesamt betrachtet ist der Konsum illegaler Drogen bei Männern weiter verbreitet als bei Frauen. Der Anteil an drogenerfahrenen Männern steigt seit 1990 – abgesehen von einem kurzen Rückgang im Jahr 1997 – sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern stark an. Etwas moderater fällt dagegen der Anstieg bei den Frauen aus.

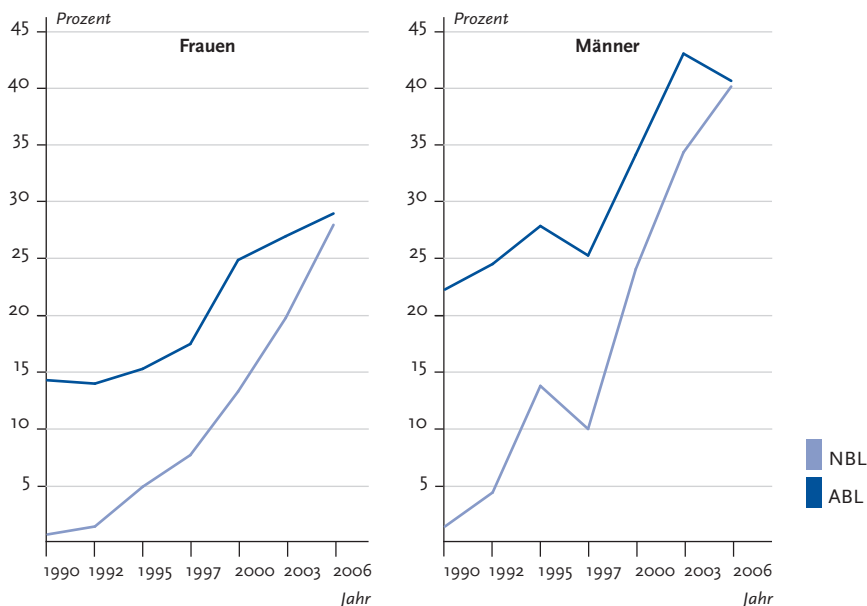
Wie erwartet lag die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach der Wiedervereinigung in Ostdeutschland unter der in Westdeutschland. Mittlerweile hat sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Abstand zwischen beiden Landesteilen vollständig angeglichen. Im Osten ist

Abbildung 4.7.1

Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt* in der 18- bis 39-jährigen Bevölkerung

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1990, 1992, 1995, 1997, 2000, 2003 und 2006

* ab 1995 einschließlich Ecstasy, ab 2000 einschließlich Drogenpilze; 1995 und 2006 Berlin zu NBL, ansonsten Berlin-Ost zu NBL, Berlin-West zu ABL



die Erfahrung mit illegalen Drogen deutlich angestiegen: Während die Lebenszeitprävalenz in der DDR gegen null tendierte, stieg sie bis zum Jahr 2006 auf 28 % bei den Frauen und auf 40 % bei den Männern. Im Westen hat sich der Anteil Drogenerfahrener im Zeitraum von 1990 bis 2006 in etwa verdoppelt, und zwar von etwa 14 % auf 29 % bei den Frauen und von etwa 22 % auf 41 % bei den Männern.

Vergleichend (siehe Abbildung 4.7.2) wird deutlich, dass der Anteil an Personen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, nur geringfügig unter dem Anteil an Personen liegt, die entsprechendes für illegale Drogen insgesamt berichten. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen ist somit größtenteils auf die Erfahrung mit Cannabis zurückzuführen.

Wie beim Konsum illegaler Drogen insgesamt sind auch die Lebenszeitprävalenzen beim Cannabiskonsum in den neuen Bundesländern durchgehend niedriger als in den alten Bundesländern. Ein fast vollständiger Angleich fand auch hier im Jahr 2006 statt. Auffällig ist der Anstieg des Anteils an Männern mit Cannabiserfahrung

im Osten, der etwa seit dem Jahr 1997 sehr ausgeprägt ist.

Der Konsum von Ecstasy hat seit dem Aufkommen der Substanz Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre eine weite Verbreitung erfahren. Er steht hinter Cannabis an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen, wenn auch insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Trotz der ähnlichen Ausgangssituation lagen die lebenszeitbezogenen Erfahrungen mit Ecstasy in den neuen Bundesländern zunächst unter denen in den alten Bundesländern. Seit dem Jahr 2000 haben die Frauen aus den neuen Bundesländern jedoch das Westniveau erreicht bzw. sogar übertroffen. Besonders in dieser Gruppe kam es seit Aufkommen der Substanz zu einem stetigen Anstieg der Lebenszeitprävalenzen. Dagegen zeigt sich bei den Männern aus den neuen Bundesländern seit 2003 ein Rückgang des Ecstasykonsums.

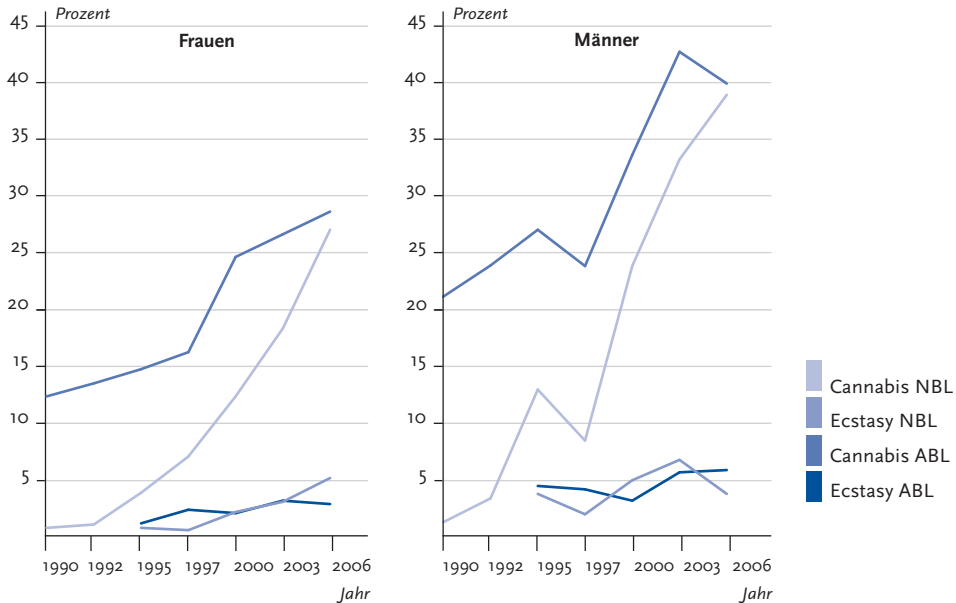
Die Lebenszeitprävalenz umfasst mit dem (einmaligen) Probieren einer Substanz bis hin zur regelmäßigen Einnahme die unterschiedlichsten Formen des Drogenkonsums. Die 12-Monats-Prävalenz, die den Anteil an Personen angibt, die in

Abbildung 4.7.2

Lebenszeitprävalenz des Cannabis- und Ecstasykonsums* in der 18- bis 39-jährigen Bevölkerung

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1990, 1992, 1995, 1997, 2000, 2003 und 2006

* ab 1995 einschließlich Ecstasy, ab 2000 einschließlich Drogenpilze; 1995 und 2006 Berlin zu NBL, ansonsten Berlin-Ost zu NBL, Berlin-West zu ABL



den letzten 12 Monaten illegale Drogen genommen haben, spiegelt dagegen eher die aktuelle Situation des Drogengebrauchs wider. Sie wird im Folgenden als aktueller Drogenkonsum bezeichnet.

Etwa ein Drittel der Drogenerfahrenen konsumierte auch in den letzten 12 Monaten Drogen (siehe Abbildung 4.7.3). In den alten Bundeslän-

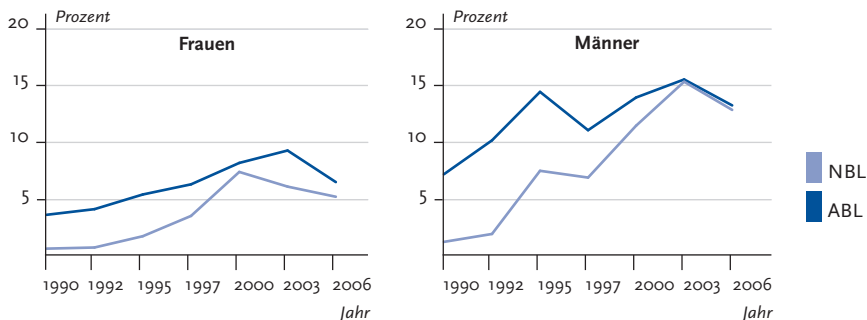
dern kam es von 1990 bis 2003 zu einer Verdreifung des aktuellen Drogenkonsums bei den Frauen (von etwa 3 % auf 9 %) und zu einer Verdopplung bei den Männern (von etwa 7 % auf 15 %). In den neuen Bundesländern zeigte sich im gleichen Zeitraum eine Steigerung des aktuellen Drogenkonsums von nahezu null auf 6 % bei den Frauen und 15 % bei den Männern.

Abbildung 4.7.3

12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt* in der 18- bis 39-jährigen Bevölkerung

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1990, 1992, 1995, 1997, 2000, 2003 und 2006

* ab 1995 einschließlich Ecstasy, ab 2000 einschließlich Drogenpilze; 1995 und 2006 Berlin zu NBL, ansonsten Berlin-Ost zu NBL, Berlin-West zu ABL



Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen weist seit der Wiedervereinigung insgesamt zunächst einen Anstieg auf (wenn auch generell auf einem deutlich niedrigeren Niveau als die Lebenszeitprävalenz). Seit dem Jahr 2003 ist jedoch bei beiden Geschlechtern und in beiden Landesteilen erstmals ein Rückgang zu verzeichnen.

Der Ost-West-Unterschied beim aktuellen Drogenkonsum, der insgesamt etwas weniger ausgeprägt ist als bei der Lebenszeitprävalenz, hat sich in den letzten Jahren, insbesondere bei den Männern stark verringert. Nach einer kontinuierlichen Annäherung an das Niveau der alten Bundesländer fand seit 2003 ein nahezu vollständiger Angleich statt.

Auch für den aktuellen Konsum gilt, dass Drogenkonsum hauptsächlich Cannabiskonsum bedeutet. Die 12-Monats-Prävalenzen des Cannabiskonsums decken sich in etwa mit denen für illegale Drogen und werden daher nicht gesondert dargestellt.

Konsum illegaler Drogen bei Jugendlichen

Der Konsum von illegalen Drogen ist eng mit dem Probier- und Experimentierverhalten von Jugendlichen und Heranwachsenden verbunden und in dieser Altersspanne vergleichsweise weit verbreitet (z. B. Newcomb, Bentler 1987). Der Drogenkonsum von Jugendlichen ist daher von besonderem Interesse und soll im Folgenden mit Hilfe von Daten der Drogenaffinitätsstudie und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) aufgezeigt werden.

Von 1993 bis 2004 ist der Anteil an Jugendlichen, die mindestens einmal im Leben illegale Drogen genommen haben gestiegen (siehe Abbildung 4.7.4). Besonders stark war die Zunahme in den neuen Bundesländern und hier insbesondere in der Zeit nach dem Fall der Mauer: In dem relativ kurzen Zeitraum von 1993 bis 1997 hat sich die Lebenszeitprävalenz bei männlichen Jugendlichen verdoppelt (Anstieg von 10 % auf fast 20 %) und bei weiblichen Jugendlichen sogar verdacht (Anstieg von 2 % auf 16 %).

Im Zeitverlauf betrachtet, lagen die Anteile von Drogenerfahrenen in den neuen stets unter denen in den alten Bundesländern. Im Jahr 2004 hatten die Mädchen und Jungen aus Ostdeutschland die

Abbildung 4.7.4
Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt in der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung
Quelle: Drogenaffinitätsstudie 1993, 1997, 2001, 2004 und 2008 (BZgA 2009)

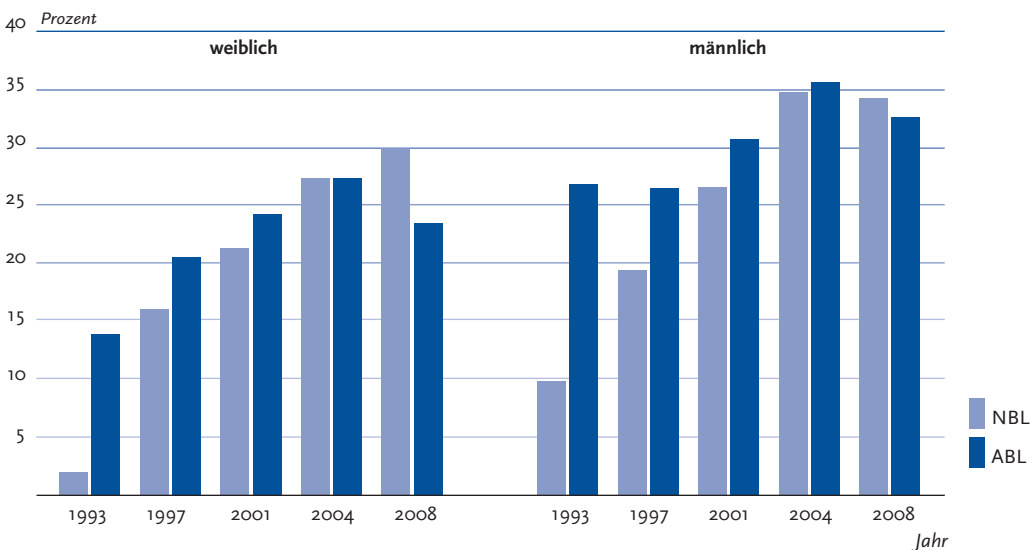
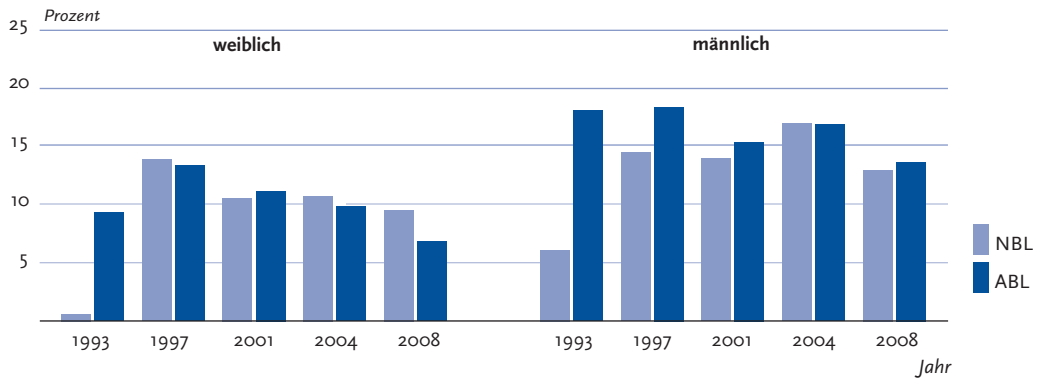


Abbildung 4.7.5

12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt in der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung

Quelle: Drogenaffinitätsstudie 1993, 1997, 2001, 2004 und 2008 (BZgA 2009)



westdeutschen Jugendlichen jedoch eingeholt. Bei Betrachtung der Daten aus dem Jahr 2008 zeigt sich sogar, dass die Jugendlichen aus den neuen Bundesländern in Bezug auf illegale Drogen mittlerweile eine höhere Lebenszeitprävalenz aufweisen als Jugendliche aus den alten Bundesländern.

Die bereits beschriebenen Veränderungen in den neuen Bundesländern nach dem Mauerfall werden besonders beim aktuellen Drogenkonsum deutlich: von 1993 bis 1997 stieg die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Mädchen und jungen Frauen von etwa 1 % auf etwa 14 % an, bei Jungen und jungen Männern von 6 % auf etwa 14 % (siehe Abbildung 4.7.5). In der Zeit danach sind bei den weiblichen und männlichen Jugendlichen kaum Ost-West-Unterschiede festzustellen. Im Jahr 2008 liegen die Mädchen aus den neuen Bundesländern beim aktuellen Drogenkonsum über dem ihrer Altersgenossinnen aus den alten Bundesländern.

Für einen, wenn auch nicht alle Bundesländer vollständig umfassenden, regionalen Vergleich stehen Daten aus der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zur Verfügung.

Der Anteil drogenerfahrener Schülerinnen und Schüler liegt zwischen 25 % in Bayern und 36 % in Mecklenburg-Vorpommern (siehe Abbildung 4.7.6). Nach Mecklenburg-Vorpommern steht Brandenburg mit 33 % an vorderer Stelle. Es folgen Berlin (31 %), Hessen (28 %) sowie Thüringen und das Saarland mit jeweils etwa 26 %.

Mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, berichten 22 % der Jugendlichen in Bayern sowie etwa 23 % in Thüringen und im Saarland (siehe Abbildung 4.7.7). Die Bundesländer Brandenburg und Berlin verzeichnen mit jeweils etwa 30 % und Mecklenburg-Vorpommern mit 32 % höhere Anteile an Cannabiserfahrenen Jugendlichen.

Insgesamt gesehen sind Erfahrungen mit illegalen Drogen ohne Cannabis weitaus seltener. Dennoch berichten zwischen 8 % der Schülerinnen und Schülern im Saarland und 18 % in Mecklenburg-Vorpommern einen mindestens einmaligen Konsum von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack oder Heroin (Daten nicht gezeigt). Bei einem genaueren Vergleich dieser Substanzen zeigt sich, dass Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Anteile an Schülerinnen und Schülern mit einer lebenszeitbezogenen Drogenerfahrung haben: Brandenburg bei den Substanzen Kokain und Crack und Mecklenburg-Vorpommern bei Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, Gammahydroxybutyrat (GHB) und Drogenpilzen.

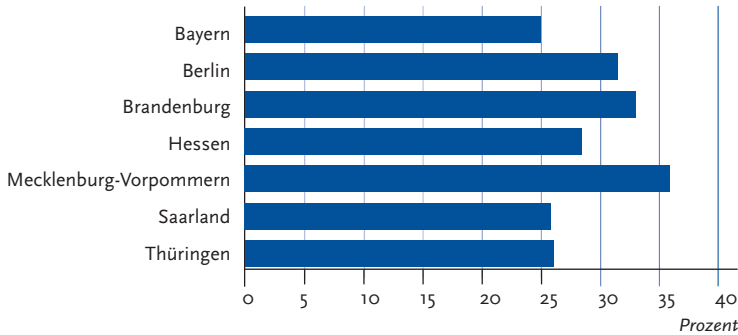
Gegenüber der letzten ESPAD-Erhebung von 2003 ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die Cannabis konsumierten im Jahr 2007 deutlich gesunken. Diese rückläufige Tendenz betrifft sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch den aktuellen Konsum und lässt sich in allen Bundesländern und über alle Schulformen hinweg beobachten.

Methodisch ist anzumerken, dass der Anteil der verschiedenen Schulformen von Bundesland

Abbildung 4.7.6

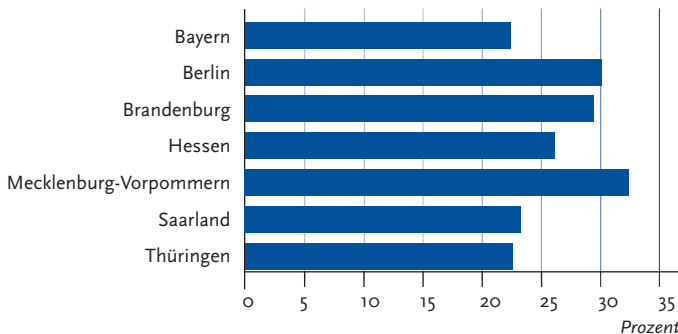
Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen insgesamt bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klassen im Jahr 2007

Quelle: ESPAD 2007 (Kraus et al. 2008a)

**Abbildung 4.7.7**

Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klassen im Jahr 2007

Quelle: ESPAD 2007 (Kraus et al. 2008a)



zu Bundesland sehr unterschiedlich ist. Während der Anteil von Hauptschülern in der zehnten Klasse in Bayern im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert ist, sind in Hessen die Hauptschüler der 10. Klasse, in Thüringen und Berlin die Hauptschüler allgemein, in Brandenburg die Gesamtschüler der 9. Klasse und in Mecklenburg-Vorpommern die Haupt-, Real- und Gesamtschüler der 9. und 10. Klassenstufe unterrepräsentiert. Diese Abweichungen wurden bei der Analyse der Daten allerdings durch eine Gewichtung kompensiert (Kraus et al. 2008a). Informationen über die regionale Zusammensetzung der Stichproben in den einzelnen Bundesländern werden dagegen nicht gegeben. Zudem ist bei Betrachtung der Ergebnisse zu bedenken, dass die Befragung lediglich sieben Bundesländer betrifft und die Ergebnisse keinesfalls einen repräsentativen Ost-West-Vergleich darstellen.

Fazit

Der Konsum illegaler Drogen ist in den neuen Bundesländern nach der Grenzöffnung stark angestiegen. Innerhalb kurzer Zeit näherte sich der Drogenkonsum insbesondere bei den ostdeutschen Jugendlichen dem der westdeutschen an bzw. übertrifft ihn inzwischen teilweise. Vor allem bei den Mädchen aus den neuen Bundesländern kam es von 1993 bis 1997 zu einem sprunghaften Anstieg der Lebenszeitprävalenzen des Konsums illegaler Drogen und des aktuellen Drogenkonsums (siehe auch BZgA 2004).

Nach einer kontinuierlichen Zunahme der Konsumprävalenzen konnte bei Erwachsenen im Jahr 2006 erstmals ein Rückgang der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen gezeigt werden (siehe auch Kraus et al. 2008b). Dies betrifft sowohl beide Geschlechter als auch beide Landesteile.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen zum Drogenkonsum ist allgemein zu berücksichtigen, dass mit einer nicht unerheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen gerechnet werden muss, da Personen mit einem hohen Konsum illegaler Drogen nur bedingt durch Studien zu erreichen sind. Zudem besteht häufig eine generelle Tendenz zur Untertreibung (so genanntes Underreporting) bei der Angabe von Konsumhäufigkeit und -menge von Drogen.

Ob sich der beschriebene Rückgang des aktuellen Drogenkonsums bei Erwachsenen, der für eine Stabilisierung des Konsums illegaler Drogen spricht, weiter fortsetzt, wird mit Hilfe der bestehenden Studien zu zeigen sein.

Literatur

- Barsch G (1990) Drogen – Wissen, Einstellungen und kommunikative Prozesse in einer drogennaiven jugendlichen Bevölkerung. Forschungsbericht zum Projekt »Drogen 90«. Zentralklinik für Neurologie und Psychiatrie »Wilhelm Griesinger«, Berlin-Biesdorf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln – Teilband illegale Drogen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009) Drogenaffinitätsstudie Ost und West. Unveröffentlichte Sonderauswertungen
- Horn W (2008) Cannabis – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2008. Neuland, Geesthacht, S 96–105
- Kraus L, Schumann J, Wiblishauser PU et al. (1994) Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern. Sucht 40 (Heft2) 2: 107–120
- Kraus L, Bauernfeind R, Bühringer G (1998) Epidemiologie des Drogenkonsums – Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 2: 15–43
- Kraus L, Augustin R (2005) Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1): S6–S18
- Kraus L, Pabst A, Steiner S (2008a) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. IFT-Berichte. Band 165. IFT, München
- Kraus L, Pfeiffer-Gerschel T, Pabst A (2008b) Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1): 16–25
- Newcomb, MD, Bentler PM (1987) Changes in drug use from high school to young adulthood: Effects of living arrangement and current life pursuit. J Appl Dev Psychol 8 (3): 221–246
- 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

4.8 Umwelteinflüsse

- ▶ Die hohen Belastungen durch Außenluftschadstoffe in den neuen Bundesländern kurz nach der Wiedervereinigung haben sich im Zeitverlauf den niedrigeren Werten in den alten Bundesländern angeglichen.
- ▶ Die Bleibelastung des Trinkwassers ist seit Jahren rückläufig; die höheren Werte in den neuen Bundesländern haben sich dem Niveau der alten Bundesländer angeglichen.
- ▶ Die körperliche Belastung mit Umweltchemikalien hat in beiden Teilen Deutschlands abgenommen.
- ▶ Die Belastung durch Lärm bzw. Straßenlärm wurde zu Beginn der 1990er-Jahre in den neuen Bundesländern stärker empfunden als in den alten; im Zeitverlauf fühlten sich immer weniger Personen aus den neuen Ländern von Lärm belästigt und es kam bis zum Jahr 2000 zu einer Angleichung der Werte der alten Bundesländer.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands kam es zu wesentlichen Veränderungen im Umweltbereich. Dazu zählen weitreichende Veränderungen beim Kraftfahrzeugverkehr und in der Energieversorgung (Rückgang des Braunkohleanteils) sowie der Wegfall oder die Sanierung industrieller Großemittenten (z. B. Chemiekombinate und Braunkohlekraftwerke) in den neuen Bundesländern. Auch auf dem Produktionssektor war ein tiefgreifender Wandel zu verzeichnen, angefangen von Bauprodukten, über Einrichtungs- und Haushaltsprodukte bis hin zu Lebensmitteln (BMU 2009; WHO 2007). Die Veränderungen waren einerseits durch die Einführung der bundesdeutschen Rechtsvorschriften mit ihren meist strengeren Umweltschutzbestimmungen bedingt (Welford 1991): So war die Anwendung des Insektizids DDT in der alten Bundesrepublik seit 1972 verboten, in der DDR nicht. Ebenso führten Wasserrohre aus Blei in der Hausinstallation von nicht-sanierten Altbauten in der DDR zu erhöhten Bleibelastungen im Trinkwasser. Andererseits wurden Substanzen wie polychlorierte Biphenyle (PCB) in der DDR in

weit geringerem Maße verwendet als im Westen, da diese Stoffe nur in beschränkten Mengen zur Verfügung standen.

Umweltfaktoren sind wichtige Determinanten der Gesundheit. Welche Bedeutung dabei den physikalisch-chemischen Umweltfaktoren zukommt, ist im Einzelnen oft nicht bekannt. Aufgrund dieser Bewertungsunsicherheit und dem damit verbundenen (wie auch durch andere Überlegungen gestützten) Vorsorgeprinzip ist man jedoch bestrebt, die Exposition der Bevölkerung möglichst gering oder zumindest in einem – nach bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnis – als gesundheitlich unbedenklich geltenden Bereich zu halten.

Zur Erfassung der Exposition gegenüber einer Vielzahl von gesundheitlich relevanten Umweltschadstoffen werden in Deutschland seit Mitte der 1980er-Jahre so genannte Umwelt-Surveys durchgeführt. Das Umweltbundesamt kooperiert dabei mit dem Robert Koch-Institut (RKI). Im Kinder-Umwelt-Survey (KUS), einem Modul des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS), wurden in den Jahren 2003 bis 2006 erstmals ausschließlich Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihrer Umweltbelastungen untersucht.

In den Surveys der Jahre 1985/86 und 2003/06 wurde nicht nur die körperliche Schadstoffbelastung der Allgemeinbevölkerung untersucht, sondern auch die potentielle Belastung des häuslichen Umfeldes wie Raumluft oder Hausstaub. Darüber hinaus wurden eine Reihe von epidemiologischen Studien auf regionaler Ebene mit unterschiedlichem Design, unterschiedlicher Fragestellung und unterschiedlichem Messumfang durchgeführt (Eis 2001; Ministerium für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen 1993).

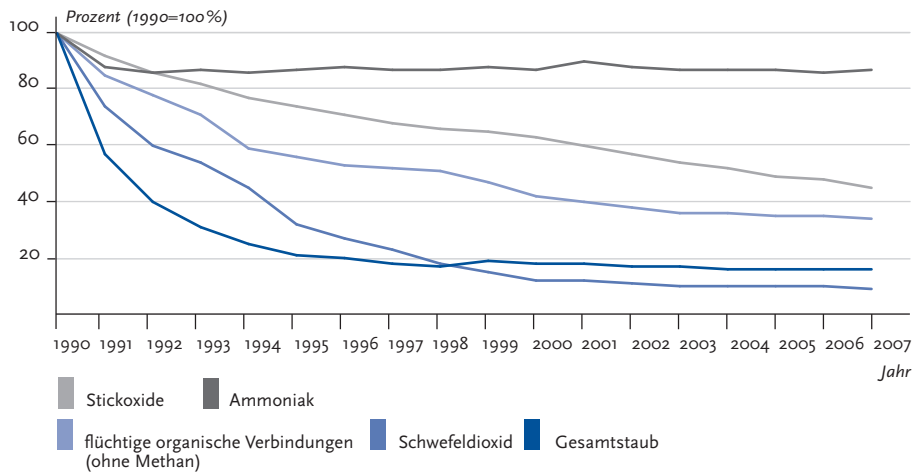
Außenluft

Die Qualität der Außenluft wird durch zahlreiche Schadstoffe beeinträchtigt. Der Ausstoß (Emission) der Schadstoffe erfolgt beispielsweise über den Verkehr, die Energieerzeugung, die Industrie sowie die Landwirtschaft. Bezogen auf Gesamtdeutschland sind die Emissionen der wichtigsten herkömmlichen Luftschadstoffe seit 1990 meis-

Abbildung 4.8.1

Entwicklung der Emissionen ausgewählter klassischer Luftschadstoffe 1990 bis 2007

Quelle: Umweltbundesamt 2009



tenteils rückläufig (siehe Abbildung 4.8.1). Bei den flüchtigen organischen Verbindungen (ohne Methan), deren Ausstoß verkehrsbedingt bzw. über Lösemittel erfolgt, gingen die Emissionen von 3,7 Millionen Tonnen im Jahr 1990 auf 1,3 Millionen Tonnen oder 34 % der Ausgangsmenge im Jahr 2007 zurück (Umweltbundesamt 2009). Noch deutlicher zeigt sich dies bei Schwefeldioxid und der Gesamtstaubmenge (beides überwiegend aus Feuerungsanlagen der Kraft- und Fernheizwerke): Hier gingen die Emissionen sogar auf 9 % bzw. 16 % des Wertes von 1990 zurück. Bei den Stickstoffoxiden, die bei Verbrennungsvorgängen in Anlagen und Motoren freigesetzt werden, war die Abnahme nicht so stark ausgeprägt. Zwischen 1990 und 2007 sanken die Stickstoffoxid-Emissionen lediglich auf einen Wert von 45 % der Ausgangsmenge.

Diese Unterschiede reflektieren einerseits den Rückbau der Industrie und den Ersatz von Braunkohle durch Steinkohle, andererseits aber auch einen Anstieg der Individual-Motorisierung (WHO 2007). Der Rückgang bei Ammoniak, das zu wesentlichen Teilen bei landwirtschaftlich-biologischen Prozessen freigesetzt wird, ist noch geringer. Zwischen 1990 und 2007 betrug der Rückgang lediglich 13 % (von 718.000 auf 624.000 Tonnen).

Hinter diesen gesamtdeutschen Trends bei den Luftschadstoffen stehen unterschiedlich

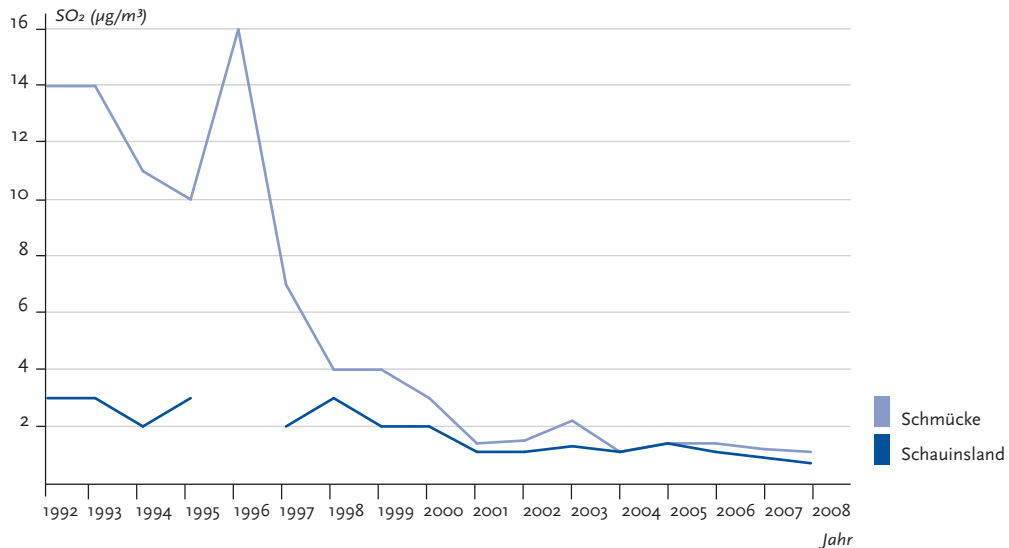
stark rückläufige Entwicklungen in den neuen und alten Bundesländern. Das Luftmessnetz des Umweltbundesamtes betreibt Messstationen in ausgesuchten, repräsentativen Reinluftgebieten der neuen und alten Bundesländer (d.h. außerhalb von Ballungsgebieten und Städten). Auf diese Weise werden die Schadstoffeinwirkungen (Immission) in Gebiete mit hoher Luftgüte erfasst, die ihrerseits als gute Indikatoren für die großräumige Belastung mit Luftschadstoffen dienen können. Nach der Wiedervereinigung wurde das Luftmessnetz auch auf die neuen Bundesländer ausgedehnt. So wurde ab dem Jahr 1992/93 ein Vergleich zwischen den Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland möglich. Für die folgende Darstellung wurden zwei Messstationen ausgewählt, bei denen die ursprünglichen Unterschiede und die anschließende Angleichung besonders typisch sind.

Die Schwefeldioxid-Immissionen der Messstation Schmücke (Thüringen) betrugen im Jahre 1992 14 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ und gingen auf 1,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahre 2008 zurück (siehe Abbildung 4.8.2). Im gleichen Zeitraum ermittelte die Messstation Schauinsland (Baden-Württemberg) ebenfalls einen Rückgang der Werte von 3,0 auf 0,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Nicht so gravierend waren die Unterschiede beim Rückgang der Staubwerte. Die Messstation Schmücke (Thüringen) ermittelte einen Rückgang

Abbildung 4.8.2**Entwicklung der Schwefeldioxid-Immissionen (SO_2) an zwei ausgewählten Messstationen 1992 bis 2008**

Quelle: Umweltbundesamt (Luftmessnetz)



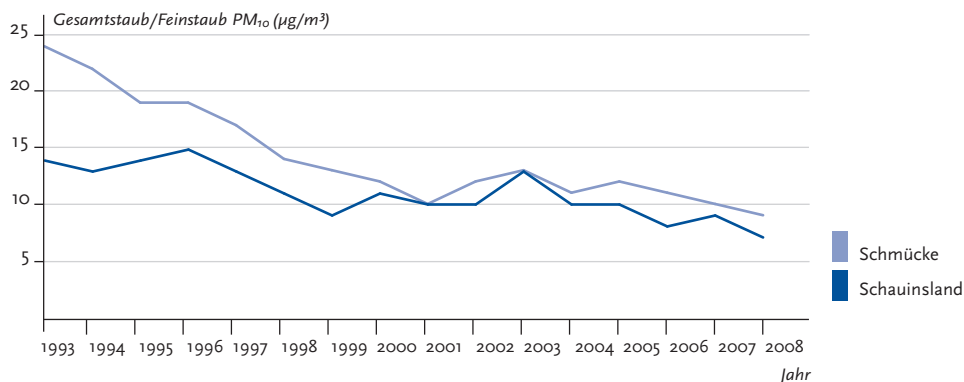
von $24,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahr 1993 auf $9,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahr 2008 (siehe Abbildung 4.8.3). Im gleichen Zeitraum konnte die Messstation Schauinsland (Baden-Württemberg) einen Rückgang von $14,0$ auf $7,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ verzeichnen. Damit war bezüglich dieser Luftschadstoffe eine weitgehende Angleichung der Werte der beiden Messstationen erreicht.

Innenraumluft

Die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen beim Aufenthalt in Innenräumen von Gebäuden wird einerseits durch die herrschenden raumklimatischen Bedingungen (vor allem Temperatur und relative Luftfeuchte) andererseits aber auch durch mögliche Verunreinigungen der Innenraumluft beeinflusst. Hierzu zählen flüchtige organische Verbindungen (z. B. Koh-

Abbildung 4.8.3**Entwicklung der Staub-Immissionen an zwei ausgewählten Messstationen Gesamtstaub/Feinstaub PM_{10} 1993 bis 2008**

Quelle: Umweltbundesamt (Luftmessnetz)



lenwasserstoffe, Alkohole, Aldehyde, die u. a. in Farben, Lacken, Möbeln enthalten sein können), Feinstaub und biogene Faktoren wie Bakterien, Viren und Schimmelpilzbestandteile. Derartige Innenraumbelastungen können entweder mit der Umgebungsluft in die Raumluft gelangen oder aus Quellen im Innenraum freigesetzt werden.

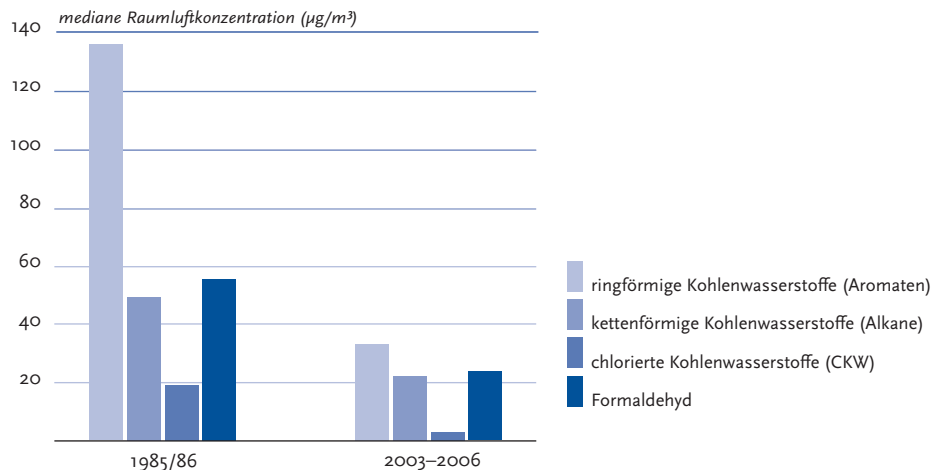
Flüchtige organische Verbindungen

Die im Rahmen der Umwelt-Surveys und in Studien mit regionalem Charakter festgestellten Veränderungen der Raumluftkonzentrationen von flüchtigen organischen Verbindungen geben Auskunft über die Notwendigkeit oder den Erfolg umwelt- und gesundheitspolitischer Maßnahmen. Ein Vergleich der Messwerte zeigt, dass seit Mitte der 1980er-Jahre eine Verschiebung des Substanzspektrums in der Innenraumluft stattgefunden hat. In erster Linie sind hier die Kohlenwasserstoffe (Aromaten und Aliphaten) zu nennen, die Bestandteile von Lösungsmitteln sind: Die Raumluftkonzentrationen dieser Lösungsmittelbestandteile haben sich seit Mitte der 1980er-Jahre z. T. mehr als halbiert (siehe Abbildung 4.8.4). In Folge der FCKW-Halon-Verbotsverordnung von 1991 kam es auch zu einer drastischen Abnahme der Raumluftkonzentrationen bei den chlorierten Kohlenwasserstoffen.

Durch die Verwendung von Spanplatten mit niedriger Formaldehydemission sind auch die durchschnittlichen Konzentrationen von Formaldehyd in der Raumluft deutlich rückläufig (siehe Abbildung 4.8.4). Überschreitungen des Formaldehyd-Richtwertes von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ergaben sich vor etwa zwei Jahrzehnten noch bei ca. 5 % der Haushalte in den alten Bundesländern und bei rund 14 % der Haushalte in den neuen Bundesländern. Beim KUS (2003/06) konnten keine Überschreitungen der Richtwerte mehr festgestellt werden (Umweltbundesamt 2008a).

Durch den vermehrten Einsatz von ökologischen Bauprodukten, Biofarben und -lacken sowie durch den Ersatz klassischer Lösungsmittel durch andere Zubereitungen, ist es zu einer Zunahme von flüchtigen Terpen-Verbindungen und polaren Substanzen wie Alkoholen, Estern und bestimmten Aldehyden in der Raumluft gekommen. Die Verschiebungen im Substanzspektrum haben jedoch nicht zu einer deutlichen Verminderung der Gesamtkonzentration der analysierten Verbindungen während der letzten beiden Jahrzehnte geführt. Lag die Gesamtkonzentration an flüchtigen organischen Verbindungen im ersten Umwelt-Survey 1985/86 bei $329 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Krause et al. 1991), war sie im KUS 2003 bis 2006 mit $280 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nahezu unverändert (RKI, BZgA 2008). Auch 20 Jahre nach dem ersten Umwelt-Survey

Abbildung 4.8.4
Raumluftkonzentrationen von flüchtigen organischen Verbindungen
Quelle: Umwelt-Survey 1985/86, KUS (Umweltbundesamt 2008a)



sind in noch ca. 45 % der untersuchten Räume raumlufthygienisch auffällige Konzentrationen von flüchtigen organischen Verbindungen festgestellt worden.

Passivrauchexposition

Tabakrauch ist der mit Abstand bedeutendste Innenraumschadstoffkomplex und zugleich vollständig vermeidbar. Rauchen gefährdet nicht nur die Gesundheit der Rauchenden, vielmehr bringt das Passivrauchen ein Risiko für alle betroffenen Personen mit sich. In Deutschland lebt etwa die Hälfte der 6- bis 14-jährigen Kinder in Raucher-Haushalten; daran hat sich seit 1990 nichts geändert (Becker et al. 2007). Nach Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) leben 48,1 % der nicht rauchenden Kinder und Jugendlichen in Haushalten mit mindestens einem rauchenden Elternteil (RKI, BZgA 2008). Die Anteile unterscheiden sich nur geringfügig zwischen den neuen (52,3 %) und alten (47,3 %) Bundesländern. In Gegenwart von etwa einem Viertel (27,5 %) aller Kinder und Jugendlichen, die nicht selbst rauchen, wird zu Hause geraucht. Hier bestehen keine Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern. Neben der Passivrauchbelastung innerhalb der Wohnung, sind Kinder häufig in Kraftfahrzeugen Tabakrauch ausgesetzt: 20,8 % der 8- bis 10-jährigen sowie 30,2 % der 11- bis 14-jährigen berichten in KiGGS von dieser Belastung. Im KUS konnte gezeigt werden, dass bei nahezu allen untersuchten Kindern, die täglich Tabakrauch ausgesetzt sind, Cotinin (ein Abbauprodukt des Nikotins) im Urin nachweisbar ist (RKI, BZgA 2008).

Tabelle 4.8.1
Bleikonzentration im Trinkwasser ($\mu\text{g/l}$), Stagnationsproben
Quelle: Umwelt-Surveys

Survey (Jahr)	Kinder		Erwachsene	
	NBL	ABL	NBL	ABL
1985/86	–	–	–	2,64
1990/92	2,44	0,97	2,88	1,19
1998	–	–	2,14	1,73
2003–2006	1,72	1,43	–	–

Trinkwasser

Die Entdeckung der negativen Effekte von Blei auf die Gesundheit führte von der schrittweisen Reduktion des Bleigehalts bis zum Verbot von verbleiten Kraftstoffen. In Folge dessen kam es zu einer stark verminderten Exposition der Bevölkerung durch verkehrsbedingtes Blei. Gegenwärtig ist die Aufnahme über das Trinkwasser aufgrund von verbleiten Hausinstallationen eine der wichtigen Determinanten für die Aufnahme dieses Schwermetalls, besonders bei Kindern. Vor dem Mauerfall führten die in der DDR weit verbreiteten Bleileitungen in der Trinkwasserversorgung zu einer erhöhten Bleibelastung. In den Jahren nach der Wiedervereinigung wurden diese Bleileitungen zunehmend ersetzt, ebenso wie veraltete, Nickel emittierende Armaturen. Dies führte zu einer Verminderung der Blei- und Nickelkonzentrationen im häuslichen Trinkwasser, während im Gegenzug die mittleren Kupferkonzentrationen anstiegen (Umweltbundesamt 2008b).

In Haushalten in den neuen Bundesländern, die an den Umwelt-Surveys teilnahmen, ging die durchschnittliche Bleikonzentration im Leitungswasser von 2,44 $\mu\text{g/l}$ zu Beginn der 1990er-Jahre auf 1,72 $\mu\text{g/l}$ in den Jahren 2003/06 zurück (siehe Tabelle 4.8.1). Damit glich sich die Bleibelastung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern weitgehend derjenigen in den alten Bundesländern an.

Im Trend setzte die rückläufige Bleibelastung über den Trinkwasserpfad in den alten Bundesländern bereits vor der Wiedervereinigung ein. Die Daten für erwachsene Probandinnen und Probanden zeigen, dass Haushalte im Jahr 1985/86 im Durchschnitt eine Bleikonzentration von 2,64 $\mu\text{g/l}$ Leitungswasser aufwiesen, während es 1990/92 nur 1,19 $\mu\text{g/l}$ waren (siehe Tabelle 4.8.1). Bei der Erhebung im Jahr 1998 wurden 1,73 $\mu\text{g/l}$ ermittelt.

Korporale Belastung

Infolge der rückläufigen Zahl industrieller Betriebe und der Übernahme umweltrechtlicher Regelungen in den neuen Bundesländern reduzierte sich die korporale (körperliche) Belastung der Menschen mit Umweltchemikalien deutlich. Im

Folgenden soll dies an zwei Beispielen (1-OH-Pyren und Cadmium) demonstriert werden.

Die potenziell krebserregenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe (PAK) sind natürliche Bestandteile von Kohle und Erdöl, und sind daneben im Dieselmotortreibstoff, Teer und Tabakrauch enthalten. Als Marker für die PAK-Belastung wurde im Umwelt-Survey die Konzentration von 1-OH-Pyren im Urin bestimmt. Bei der Erhebung von 1990/92 hatten die Kinder in den alten Bundesländern einen durchschnittlichen Wert von 0,19 µg/l Urin; im Vergleich dazu betrug der Wert in den neuen Bundesländern 0,46 µg/l Urin. Nach 14 Jahren waren die Werte auf 0,12 µg/l Urin (ABL) und 0,17 µg/l (NBL) gefallen (Schulz et al. 2007). Auch hier zeigt sich eine Angleichung der Werte bei gleichzeitig weiterem Trend zur Abnahme in den alten Bundesländern.

Im Tabakrauch ist auch Cadmium enthalten. Ein Schwermetall, das mit Nierenschäden und Knochenschädigungen in Zusammenhang gebracht wird. Um die Hintergrundbelastung der Bevölkerung zu erfassen, werden die Cadmiumwerte der nicht rauchenden Erwachsenen bestimmt. Im Rahmen der Umwelt-Surveys zu Beginn der 1990er-Jahre wurden im Urin der nicht rauchenden, erwachsenen Bevölkerung (Alter 25 bis 69 Jahre) in den alten Bundesländern Cadmium-Konzentrationen von durchschnittlich 0,232 µg/l gemessen,

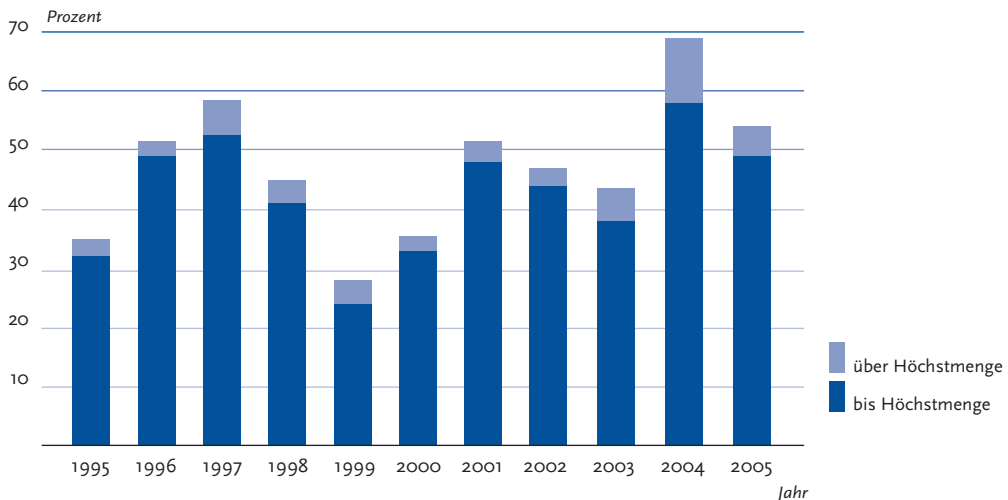
in den neuen Bundesländern von 0,298 µg/l. Diese Werte hatten sich bereits im Jahr 1998 bis auf fast identische Zahlen deutlich angenähert: In den alten Bundesländern wurden durchschnittlich 0,209 µg/l Urin und in den neuen Bundesländern 0,211 mg Cadmium µg/l Urin gemessen.

Da Cadmium im Körper gespeichert wird und sich im Laufe der Jahre vor allem in den Nieren anreichert, sind die Werte von Kindern geringer als die von Erwachsenen. Auch hier konnte eine Abnahme verzeichnet werden. Für die 6- bis 14-Jährigen wurden Anfang der 1990er-Jahre in den alten Bundesländern durchschnittlich 0,077 µg/l Urin gemessen während es in den neuen Bundesländern 0,119 µg/l waren. Doch etwa 14 Jahre später (2003/06) wurden nur noch 0,072 µg/l in den alten wie auch den neuen Bundesländern ermittelt (Schulz et al. 2007). Ebenso wie bei den Erwachsenen zeigt sich neben der Angleichung, ein Rückgang der Werte in den alten Bundesländern.

Weiterhin bestehende Belastungen und neue Stoffe

Bei den Umwelteinflüssen sind neben vielen positiven Beispielen auch weiterhin bestehende Expositionen der Bevölkerung und mögliche Gesundheits-

Abbildung 4.8.5
Rückstände in Lebensmitteln 1995 bis 2005
Quelle: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit



gefährdungen durch die Einführung neuer Stoffe zu verzeichnen. Ein Beispiel sind die Rückstände von Pflanzenschutzmitteln in Lebensmitteln. Nach Ergebnissen des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit waren in den Jahren von 1995 bis 2005 in durchschnittlich knapp 50 % der Lebensmittelproben Rückstände von Pflanzenschutzmitteln nachweisbar (siehe Abbildung 4.8.5). Bei 2 bis 11 % der Proben war sogar die erlaubte Höchstmenge überschritten. Eine Tendenz zur Abnahme von Lebensmittelproben mit nachweisbaren Rückständen ist nicht zu erkennen. Die teilweise starken Schwankungen (siehe Abbildung 4.8.5) sind durch das untersuchte Lebensmittelspektrum bedingt, das sich im Lebensmittelmonitoring von Jahr zu Jahr ändert.

Möglicherweise gehen von neu eingeführten Stoffen Wirkungen auf die Gesundheit aus. Die Substanzklasse der polybromierten Diphenylether (PBDE) wird weitverbreitet als Flammschutzmittel in Möbeln, Teppichen sowie in Kunststoffen zur Innenausstattung von Fahrzeugen verwendet. Die PBDE haben teilweise toxischen Charakter und stehen im Verdacht, krebserregend und hormonaktiv zu wirken. Für die Flammschutzmittel konnte ein kontinuierlicher Anstieg der Konzentration im Blut nachgewiesen werden (Schröter-Kermani et al. 2000). Dies führte zu einer EU-weiten Verbotsverordnung (Bundesinstitut für Risikobewertung 2005). In der Zeit von 1985 bis 1999 stiegen die nachgewiesenen Mengen an PBDE in den untersuchten Blutproben fast auf das Doppelte an (siehe Abbildung 4.8.6).

Abbildung 4.8.6
Zunahme von PBDE in Blutproben von 1985 bis 1999
Quelle: Umweltprobenbank

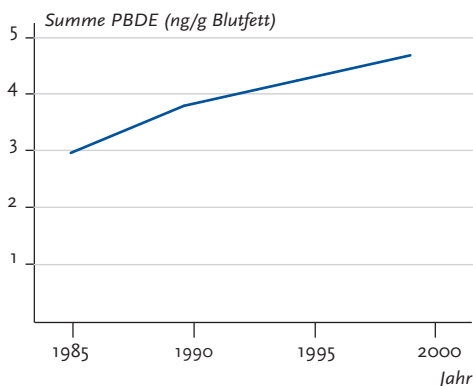
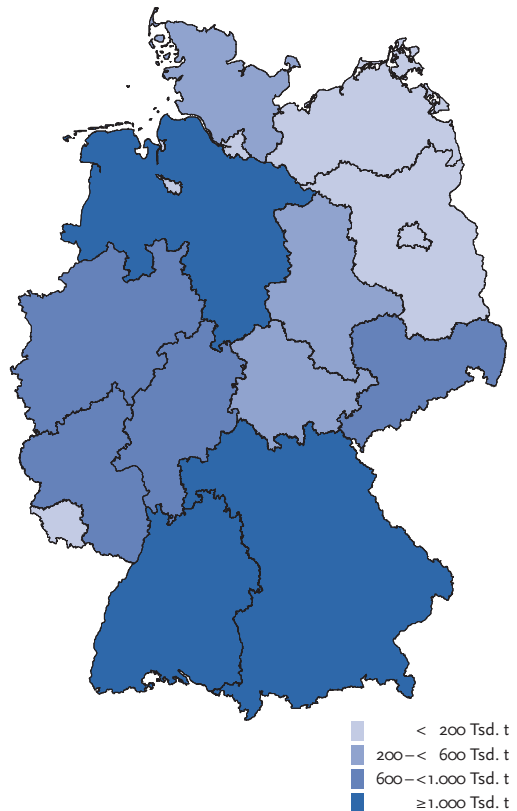


Abbildung 4.8.7
Verwendung klimawirksamer Stoffe nach Bundesland
Quelle: Statistisches Bundesamt



Auch die Problematik der klimawirksamen Stoffe bleibt nach wie vor aktuell, wobei gleichzeitig große regionale Unterschiede bestehen (siehe Abbildung 4.8.7). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008) wurden in Bayern klimawirksame Stoffe mit einem Treibhausgaspotenzial von insgesamt 3,2 Millionen Tonnen verwendet, während es in Nordrhein-Westfalen nur 973.000 Tonnen waren. Unter Verwendung werden die Herstellung, Ein- und Ausfuhr dieser Stoffe zusammengefasst, die direkt oder indirekt zum Treibhauseffekt beitragen können. Auch in den neuen Bundesländern gab es beträchtliche Unterschiede zwischen den Regionen. Hier hatte Sachsen mit einem Treibhauspotenzial von 945.000 Tonnen den höchsten und Brandenburg mit 101.000 Tonnen den niedrigsten Wert.

Diese Differenzen spiegeln Unterschiede bezüglich Umfang und Struktur der entsprechenden Industriezweige wider (z. B. chemische Industrie, Maschinenbau).

Lärm

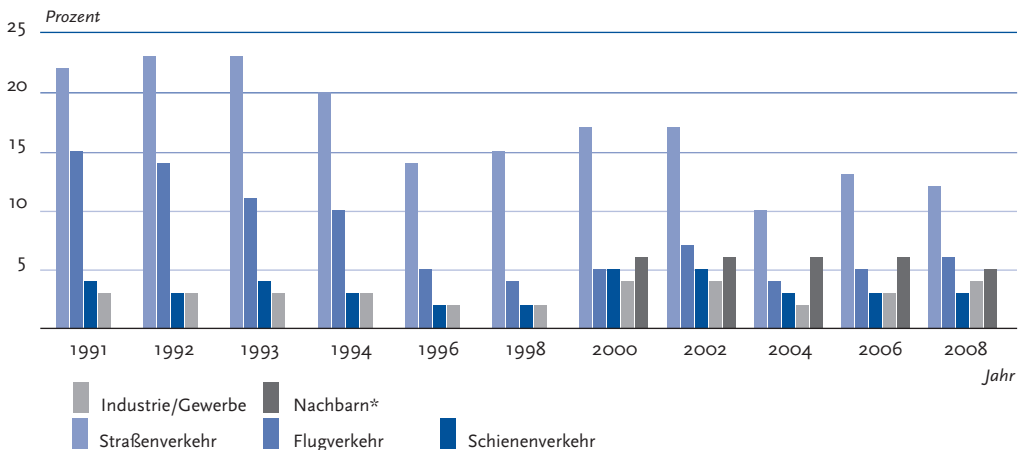
In den dicht besiedelten Industriestaaten werden mehr Menschen durch Lärm belästigt als durch irgendeine andere Umweltstörung (Statistisches Bundesamt 1998, BMU 2008). Umweltlärm kann als Stressor auch das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen erhöhen. Seit 1984 werden im Auftrag des Bundesumweltministeriums regelmäßig Daten zur Lärmbelästigung der Bevölkerung erhoben (IPOS 1993). In Deutschland gilt der Straßenverkehr als bedeutendste Lärmquelle (siehe Abbildung 4.8.8). Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre fühlten sich in Deutschland 15 bis 20 % der Bevölkerung durch Straßenverkehr äußerst oder stark belästigt. Der Anteil ist seit Mitte der 1990er-Jahre geringfügig rückläufig und lag im Jahre 2008 bei 12 %. Für andere Lärmquellen wie Schienenverkehr, Industrie und Nachbarn liegen die Angaben über die Jahre annähernd unverändert zwischen 3 und 7 %. Zwischen neuen und alten Bundesländern bestehen nur geringe Unterschiede.

In den alten Bundesländern fühlen sich etwa 15 bis 20 % der Bürgerinnen und Bürger durch Straßenverkehrslärm stark belästigt. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren nur wenig verändert. In den neuen Bundesländern fühlten sich Anfang der 1990er-Jahre mit 35 bis 40 % deutlich mehr Menschen durch Straßenverkehrslärm stark belästigt (siehe Abbildung 4.8.9). Dies ließ sich auf fehlende Ortsumgehungsstraßen, einen schlechten Straßenzustand in den Ortschaften, geringen baulichen Schallschutz und höhere Schallemissionen der damaligen Kraftfahrzeuge zurückführen. Die seit der Wiedervereinigung durchgeführten Investitionen in die Verkehrsinfrastruktur und die Nutzung von Kraftfahrzeugen mit geringeren Schallemissionen führten zu einer deutlichen Abnahme der Straßenverkehrsbelästigung. In den neuen Bundesländern kam es so zu einer Angleichung der Werte bis zum Jahr 2000. In wieweit diese Angleichung in den Folgejahren Bestand hatte, muss aufgrund nicht publizierter regionaler Daten offen bleiben.

Abbildung 4.8.8

Lärmbelästigung im Wohngebiet (äußerst oder stark belästigend) nach Lärmquelle 1991 bis 2008

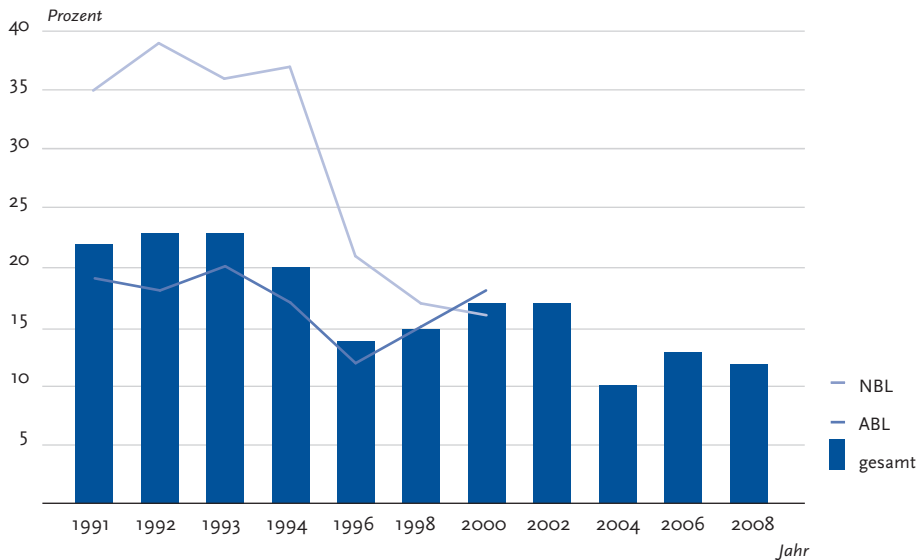
Quelle: Kuckartz 2000, 2004; Wippermann et al. 2008



* Änderung des Befragungsinstruments zwischen 1998 und 2000

Abbildung 4.8.9**Anteil von Personen, die sich äußerst oder stark gestört von Straßenverkehrslärm im Wohngebiet fühlen 1991 bis 2008**

Quelle: Kuckartz 2000, 2004; Wippermann et al. 2008

**Fazit**

Bereits vor der Wiedervereinigung ließ sich ein rückläufiger Trend bei der Belastung mit Umweltchemikalien in der Bundesrepublik Deutschland beobachten. Dies lag zum einen an der Entwicklung eines Industrielandes in Richtung Dienstleistungsgesellschaft; zum anderen an der Durchsetzung einer Reihe von gesetzlichen Maßnahmen wie z. B. dem Benzinbleigesetz von 1971, der Pentachlorphenolverbotsverordnung von 1989 und dem Chemikaliengesetz von 1993. In Folge der aufgeführten Entwicklungen war neben einer Abnahme der Schadstoffbelastung in den alten Bundesländern, eine drastische Abnahme auf dem Gebiet der neuen Bundesländer zu erwarten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Werte der Luftschadstoffe in den neuen Bundesländern denen der alten Bundesländer angeglichen haben. Wobei zu dem mittelfristigen Trend dieser Angleichung noch ein langfristiger Trend der Abnahme zu addieren ist, der bereits vor 1990 in der Bundesrepublik zu beobachten war und der sich in der Folge fortgesetzt hat. Eine Ausnahme bildet (bodennahes) Ozon mit einem leichten Anstieg. Zu den Unterschieden zwischen

den neuen und den alten Bundesländern kommen noch regionale Unterschiede, die geografisch (topografisch) oder durch unterschiedliche Art und Intensität der Landnutzung verursacht werden. Durch die starke Abnahme der "klassischen" Massenschadstoffe der Außenluft kam es in den neuen Bundesländern zu einem Rückgang der durch diese Stoffe verursachten Atemwegbeschwerden und -erkrankungen. Gegenläufig hierzu ist eine Zunahme bei den allergischen Erkrankungen zu verzeichnen. Als mögliche Erklärung wird die Anpassung der neuen Bundesländern an den »westlichen Lebensstil« (siehe Kapitel 3.6) gesehen sowie in den veränderten Wohnbedingungen in den neuen Bundesländern (z. B. Ausstattung mit Teppichböden, besser schließende Fenster, höhere Luftfeuchtigkeit, Zunahme der Hausstaubmilben).

Insgesamt betrachtet fanden in den letzten zwei Jahrzehnten zahlreiche, positive Veränderungen auf dem Umweltsektor statt, die zu einer Verbesserung der umwelthygienischen Situation geführt haben. Trotzdem bleibt eine Reihe von gesundheitsrelevanten Umweltproblemen weiterhin bestehen. Hierzu zählt neben Belastungen, die von neueingeführten chemischen

Stoffen und Substanzen ausgehen können auch die Problematik der unfreiwilligen Tabakrauchexposition mit all ihren gesundheitlichen Folgen. Des Weiteren, die nicht gewünschte Exposition in für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglichen Gebäuden gegenüber Duftstoffen, die allergisierend wirken können, wie auch die Exposition durch ultrafeine Partikel, die vorwiegend aus dieselbetriebenen Fahrzeugen des Straßenverkehrs stammen. Wenn auch die Belästigung der Bevölkerung durch diverse Lärmquellen in den letzten Jahren in der Tendenz rückläufig war, bleibt Lärm als solcher ein Gesundheitsrisiko.

Literatur

- Becker K, Conrad A, Schulz C et al. (2007) German Environmental Survey (GerES): A representative population study. *Qualite de l'air dans les logements*. RSEIN/OQAI 2007 Conference, Vortrag, June 7-8, La Rochelle, Frankreich, Abstract Book
- Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg) (2005) Rückstände von Flammenschutzmitteln in Frauenmilch aus Deutschland unter besonderer Berücksichtigung von polybromierten Diphenylethern (PBDE). Abschlussbericht. Im Auftrag des Umweltbundesamtes. Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg) (2000) Umweltbewusstsein in Deutschland 2000. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Im Auftrag des Umweltbundesamtes. BMU, Berlin
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg) (2004) Umweltbewusstsein in Deutschland 2004. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Im Auftrag des Umweltbundesamtes. BMU, Berlin
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg) (2008) Umweltbewusstsein in Deutschland 2008. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Im Auftrag des Umweltbundesamtes. BMU, Berlin
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg) (2009) Arbeit, Umwelt und Innovation in den neuen Ländern. BMU, Berlin
- Eis D (2001) Epidemiologische Studien zu Kinderumwelt und -gesundheit in Deutschland. In: Robert Koch-Institut und Kinderumwelt gGmbH der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg) *Kinderumwelt und Gesundheit*. Status – Defizite – Handlungsvorschläge. Symposium Potsdam 2001, RKI und DAKJ, Berlin, S 80–130
- Institut für praxisorientierte Sozialforschung (1993) Umfrageergebnisse zur Lärmbelästigung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Lärmbekämpfung* 40: 146–149
- Krause C, Chutsch M, Henke M et al. (1991) *Umwelt-Survey*. Band IIIc Wohn-Innenraum. Raumluft. WaBoLu-Hefte 04/91, Umweltbundesamt, Berlin
- Ministerium für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (1993) *Bewertende Zusammenstellung der in Deutschland durchgeführten umweltmedizinischen, immissionsbezogenen Wirkungsuntersuchungen*. Ministerium für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, Berlin
- Schröter-Kermani C, Helm D, Herrmann T et al. (2000) The german environmental specimen bank: Application in trend monitoring of polybrominated diphenyl ethers in human blood. *Organohalogen Compd* 47: 49–52
- Schulz C, Conrad A, Becker K et al. (2007) Twenty years of the German Environmental Survey (GerES): Human biomonitoring – temporal and spatial (West Germany/East Germany) differences in population exposure. *Int J Hyg Environ Health* 210: 271–297
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel. 4.14 Lärm. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Umweltbundesamt (2008a) *Bekanntmachungen des Umweltbundesamtes*. Vergleichswerte für flüchtige organische Verbindungen (VOC und Aldehyde) in der Innenraumluft von Haushalten in Deutschland. Ergebnisse des repräsentativen Kinder-Umwelt-Surveys (KUS) des Umweltbundesamtes. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51: 109–112
- Umweltbundesamt (Hrsg) (2008b) *Kinder-Umwelt-Survey 2003/06*. – KUS – Trinkwasser. Elementgehalte im häuslichen Trinkwasser aus Haushalten mit Kindern in Deutschland. WaBoLu-Hefte 04/08, UBA, Dessau-Roßlau
- Umweltbundesamt (2009) *Nationale Trendtabellen für die deutsche Berichterstattung atmosphärischer Emissionen*, Emissionsentwicklung 1990 bis 2007 www.umweltbundesamt.de/emissionen/publikationen.htm (Stand: 20.02.2009)
- Welford R (1991) The environmental impact of German reunification. *European Environment* 1(2): 8–11
- World Health Organization (Hrsg) (2007) *Children's Health and the Environment in Europe*. A Baseline Assessment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

5 Wie werden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt?

5.1 Impfen

- ▶ In der BRD wurden, entsprechend den heutigen Regelungen, Impfempfehlungen ausgesprochen, in der DDR bestand teilweise eine Impfpflicht.
- ▶ Nach der Wiedervereinigung sanken die wesentlich höheren Impfquoten in den neuen Bundesländern zunächst merklich ab.
- ▶ Die Impfquoten in den neuen und alten Bundesländern haben sich bei jüngeren Kindern und Schulanfängern heute weitgehend angenähert und sind für die meisten Impfungen auf einem zufriedenstellenden Niveau.
- ▶ Deutliche Impfücken bestehen im gesamten Bundesgebiet bei älteren Kindern und Jugendlichen für Hepatitis B und für Keuchhusten (Pertussis), der zweiten Masern aber auch Mumps und Röteln – Impfung sowie bei den Auffrischimpfungen, hier vor allem in den alten Bundesländern.
- ▶ Besonders für die Elimination von Masern und für einen ausreichenden Kollektivschutz gegen Pertussis ist die Durchimpfung in ganz Deutschland noch ungenügend, wobei die höheren Durchimpfungsraten in den neuen Bundesländern zu finden sind.
- ▶ Die immer noch höhere Impfkzeptanz in den neuen Bundesländern zeigt sich auch in der erwachsenen Bevölkerung an der besseren Durchimpfung älterer Menschen gegen Influenza.

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Einerseits bieten sie Schutz vor schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine bzw. nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt. Andererseits lassen sich durch Impfungen Krankheitskomplikationen und schwere Krankheitsverläufe bei Risikopatientinnen und -patienten sowie eine Mutter-Kind-Übertragung

von Erregern bei Schwangeren vermeiden. Die Kosten-Nutzen-Relation ist bei Impfungen häufig sehr günstig. Impfungen schützen nicht nur individuell, sondern führen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Dies ist in der Allgemeinbevölkerung dann der Fall, wenn hohe Impfquoten erzielt werden. Der dazu notwendige Prozentsatz an geimpften Personen ist u. a. abhängig von der Übertragbarkeit der jeweiligen Infektionskrankheit: Bei Masern ist beispielsweise eine für die Eliminierung ausreichende Impfquote von 92 % bis 95 % notwendig.

Daten zum Impf- und Immunstatus sind daher ein unverzichtbarer Bestandteil um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten zu beurteilen. Gleichzeitig geben sie wertvolle Hinweise zur Effektivität von Versorgungsstrukturen und zur Impfkzeptanz. Entsprechend des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wird der Impfstatus von Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer erfasst, an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet und dort ausgewertet. Schuleingangsuntersuchungen erfolgen jedoch erst 3 bis 4 Jahre nachdem die Grundimmunisierung abgeschlossen sein sollte. Zudem sind die Indikatoren der Erfassung nicht in allen Bundesländern gleich. Es besteht daneben eine Meldepflicht für einige impfpräventable Erkrankungen (z. B. für Masern und Diphtherie). In einigen Bundesländern gibt es darüber hinaus aufgrund von Landesverordnungen für weitere impfpräventable Krankheiten eine Meldepflicht (z. B. in den neuen Bundesländern für Keuchhusten (Pertussis)).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde auf Grundlage des Impfausweises der Impfstatus von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren einheitlich erfasst. Damit sind Analysen der Impfquoten in allen Altersgruppen sowie unter anderem Auswertungen nach der Wohnregion möglich.

In der DDR war die Impfprävention entsprechend der Struktur des staatlichen Gesundheitswesens organisiert. Impfpflicht existierte gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis,

Masern und Tuberkulose. Die Impfungen (insbesondere zum Abschluss der Grundimmunisierung) wurden überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte in den Kindereinrichtungen (Krippen bzw. Kindergärten) durchgeführt, soweit bei dem Kind keine medizinische Kontraindikation bestand und die Eltern gegen die Impfung keinen Einspruch erhoben hatten. Die Impfquoten waren sehr hoch, da die Mehrzahl der Kinder eine Kindereinrichtung besuchte. Die impfpräventablen Krankheiten, wie Masern und Pertussis, galten deshalb als weitgehend eliminiert. In der BRD wurden, entsprechend der heutigen Regelungen, Impfempfehlungen ausgesprochen.

Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung war bei einigen Infektionskrankheiten die Zurückdrängung der Erkrankungen durch Impfmaßnahmen in der DDR bereits sehr erfolgreich. Bei anderen Krankheiten brachte die breite Anwendung von bis zur Wiedervereinigung in der DDR nicht verfügbaren Kombinationsimpfstoffen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie in ganz Deutschland die Einführung neuer Impfstoffe (z. B. gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib), Hepatitis B) in den Jahren nach der Wiedervereinigung einen erheblichen Zugewinn in der allgemeinen Gesundheitsvorsorge. Dennoch gibt es, hinsichtlich des Zeitpunktes und der Vollständigkeit sowie der Impfquoten allgemein, weiterhin Optimierungsbedarf.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung werden aber von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder auf der Grundlage von Empfehlungen angeraten, welche die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut regelmäßig aktualisiert (im Internet abrufbar unter: www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Impfempfehlungen). Die von der STIKO generell empfohlenen Impfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dies befürwortet.

Die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen in der Bundesrepublik Deutschland ist innerhalb der letzten Jahre gestiegen. So belegen Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1998, 2002 und 2007, dass die Impfquoten bei Diphtherie-, Tetanus- und Polioidimpfungen gestiegen sind und auf einem zufrieden stellenden Niveau liegen (siehe Abbildung 5.1.1).

Auch hinsichtlich der ersten und zweiten Masern (Mumps, Röteln)-Impfung hat sich die Durchimpfung von Schulanfängern verbessert. Besonders stark ist der Anstieg bei den Immunisierungen gegen Pertussis, Hib und Hepatitis B. Weiterhin zeigt sich, dass die einzuschulenden Kinder in den neuen Bundesländern einen besseren Impfschutz gegen Pertussis, Hepatitis B und Masern (Mumps, Röteln) aufweisen (siehe Abbildung 5.1.2).

Abbildung 5.1.1

Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007

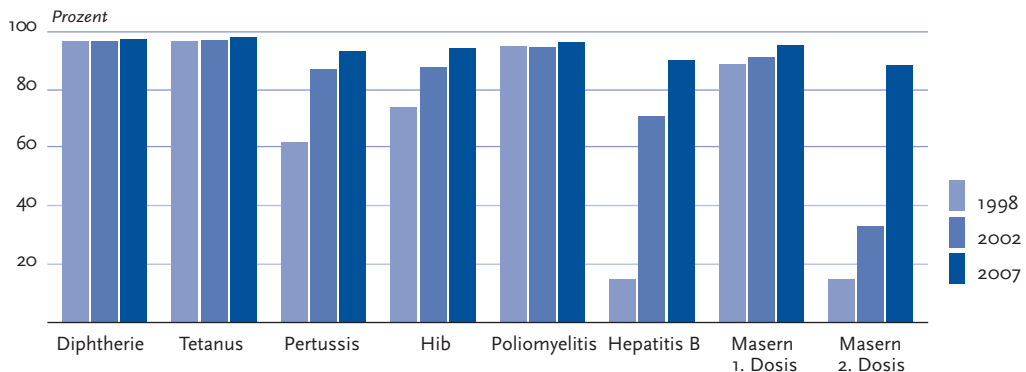
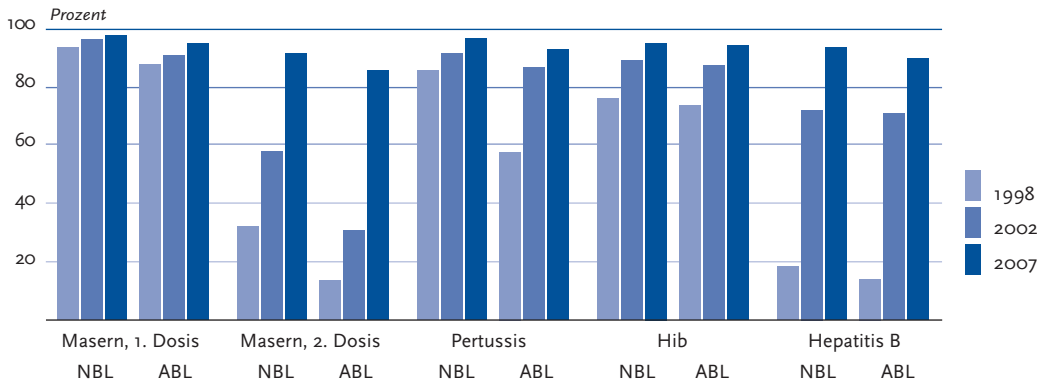


Abbildung 5.1.2

Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf nach Region

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007



Den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zufolge bestehen jedoch insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen deutliche Defizite hinsichtlich der Grundimmunisierung gegen Hepatitis B und Pertussis. So hatten über 40 % der 14- bis 17-Jährigen keine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B und über 60 % keine Grundimmunisierung gegen Pertussis (Poethko-Müller et al. 2007). Offensichtlich wurde die Nachimpfung von Kindern und Jugendlichen, die vor den Jahren des Bestehens der allgemeinen Impfempfehlung gegen Pertussis und Hepatitis B geboren worden sind, nicht in ausreichendem Ausmaß durchgeführt.

Große Defizite bestehen auch bei den für das 6. bis 7. Lebensjahr empfohlenen Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. In den alten Bundesländern hatten 28 % der 7- bis 17-Jährigen (15 % in den neuen Bundesländern) keine Auffrischimpfung gegen Tetanus erhalten. Zudem betrugen die Impfquoten der für das 9. bis 17. Lebensjahr empfohlenen Polioauffrischimpfung bei 11- bis 17-Jährigen insgesamt nur 54 % (Reiter, Poethko-Müller 2009).

Aufgrund der gefundenen regionalen Unterschiede werden die Inanspruchnahme von Masern- und Pertussis-Impfung, sowie als weiteres Beispiel die Gripeschutzimpfung näher betrachtet.

Masern

Bei Masern, einer meldepflichtigen Erkrankung mit hochgradiger Ansteckungsgefahr, besteht die Möglichkeit und das Ziel der Eliminierung durch Impfung, wenn eine sehr hohe Impfquote erreicht wird; bisher ist diese für Deutschland nicht zufriedenstellend. Die Impfung wird in der Bundesrepublik seit 1980 zunächst mit einer Dosis eines Kombinationsimpfstoffes (Masern, Mumps, Röteln) empfohlen. In der DDR bestand seit 1970 eine Impfpflicht gegen Masern, die seit 1986 zwei Impfungen umfasste. Seit 1991 gilt in der gesamten Bundesrepublik eine einheitliche Impfempfehlung für zwei Dosen des Kombinationsimpfstoffes, wobei sich die empfohlenen Alterszeitpunkte seitdem geändert haben. Seit 2001 wird die erste Impfung im Alter von 11 bis 14 Monaten empfohlen, die zweite sollte bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr durchgeführt worden sein.

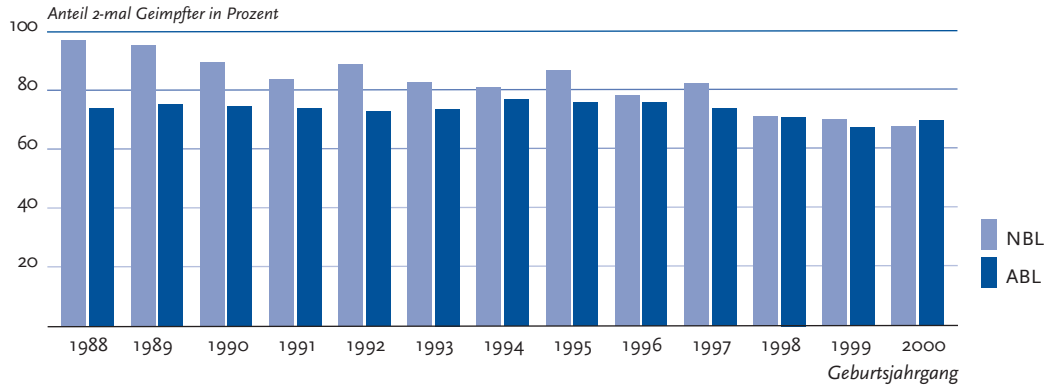
Insgesamt ist zwar ein Anstieg bei der ersten und zweiten Masernimpfung und ein Rückgang der Maserninzidenz in Deutschland zu erkennen, allerdings bestehen große regionale Unterschiede: Ausbrüche finden sich mehrheitlich in den alten Bundesländern (siehe dazu Kapitel 3.7).

Historisch bedingt ist die Impfbereitschaft in den neuen Bundesländern höher. Nach der Wiedervereinigung kam es zu einem Rückgang der Impfquoten, der sich beispielsweise an der deutlich verringerten Inanspruchnahme der zweiten Masernimpfung zeigt (siehe Abbildung 5.1.3).

Abbildung 5.1.3

Vollständige Masern-Impfung (zwei Impfungen) nach Geburtsjahrgang; Impfquoten bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen

Quelle: KiGGS



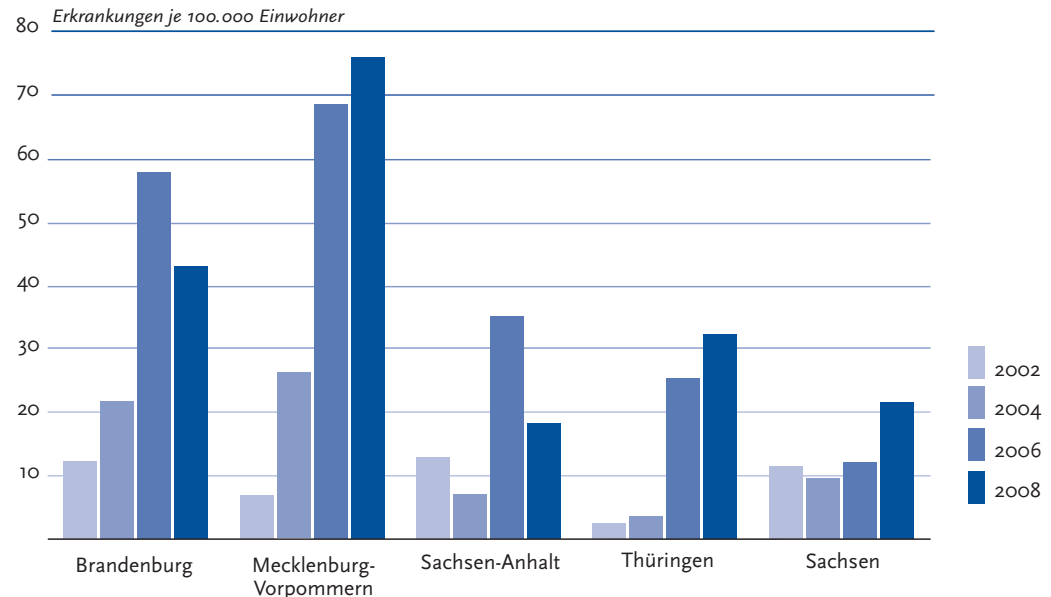
Die jüngsten Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahr 2007 belegen, dass der zunächst eingetretene deutliche Rückgang bei den Impfquoten der Masern-Impfung weitgehend kompensiert werden konnte (RKI 2009a). Das bis zur Wiedervereinigung bestehende hohe Niveau bei Masernimpfungen in den neuen Bundesländern ist jedoch gegenwärtig dort noch nicht wieder

erreicht. Für die zweite Masernimpfung zeigt sich ein besonders deutlicher Anstieg, doch bestehen bei nach 1990 geborenen Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern deutliche Defizite; in den alten Bundesländern fehlt auch vor 1990 geborenen Jugendlichen häufig die zweite Masernimpfung (Poethko-Müller et al. 2007). Das ist vor allem damit zu begründen,

Abbildung 5.1.4

Entwicklung der Inzidenz von Pertussis-Erkrankungen in den neuen Bundesländern 2002 bis 2008

Quelle: RKI: SurvStat



dass die 2. Impfung dort erst ab 1991 empfohlen worden ist.

Wie die Daten aus dem Jahr 2007 zeigen, ist die Impfbeteiligung in den neuen Bundesländern weiterhin höher als in den alten Bundesländern. Bei der zweiten Impfung gegen Masern liegt die Impfquote von Schulanfängern in den neuen Bundesländern bei 91,5 %, in den alten Bundesländern bei 85,8 % (siehe Abbildung 5.1.2). Bundesweit beträgt die Impfquote für die 2. Masernimpfung 88 %. Damit liegt diese Quote noch unter der notwendigen Impfquote von 95 % für beide Impfungen, um die Masern zu eliminieren; zumal hier nur von Kindern mit Impfausweis berichtet werden kann (RKI 2009a).

Pertussis (Keuchhusten)

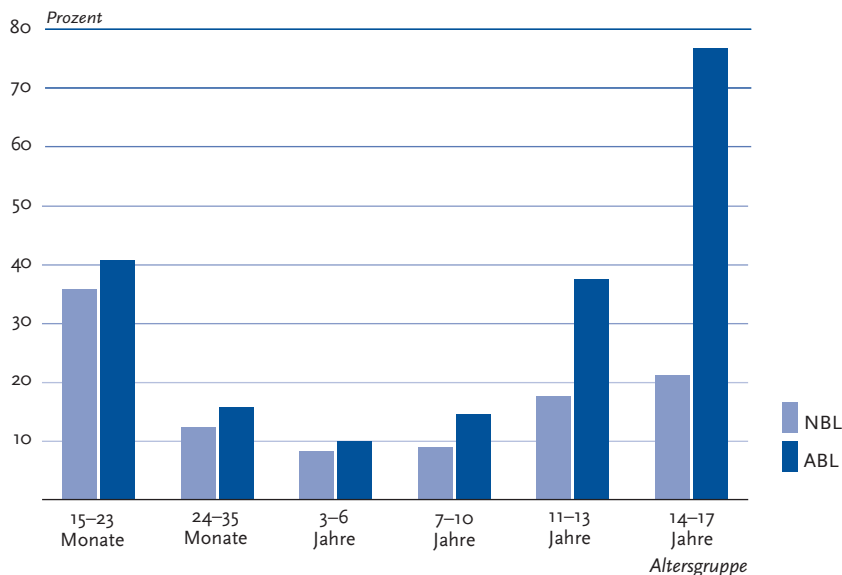
Eine Impfung gilt als zentrale präventive Maßnahme gegen die hoch ansteckende Infektionskrankung Pertussis. Diese Schutzimpfung wird seit 1991 für Säuglinge und Kleinkinder durch die STIKO empfohlen. In der DDR bestand seit 1964 eine allgemeine Impfpflicht gegen Pertussis. Im alten Bundesgebiet wurde die allgemeine Impfpflicht ab 1974 eingeschränkt und nur

für Kinder mit hohem Erkrankungsrisiko ausgesprochen. Das führte zu einer niedrigen Impfquote bei entsprechend hohen Erkrankungsraten. In Anbetracht der aktuellen epidemiologischen Situation und der Schwere der Krankheitsverläufe im Säuglingsalter empfiehlt die STIKO, die Pertussis-Grundimmunisierung für Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu beginnen, d. h. unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats. Derzeit ist Pertussis nur in den neuen Bundesländern aufgrund von Landesverordnungen eine meldepflichtige Erkrankung. Hier zeigt sich seit 2002 eine Zunahme der Pertussis-Erkrankungsraten, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß in den einzelnen Ländern (siehe Abbildung 5.1.4).

Bei den Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich, dass einzuschulende Kinder aus den neuen Bundesländern einen deutlich besseren Impfschutz haben: Bei der Pertussis-Grundimmunisierung wird in den neuen Bundesländern eine Impfquote von 96,7 % erreicht, in den alten Bundesländern von 92,9 % (RKI 2009a).

Sehr deutliche Impfddefizite gibt es bei älteren Kindern und Jugendlichen, die in den alten Bundesländern noch ausgeprägter sind als in den neuen Bundesländern. Die Daten des Kinder- und

Abbildung 5.1.5
Kinder und Jugendliche ohne ausreichende Grundimmunisierung gegen Pertussis nach Altersgruppen
Quelle: KiGGS



Jugendgesundheitsveys (KiGGS) zeigen, dass 76,9 % der 14- bis 17-Jährigen in den alten Bundesländern und 21,2 % der Gleichaltrigen in den neuen Bundesländern keine vollständige Grundimmunisierung gegen Pertussis haben (RKI 2008) (siehe Abbildung 5.1.5).

Auch bei der Auffrischimpfung gegen Pertussis, seit dem Jahr 2000 von der STIKO für die 9- bis 17-Jährigen empfohlen, gibt es große Defizite: Der Anteil der Jugendlichen, bei denen zusätzlich zur Grundimmunisierung auch eine Auffrischimpfung durchgeführt worden war, beträgt 13,3 % (neue Bundesländer: 39,5 %; alte Bundesländer: 5,3 %).

In den aktuellen STIKO-Empfehlungen (RKI 2009b) wird für Erwachsene (ab 18 Jahren) eine Auffrischimpfung empfohlen. In der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2008 gaben 55,2 % der Frauen und 43,4 % der Männer aus den

neuen Bundesländern im Alter ab 18 Jahren an, jemals eine Pertussisschutzimpfung erhalten zu haben. In den alten Bundesländern waren es hingegen nur 26,1 % der Frauen und 17,2 % der Männer.

Influenza

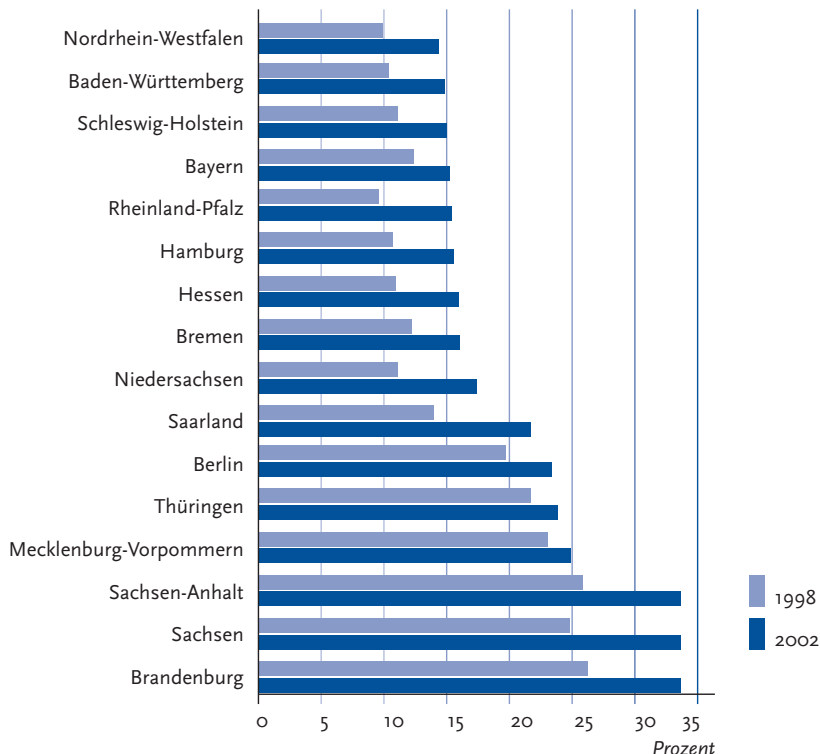
In der Folge von Influenza-Infektionen kommt es jährlich zu einer Vielzahl von Arztbesuchen und Todesfällen: In den Jahren 1996 bis 2006 führten Influenzawellen zu ca. 8.000 bis 11.000 Todesfällen (Arbeitsgemeinschaft Influenza 2008). Die STIKO am Robert Koch-Institut empfiehlt unter anderem für Personen über 60 Jahre, Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Personen, die beruflich starken Publikumsverkehr erleben, jährlich eine Influenza-Impfung.

In den neuen Bundesländern zeigt sich auch bei der Influenza-Schutzimpfung eine höhere

Abbildung 5.1.6

Anteil der gegen Influenza Geimpften in der Bevölkerung nach Bundesländern 1998 und 2002

Quelle: Mikrozensus 1998, 2002



Impfbereitschaft der Bevölkerung. Laut der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) waren in der Wintersaison 2007/2008 in den neuen Bundesländern insgesamt 46,1 % der Frauen und 38,4 % der Männer gegen Influenza geimpft, in den alten Bundesländern hingegen 28,1 % der Frauen und 27,0 % der Männer. Als entscheidend für die Impfbereitschaft gilt die direkte Empfehlung der Impfung durch die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte. Es konnten aber auch sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung festgestellt werden.

Auch die Daten des Mikrozensus, einer amtlichen Repräsentativstatistik über die Bevölkerung, aus dem Jahr 2003 bestätigen die Unterschiede zwischen den Bundesländern beim aktuellen Influenzaimpfschutz (Statistisches Bundesamt 2004): Während die Impfquoten für alle Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen bei 14,4 % und in Bayern bei 14,9 % lagen, erreichten sie in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt Werte von 34 % (siehe Abbildung 5.1.6). Der Vergleich mit der Durchimpfung gegen Influenza im Jahr 1998 zeigt für alle Bundesländer eine Zunahme der Impfquoten gegen Influenza.

Fazit

Nach der Wiedervereinigung und dem Umbau der Impforganisation in den neuen Bundesländern sanken die Impfquoten dort zunächst merklich ab und haben auch gegenwärtig – trotz einer Verbesserung in den letzten Jahren – das frühere hohe Niveau noch nicht wieder erreicht. Auswirkungen dieser Entwicklung zeigten sich insbesondere hinsichtlich des Auftretens von Masern und Pertussis. Für diese beiden Krankheiten, die in den neuen Bundesländern bei Kindern praktisch eliminiert waren, stieg die Erkrankungshäufigkeit nach der Wiedervereinigung deutlich an. Sie ist allerdings – soweit man das aufgrund der im Bundesgebiet fehlenden Erfassung überhaupt beurteilen kann – in den neuen Ländern noch immer niedriger als im übrigen Bundesgebiet. Ältere Kinder und Jugendliche haben noch Defizite bei den Impfungen gegen Pertussis, Hepatitis B und Masern (2. Impfung). Jedoch sind bei den Schulanfängern die Impfquoten in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Es bestehen zudem Defizite bei den

Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis. Auch wenn sich bei jüngeren Kindern die meisten Impfquoten in den neuen und alten Bundesländern weitgehend angenähert haben, ist die Durchimpfung älterer Kinder und Jugendlicher gegen Pertussis, bei der zweiten Masernimpfung und bei den Auffrischimpfungen in den alten Bundesländern deutlich seltener ausgeprägt als in den neuen Bundesländern. Eine höhere Impfbereitschaft in den neuen Bundesländern zeigt sich auch in der erwachsenen Bevölkerung bei der Durchimpfung gegen Influenza.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Influenza (2008) Abschlussbericht der Influenzasaison 2007/08. Berlin
- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 851–862
- Reiter S, Poethko-Müller C (2009) Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impflücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz: in press
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Pertussis: Zum Vergleich von Grundimmunisierung und Auffrischimpfung in den alten und neuen Bundesländern. Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Epid Bull 27: 213–215
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009a) Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007. Epid Bull 16: 143–145
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009b) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2009. Epid Bull 30: 279–298
- Robert Koch-Institut (2009c) SurvStat www3.rki.de/SurvStat (Stand: 29.07.2009)

5.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

- ▶ Krebsfrüherkennungsprogramme wurden in den 1970er-Jahren sowohl in der DDR als auch im früheren Bundesgebiet eingeführt.
- ▶ Die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hat sich in beiden Landesteilen in den 1990er-Jahren deutlich verbessert, bei Frauen etwas mehr als bei Männern.
- ▶ Insgesamt hat eine Angleichung der Teilnahmeraten zwischen neuen und alten Bundesländern stattgefunden.
- ▶ Die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen ist noch nicht zufriedenstellend. Unterschiede ergeben sich nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage.

Krebserkrankungen sind ein bedeutendes Gesundheitsproblem. Sie führen in Deutschland neben den Herz-Kreislauferkrankungen seit Jahrzehnten das Krankheitsspektrum an und sind bei Frauen und Männern die zweithäufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt 2008). Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören im Rahmen der Sekundärprävention auch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Sie dienen der frühzeitigen Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen. Damit sollen die Krankheitsbelastung und Sterblichkeit in der Bevölkerung gesenkt und die Lebensqualität von Krebspatientinnen und -patienten erhöht werden.

Angebote zur Krebsfrüherkennung sind für die alten Bundesländer seit 1971 gesetzlich verankert (§ 25 Absatz 2 des SGB V). In den »Krebsfrüherkennungs-Richtlinien« (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008) ist festgelegt, welche Leistungen die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassen und von der GKV erstattet werden. In der ehemaligen DDR wurde die Krebsfrüherkennung ebenfalls Anfang der 1970er-Jahre initiiert. Strukturell gab es jedoch Unterschiede zwischen den beiden deutschen Staaten (siehe dazu auch Kapitel 3.4).

Angebote der Krebsfrüherkennung und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt sind Männer ab dem Alter von 35 und Frauen ab dem Alter von 20 Jahren. Eine obere Altersgrenze ist mit Ausnahme des kürzlich eingeführten Mammographiescreenings (bis max. 70 Jahre) nicht vorgesehen. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können in der Regel pro Jahr einmal von dem anspruchsberechtigten Personenkreis wahrgenommen werden.

Zum Zielkatalog der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören bei Frauen: Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren, der Brust ab dem Alter von 30 Jahren, der Haut ab dem Alter von 35 Jahren (zweijährlich), des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008). Zusätzlich wird die Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust mittels Mammographie-Screening ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres angeboten. Zu diesem Screening werden Frauen der genannten Altersgruppe alle zwei Jahre schriftlich eingeladen.

Für Männer werden für folgende Neubildungen Früherkennungsuntersuchungen angeboten: Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren (zweijährlich), des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren, sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008).

Versicherte beiderlei Geschlechts haben ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl zur Früherkennung von Darmkrebs. Nach dem 55. Lebensjahr besteht der Anspruch nur noch in jedem zweiten Jahr, sofern nicht zwischenzeitlich bereits eine Früherkennungs-Koloskopie vorgenommen worden ist. Früherkennungs-Koloskopien können seit Oktober 2002 gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ab dem Alter von 55 Jahren erfolgen, wobei die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie vorgenommen werden kann.

Für alle Krebserkrankungen, deren Früherkennungsuntersuchungen in das Angebot der GKV aufgenommen wurden, gilt, dass die Möglichkeit einer zuverlässigen Diagnose im Vor- bzw. Frühstadium besteht und bei einem ausreichend strukturellen Angebot wirksame Behandlungsmethoden vorliegen.

Teilnahme an der Krebsfrüherkennung

Seit Beginn der Einführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für gesetzlich Krankenversicherte haben bis zum Jahr 1990 im Durchschnitt lediglich 31% der anspruchsberechtigten Frauen und ca. 12% der anspruchsberechtigten Männer in den alten Bundesländern diese Untersuchungen wahrgenommen (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Im Zeitraum von 1991 bis 1997 stieg die Teilnahmerate, die auf der Grundlage abgerechneter Früherkennungsuntersuchungen ermittelt wurde.

Bei Frauen erhöhte sie sich von etwa einem Viertel im Jahr 1997 bis auf knapp 40% im Jahr 2001 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009a). Die Teilnahmeraten der Männer stiegen im gleichen Zeitraum ebenfalls an, wenn auch deutlich geringer: von knapp unter 10% auf ca. 12% (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009a). Die Anzahl der abgerechneten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen war unmittelbar nach der Wiedervereinigung in den

neuen Ländern deutlich geringer als in den alten Ländern, geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich auch hier. Männer aus den neuen Bundesländern nutzten das Angebot besonders selten (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Insgesamt zeigte sich in beiden Landesteilen Deutschlands eine deutliche Steigerung der Teilnahmebereitschaft an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in den 1990er-Jahren, bei Frauen stärker als bei Männern (Bundesministerium für Gesundheit 2000).

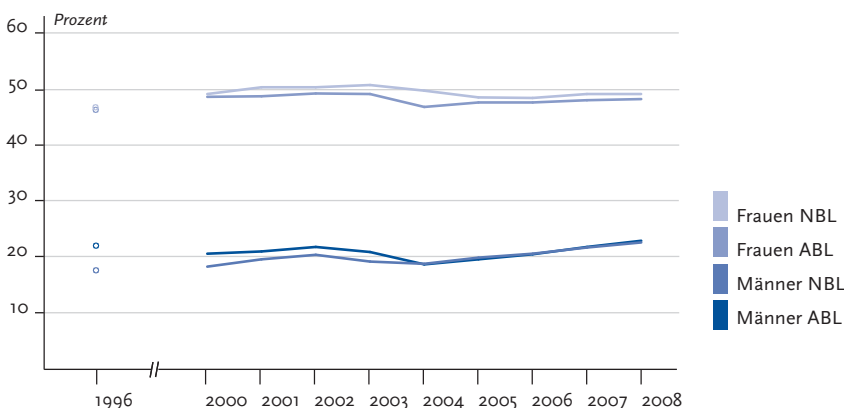
Eine Sonderauswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ermöglicht einen detaillierten Blick auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsangebote für Frauen und Männer in Ost und West für ausgewählte Jahre (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b). Abbildung 5.2.1 zeigt, dass bereits im Jahr 1996 eine weitgehende Angleichung der Teilnahmequoten zwischen Ost und West stattgefunden hatte. Bei den Frauen waren die Unterschiede minimal, bei den Männern etwas größer zu Ungunsten der Männer aus den neuen Bundesländern. In den folgenden Jahren wurden weiterhin nur geringe Unterschiede zwischen den Landesteilen beobachtet.

Die Früherkennung von Darmkrebs wurde in Deutschland im Oktober 2002 neu geregelt. Seitdem gehört die Früherkennungs-Koloskopie zu den Präventivmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz dieses neuen Angebots liegen Schätzungen des Zent-

Abbildung 5.2.1

Geschätzte Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den Jahren 1996 sowie 2000 bis 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b



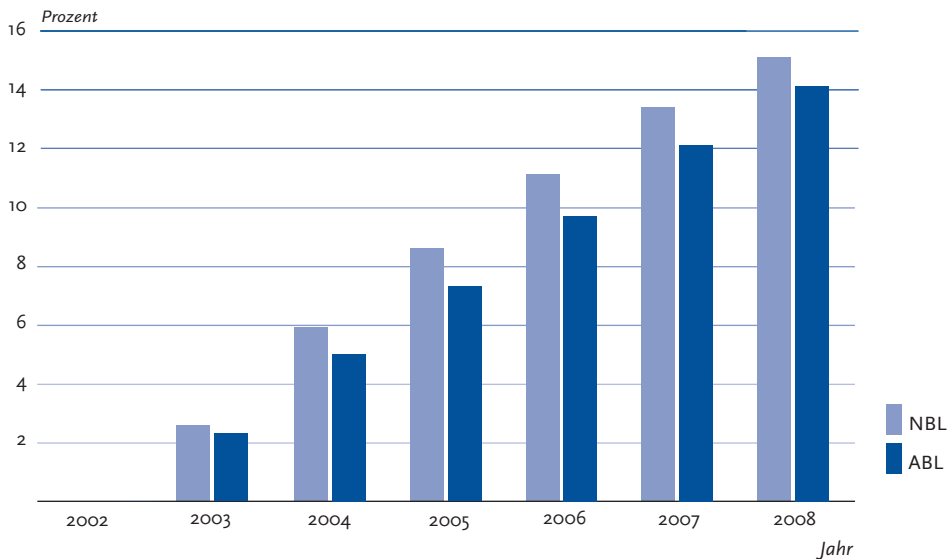
Als **Datengrundlage** werden für die folgenden Ausführungen die Abrechnungsdaten der GKV herangezogen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) nimmt anhand dieser Daten Schätzungen zur Beteiligung an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen vor. Diese Schätzungen beruhen auf einer jährlichen Abfrage der Summe von Früherkennungsleistungen (EBM-Gebührenpositionsnummer) bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), einer Auswertung von verfügbaren Datensätzen über abgerechnete Früherkennungsleistungen (aus denen sich die Zusammensetzungen der Fälle nach KV, Alter und Geschlecht ergeben) sowie aus der KM-6-Statistik der gesetzlichen Krankenkassen, die als Vollerhebung anzusehen ist (Altenhofen 2007). Bei den Daten des ZI handelt es sich um Querschnittsdaten, so dass über die wiederholte Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (Teilnahmecontinuität im Zeitverlauf) der Versicherten keine Aussagen getroffen werden können. Im Jahr 2000 erfolgte ein Verfahrenswechsel bei der Berechnungsgrundlage. Eine lückenlose Interpretation im Zeitverlauf kann aus diesem Grund nicht vorgenommen werden.

ralinstituts für die kassenärztliche Versorgung vor (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b).

Darmkrebs ist bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebserkrankung und auch die zweithäufigste Krebstodesursache (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2008). Männer erkranken im Mittel mit 69 Jahren an Darmkrebs, Frauen mit 75 Jahren. Abbildung 5.2.2 enthält die Schätzung der zusammengefassten Teilnehmeraten für den Zeitraum seit der Einführung der Maßnahme. Jeder Erwachsene ab 55 Jahren hat einmal und 10 Jahre danach ein zweites Mal Anspruch auf diese Form der Darmkrebsfrüherkennung. Die zunächst sehr zurückhaltende Teilnahme verbesserte sich in den neuen und alten Bundesländern von Jahr zu Jahr. Aktuell war etwa jede bzw. jeder siebente Anspruchsberechtigte bei einer Früherkennungs-Koloskopie. In den neuen Ländern liegen die Teilnehmeraten durchgehend etwas über den Raten, die für Versicherte aus den alten Bundesländern geschätzt wurden.

Abbildung 5.2.2
Geschätzte kumulative Teilnahme an Früherkennungskoloskopien 2002 bis 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b



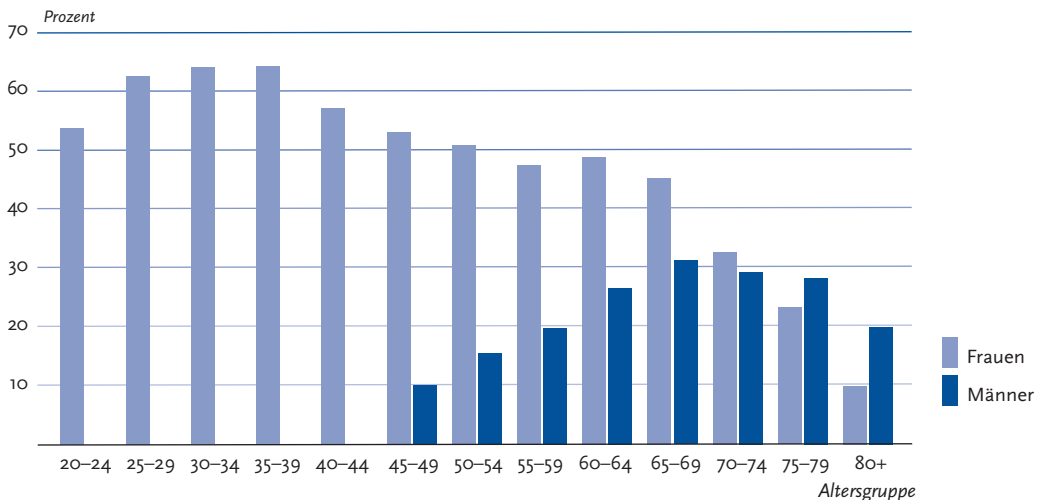
Mit Blick auf alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen insgesamt weisen die aktuellen Schätzungen aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung darauf hin, dass es vor allem geschlechtsspezifische Unterschiede sind, die bei der Akzeptanz der Untersuchungen eine Rolle spielen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007). 33,9 Millionen Leistungsfälle von Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen wurden im Jahr 2007 bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet: 29,8 Millionen Abrechnungsfälle bei Frauen und 4,1 Millionen bei Männern (Statistisches Bundesamt 2009). Bezogen auf die Anspruchsberechtigten bedeutet dies: Im Jahr 2007 nahmen in Deutschland 48,1 Prozent der Frauen und 21,8 Prozent der Männer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b). In Abbildung 5.2.3 wird deutlich, dass es neben geschlechtsspezifischen Einflüssen auf die Beteiligung an den Untersuchungen auch deutliche Schwankungen entlang des Alters gibt. Mit zunehmendem Alter zeigen sich bei Frauen und Männern unterschiedliche altersspezifische Trends: Frauen in der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre nutzen das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen am häufigsten. In den höheren Altersgruppen geht die Beteiligung zurück,

ein starker Abfall ist ab dem 70. Lebensjahr zu beobachten. Bei den Männern ist ein langsamer Anstieg der Teilnahmeraten mit zunehmendem Alter zu sehen. Die 65- bis 69-Jährigen beteiligen sich schließlich am stärksten. Danach sinken die Raten wieder, übersteigen allerdings ab dem Alter von 75 Jahren die Teilnahmequoten der Frauen.

Auf der Ebene der Bundesländer wurden geringe Schwankungen in der Beteiligung an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen festgestellt (Teilnahmeschätzung für die Bundesländer im Jahr 2003, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2003). In den Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) ist die Beteiligung zumeist etwas besser. Ein Grund dafür könnte die gute Infrastruktur vertragsärztlicher Untersuchungs- und Betreuungsmöglichkeiten in großstädtischen Regionen sein. Es könnte sich hierbei allerdings auch um methodische Besonderheiten der Schätzung handeln, vermutet werden Zuzugseffekte aus der Umgebung (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2003).

Bereits bei den Mitte der 1990er-Jahre durchgeführten Analysen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurde deutlich, dass sich Unterschiede in der Inanspruchnahme in den neuen und alten Bundesländern, wie sie direkt nach der Wiedervereinigung beobachtet wurden, weitgehend angeglichen hatten. Auch

Abbildung 5.2.3
Geschätzte Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppen 2007
Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2007



im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, bei dem im ärztlichen Interview die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erfragt wurde, zeigte sich, dass sich die Teilnahmeraten von Frauen und Männern zwischen Ost und West nicht wesentlich unterscheiden (Kahl 1999). Die regionalen Auswertungen aus dem Jahr 2003 bestätigen dies: Regionale Schwankungen der Teilnahme werden beobachtet, aber keine Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern.

Neben den bereits genannten Faktoren, die die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen beeinflussen, spielt ein weiterer wichtiger Aspekt eine Rolle: die sozioökonomische Lage. Aus der internationalen Forschung ist bekannt, dass neben Alter und Geschlecht auch Variablen wie Bildung, familiäre Lebenssituation oder Versichertenstatus die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen beeinflussen (Zusammenfassung bei Scheffer et al. 2006). Ältere Menschen, Frauen, Personen mit höherer Bildung, Personen in fester Partnerschaft und Personen, die krankenversichert sind, nutzen diese Angebote häufiger. Für die Bundesrepublik wurden von Scheffer et al. (2006) zwölf Studien zur Inanspruchnahme, die zwischen 1973 und 2003 durchgeführt wurden (vor 1990 nur Studien aus den alten Bundesländern), zusammengefasst. Übereinstimmend zeigte sich bei Frauen ein signifikanter Einfluss von Ausbildungsniveau und beruflichem Status auf die Inanspruchnahme von Früherkennung: Frauen mit einer höheren Schul- bzw. Ausbildung (mehr Schul- bzw. Ausbildungsjahre) und Frauen in qualifizierter beruflicher Positionen nehmen öfter teil als schlechter gestellte Frauen. Bei Männern ist die Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen jedoch weniger stark ausgeprägt.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den Jahren seit der Wiedervereinigung eine kontinuierliche Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu verzeichnen ist. Sie betrifft sowohl Männer als auch Frauen, Frauen allerdings in stärkerem Maße. Teilnahmeschätzungen für Erwachsene aus den neuen Bundesländern liegen Anfang der 1990er-

Jahre niedriger als für Personen aus dem ehemaligen Bundesgebiet. Unter anderem war das System der Krebsfrüherkennung in der ehemaligen DDR anders organisiert. Es bedurfte einiger Jahre, bis die in den alten Bundesländern etablierten Präventionsstrukturen auch in den neuen Bundesländern geschaffen waren und akzeptiert wurden. Die Angleichung der Teilnahmeraten in Ost und West ist aktuell, 20 Jahre nach dem Fall der Mauer, vollständig erfolgt.

Trotz des beschriebenen Anstiegs der Beteiligung an den Untersuchungen, werden die Angebote jedoch nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen genutzt. Studien zeigen übereinstimmend niedrigere Raten bei Männern, vor allem bei den jüngeren Männern zu Beginn des altersgestaffelten Früherkennungsprogramms (Scheffer et al. 2006). Bei Frauen sinkt die Inanspruchnahme hingegen ab dem Alter von etwa 55 Jahren. Einflüsse der sozioökonomischen Lage – besser Gestellte gehen häufiger zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (insbesondere Frauen) – wurden ebenfalls in verschiedenen Studien belegt. Bemühungen um eine weitere Verbesserung der Teilnahme am gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsprogramm sind nur dann erfolgreich, wenn sie die Personengruppen spezifisch ansprechen, die diese Angebote bislang in geringem Umfang wahrnehmen. Differenzierte Analysen von soziodemografischen Merkmalen dieser Personengruppen müssen dem vorausgehen. Das Robert Koch-Institut leistet hier einen wichtigen Beitrag, indem detaillierte Fragen zur Teilnahme an einzelnen Maßnahmen der Krebsfrüherkennung in die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) aufgenommen wurden. Von 2009 bis 2011 werden insgesamt 7.500 Männer und Frauen zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten befragt.

Literatur

- Altenhofen L (2007) Informationen zur Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. Persönliche Mitteilung (29.05.2007) Bundesministerium für Gesundheit (2000) Gesundheit in den neuen Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit. BMG, Bonn

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (»Krebsfrüherkennungs-Richtlinien«) in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. August 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger, Nr. 174: S 4 113, in Kraft getreten am 15. November 2008
- Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2008) Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. RKI, Berlin
- Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 86: 139–146
- Statistisches Bundesamt (2008) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle. KG 3-Statistik www.gbe-bund.de (Stand: 29.07.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L et al. (2003) Krankheitsfrüherkennung Krebs, Männer und Frauen, Teilnahmeschätzung für das Jahr 2002. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2007) Wissenschaftliche Begleitung der Früherkennungs-Koloskopie. 5. Jahresbericht (2007) www.zi-berlin.de/koloskopie/downloads/5_Jahresbericht.pdf (Stand: 08.09.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2009a) Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf (Stand: 08.09.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2009b) Schätzungen zur Akzeptanz der bestehenden Krankheitsfrüherkennungsprogramme, Version 0.9, unveröffentlichte Sonderauswertung für das Robert Koch-Institut (Stand: 13.08.2009)

5.3 Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder

- Anfang der 1990er-Jahre bestanden deutliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, mit niedrigerer Beteiligung in den neuen Bundesländern.
- Die Inanspruchnahmeraten in den neuen Bundesländern haben sich denen in den alten Bundesländern angeglichen.
- Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter werden von den Eltern im hohem Maße akzeptiert, die Inanspruchnahmeraten liegen deutlich höher als bei Früherkennungsprogrammen für Erwachsene.
- Jenseits des Säuglingsalters geht die Teilnahmerate stetig zurück, die U₉ bei den 5-Jährigen verzeichnet von allen Untersuchungen des Vorschulalters die niedrigste Inanspruchnahme.
- Familien mit Migrationshintergrund und solche aus niedrigen Sozialstatusgruppen nutzen die Untersuchungen deutlich seltener als Familien aus den jeweils anderen (korrespondierenden) Gruppen.

Angebotene Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder

Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zielt auf eine frühzeitige ärztliche Diagnose kindlicher Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Eine Voraussetzung für die Aufnahme von Erkrankungen in das Früherkennungsprogramm ist, dass es sich um behandelbare Erkrankungen handelt, die in einem Vor- bzw. Frühstadium diagnostizierbar sind.

Das Früherkennungsprogramm gibt es seit 1971 und bestand zunächst aus sieben Untersuchungen bis zum 4. Geburtstag. Später wurde es schrittweise erweitert, zuletzt durch die J1 (im Jahr 1998) und die U_{7a} (im Jahr 2008). Das Programm umfasst

heute elf freiwillige Untersuchungen – zehn bei Kindern von null bis sechs Jahren (U₁ bis U₉), die in einem standardisierten Untersuchungsheft dokumentiert werden, sowie eine Jugenduntersuchung bei den 11- bis 15-Jährigen (J1). Das Programm wird überwiegend von Kinderärztinnen und -ärzten durchgeführt, z.T. aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen.

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sind im Sozialgesetzbuch verankert (§ 26 SGB V). In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (»Kinderrichtlinien«) bzw. Jugendlichen sind die Zeiträume (siehe Tabelle 5.3.1) und Inhalte der so genannten U-Untersuchungen festgelegt. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von den Krankenkassen übernommen (gesetzlicher Leistungsanspruch), wenn sie im vorgeschriebenen Zeitraum – mit Toleranzbereich – stattfinden.

Die Früherkennungsuntersuchungen orientieren sich inhaltlich an den für das jeweilige Alter relevanten Erkrankungen und Störungen. Schwerwiegende behandelbare Erkrankungen sollen früh erkannt und therapiert werden können. Neben dieser sekundärpräventiven Ausrichtung der U-Untersuchungen geht es aber auch darum, Krankheiten zu verhüten (Primärprävention). In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Schutzimpfungen zu nennen, die mit den Untersuchungsterminen gekoppelt werden können.

Zur primären Prävention zählt aber auch der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor ande-

Tabelle 5.3.1
Untersuchungszeiträume der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, 2009

im ersten Lebensjahr		nach dem ersten Lebensjahr	
U1:	sofort nach der Geburt	U7:	21.–24. Monat
U2:	3.–10. Tag	U7a:	34.–36. Monat
U3:	4.–5. Woche	U8:	46.–48. Monat
U4:	3.–4. Monat	U9:	60.–64. Monat
U5:	6.–7. Monat	J1:	12–14 Jahre
U6:	10.–12. Monat		

ren Gesundheitsgefährdungen, nicht allein vor Krankheiten. Unfälle sind beispielsweise die häufigste Todesursache bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres. Die kinder- bzw. hausärztliche Betreuung im Rahmen der U-Untersuchungen leistet hier einen wichtigen Beitrag, zum Beispiel durch Elternberatung (über Unfallverhütung, Ernährung etc.) sowie durch die Kontrolle einer altersgerechten körperlichen und psychischen Entwicklung.

Die **Daten** der KiGGS-Studie ermöglichten erstmals bundesweit repräsentative Aussagen zu Ausmaß, Vollständigkeit und Determinanten der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Die Teilnahme der Kinder an den einzelnen Untersuchungen wurde über den Elternfragebogen erhoben. Das gelbe Untersuchungsheft sollte als Gedächtnisstütze zur Beantwortung herangezogen werden, denn besonders bei älteren Kindern steigt die Wahrscheinlichkeit erinnerungsbedingter Fehler (recall bias). Die untersuchte Gruppe ($n=7.352$) hatte Anspruch auf alle ambulanten Früherkennungsuntersuchungen des Vorschulalters (U₃ bis U₉) und konnte so auch hinsichtlich der Vollständigkeit der Inanspruchnahme untersucht werden. Es wurden die Daten von Kindern der Geburtsjahrgänge 1990 bis 2000 ausgewertet.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) stellt Daten zur Inanspruchnahme zur Verfügung, die auf Leistungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder beruhen. Einbezogen werden alle U-Untersuchungen, die bei gesetzlich versicherten Kindern durchgeführt wurden. Das ZI schätzt den Anteil der Untersuchten an allen anspruchsberechtigten Kindern im entsprechenden Alter je Kalenderjahr. Personenbezogene Aussagen sind nicht möglich. Sonderauswertungen zur geschätzten bundesweiten Inanspruchnahme der U-Untersuchungen liegen für 1997 bis 2008 vor.

Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen werden auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in den meisten Bundesländern erhoben.

Die möglichst vollständige Teilnahme aller Kinder ist deshalb aus medizinischer wie gesundheitspolitischer Sicht ein wichtiges Ziel.

Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Es existieren verschiedene Datenquellen zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, wobei die Erhebungsmethoden jeweils unterschiedlich sind. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird auf die Darstellung von Ergebnissen zu U₁, U₂ und J₁ verzichtet, da diese Untersuchungen nicht in allen zugrunde gelegten Datenquellen berücksichtigt werden. Die U₁ und U₂ haben überdurchschnittlich hohe Teilnahmequoten, da sie überwiegend noch in der Geburtsklinik erfolgen.

Aussagen zum gesamten Berichtszeitraum seit der Wiedervereinigung können punktuell auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK getroffen werden.

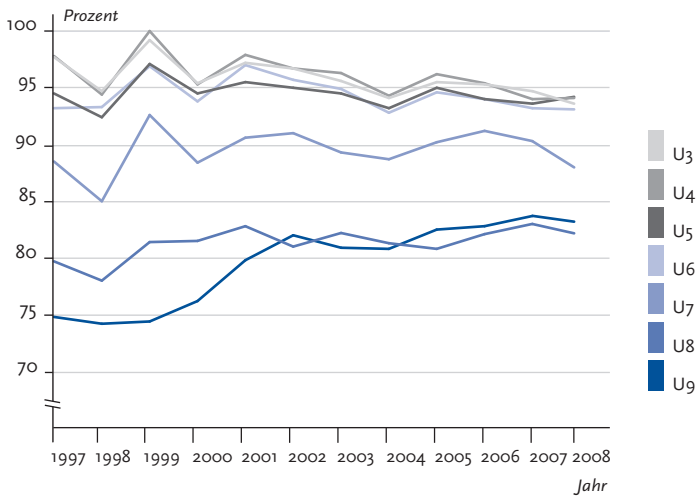
Für die frühen 1990er-Jahre liegen nur wenig repräsentative Daten zur Inanspruchnahme vor. Der AOK-Bundesverband wies, allerdings nur für die alten Bundesländer, für 1990 bis 1993 Teilnehmeraten von 90 bis fast 100 % bei den Säuglingsuntersuchungen U₃ bis U₆ aus, die Beteiligung an der erst im Jahr 1990 eingeführten U₉ war deutlich geringer und überstieg erst 1993 die 70 %-Marke (BzGA 1998). Im Jahr 1994 nahmen nach den Leistungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen 96 % aller gesetzlich versicherten Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen U₃ bis U₇ teil, bei der U₈ waren es 85 % und 69 % bei der U₉ (Statistisches Bundesamt 1998).

Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland liegen ab 1997 als Sonderauswertung vor, so auch die aktuellsten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2008. In allen Beobachtungsjahren von 1997 bis 2008 konnten Teilnehmeraten von konstant über 90 % bei allen Untersuchungen des ersten Lebensjahres (U₃ bis U₆) nachgewiesen werden. Insgesamt ist in den letzten Jahren ein leichter Rückgang der Beteiligung an diesen vier Untersuchungen festzustellen. Die Teilnahme an der U₈

Abbildung 5.3.1

Geschätzte Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 1997 bis 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung; eigene Darstellung



und U9 hat sich seit 2002 in etwa angeglichen und lag zuletzt bei ca. 83% mit insgesamt leicht steigender Tendenz (siehe Abbildung 5.3.1).

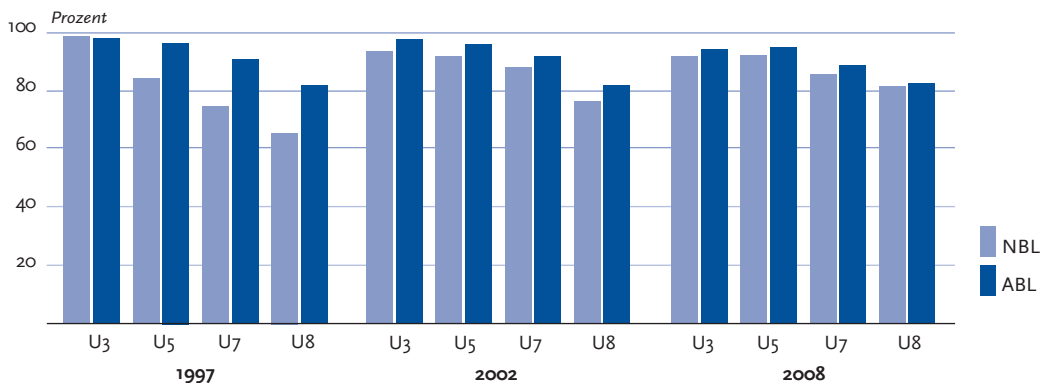
Regionale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen neuen und alten Bundesländern zeigten sich vor allem zu Beginn des betrachteten Zeitraums durch eine niedrigere Beteiligung in den neuen Ländern. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass in der DDR die Kinderuntersuchungen in den Betreuungsinstitutionen durchgeführt wurden und vor 1990 Untersuchungen kaum verpasst werden konnten, da Amtsärzte

die Kinder dort aufgesucht haben. Die Familien in den neuen Bundesländern mussten sich auf ein anderes Untersuchungsprogramm neu einstellen. Darüber hinaus zeigten neu eingeführte Untersuchungen, wie z. B. die U9 (1990), in den alten Bundesländern ebenfalls zunächst niedrige Inanspruchnahmeraten. Die Differenz zwischen den Teilnahmeraten in den neuen und alten Bundesländern haben sich in den letzten ca. 10 Jahren stark angenähert. Durchgehend zeigt sich aber eine geringere Teilnahmequote bei älteren Kindern (siehe Abbildung 5.3.2).

Abbildung 5.3.2

Geschätzte Inanspruchnahme von U3, U5, U7 und U8 in den Jahren 1997, 2002 und 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung; eigene Darstellung



Die KiGGS-Daten ermöglichen einen neuen Blick auf das Inanspruchnahmegeschehen, denn hier kann die Teilnahme personenbezogen (anonymisiert) ausgewertet werden. Die in KiGGS untersuchten Kinder durchliefen die Früherkennungsuntersuchungen zwischen 1990 und 2006. Die durchschnittlichen Inanspruchnahmeraten einzelner Untersuchungen lagen für die U₃ bei 95 % und bis einschließlich U₇ weiterhin oberhalb der 90 %-Marke. Auch die KiGGS-Daten belegen eine kontinuierliche Abnahme der Beteiligung mit dem Alter der Kinder. So nahmen an der U₉ im Mittel nur noch 86 % der Kinder teil. Gruppenunterschiede hinsichtlich Geschlecht oder Altersgruppe zeigten sich nicht. Bei der Unterscheidung nach Wohnregion war eine signifikant geringere Beteiligung in den neuen Bundesländern festzustellen und zwar besonders bei den Untersuchungen nach dem ersten Geburtstag. Bei Betrachtung der regionalen Daten im Zeitverlauf zeigte sich, dass sich die Zahlen zur Inanspruchnahme in den neuen und den alten Bundesländern stetig angenähert und fast angeglichen haben.

Deutliche Unterschiede ließen sich jedoch hinsichtlich Sozialstatus und Migrationshintergrund erkennen: Familien mit Migrationshintergrund und solche aus niedrigen Sozialstatusgruppen nutzen die Untersuchungen deutlich seltener als Familien aus den jeweils anderen (korrespondierenden) Gruppen (Kamtsiuris et al. 2007).

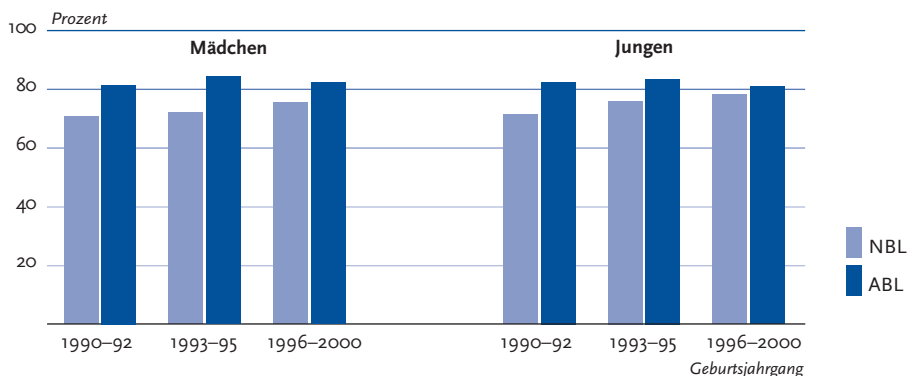
Ein weiterer Vorteil der KiGGS-Daten ist, dass die Vollständigkeit des Untersuchungsprogramms pro Kind abgebildet werden kann. Hin-

sichtlich der Vollständigkeit der Teilnahme sind dabei zwei Gruppen von besonderem Interesse: Der Anteil der Kinder, die alle Untersuchungen absolviert haben ist ein Indikator für die Akzeptanz und Reichweite des Früherkennungsprogramms in der Bevölkerung. Auf der anderen Seite gibt es jene Kinder, die zu keiner einzigen Untersuchung vorgestellt wurden und als Risikogruppe anzusehen sind, da in dieser Gruppe mit einem höheren Interventionsbedarf (Beratung oder Therapie) gerechnet werden muss. Insgesamt haben 81 % der Kinder vollständig an den U₃ bis U₉ teilgenommen, 3 % haben überhaupt keine dieser Untersuchungen erhalten.

Wird die Entwicklung der vollständigen Teilnahme nach der Region betrachtet, fällt auf, dass in den neuen Bundesländern weniger Kinder komplett an den Untersuchungen U₃ bis U₉ teilnahmen (siehe Abbildung 5.3.3). Der Unterschied fiel aber bei jüngeren Kindern (Geburtsjahr 1996 bis 2000) deutlich niedriger aus als bei älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Geburtsjahr 1990 bis 1992). Dies entspricht einer Angleichung der Regionen mit der Zeit.

Der Anteil der Kinder ohne jegliche Früherkennungsuntersuchung lag in den alten Bundesländern durchschnittlich bei 3 %, in den neuen Ländern bei 4 %. Auch bei diesem Aspekt der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen ist die Beteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus unterdurchschnittlich. KiGGS konnte zudem zeigen, dass die Chance für das vollständige

Abbildung 5.3.3
Vollständige Inanspruchnahme von U₃ bis U₉ nach Geburtsjahr
Quelle: KiGGS



ge Durchlaufen des Früherkennungsprogramms steigt, wenn ein Kind keine älteren Geschwister hat (Kamtsiuris 2007).

Die Einschulungsuntersuchungen der Bundesländer geben Hinweise auf regionale Unterschiede der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, die jedoch bei den erwähnten methodischen Unterschieden nicht leicht zu interpretieren sind. Auch in diesen Daten finden sich jedoch im Allgemeinen die zuvor dargestellten Befunde: relativ hohe Beteiligungsraten im ersten Lebensjahr (in der Regel oberhalb von 90 %) und eine abnehmende Teilnahmequote mit steigendem Alter der Kinder (vgl. Gesundheitsberichterstattung der Länder, hier exemplarisch: Einschulungsuntersuchungen in Berlin, NRW und Sachsen). Die Teilnahmeraten von Kindern ausländischer Herkunft sowie von Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status sind z. B. in Berlin bei allen Einzeluntersuchungen und auch bei der vollständigen Inanspruchnahme geringer als bei den Kindern der jeweils anderen Gruppe. Bei ausländischen Kindern gibt es große Unterschiede abhängig vom Herkunftsland (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, 2009).

Fazit

Unterschiedliche Teilnahmeraten in den neuen und alten Bundesländern haben sich aktuell fast vollständig aufgehoben. Ein stabiler Trend, der sich in den Analysen aller Datenquellen findet, ist der Rückgang der Inanspruchnahme mit dem Alter. Die Ursache dafür sind bislang unzureichend untersucht. Möglicherweise erleichtern die relativ kurzen Abstände zwischen den Untersuchungsterminen im ersten Lebensjahr die regelmäßige Teilnahme. Auch könnte die elterliche Unsicherheit bei Säuglingen größer sein als bei älteren Kindern und deshalb zu einer stärkeren Inanspruchnahme führen.

Verpasste Untersuchungen können bei älteren Kindern und deren Familien lange Intervalle ohne kinderärztliche Begleitung bedeuten. Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen, insbesondere ab der U7, sollte auch deshalb weiter verbessert werden.

Kinder aus sozial stark belasteten Familien (z. B. materielle Armut, alleinerziehende Eltern, Eltern mit psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen) und Kinder mit Migrationshintergrund haben in vieler Hinsicht geringere Gesundheitschancen als andere, nehmen aber gleichzeitig deutlich seltener an den Vorsorgeuntersuchungen teil (Lampert et al. 2005; Schenk et al. 2008). Untersuchungstermine werden leichter versäumt, wenn Familien stark belastet sind oder wenn Eltern das Angebot nicht kennen.

Eine Nichtteilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen kann Hinweise auf mögliche Hilfs- und Unterstützungsbedarfe in den Familien geben (Arbeitsgemeinschaft der oberen Landesgesundheitsbehörden 2008). Einige Bundesländer haben deshalb »Positivmeldungen« eingeführt, das heißt Ärztinnen und Ärzte melden die durchgeführten Untersuchungen an die Gesundheitsämter, welche dann die Familien der »fehlenden« Kinder kontaktieren und an die Untersuchung erinnern.

Auch auf Basis einer Verbesserung der freiwilligen Teilnahme gibt es vielversprechende Ansätze. Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme wurden z. B. vom Berufsverband der niedergelassenen Kinderärzte (BVKJ) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) initiiert: Die Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?« (www.ich-geh-zur-u.de) vernetzt Kitas und Kinderarztpraxen mit dem Ziel, die Inanspruchnahme der U8 und U9 zu erhöhen. Die Evaluation der Pilotphase ergab eine Steigerung der Teilnahme in den untersuchten Regionen um 16 %, bei ausländischen Eltern sogar um 31 %. Erste Ergebnisse lokaler Netzwerke fallen ebenfalls positiv aus (BZgA 2004, 2008). Wichtig sind weitere Anstrengungen zur besseren Einbindung von Familien in sozial benachteiligten Lebensumständen, vorzugsweise durch interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Akteure (Kinderärzte, KiTa, Öffentlicher Gesundheitsdienst).

Neben der weiteren Verbesserung der Teilnahme an den U-Untersuchungen ist auch eine Überarbeitung und Neubewertung inhaltlicher und zeitlicher Aspekte des Früherkennungsprogramms von Bedeutung. Auch bei Kindern hat sich das Krankheits- und Risikospektrum in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Eine Aktuali-

sierung des Untersuchungsprogramms wird aktuell von medizinischen Fachverbänden und Politik intensiv vorangetrieben. Diskutiert wird beispielsweise die Aufnahme weiterer Untersuchungen im Schulalter, da die Termine zur Früherkennung eine niedrigschwellige Möglichkeit darstellen, Kinder und ihre Familien in dieser Entwicklungsphase zu erreichen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der oberen Landesgesundheitsbehörden (2008) Ergebnisse der Länderumfrage zu bewertenden Umsetzungsstrategien für die Prävention von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen
www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0504_Anlage_Laenderumfrage.pdf
 (Stand: 08.09.2009)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (1998) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 3: Gesundheit von Kindern, – Epidemiologische Grundlagen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Pressemitteilungen zur Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?«
www.bzga.de/?uid=a81279594913822bfcd4cfc13fi5fe3&id=pressearchiv&jahr=2004&nummer=252
 (Stand: 21.08.2009)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) Pressemitteilungen zur Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?«
www.bzga.de/?uid=a81279594913822bfcd4cfc13fi5fe3&id=pressearchiv&jahr=2008&nummer=499
 (Stand: 21.08.2009)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung. Bundesanzeiger Nr. 159 (1998); Bundesanzeiger Nr. 133 (2008), S 3236
www.g-ba.de/downloads/62-492-281/RL_Jugend_2008-06-19.pdf (Stand: 27.08.2009)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (»Kinder-Richtlinien«). Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 (1976); Bundesanzeiger Nr. 114 (2009), S 2672
www.g-ba.de/downloads/62-492-355/RL_Kinder_2009-06-18.pdf (Stand: 27.08.2009)
- Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin
www.gsi-berlin.info (Stand: 07.09.2009)
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
- Lampert T, Saß AC, Häfeliinger M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U et al. (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat I A(Hrsg) (2009) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007, Berlin
www.gsi-berlin.info (Stand: 07.09.2009)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

5.4 Gesundheitsförderung

- ▶ In Ost- und Westdeutschland dominierten bis zum Ende der 1970er-Jahre Konzepte der Gesundheitsvorsorge und -erziehung, die den Einfluss der individuellen Lebensverhältnisse nur wenig berücksichtigten.
- ▶ Ab den 1980er-Jahren rückte in den alten Bundesländern zunehmend die Bedeutung der individuellen Ressourcen sowie der Lebenswelten in den Blick.
- ▶ Seit der Wiedervereinigung haben sich im Bereich Gesundheitsförderung verschiedene Akteure auf Bundes- und Länderebene sowie unter privater Trägerschaft etabliert.
- ▶ Gesundheitsförderung sollte vor allem im Setting stattfinden, um Menschen in ihren Lebenswelten besser zu erreichen und gesundheitsfördernde Maßnahmen gezielter umsetzen zu können.
- ▶ Die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteure und Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist gegenwärtig eine vordringliche Aufgabe.

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken, während sich primäre Prävention vor allem auf spezifische Risiken und Belastungen bezieht. Neben der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen durch persönliche Kompetenzen strebt Gesundheitsförderung an, die gesundheitsrelevanten Lebenswelten, die so genannten Settings, gesundheitsförderlich zu gestalten (Rosenbrock, Michel 2007). Betrieb, Schule, Kindergarten, Krankenhaus, Hochschule, Gemeinde oder Wohnquartier sind wichtige Settings der Gesundheitsförderung. Durch die aktive Einbindung von Zielgruppen vor Ort ist es möglich, diejenigen Zielgruppen anzusprechen, die bislang für Gesundheitsförderung und Prävention am wenigsten interessiert werden konnten. So sind z. B. Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund im Setting Schule gut zu erreichen. Dadurch können gesundheitsfördernde Aktivitäten im Set-

ting dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Gesundheitschancen in der gesamten Bevölkerung zu erhöhen.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundes- und Länderebene beschrieben sowie die Umsetzung der Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben diesen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung werden exemplarisch die Entwicklung und Situation der Gesundheitsförderung in zwei zentralen Settings – dem Betrieb und der Schule – vorgestellt.

Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundesebene

In der DDR und BRD dominierten bis zum Ende der 1970er-Jahre biomedizinische Konzepte der Gesundheitsvorsorge und -erziehung, die den Einfluss der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit nicht berücksichtigten. In der Bundesrepublik wurde mit der Einrichtung des »Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung« im Jahr 1954 (der späteren Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. bzw. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.) sowie mit der Gründung der »Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung« (BZgA) in Köln 1967 Institutionen geschaffen, die sich vor allem um die Gesundheitserziehung des Einzelnen bemühten. Eine vergleichbare Aufgabe nahm in der DDR das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden mit den Gründungen des »Instituts für Gesundheits-erziehung« und des »Instituts für biologisch-anatomische Anschauungsmaterialien« im Jahr 1967 wahr (Franzkowiak, Sabo 1993).

In der DDR war die Gesundheitspolitik staatlich-zentralistisch gestaltet. Hier wurde die staatliche Verantwortung für eine allgemeine Prophylaxe betont und der Ansatz der Gruppenprävention verfolgt. Gesundheitserziehung und -vorsorge wurden in der DDR als allgemeine sozialpolitische Aufgaben begriffen. Als Resultat wurden beispielsweise Massenimpfungen und Reihenuntersuchungen in Schulen und Betrieben eingeführt (RKI 2006).

In der BRD rückten bereits seit den 1980er-Jahren verstärkt die sozialen Verhältnisse und ihre Bedeutung für die Gesundheit in den Blick. Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung fand ein Paradigmawechsel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit statt. Gesundheit wird nun als Prozess definiert, der in den konkreten Lebenszusammenhängen stattfindet. Ziel ist dabei, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Als Leitgedanke gilt, dass Gesundheitsförderung Aufgabe aller Politikbereiche ist. Die Ottawa-Charta benennt drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung:

1. Anwaltschaft für Gesundheit (advocate): Das aktive Eintreten für Gesundheit durch das Beeinflussen politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller und biologischer Faktoren.
2. Befähigen und Ermöglichen (enable): Kompetenzförderung und Empowerment (Stärkung), vor allem um gesundheitliche Ungleichheit zu beseitigen und größtmögliche Gesundheitspotenziale zu verwirklichen.
3. Vermitteln und Vernetzen (mediate): Kooperation innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens (WHO 1986; Trojan, Legewie 2001).

Im Jahr 1989 wurde durch die Einführung des § 20 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) Prävention im Sinne von Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik gesetzlich verankert. Dabei erhielten die gesetzlichen Krankenkassen einen allgemeinen Präventionsauftrag, der im Jahr 1996 wegen ausgabenpolitischer Gründe wieder aus dem SGB V gestrichen wurde. Erhalten blieb der Auftrag der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit wurde die Weiterentwicklung der primären Prävention im Gesundheitswesen unterbrochen. Mit der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung

erhalten (RKI 2006), zugleich werden sie verpflichtet, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Der § 20 SGB V gibt einen Ausgabenrahmen für primäre Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen vor; dieser wurde für das Jahr 2008 mit 339 Millionen Euro um das 1,7-fache überschritten (Wanek, Schreiner-Kürten 2009). Siehe dazu auch Abschnitt »Primärprävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen« in diesem Kapitel.

Präventionsorientierte Regelungen sind darüber hinaus in zahlreichen anderen Gesetzen auf Bundes- und Landesebene enthalten, wie z. B. in den Sozialgesetzbüchern zur Arbeitsförderung (SGB III), der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Weitere Gesetzesfelder sind Schule und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) (Walter 2003). Verschiedene Akteure auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene bieten auf der Grundlage dieser gesetzlichen Regelungen primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen an. Dazu gehören staatliche Institutionen, öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger. Jedoch fehlt es nach wie vor an Transparenz, Vernetzung und Koordinierung, sodass Synergieeffekte trotz vieler positiver Ansätze und zahlreicher Akteure bislang nicht immer genutzt werden können.

Seit Ende der 1990er-Jahre hat die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitspolitischen Reformdiskussion einen neuen Stellenwert erhalten. Im Jahr 2002 wurde auf Initiative der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) gegründet, in dem über 70 wesentliche Akteure des Gesundheitswesens zusammengeschlossen waren. Diese arbeiteten bei der Entwicklung und Umsetzung breitenwirksamer, ganzheitlicher Präventionskonzepte und der Bündelung der verschiedenen Präventionsaktivitäten und -strategien in Bund, Ländern und Kommunen zusammen. Mit der Identifikation der prioritären Handlungsfelder »Gesunde Kindergärten und Schulen«, »Betriebliche Gesundheitsförderung« und »Gesund altern« wurden drei

wesentliche Aufgabenbereiche abgesteckt. Am 21. November 2007 hat das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung seine Arbeit unter diesem Namen und in dieser Organisationsform offiziell beendet. Die Aufgaben werden nun durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) fortgeführt, die davor den Namen Bundesvereinigung für Gesundheit trug und in der bis auf wenige Ausnahmen alle ehemaligen Mitglieder des DFPG mitarbeiten (www.bvpraevention.de). Derzeit (Stand August 2009) sind in der BVPG 127 Institutionen und Verbände für Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeschlossen. Die Bundesvereinigung hat – u. a. durch Mitwirkung in zentralen Bundesgremien wie z. B. dem Ständigen Koordinierungsausschuss der BZgA, der Beratenden Kommission zur Umsetzung des § 20 SGB V oder der AOLG-Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin – maßgeblichen Anteil an der fachlichen und politischen Diskussion und an der praktischen Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Ihre Arbeit wird in den Ländern durch die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) ergänzt, die die Koordination und Kommunikation im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich auf der Landesebene übernehmen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (www.bzga.de) ist heute eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind die Entwicklung und Durchführung wissenschaftlich fundierter, bundesweiter Informations- und Kommunikationsaufgaben (z. B. Kampagnen) in wichtigen Präventionsfeldern sowie die bundesweite Sicherung der Qualität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Auf Bundesebene wurde im Jahr 2003 von der BZgA der Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« initiiert, mit inzwischen 53 Partnerorganisationen (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Im Rahmen der Arbeit des Kooperationsverbundes begann im Jahr 2004 der Aufbau von so genannten »Regionalen Knoten« in den Ländern, die den Informationsaustausch und die Vernetzung der Akteure zur Stärkung soziallagenbezogener

Gesundheitsförderung unterstützen. Parallel zu diesen Entwicklungen haben sich seit dem Jahr 2000 Kostenträger, Leistungserbringer, Politik und Verwaltung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, Patient(inn)enorganisationen, Sozialpartner, Industrie, Wissenschaft, Berufs- und Fachverbände unter dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (www.gesundheitsziele.de) zusammengeschlossen, um ihre Aktivitäten in der Prävention und Gesundheitsförderung an Gesundheitszielen zu orientieren und systematisch zu vernetzen. Mit der abgestimmten Erarbeitung von Gesundheitszielen soll auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse ein gemeinsamer Handlungsrahmen geschaffen werden, um mit geeigneten Maßnahmen die Gesundheit der Bevölkerung bei den dringendsten Gesundheitsproblemen zu verbessern. Durch Evaluation sollen die Gesundheitsziele überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Insgesamt wurden bislang sechs Nationale Gesundheitsziele entwickelt. Dazu zählen: »Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln«, »Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen«, »Tabakkonsum reduzieren«, »Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung« »Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken« und »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln« (GVG 2009).

Entwicklung und Aufgaben der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung

Im Juli 2009 arbeiten in 14 Bundesländern insgesamt 13 Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) – die Länder Berlin und Brandenburg haben eine gemeinsame LVG. In Baden-Württemberg und Nordrhein Westfalen bestehen keine Landesvereinigungen. Hier übernehmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landesgesundheitsamtes (Baden-Württemberg) bzw. des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit (Nordrhein-Westfalen) Aufgaben von Landesvereinigungen. Alle Landesvereinigungen sind als eingetragene Vereine organisiert. Mitglieder sind Institutionen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitsbereich und daran angrenzenden Handlungsfeldern, beispielsweise

gesetzliche Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Landessportbünde, Kliniken oder Selbsthilfverbände. Die Namensgebung der eingetragenen Vereine ist länderspezifisch unterschiedlich, im Folgenden wird einheitlich die Bezeichnung »Landesvereinigung (LVG)« verwendet.

Der Aufbau von Landesvereinigungen begann in den Ländern der alten Bundesrepublik Ende der 1950er-Jahre (Hessen) und setzte sich in den 1960er- und 1970er-Jahren fort. Ende 1989 arbeiteten in den elf alten Bundesländern (einschließlich Berlin) sechs Landesvereinigungen. Unmittelbar nach dem Mauerfall begann der Aufbau von Landesvereinigungen in den neuen Bundesländern. Bereits im Jahr 1990 entstanden die Landesvereinigungen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, deren Arbeitsschwerpunkt die (medizinischen) Prävention wurde. Eine organisatorische Einbindung erfolgte bei den Gesundheitsämtern. Der Strukturaufbau in den neuen Bundesländern wurde durch Landesvereinigungen der alten Bundesländer sowie durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) – die damals noch »Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe)« hieß – begleitet. In Thüringen beispielsweise unterstützte die HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. beratend den Aufbauprozess, Sachsen wurde von der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) unterstützt. Finanzierungsstrukturen, personelle und finanzielle Ausstattung sowie die Arbeitsaufgaben und Ziele variieren stark zwischen den Bundesländern. Der überwiegende Teil der Landesvereinigungen erhält eine institutionelle Grundfinanzierung seitens der Landesministerien für Gesundheit und akquiriert ergänzende Mittel im Rahmen von Projekten oder Aufträgen.

Alle Landesvereinigungen teilen das gemeinsame Verständnis von Gesundheitsförderung als einer politikfeld- und professionsübergreifenden Aufgabe, auch außerhalb des engen Gesundheitsbereiches. Für ihre Arbeit ist die Ottawa-Charta der WHO der wichtigste konzeptionelle Bezugspunkt. Die dort formulierten zentralen Handlungsstrategien (siehe oben) sind die Grundlage der LVG-Aktivitäten.

Das Spektrum der LVG-Aktivitäten umfasst die

- ▶ Durchführung von Fachveranstaltungen,
- ▶ Koordinierung und Begleitung von Arbeitskreisen,
- ▶ Schulung und Qualifizierung,
- ▶ Erstellung von Informationsmaterialien,
- ▶ Durchführung von Modellprojekten,
- ▶ Fachliche Begleitung und Beratung von Institutionen und Projekten,
- ▶ Begleitung landesweiter Gesundheitszielprozesse.

Punktuell arbeiten die Landesvereinigungen auch im Rahmen länderübergreifender Projekte zusammen, beispielsweise die Vereinigungen aus Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz im Projekt »Gesund Leben Lernen« zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung oder zur Auditierung »Gesunder KITAS« und »Gesunder Schulen«. Zu den Aktivitäten mit bundesweiter Ausstrahlung gehören daneben auch der von Gesundheit Berlin-Brandenburg jährlich durchgeführte Kongress »Armut und Gesundheit« (www.armut-und-gesundheit.de) oder das Projekt »quint-essenz Projektmanagement und Qualitätsentwicklung« der LVG Bremen (www.lv-gesundheitbremen.de/home/projekte/). Alle Landesvereinigungen wie auch die BVPg sind Gründungsmitglieder des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (siehe oben). Die seit dem Jahr 2004 bestehenden länderbezogenen »Regionalen Knoten« sind bei den Landesvereinigungen als Träger angesiedelt, um mit ihrer Arbeit an die bereits bestehenden Strukturen und Netzwerke anknüpfen zu können. Seit dem Frühjahr 2009 sind alle Landesvereinigungen auch Träger von Zentren für Bewegungsförderung. Diese Vernetzungsstellen werden im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Primärprävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen

Wichtiger Akteur der Gesundheitsförderung ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Rechtsgrundlage für Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen bilden die §§ 20 und 20a des Fünften Sozialgesetzbuchs. Die gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen der primären Prävention und sind in die Bereiche: **Setting-Ansatz, individueller Ansatz** und **betriebliche Gesundheitsförderung** gegliedert. Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden in die Lebenswelten der Menschen, wie z. B. Kindergärten, Schulen, Kommunen oder Betriebe, eingebracht und richten sich sowohl an die Menschen selbst als auch auf die Rahmenbedingungen vor Ort. Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die Versicherte bei Interesse aufsuchen. Laut Gesetzesauftrag ist auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten. Die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für GKV-Leistungen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung werden im GKV-Leitfaden Prävention (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008) definiert und unter Einbeziehung externer Sachverständigen kontinuierlich dem aktuellen Kenntnisstand angepasst. Zur Qualitätssicherung wurden darüber hinaus von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und zwei wissenschaftlichen Instituten einheitliche Instrumente und Verfahren zur Evaluation der Aktivitäten entwickelt (Schröder et al. 2006).

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung werden seit dem Jahr 2001 kontinuierlich dokumentiert. Die Leistungen in allen drei Bereichen – dem nichtbetrieblichen Settingansatz, dem individuellen Ansatz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung – wurden seit der erstmaligen Erhebung kontinuierlich ausgeweitet. Eine Dokumentation nach Regionen bzw. Bundesländern existiert jedoch nicht. Im Jahr 2007 erreichten die Krankenkassen mit ihren Leistungen im ganzen Bundesgebiet rund 4,2 Millionen Versicherte. Weitere 2,4 Millionen Versicherte profitierten indirekt von den initiierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z. B. durch betriebliche Gesundheitszirkel, deren Ergebnisse in den Arbeitsalltag umgesetzt wurden und damit allen

Beschäftigten zugute kamen (MDS 2008). Insgesamt gaben die gesetzlichen Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung 339 Millionen Euro im Jahr 2008 aus, das entspricht 4,82 Euro je Versichertem. Damit wurde das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von zurzeit 2,82 Euro je Versichertem deutlich überschritten. Der Schwerpunkt der GKV-geförderten Prävention liegt auf den Leistungen des so genannten individuellen Ansatzes, den Gesundheitskursen. Hierfür werden ca. 83 % der Mittel verwendet. Für die betriebliche Gesundheitsförderung werden 11 % und für die Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings und Lebenswelten werden lediglich 6 % der Ausgaben investiert. Aus der Sicht der Krankenkassen ist es offenbar attraktiver, ihren jeweils eigenen Versicherten individuelle Maßnahmen, z. B. Ernährungs- oder Rückenurse, anzubieten, als in Settings zu investieren, z. B. Schulen und Kindertagesstätten, wo von den Aktivitäten auch Kinder und Eltern aus anderen Krankenkassen profitieren würden. Obwohl eine Abstimmung und Kooperation unter den Krankenkassen in diesen Settings inhaltlich wünschenswert wäre, sind Kooperationen eher die Ausnahme (Wanek, Schreiner-Kürten 2009).

Für die Jahre 2008 und 2009 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen erstmalig quantifizierbare bundesweite Präventionsziele gesetzt, die in Ober- und Teilziele untergliedert sind. Diese sollen Impulse für die Aktivitäten der Krankenkassen geben. Ein Oberziel für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz ist, die salutogenen Potenziale – die gesunderhaltenden bzw. -fördernden Möglichkeiten in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen auszuschöpfen. So sollen beispielsweise die Anzahl an Kindertagesstätten sowie Schulen mit etablierten Steuerungskreisen (Entscheidungsgremium, in dem alle Interessenvertreter und Experten zur Prävention im jeweiligen Setting vertreten sind) innerhalb der nächsten zwei Jahre um 20 % bzw. 10 % gesteigert werden. Als Gesundheitsförderungsziel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird u. a. eine Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen sowie Gesundheitszirkeln (Arbeitsgruppen mit dem Ziel gesundheitliche Probleme aus der Sicht der Betroffenen anzugehen und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten) um 10 % innerhalb von

zwei Jahren definiert. Als Teilziele sind jeweils die Ausweitungen bestimmter Maßnahmen formuliert. Ausgangsbasis für die Messung der künftigen Zielerreichung sind die Daten des aktuellen Präventionsberichtes 2008. Die Ergebnisse hinsichtlich der Zielerreichungen werden sich in den kommenden Präventionsberichten widerspiegeln (MDS 2008).

Gesundheitsförderung im Setting Schule

Erst durch den mit der Ottawa-Charta verbundenen Paradigmawechsel wurde die traditionelle Gesundheitserziehung an Schulen um Maßnahmen der Gesundheitsförderung erweitert. Die schulische Gesundheitsförderung hat seitdem eine stetige Weiterentwicklung durchlaufen. Zunächst stand die an bestimmtem Risikoverhalten orientierte Förderung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen der Schülerinnen und Schüler im Mittelpunkt. Seit den 1990er-Jahren verbreitete sich zunehmend das Konzept der gesundheitsfördernden Schule. Danach soll durch einen Schulentwicklungsprozess ein Setting geschaffen werden, welches die gesundheitsbezogene Lebenskompetenz der Schülerinnen und Schüler erhöht und die Arbeits- und Lernbedingungen an der Schule für alle Beteiligten verbessert. Entscheidend vorangetrieben wurde die schulische Gesundheitsförderung von den bundesweiten Modellversuchen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK), dem »Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen« (1993 bis 1997) und »OPUS – Offenes Partizipationsnetzwerk und Schulgesundheit« (1997 bis 2000).

Weitere Ergänzungen dieser Entwicklung stellen die Wiedereinführung der primären Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen im § 20 SGB V dar und die Berücksichtigung des Themas Gesundheit im Unterricht (BZgA 2004). Der Verbreitungsgrad, insbesondere von gesundheitsfördernden Maßnahmen, die auch Schulentwicklung umfassen, ist allerdings eher noch gering. Dies zeigt eine Studie der Leuphana Universität Lüneburg aus dem Jahr 2008. Hierfür wurden 105 überregional tätige Behörden, Nichtregierungsorganisationen und Unternehmen sowie 91 in Datenbanken und

im Internet recherchierte Institutionen schriftlich nach ihnen bekannten schulischen Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung befragt (Paulus, Witterriede 2008). 85 Einrichtungen beantworteten den Fragebogen und es wurden für 6.593 Schulen Angaben zu ganzheitlicher, schulischer Gesundheitsarbeit erfasst, worunter in dieser Untersuchung schulische Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung verstanden wurden. Das entsprach zum Zeitpunkt der Untersuchung 13,7 % aller Schulen in Deutschland. 43,5 % aller Maßnahmen dauerten zwischen fünf Monaten und drei Jahren, 42,4 % hatte einen Zeitrahmen von vier bis zu zehn Jahren und nur 14,1 % wurden länger als zehn Jahre durchgeführt. Die Mehrzahl der Aktivitäten fand an Grundschulen statt. Im Zentrum standen häufig themenspezifische Interventionen und Kompetenzförderung (62,4 %), Schul- und Unterrichtsorganisation (21,2 %), Kooperationsförderung/Vernetzung/Schulöffnung (12,9 %) und die Entwicklung von Projektinstrumenten oder Programmstrukturen (12,9 %). Diese Maßnahmen wurden entweder als Einzelschulprojekt oder als schulübergreifender Verbund oder Förderprogramm angestoßen oder durchgeführt. Bei einem Vergleich der Bundesländer fällt auf, dass Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin die meisten Aktivitäten zur schulischen Gesundheitsförderung aufweisen, wobei die überdurchschnittliche Anzahl an Aktivitäten in NRW auf das NRW-Netzwerk OPUS zurückzuführen sein dürfte, das die Schulen bei der ganzheitlichen Gesundheitsförderung seit vielen Jahren unterstützt. 32 % der Einrichtungen starteten Gesundheitsförderung aufgrund eines Eigeninteresses oder einer Problemlage, 25 % nahmen eine schulische Bedarfsanalyse zum Anlass, bei 21 % meldeten Externe wie Behörden oder Vereine Interesse an und 4 % wurden auf der Grundlage des § 20 SGB V aktiv (Paulus, Witterriede 2008).

Die schulische Gesundheitsförderung in Deutschland ist heute durch eine Vielfalt an Akteuren und Ansätzen gekennzeichnet. Es gibt Konzepte, die die Schule als gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte gestalten möchten. Daneben stehen Ansätze, die im Unterricht Gesundheit thematisieren, oder Programme, die versuchen,

Bezüge zwischen Schule und Kommune herzustellen (Paulus, Witteriede 2008).

Vor dem Hintergrund einer Strategie zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sollte stärker als bisher Wert darauf gelegt werden, dass im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen vor allem Haupt-, Sonder- und berufsbildende Schulen berücksichtigt werden (Altgeld 2006). Auch sollten die entsprechenden Interventionen nicht nur Einzelaspekte wie die Bewegungs- oder Sprachförderung, die Ernährungs- und Verkehrserziehung oder die Suchtprävention in den Blick nehmen, sondern durch eine programmatische Weiterentwicklung auf die komplexe Lebenssituation benachteiligter Familien zugeschnitten werden. Dies ist durch eine partizipative Organisationsentwicklung möglich, an der sowohl die Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern als auch die Erziehenden und Lehrenden beteiligt werden (Richter et al. 2004). Internationale Studien konnten zeigen, dass ganzheitliche, systematische und längerfristige Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung erfolgreicher sind als ein alleiniges themenspezifisches Vorgehen im Unterricht (Richter et al. 2004). Dies wird zunehmend in neueren Programmen berücksichtigt. Beispielhaft könnte der Ansatz der »gesunden guten Schule« sein, der Gesundheitsförderung im Dienst von Schul-, Bildungs- und Erziehungsqualität sieht. Er wurde von OPUS NRW und Anshub.de der Bertelsmann Stiftung sowie dem »bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz« formuliert. Die gute gesunde Schule fördert bei den Schülerinnen und Schülern Kompetenzen zum lebenslangen Lernen, wendet konsequent Erkenntnisse der Gesundheits- und Bildungswissenschaften an und fördert das Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein sowie die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler (Paulus, Witteriede 2008).

Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

Das Interesse für das Thema betriebliche Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Hintergrund hierfür ist vor allem ein Wandel der Arbeitswelt mit veränderten Anforderungen an die Beschäftigten und den sich daraus ergebenden Gesundheitsbelastungen (Giesert 2008; Badura 2006). Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung mit seiner Orientierung an den konkreten Alltagsproblemen im Betrieb und die Einbeziehung der Beschäftigten in die Problemlösung hat sich in den alten Bundesländern in den 1980er-Jahren aus kleinen Initiativen heraus entwickelt und in den Folgejahren relativ schnell professionalisiert (Kuhn 2008). Gesundheitsförderung im Betrieb umfasst, nach der so genannten Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP 1997), alle gemeinsamen Aktivitäten von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessern. Ziel ist es, Krankheit am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken, das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern sowie persönliche Kompetenzen zu stärken. Dies ist beispielsweise durch Optimierung der Arbeitsorganisation, die angenehme Gestaltung der Arbeitsbedingungen oder die Förderung der Mitarbeiterbeteiligung, z. B. durch Gesundheitszirkel, möglich.

Die Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung liegt bei den Unternehmen, die dabei von überbetrieblichen Akteuren, wie z. B. Sozialversicherungsträgern, Tarifvertragsparteien, Handwerkskammern und Innungen sowie privatwirtschaftlichen Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, unterstützt werden können. Die überbetrieblichen Akteure haben dabei vor allem beratende und unterstützende Aufgaben. Dazu zählen u. a. Aufklärung über den Nutzen, Vermittlung von Prozessverständnis und Instrumentenkenntnis, Qualifizierung, Beratung, Vernetzung, Begleitung, Moderation sowie Evaluation und Schaffung und Pflege von geeigneten Anreizen (Rosenbrock 2008). Eine besondere Rolle spielt hierbei die gesetzliche Krankenversicherung, deren Auftrag für die betriebliche Gesundheitsförderung in § 20 Abs. 2 Satz 1 und in § 65a Abs. 3 SGBV gesetzlich geregelt ist. Für Unternehmen

bedeutet dies, dass die Krankenkassen neben einem möglichen Bonusanreiz auch begrenzte Mittel zur finanziellen Förderung der Maßnahmen selbst bereitstellen. Ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt bzw. (teil-)finanziert werden, steht allerdings im Ermessen der Kassen (Wellmann 2007).

Seit einigen Jahren gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Bestrebungen, im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, eine Systematisierung und Professionalisierung voranzutreiben. So wurde im Jahr 2002 das »Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung« (DNBGF, www.dnbgf.de) gegründet. Die Ziele bestehen u. a. in einer verbesserten Kooperation zwischen den Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Verbreitung. Außerdem sollen der internationale Erfahrungsaustausch intensiviert sowie Forschungs- und Praxisergebnisse aufbereitet werden (Wellmann 2007). Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die Aktivitäten der von der Bundesregierung ins Leben gerufene »Initiative Neue Qualität der Arbeit« (INQA: www.inqa.de) (Schröer et al. 2006). INQA ist ein Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und engagierten Unternehmen, die u. a. eine gesellschaftliche Debatte zum Thema »Zukunft der Arbeit« initiieren, um die Interessen der Menschen an positiven, gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit den Anforderungen wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze zu verbinden. Auch im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) war »betriebliche Gesundheitsförderung« ein zentrales Handlungsfeld, welches nach der Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) in einer Arbeitsgruppe weiter bearbeitet wird. Diese wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geleitet und durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unterstützt und versteht sich als Plattform zum Informationsaustausch und zur Förderung der Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb.

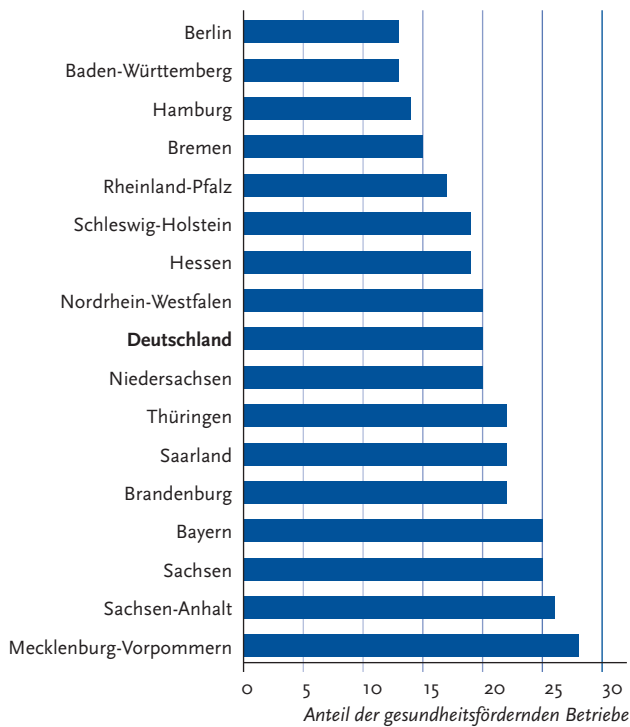
Bezüglich der Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist festzustellen, dass sie in weiten Bereichen der Wirtschaft keine oder nur

eine marginale Rolle spielt. Dies gilt vor allem für die öffentliche Verwaltung, für Niedriglohnbranchen und für Kleinbetriebe. Die Fokussierung auf große Betriebe liegt sicherlich an der günstigeren Kosten-Nutzen-Relation für die außerbetrieblichen Akteure. Mit wenigen Maßnahmen können dort sehr viele Beschäftigte erreicht werden. Hinzu kommt, dass es in größeren Betrieben oftmals bereits aufbaufähige Strukturen und professionelle Ansprechpartner gibt, was die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung erleichtern kann (Kuhn 2008; Holleederer 2007). Nach Daten des aktuellen Präventionsberichts der Krankenkassen wurden im Jahr 2007 ca. 627.000 Personen direkt oder indirekt von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V erreicht (MDS 2008). Zu beachten ist, dass im Präventionsbericht der Krankenkassen jedoch nur über die durch die Krankenkassen finanzierten Vorhaben berichtet wird. Eine Auswertung des IAB-Betriebspanels, eine repräsentative Befragung von Arbeitsgebern in Deutschland, die Betriebe aller Wirtschaftszweige und Betriebsgrößenklassen zu einer Vielzahl personalpolitischer Themen befragt, ergibt für die Jahre 2002 und 2004 ein etwas positiveres Bild: Nach Angaben von Arbeitgebern führten etwa ein Fünftel der Betriebe in Ost- und Westdeutschland Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten durch (Holleederer 2007). Auch diese Daten bestätigen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung hinsichtlich der Betriebsgrößen und Wirtschaftsbranchen sehr unausgewogen verbreitet ist. Eine unterdurchschnittliche Versorgung ist beispielsweise in den unternehmensnahen Dienstleistungen und ganz besonders im Gastgewerbe festzustellen. Darüber hinaus zeigen die Daten des IAB-Betriebspanels, dass die Anteile der gesundheitsfördernden Betriebe in den einzelnen Bundesländern variieren. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Bayern nannte mindestens jeder vierte befragte Betrieb in 2004 Gesundheitsförderungsmaßnahmen, während dies in Baden-Württemberg und Berlin nur bei rund jedem achtem Betrieb der Fall war. Insgesamt setzte in Ostdeutschland fast ein Viertel und in Westdeutschland knapp ein Fünftel der befragten Betriebe Gesundheitsförderungsmaßnahmen um (siehe Abbildung 5.4.1, Holleederer 2007).

Abbildung 5.4.1

Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe nach Bundesland 2004

Quelle: nach Holleder 2007



Die Ursachen für die Unterschiede zwischen den Bundesländern können vielfältig sein und z. B. durch die verschiedenen vorherrschenden Wirtschaftsstrukturen und Bedarfslagen begründet werden. Die etwas höheren Anteile an gesundheitsfördernden Betrieben in den neuen Bundesländern könnten möglicherweise historisch mitbedingt sein, d. h. durch frühere Strukturen und die Praxis des Betriebsgesundheitswesens zu DDR-Zeiten (z. B. vorgeschriebene Krankstandsanalysen) erklärt werden. Eventuell wirken sich in den Bundesländern aber auch unterschiedliche Angebotsstrategien der überbetrieblichen Partner, wie z. B. Landesverbände der Krankenkassen oder lokale Akteure, aus. Schließlich können auch politische Rahmenbedingungen, regionale Initiativen und Netzwerkaktivitäten einen Einfluss auf die Anzahl der Angebote haben (Holleder 2007). Einschränkend muss festgehalten werden, dass mit den Angaben des IAB-Betriebspanels keine Aussagen über die Qualität der Fördermaß-

nahmen wie Interventionstiefe, Komplexität oder Dauer gemacht werden können. Der aktuelle Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen zeigt zumindest, dass die Qualität der Projekte sich in den letzten Jahren leicht verbessert hat: So verlängerte sich die durchschnittliche Laufzeit der Projekte, die Zahl der verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen stieg, die Menge der durchgeführten Gesundheitszirkel erhöhte sich, und es wurden häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt (MDS 2008). Andererseits handelt es sich trotz dieser Verbesserungen immer noch in der Mehrzahl der betrieblichen Aktivitäten um zeitlich befristete Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention, ohne dass damit ein Prozess der Organisationsentwicklung, z. B. Veränderungen der Arbeitsorganisation und Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen angestoßen wird. Insgesamt besteht also weiterhin nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ Entwicklungspotenzial für betriebliche Gesundheitsför-

derung in Deutschland. Die Nachhaltigkeit stellt dabei eine der größten Herausforderungen dar (Kuhn 2008; Holleederer 2007). Besondere Probleme weist die betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) auf. Auch neuere, gesundheitlich belastende Arbeitsformen, wie z. B. befristete Beschäftigung, Leih- und Zeitarbeit, finden wenig Berücksichtigung. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Alterung der Belegschaft in den Unternehmen, gilt die betriebliche Gesundheitsförderung als geeignete Maßnahme, um den zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können (Bellmann et al. 2007; Wellmann 2007).

Ausblick

Neben Betrieben und Schulen gehören auch Kindertagesstätten und Stadtteile zu den wichtigen Settings der Gesundheitsförderung. Hierbei sind insbesondere partizipative Ansätze wichtig, die Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit fördern (Altgeld 2006). Interventionen der Gesundheitsförderung haben größte Erfolgschancen, wenn die Beteiligten vor Ort die Problemlagen und Gegenmaßnahmen gemeinsam definieren (Richter et al. 2004). Außerdem sollten die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Settings: Schule, Kita und Wohnquartier nicht unverbunden nebeneinander stehen, sondern sinnvoll miteinander vernetzt werden. Dafür gibt es bereits in verschiedenen Bundesländern und im Rahmen unterschiedlicher Projekte Vorbilder. Beispielsweise wurde in Niedersachsen das Konzept »Gesund in allen Lebenslagen« für Kindertagesstätten erarbeitet, welches die Förderung von Gesundheitspotenzialen sozial benachteiligter Mädchen und Jungen sowie deren Eltern in den Vordergrund stellt (Richter et al. 2004). Dabei werden unter Berücksichtigung von gehäuft vorkommenden Gesundheitsrisiken in den Kitas selbst Leitziele entwickelt, unterschiedliche Handlungsfelder benannt und die Umsetzung von Maßnahmen erprobt.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in der Gesundheitsförderung vor allem Settingansätze bewähren, spielt das Engagement nicht-öffentlicher, gemeinnütziger Träger sowie

des privaten Sektors in der Gesundheitsförderung eine zunehmend wichtige Rolle. Zukünftig wird es darauf ankommen, die Vielzahl der unterschiedlichen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene transparent zu koordinieren bzw. zu vernetzen. Gesundheitsförderung sollte nicht länger als ein isolierter Teil der Gesundheitsversorgung verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil der Gesamtpolitik – im Sinne der Ottawa-Charta der WHO. Damit wird Gesundheitsförderung zu einer intersektoralen Aufgabe, die im Idealfall beispielsweise den Bildungsbereich, die Wirtschafts-, Stadt- und Verkehrsplanung oder die Jugendarbeit einschließt. Dies macht Gesundheitsförderung zu einer komplexen und gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (Altgeld, Kolip 2004).

Die Sicherung der Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Umsetzung aussagekräftiger Evaluationen sollten durch die Praxis und durch Forschungsmaßnahmen weiter vorangebracht werden. Aufgrund der zunehmenden Vernetzung der Akteure der Gesundheitsförderung und der steigenden Anzahl von Fachkräften der Gesundheitsförderung, die in Studiengängen zur Gesundheitsförderung und zu Gesundheitswissenschaften ausgebildet werden, bestehen hier gute Aussichten. Außerdem gibt es bereits nennenswerte Initiativen, beispielsweise der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes bei sozial Benachteiligten (initiiert von der BZgA) oder das von der BZgA und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte Gutachter-Verfahren »Qualität in der Prävention« (QIP). Ergänzend sollten einerseits partizipative Qualitätsentwicklungsverfahren in Betracht gezogen werden und andererseits Methoden klinischer Studien (evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung) stärker Berücksichtigung finden (Kolip, Müller 2009). Eine Bestandsaufnahme und wissenschaftliche Analyse der praktizierten Qualitätssicherungsverfahren für primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wird darüber hinaus von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) durchgeführt. Auf Basis einer Befragung ihrer Mitglieder wird eine wissenschaftlich-empirisch fundierte Konsensbildung über angemessene Maßnahmen für die

Sicherung bzw. Stärkung der Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland angestrebt.

Der Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung als »vierte Säule« im System der Gesundheitssicherung – neben Kuration, Rehabilitation und Pflege – ist ein erklärtes gemeinsames Ziel der Gesundheitspolitik und konnte sich zunehmend als eines der zentralen Aufgabengebiete der Gesundheitsressorts auf allen Verwaltungsebenen entwickeln. In der Fachwelt besteht Konsens darüber, dass gesetzliche Grundlagen zu Kontinuität und einer verlässlichen Entwicklungsperspektive in der Prävention und Gesundheitsförderung beitragen (SVR 2009).

Literatur

- Altgeld T (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS-Verlag, Wiesbaden, S 389–404
- Altgeld T, Kolip P (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, S 41–51
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) *Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, Frankfurt am Main
- Badura B (2006) Betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse einer Expertenkommission der Bertelsmann- und Hans-Böckler-Stiftung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1: 47–50
- Bellmann L, Kistler E, Wahse J (2007) Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen. IAB Kurzbericht 21
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004) *Lehrkräfte, Schule und Gesundheit. Befragung von Lehrerinnen und Lehrern zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an bundesdeutschen Schulen*. BZgA, Köln
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997) *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/Luxemburger_Deklaration_05_09.pdf (Stand: 01.09.2009)
- Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg) (2003) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierungen*. Peter Sabo Verlag, Mainz
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2009) *Was sind Gesundheitsziele?*
- Giesert M (2008) *Prävention: Pflicht und Kür – es lohnt sich für Sie! Einführung*. In: Giesert M (Hrsg.) *Prävention: Pflicht und Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis*. VSA-Verlag, Hamburg, S 8–10
- www.gesundheitsziele.de (Stand: 02.09.09)
- Hollederer A (2007) *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004*. *Gesundheitswesen* 69: 63–76
- Kolip P, Müller VE (Hrsg) (2009) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Verlag Hans Huber, Bern
- Kuhn J (2008) *Gute Arbeit als Leitbild der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik*. In: Giesert M (Hrsg) *Prävention: Pflicht und Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis*. VSA-Verlag, Hamburg, S 166–175
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg) (2008) *Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007*. Essen
- Paulus P, Witteriede H (2008) *Schule – Gesundheit – Bildung. Bilanz und Perspektiven*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Richter A, Holz G, Altgeld T (2004) *Gesund in allen Lebenslagen – Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. ISS-Eigenverlag, Frankfurt
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
- Rosenbrock R, Michel C (2007) *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Rosenbrock R (2008) *Gesundheitsgerechte Arbeitswelt – fördernde und hemmende Bedingungen*. Vortrag auf dem Symposium der AG Recht und Politik in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Halle (Saale)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009
- www.svr-gesundheit.de (Stand: 11.08.2009)

- Schröer A, Sochert R, Voß KD (2006) Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1: 78–82
- Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main
- Walter U (2003) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Revidierte Fassung. Forschungsbericht 303. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
- Wanek V, Schreiner-Kürten K (2009) Finanzierung über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). *Impulse* Nr. 63: 4–5
- Wellmann, H (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung. *IQPR Forschungsbericht* Nr. 3: 39–48
- World Health Organization (WHO) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1: iii-v

6 Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in den neuen und alten Bundesländern verändert?

6.1 Ambulante medizinische Versorgung

- ▶ Die ambulante Versorgung in der DDR wurde medizinisch hauptsächlich durch Polikliniken, Ambulatorien, betriebliche Gesundheitseinrichtungen, Fachambulanzen und pflegerisch durch die Gemeindschwester gewährleistet.
- ▶ Die Struktur der ambulanten ärztlichen und nicht-ärztlichen gesundheitlichen Versorgung in den neuen Bundesländern ist innerhalb kurzer Zeit weitgehend an die der alten Bundesländer angeglichen worden.
- ▶ Sowohl in den neuen als auch den alten Bundesländern hat die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte insgesamt zugenommen.
- ▶ Auf die Gesamtbevölkerung bezogen ist die Arztdichte im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sowohl in den neuen als auch den alten Bundesländern seit 1991 angestiegen.
- ▶ In Bundesländern mit einem größeren Anteil älterer Menschen und eher ländlicher Struktur ist auch ein höheres Arzt-Einwohner-Verhältnis erforderlich. Die ist aktuell noch nicht gegeben.
- ▶ Bei Erwachsenen in den neuen Bundesländern ist eine etwas häufigere Arztinanspruchnahme als in den alten Bundesländern festzustellen.

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird in Deutschland maßgeblich von der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten geprägt. Die Vertragsärztinnen und -ärzte beeinflussen in vielfältiger Weise die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch in anderen Versorgungssektoren. Sie üben damit eine zentrale Steuerungsfunktion aus. Dies gilt insbesondere für den hausärztlichen Bereich. Daher konzentrieren sich die folgenden Ausführungen zur ambulanten Versorgung auf diesen Bereich sowie die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Seit 1999 sind in die vertragsärztliche Versorgung auch die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten einbezogen und in den regionalen kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Die mit der Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung betrauten Vertragszahnärztinnen und -ärzte sind Mitglieder der entsprechenden kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Krankenhausärztinnen und -ärzte sind im Rahmen von Ermächtigungen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. Privat Versicherte können auch Ärztinnen und Ärzte sowie andere Therapeutinnen und Therapeuten in Anspruch nehmen, die über keine Kassenzulassung verfügen. Im weiteren Sinne gehören zur ambulanten Versorgung noch die so genannten Durchgangsärzte, die bei Arbeits- und Wegeunfällen in Anspruch genommen und von der Unfallversicherung vergütet werden, die Amtsärztinnen und -ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die im Rahmen des Rettungsdienstes tätig werdenden Notärztinnen und -ärzte sowie die ärztliche Versorgung von Personen, die in Behinderten-, Alten- und Pflegeeinrichtungen leben. Seit 1996 ist die ambulante ärztliche Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich gegliedert.

Die Entwicklung des Angebots der ambulanten medizinischen Versorgung seit 1992 wird anhand der Entwicklung der Vertragsarztdichte nach Bundesland bzw. KV-Region (Daten der Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) nachgezeichnet. Hierbei wird zwischen Vertragsärztin-

nen und -ärzten in der hausärztlichen und solchen in der fachärztlichen Versorgung unterschieden. Zur Abbildung der Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung werden zum einen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu ambulanten ärztlichen Behandlungsfällen herangezogen. Zum anderen werden Daten aus dem nationalen Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts genutzt, um soziodemografische Einflussfaktoren auf die durchschnittliche Anzahl von selbstberichteten Arztkontakten in den letzten 12 Monaten zu analysieren. Soweit möglich erfolgt die Darstellung nach Bundesländern differenziert, um regionale Unterschiede herauszuarbeiten.

Strukturelle Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung hat in Deutschland seit der Wiedervereinigung tiefgreifende strukturelle Veränderungen erfahren. Im staatlich-zentralistischen Gesundheitssystem der DDR erfolgte die ambulante Versorgung überwiegend über Polikliniken mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Bedeutsam für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung waren darüber hinaus betriebliche Gesundheitseinrichtungen. Im Jahr 1989 waren 62 % von den ca. 20.500 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten der DDR in Polikliniken angestellt. Lediglich rund 340 waren in eigener Praxis tätig. Von den übrigen waren 18 % in Ambulatorien, 7 % in Staatspraxen und 11 % in sonstigen Einrichtungen (u. a. in betriebsärztlichen Sanitätsstellen) beschäftigt (Merten, Gerst 2006; Richter 2000; Roth 2009; Wasem 1997). Dem stand das föderalistische, nach dem Prinzip der Selbstverwaltung geregelte und im ambulanten Bereich fast ausschließlich von freiberuflich in eigenen Praxen tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten getragene Gesundheitssystem der Bundesrepublik gegenüber. Es erfolgte eine Übernahme des westdeutschen Organisationsmodells, wobei zunächst lediglich für einen Übergangszeitraum Polikliniken und Ambulatorien zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurden. Der Angleichungsprozess spiegelt sich in der 1991 einsetzenden Niederlassungswelle in den neuen Bundesländern wider. Bereits 1994

erfolgte die vertragsärztliche Versorgung zu 97 % durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Nur noch wenige der ursprünglich ca. 600 Polikliniken und rund 1.000 Ambulatorien waren erhalten geblieben (Roth 2009; Wasem 1997). Auf organisatorisch-struktureller Ebene war der Angleichungsprozess also sehr rasch vollzogen worden. Zur finanziellen Entlastung der GKV erfolgte die vertragsärztliche Vergütung in Ostdeutschland jedoch lange Zeit auf einem niedrigeren Niveau als in Westdeutschland. Erst mit Wirkung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) und dem ab 2009 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurde die Vergütung angeglichen. Teilweise parallel zur Systemanpassung sorgten seit Mitte der 1990er-Jahre mehrere Gesundheitsreformgesetze für strukturelle Veränderungen der ambulanten Versorgung im wiedervereinigten Deutschland (siehe Kapitel 2.3). Die Gesamtzahl der ausschließlich privat abrechnenden Ärztinnen und Ärzte ist weiterhin gering, hat sich aber von 3.000 im Jahr 1997 auf 5.900 im Jahr 2008 fast verdoppelt.

Der Frauenanteil in der vertragsärztlichen Versorgung liegt in den neuen Bundesländern mit 52 % im Jahr 2008 nach wie vor deutlich höher als in den alten Bundesländern mit 32 %. Noch ausgeprägter ist dieser Unterschied in der hausärztlichen Versorgung. Bei den fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten variiert der Frauenanteil sehr stark in Abhängigkeit vom Fachgebiet. Die höchsten Frauenanteile finden sich sowohl in den neuen als auch den alten Bundesländern in der Kinderheilkunde, der Psychotherapie und der Dermatologie. Das Durchschnittsalter aller vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte stieg zwischen 1993 und 2008 bundesweit von 47,5 auf 51,7 Jahre. Ende 2008 waren 18,1 % 60 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte lag 2008 bei 52 Jahren. Der Anteil ab 60-Jähriger betrug 20,7 %. Vor allem in ländlichen Versorgungsbereichen im Nordwesten und Nordosten Deutschlands ist die Altersverteilung der Hausärztinnen und -ärzte ungünstiger als im Bundesdurchschnitt (Bundesarztregister der KBV; KBV, BÄK 2007).

Vertragsärztliche Versorgung insgesamt

Die Zahl der insgesamt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (Vertrags-, angestellte, Partner- und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte) ist zwischen 1993 und 2008 in Deutschland um 17 % auf 135.388 gestiegen. Der relative Anstieg in Westdeutschland (einschließlich Berlin) fiel dabei mit 19 % auf 115.091 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte doppelt so hoch aus wie in Ostdeutschland mit 9 % auf 20.297. Der Anteil der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte war 2008 in den neuen Ländern mit 9,3 % höher als in den alten mit 7,6 %. Zwischen 1999 und 2008 sank die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte bundesweit von insgesamt 59.290 auf 58.095, wohingegen die Anzahl der fachärztlich tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte von 53.891 auf 62.377 anstieg. Seit 2005 überwie-

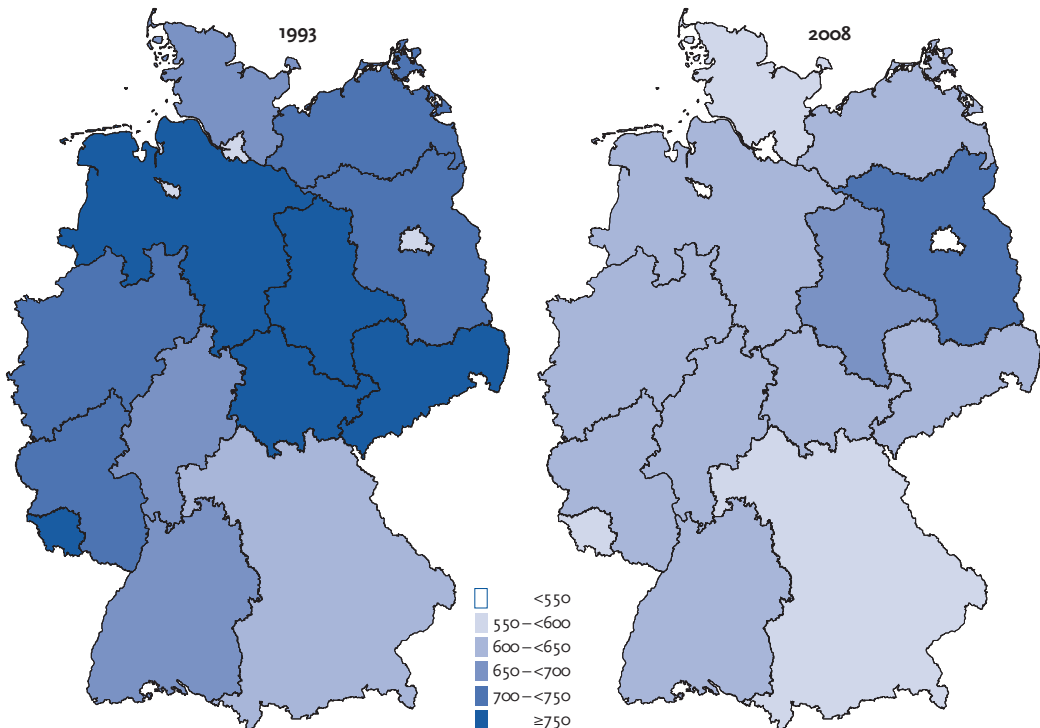
gen die letztgenannten. Ihr Anteil an der vertragsärztlichen Versorgung hat im Jahr 2008 51,8 % erreicht (Bundesarztregister der KBV).

Auch gemessen an der Zahl der Personen, die rechnerisch von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt versorgt werden, hat die Vertragsarztdichte zwischen 1993 und 2008 sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern kontinuierlich zugenommen. Während im Jahr 1993 in Westdeutschland (einschließlich Berlin) eine Ärztin bzw. ein Arzt auf 690 Einwohner kam, betrug das Verhältnis im Jahr 2008 1:600. Die entsprechenden Zahlen für Ostdeutschland lagen bei 772 bzw. 645 Einwohner pro Arzt, d. h. der Unterschied zwischen beiden Teilen Deutschlands ist deutlich geringer geworden. Allerdings ist die Verteilung des Indikators innerhalb beider Regionen sehr inhomogen. Sie streut im Jahr 2008 in den neuen Bundesländern zwischen 619 Einwohnern pro Arzt in Thüringen und 715 in Brandenburg und in den alten Bundesländern

Abbildung 6.1.1

Einwohner je an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärztin bzw. Arzt nach Bundesland 1993 und 2008

Quelle: Bundesarztregister der KBV



zwischen 450 in Bremen und 640 in Niedersachsen (siehe Abbildung 6.1.1).

Hausärztliche Versorgung

Anders entwickelte sich dagegen der hausärztliche Versorgungsbereich. An der hausärztlichen Versorgung sind seit 1996 Ärztinnen und Ärzte mehrerer Fachgruppen beteiligt. Bundesweit stellten im Jahr 2008 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit 57 % die Mehrheit der Hausärztinnen und -ärzte, gefolgt von den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten mit rund 20 %. Der Anteil von Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin an der Gesamtzahl der hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte ist bundesweit seit 1999 mit rund 10 % stabil geblieben. Da eine Niederlassung als Praktische Ärztin bzw. Praktischer Arzt nicht mehr möglich ist, sinkt deren Anteil an der hausärztlichen Ver-

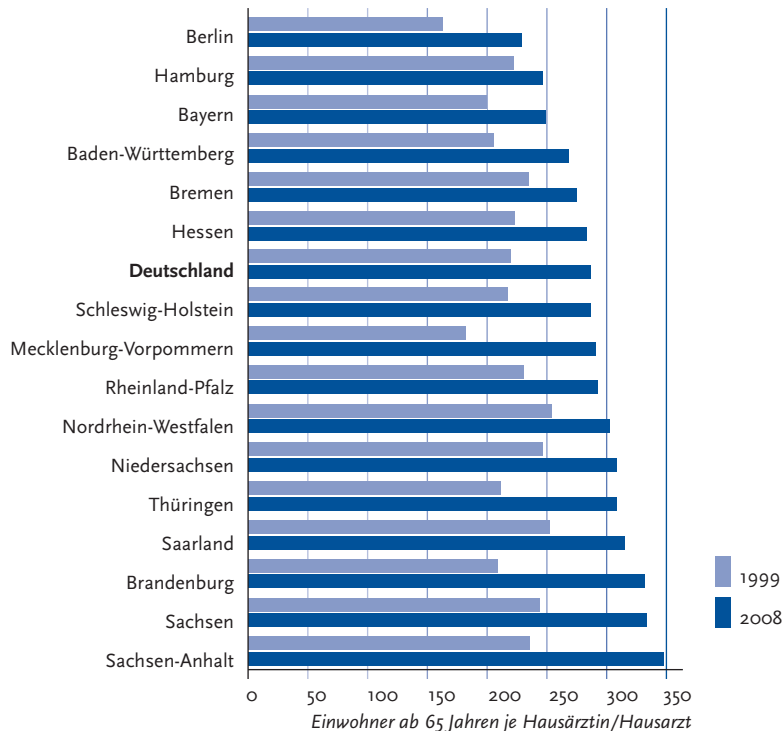
sorgung kontinuierlich und lag im Jahr 2008 nur noch bei knapp 13 %.

Während 1999 in den neuen Ländern eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt rechnerisch 1.373 Personen versorgte, waren es in den alten Ländern 1.387. Bis zum Jahr 2008 hatte sich in beiden Teilen Deutschlands das Hausarzt-Einwohner-Verhältnis leicht verschlechtert. In den neuen Bundesländern liegt es aktuell bei 1:1.430 und in den alten Bundesländern bei 1:1.410. Die höchste Hausarzttdichte weisen die Stadtstaaten und Bayern auf, die niedrigste Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte in Relation zur Zahl der ab 65-Jährigen in der Bevölkerung ist ein weiterer wichtiger Indikator für die Versorgungssituation der Bevölkerung. Dieser hat sich zwischen 1999 und 2008 in allen neuen Bundesländern, aber auch z. B. im Saarland und in Niedersachsen relativ ungünstig entwickelt. Vermutlich ist angesichts der demografischen Entwicklung mit einer

Abbildung 6.1.2

Einwohner ab 65 Jahren je Hausärztin bzw. -arzt nach Bundesland 1999 und 2008

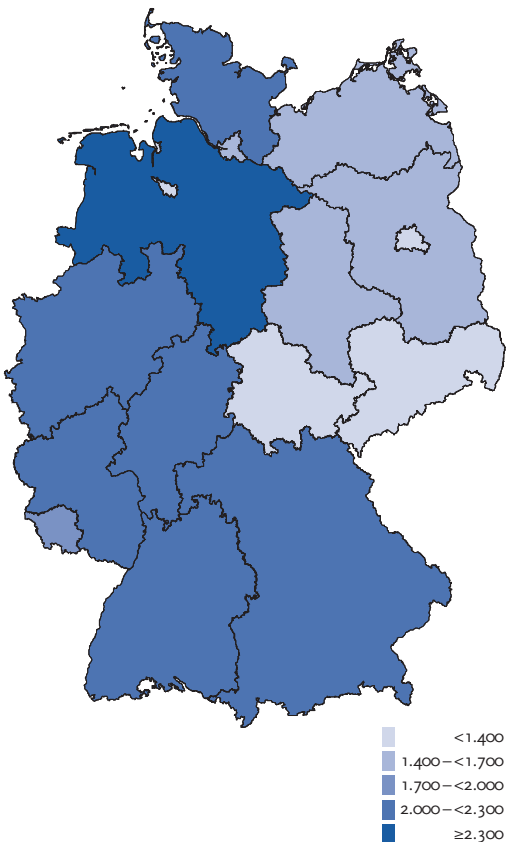
Quelle: Bundesarztregister der KBV



weiteren Verschlechterung der Situation insbesondere in den neuen Bundesländern zu rechnen (siehe Abbildung 6.1.2).

Die Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin ist seit der Wiedervereinigung nur in den alten Bundesländern gestiegen, von 4.800 im Jahr 1993 auf 5.769 im Jahr 2008. Von diesen waren 2008 11,5 % ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte. Der hausärztlichen Versorgung wurden im selben Jahr 4.830 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zugerechnet. Für die neuen Bundesländer war im gleichen Zeitraum ein zahlenmäßiger Rückgang der vertragsärztlich tätigen Kinderärztinnen und -ärzte von 1.392 auf 1.230 zu verzeichnen, wovon im Jahr 2008 16,8 % ermächtigte Ärztinnen bzw. Ärzte waren. Hausärztlich tätig waren

Abbildung 6.1.3
Einwohner bis 15 Jahre je hausärztlich tätiger Ärztin bzw. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin nach Bundesland 2008
Quelle: Bundesarztregister der KBV



in Ostdeutschland 1.001 Kinderärztinnen und -ärzte. Aufgrund der demografischen Entwicklung stellt sich die Situation aktuell so dar, dass in Ostdeutschland weniger Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre auf eine Ärztin bzw. einen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin entfallen, d. h. die Versorgungsdichte in Bezug auf die Zielpopulation ist dort aufgrund der demografischen Entwicklung höher als in den alten Bundesländern (siehe Abbildung 6.1.3).

Psychotherapeutische Versorgung

Unmittelbar nach der Wiedervereinigung brach mit den Polikliniken ein großer Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den neuen Bundesländern zusammen. In den Folgejahren konnten Ersatzstrukturen nach westdeutschem Vorbild erst allmählich aufgebaut werden. Da eine detaillierte Darstellung der Struktur der ambulanten psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung in beiden deutschen Staaten (siehe Frohburg 2004; Kommer, Wittmann 2002; Sonnenmoser 2009) den hier vorgegebenen Rahmen sprengen würde, erfolgt eine Fokussierung auf die bevölkerungsbezogene Dichte der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ab 1999. In diesem Jahr trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft, welches das im Jahr 1972 eingeführte Delegationsverfahren zugunsten einer weitgehenden Gleichstellung der beiden Berufsgruppen ablöste. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können sich in vertragspsychotherapeutischer Praxis niederlassen und werden Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Zahl der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes bundesweit von insgesamt 10.713 auf 13.023 im Jahre 2008 zugenommen. Der weitaus größte Anteil dieses Zuwachses geht auf eine sprunghafte Zunahme der Niederlassungen in den neuen Bundesländern zurück. Hier verdoppelte sich die Anzahl der psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen zwischen 1999 und 2008 von 604 auf 1.176. Innerhalb dieses Zeitraumes stieg deren Zahl in den alten Bundesländern lediglich um 17 % auf 11.847. Damit kamen im Jahr 2008 in Ostdeutsch-

land stieg mit 9.941 Einwohnern ab 15 Jahren fast doppelt so viele Personen auf eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. einen -therapeuten wie in Westdeutschland mit 4.999. Ähnlich sieht die Entwicklung bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten aus. Zwar kam es auch hier zu einer Niederlassungswelle in den neuen Bundesländern mit einer Zunahme der Therapeutenzahl von 9 im Jahr 1999 auf 225 im Jahr 2008. Gleichzeitig verdoppelte sich im gleichen Zeitraum aber die Zahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten in den alten Bundesländern von 1.364 auf 2.762. Trotz der deutlich stärkeren Zunahme der Therapeutenzahlen in den neuen Bundesländern besteht ein großes West-Ost-Gefälle hinsichtlich der Versorgungsdichte fort. Während im Jahr 2008 in den alten Bundesländern 3.555 Kinder und Jugendliche bis 15 Jahren auf eine Therapeutin bzw. Therapeuten kamen, waren es in den neuen Bundesländern 6.185.

Die Zahl der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich zwischen 1999 und 2008 in den neuen Bundesländern ausgehend von 64 auf 241 erhöht. In den alten Bundesländern stieg deren Zahl um 34,5 % auf 4.667. Damit finden sich bei dieser Berufsgruppe ähnliche Unterschiede der regionalen Versorgungsdichte wie bei den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Bundesärztereister der KBV). Weitere Details zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland können dem RKI-Themenheft hierzu entnommen werden (RKI 2008).

Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung

Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung Deutschlands war die Zahnarztdichte in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten. Auf 100.000 Einwohner entfielen im Jahre 1992 in Westdeutschland 68 behandelnde Zahnärztinnen und -ärzte im Vergleich zu 75 in den neuen Bundesländern. Während seit Anfang der 1990er-Jahre die Zahl der Zahnärztinnen und -ärzte bis zum Ende des Jahres 2007 in den alten Ländern um etwa 30 % auf 54.780 stieg, blieb sie in den neuen Ländern nahezu konstant mit 11.149. Für das Jahr 2007 ergab sich eine Versorgungsdichte von 80 Zahnärztinnen und -ärzten je 100.000 Einwohner

in den alten Bundesländern und von 85 je 100.000 Einwohner in den neuen Bundesländern. Die Zahl der Einwohner je behandelnder Zahnärztin bzw. Zahnarzt nahm entsprechend von 1.469 auf 1.261 in Westdeutschland und von 1.328 auf 1.178 in Ostdeutschland ab. Unter den Bundesländern wiesen im Jahr 2007 Berlin, Hamburg, Thüringen, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern die höchste Zahnarztdichte auf. Mit einem Anteil von 80 % an den insgesamt 46.000 Zahnarztpraxen in Deutschland waren im Jahr 2008 Einzelpraxen weiterhin die dominierende Organisationsform in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung. Der Anteil von Praxisgemeinschaften lag im Jahr 2006 in den alten Bundesländern bei 20,5 %, in den neuen Bundesländern dagegen nur bei 3,5 % (Bauer et al. 2009).

Organisationsformen in der vertragsärztlichen Versorgung

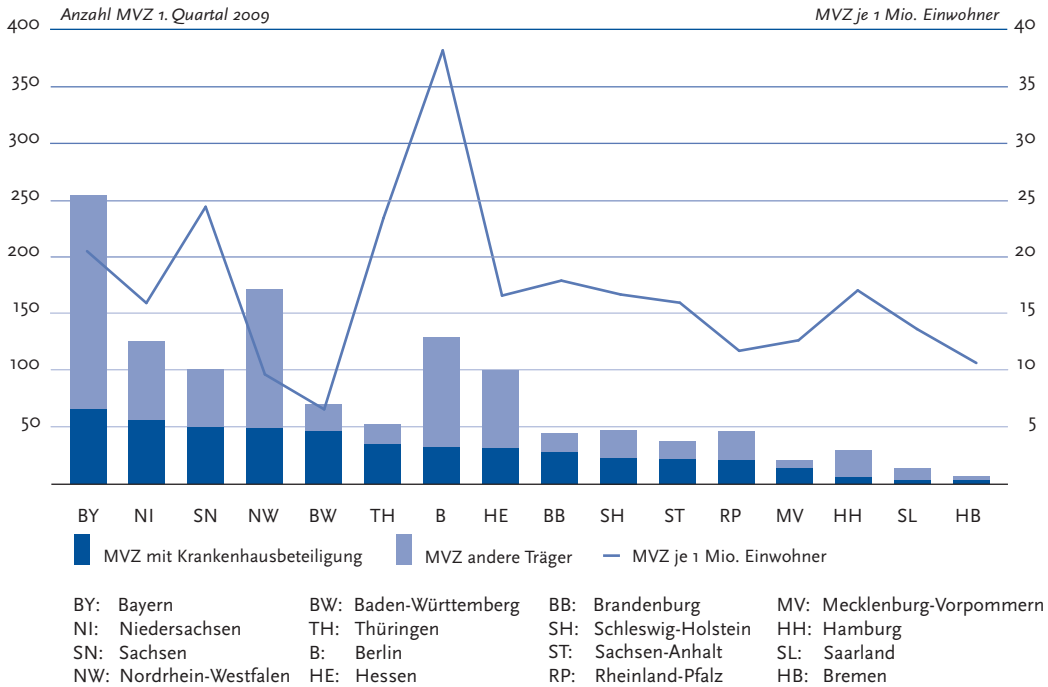
Die für die alten Bundesländer traditionelle Organisationsform der Einzelpraxis hat in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. Die Anzahl der Gemeinschaftspraxen zwischen mehreren Ärztinnen bzw. Ärzten der gleichen oder auch verschiedener Fachrichtungen und die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) haben dagegen zugenommen. So stieg zwischen 1997 und 2008 in den alten Bundesländern die Zahl der Gemeinschaftspraxen um rund 36 %. Im Jahr 2008 standen einer Gemeinschaftspraxis 3,4 Einzelpraxen gegenüber. Im selben Zeitraum lag in den neuen Bundesländern der Zuwachs bei den Gemeinschaftspraxen lediglich bei rund 20 %. Dort kamen 2008 auf eine Gemeinschaftspraxis 7,3 Einzelpraxen.

Die Zahl der zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist bundesweit seit deren Einführung im Jahr 2004 bis Ende 2008 auf 1.206 gestiegen. Die Steigerungsraten in den neuen Bundesländern übertreffen die in den alten. Der Anteil von MVZ an der gesamten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist jedoch noch gering. Gründer von MVZ sind überwiegend Vertragsärztinnen und -ärzte (52 %) und Krankenhäuser (39 %). Tendenziell wurden in Ostdeutschland anteilig mehr MVZ mit Krankenhausbeteiligung gegründet (siehe Abbildung 6.1.4). Viele Medizi-

Abbildung 6.1.4

Anzahl Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) je 1 Million Einwohner und Anteil von MVZ mit Krankenhausbeteiligung an allen MVZ nach Trägerschaft (Stand: I. Quartal 2009)

Quelle: KBV 2009



nische Versorgungszentren, insbesondere solche in vertragsärztlicher Trägerschaft, ähneln bislang hinsichtlich der innerbetrieblichen Organisation, des Leistungsspektrums und der Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern noch stark fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen. Die höchste Dichte an MVZ insgesamt findet sich in Ballungsgebieten. MVZ mit Krankenhausbeteiligung sind jedoch auch relativ häufig in eher dünn besiedelten Regionen anzutreffen. In rund 42 % der MVZ ist mindestens eine Hausärztin bzw. -arzt tätig. Häufig vertretene Fachgebiete sind außerdem Innere Medizin, Chirurgie, Labormedizin, Gynäkologie, Orthopädie, Neurologie und Radiologie. Die Zahl der insgesamt in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte hat von 436 im ersten Quartal 2005 auf 5.872 im ersten Quartal 2009 zugenommen. Insbesondere Krankenhaus getragene MVZ arbeiten ganz überwiegend mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ (Zahl dort tätiger Ärztinnen und Ärzte) hat sich derzeit bei 4,7 eingependelt (KBV 2009; Klauber et al. 2009).

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen

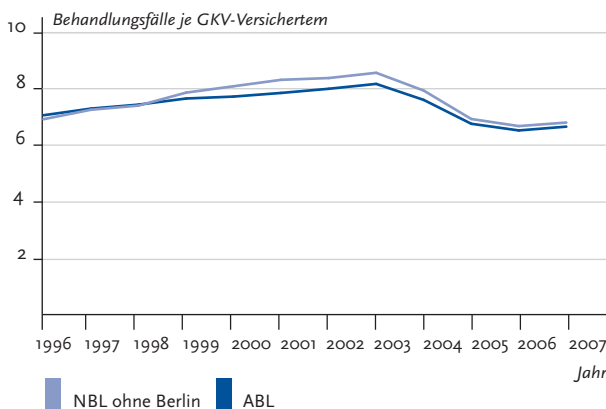
Aktuelle repräsentative Daten zur Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten wurden in GEDA09 erhoben. Gar keine Arztkontakte gaben 13,9 % der Befragten an, 11 % berichteten von 12 und mehr Kontakten im Vorjahr. Der Einfluss der Wohnregion auf die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen ist bei Berücksichtigung des Gesundheitszustandes nur gering. So finden sich beispielsweise etwas mehr Arztkontakte bei Frauen und Männern aus den neuen Bundesländern im Vergleich zu Personen aus den alten Bundesländern bei einem als schlecht oder sehr schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand. In der KiGGS-Studie wurde die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung erhoben. Danach ist ein deutlicher Ost-West-Effekt in der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin zu

erkennen: Während Kleinkinder sowohl in Ost- wie Westdeutschland zu über 95 % eine Ärztin bzw. einen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin aufsuchen, werden diese in den alten Bundesländern mit zunehmendem Alter der Kinder bzw. Jugendlichen seltener in Anspruch genommen als in den neuen Bundesländern. Entsprechend wurden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in den letzten 12 Monaten von Kindern und Jugendlichen im Westen eher in Anspruch genommen als im Osten. Diese Zusammenhänge gelten für Jungen und Mädchen gleichermaßen. Ein weiterer deutlicher Einfluss unterschiedlicher regionaler Versorgungsangebote zeigt sich darin, dass in ländlichen Regionen die Inanspruchnahme von Kinderärztinnen und -ärzten deutlich unter der in städtischen Regionen liegt und dass fast jedes dritte Kleinkind auf dem Land von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern versorgt wird (Kamtsiuris et al. 2007).

Als weitere Datenquelle zur Darstellung der Inanspruchnahme ambulanter (vertrags-)ärztlicher Versorgung können die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen werden. Danach ist die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle pro GKV-Versichertem in den 1990er-Jahren sowohl in den neuen als auch den alten Bundesländern zunächst angestiegen und dann bedingt durch die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 abgefallen (siehe Abbildung

6.1.5). Der Rückgang war in den neuen Ländern bei einem höheren Ausgangsniveau größer als in den alten. Änderungen der Behandlungsfaldefinition in den Regularien der vertragsärztlichen Vergütung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), die einer Fallzusammenführung entsprechen, führten ab 2005 zusätzlich zu einem leichten, statistisch bedingten Rückgang der Fallzahlen. Ab dem Jahr 2005 nähern sich die Werte in Ost- und Westdeutschland an. Sie lagen 2007 in den neuen Bundesländern mit 6,7 Behandlungsfällen nur minimal über dem Durchschnitt von 6,6 in den alten Bundesländern. In ganz Deutschland hat die Einführung der Praxisgebühr zu einer Verschiebung der Arztkontakte vom fach- zum hausärztlichen Versorgungsbereich geführt. Facharztkontakte erfolgen jetzt häufiger auf Überweisung. Ob sich die Einführung der Praxisgebühr nachhaltig auf den Rückgang der Behandlungsfälle und der Arztkontakte auswirkt und die erwünschten Steuerungswirkungen entfaltet, ist noch nicht sicher abzusehen bzw. umstritten (Grabka et al. 2005; Rückert et al. 2008; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2005; Zok 2005).

Abbildung 6.1.5
Vertragsärztliche Behandlungsfälle je GKV-Versichertem 1996 bis 2007*
Quelle: KBV



* Während dieser Zeitspanne wirksam gewordene Änderungen der Rahmenbedingungen bzw. der Faldefinition: 1999 Psychotherapeutengesetz, 2004 Einführung der Praxisgebühr, 2005 neue Faldefinition im EBM

Fazit

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands hat das ambulante Versorgungssystem in den neuen Bundesländern einschneidende Veränderungen erfahren. An die Stelle staatlicher Einrichtungen, in erster Linie Polikliniken mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, sind Vertragsarztpraxen getreten, in denen überwiegend freiberuflich und auf eigenes wirtschaftliches Risiko gearbeitet wird. Sie sind über die Kassenärztlichen Vereinigungen in das System der Selbstverwaltung einbezogen. Dieser Systemwechsel vollzog sich sehr rasch. Im zeitlichen Verlauf lässt sich in den neuen Bundesländern eine weitgehende Annäherung wichtiger Kennzahlen an die der alten Bundesländer darstellen bzw. in beiden Teilen Deutschlands sind ähnliche Trends zu identifizieren. So stieg in ganz Deutschland die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte, wobei die Abnahme der Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland hinsichtlich der Arztdichte auch teilweise auf den Rückgang der Bevölkerung in den östlichen Landesteilen zurückzuführen ist. Sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern nahm der Anteil der hausärztlich tätigen Ärztinnen und -ärzte unter den Vertragsärztinnen und -ärzten ab. Die Hausarzt-Einwohner-Relation ist bei Betrachtung auf hochaggregierten Niveau, wie es dies bei einem Vergleich auf der Ebene neue versus alte Bundesländer geschieht, im zeitlichen Verlauf zwar relativ konstant geblieben und die Ost-West-Unterschiede sind vergleichsweise gering. Dies schließt jedoch kleinräumigere regionale Versorgungsdefizite nicht aus, zumal zusätzlich die unterschiedliche Altersverteilung in der Bevölkerung mit ihrem unterschiedlichem Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten berücksichtigt werden muss. Auch die Alters- und Geschlechtsverteilung der Ärzteschaft wirkt sich auf die Versorgungsstruktur und den zu erwartenden Bedarf aus. So zeichnen sich in einigen, nicht nur ostdeutschen Bundesländern bzw. in ländlichen Regionen insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung Engpässe ab, wenn sich der Trend zur fachärztlichen Tätigkeit im städtischen Umfeld in Regionen mit günstigem sozioökonomischem Profil weiter fortsetzt. Vorschläge zur Gegensteuerung u. a. durch eine weitere Flexibilisierung der Arbeits- und Niederlassungsbedin-

gungen von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie gezielte ökonomische Anreize wurden beispielsweise von der Gesundheitskonferenz der Länder unterbreitet (GMK 2008).

Gerade für den wachsenden Versorgungsbedarf der älteren Bevölkerung spielen neben der Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten bzw. der Erreichbarkeit von Praxen auch Aspekte wie das Angebot von Hausbesuchen, fach- und sektorenübergreifend vernetzte Versorgungsmöglichkeiten, die auch nicht-ärztliche Leistungen wie z. B. Physiotherapie einbinden, und die fachliche Qualifizierung der Leistungserbringer im Hinblick auf geriatrische, aber auch schmerztherapeutische und palliativmedizinische Aspekte eine Rolle (List et al. 2009; Lübke et al. 2008). Gerade die geriatrische Versorgung ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich strukturiert und steht bislang nicht flächendeckend in ausreichendem bzw. dem zu erwartenden Bedarf entsprechend zur Verfügung (siehe Kapitel 6.4). Eine besonders vulnerable Gruppe stellen ältere Menschen in Pflegeheimen dar, deren Zahl in Zukunft weiter ansteigen wird (siehe Kapitel 6.3). Deren ambulante Versorgung liegt überwiegend in der Hand von Hausärztinnen und -ärzten und muss tendenziell als verbesserungsbedürftig beschrieben werden. Insbesondere bestehen Defizite bei der zugehenden fachärztlichen Versorgung und der Nutzung von Rehabilitationspotenzialen. Auf regionaler Ebene werden derzeit in Deutschland verschiedene Strategien zur Verbesserung der Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe erprobt (van den Bussche et al. 2009a, 2009b; Böhm et al. 2008; siehe Kapitel 6.4).

Die Datenlage zur Inanspruchnahme von ambulanten (vertrags-)ärztlichen Leistungen deutet bei Erwachsenen auf nur geringe Unterschiede zwischen den Einwohnerinnen und Einwohnern der neuen und der alten Bundesländer hin, werden außer der Wohnregion zusätzliche Faktoren wie z. B. Morbidität und subjektiver Gesundheitszustand berücksichtigt. Die regionale Verteilung des Angebotes wirkt sich weniger auf der Ebene eines Ost-West-Vergleichs als beispielsweise hinsichtlich eines generell zu beobachtenden Stadt-Land-Gefälles bei den Arztkontakten aus (Tode et al. 2005). Bei Kindern und Jugendlichen finden sich unterschiedliche Inanspruchnahmestrukturen in den neuen und alten Bundesländern. So werden

ältere Kinder und Jugendliche in Ostdeutschland häufiger als in Westdeutschland von Kinderärztinnen und -ärzten statt von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern behandelt (Kamtsiuris et al. 2007). Auch in eher ländlichen Gebieten beider Landesteile mit relativ geringer Kinderarztdichte werden Kinder und Jugendliche häufiger hausärztlich versorgt.

Literatur

- Bauer J, Neumann T, Saekel R (2009) Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme. Hans Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern, 1. Auflage
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) (2008) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Bundesarztregister der KBV (2009) Grunddaten 2008 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (sowie weitere Jahrgänge)
www.kbv.de/publikationen/125.html (auch über www.gbe-bund.de) (Stand: 01.09.2009)
- Frohburg I (2004) Vergessene Daten – Zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR. Psychotherapeutenjournal 3: 231–234
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2008) Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Anlage zum Beschluss
www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.01rotokoll der 81. Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz
www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.01 (Stand: 08.09.2009)
- Grabka MM, Schreyögg J, Busse R (2005) Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DWI, Berlin 2005
www.diw.de/documents/publikationen/73/43399/dp506.pdf (Stand: 30.08.2009)
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz: 836–850
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg) (2007) Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. Berlin
www.kbv.de/veranstaltungen/1146.html (Stand: 01.09.2009)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2009) Medizinische Versorgungszentren (Akutelle Informationen der KBV zu MVZ)
www.kbv.de/koop/8791.html (Stand: 01.09.2009)
- Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) (2009) Krankenhaus-Report 2008/2009; Schwerpunkt: Versorgungszentren; Schattauer (Stuttgart)
- Kommer D, Wittmann L (2002) Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer. Psychotherapeutenjournal 0: 22–35
- List SM, Ryl L, Schelhase T (2009) Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 167–170
- Lübke N, Ziegert S, Meinck M (2008) Geriatrie – Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. Deutsches Ärzteblatt 105: A1120–A1122
- Merten M, Gerst T (2006) Wende im DDR-Gesundheitswesen 1989/90: Vom Westen viel Neues. Deutsches Ärzteblatt 103: A2288–A2293
- Richter EA (2000) Zehn Jahre Kassenärzte in Ostdeutschland. Erst voller Optimismus, jetzt ernüchtert. Deutsches Ärzteblatt 97: A1742–A1745
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41. RKI, Berlin
- Roth H (2009) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (II). Deutsches Ärzteblatt 106: A1242–A1246
- Rückert M, Böcken J, Mielck A (2008) Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. BMC Health Services Research 2008
www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-232.pdf (Stand: 08.09.2009)
- Sonnenmoser M (2009) Versunkene Welt. Psychotherapie in der DDR. Deutsches Ärzteblatt PP8: 115–116
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 296–306
- van den Bussche H, Weyerer S, Schäufele M et al. (2009a) Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. ZFA 85: 240–246
- van den Bussche H, Schröfel SC, Löschmann C et al. (2009b) Organisationsformen der hausärztlichen

- Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. ZFA 85: 296–301
- Wasem J (1997) Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2005) Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt
www.kbv.de/2653.html (Stand: 08.09.2009)
- Zok K (2005) Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2 (2): 1–7

6.2 Stationäre medizinische Versorgung

- ▶ Seit der Wiedervereinigung wurden in den neuen Bundesländern erhebliche Finanzmittel zur Sanierung der Bausubstanz vieler Krankenhäuser, Modernisierung der Medizintechnik und Reorganisation der Verwaltungsstrukturen eingesetzt und die stationären Versorgungsbedingungen an die der alten Bundesländer angeglichen.
- ▶ Die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten ist in ganz Deutschland seit 1991 kontinuierlich gesunken. In Ostdeutschland war diese Entwicklung stärker ausgeprägt als in Westdeutschland.
- ▶ Hinsichtlich der Bettendichte je 100.000 Einwohner ist eine zunehmende Angleichung der einzelnen Bundesländer festzustellen.
- ▶ Bundesweit sind die Zahl der Behandlungsfälle und die stationäre Behandlungsrate je 100.000 Einwohner seit den frühen 1990er-Jahren angestiegen. Wesentliche Ursache des stärkeren Anstiegs in den neuen Bundesländern ist die dortige Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung.
- ▶ Die Verweildauer hat sich in den letzten Jahren bundesweit deutlich reduziert und insgesamt angeglichen, sodass keine wesentlichen regionalen Unterschiede mehr bestehen.

Eine Krankenhausbehandlung wird immer dann erforderlich, wenn aufgrund der besonderen Schwere einer Erkrankung oder eines spezialisierten Bedarfs die Versorgung in ambulanten Einrichtungen nicht mehr ausreicht oder nicht gewährleistet werden kann. Dabei sind die beiden Sektoren prinzipiell als sich ergänzende Versorgungsformen zu verstehen, zwischen denen es bedarfsgerechte Übergänge gibt.

Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Krankenhäuser die ausgabenintensivsten Einrichtungen. Dies hängt mit der Art der hier behandelten Erkrankungen sowie der dazu erforderlichen personellen und medizinisch-

technischen Ausstattung zusammen. Etwa 37% der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland entfallen auf Leistungen der stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen insgesamt und etwa 26% auf die Akutkrankenhäuser allein. Diese Anteile haben sich seit den 1990er-Jahren nicht relevant verändert (Robert Koch-Institut 2009). Im Jahr 2007 wurden 64,6 Milliarden Euro für in Krankenhäusern erbrachte Leistungen ausgegeben, was einem Anstieg um 26,4% im Vergleich zum Jahr 1995 entspricht (Statistisches Bundesamt 2009a). Im selben Zeitraum nahmen die gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben von 186,6 Milliarden Euro auf 252,8 Milliarden Euro zu, wobei der Anteil am Bruttoinlandsprodukt nur moderat von 10,1 % auf 10,4 % stieg.

Von den seit Anfang der 1990er-Jahre in Deutschland stattfindenden Veränderungen des Gesundheitswesens waren die Krankenhäuser und die dort stattfindende Versorgung besonders betroffen. Dabei haben Veränderungen der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen und der Finanzierungsprozesse sowohl zu strukturellen Umgestaltungen als auch zu durchgreifenden Veränderungen der Arbeitsprozesse in den Krankenhäusern geführt. Die verschiedenen politischen Maßnahmen und Gesetzesänderungen zielen vor allem auf eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung mit verstärktem Wettbewerb unter den Krankenhäusern ab. Als wichtige Änderungen sind hier vor allem das Gesundheitsstrukturgesetz mit Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips von 1993 und die Einführung der pauschalierten leistungsorientierten Vergütung nach Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRGs) ab 2003 zu nennen (Robert Koch-Institut 2009; siehe Kapitel 2.3). Zusätzlich zu diesen, alle Bundesländer gleichermaßen betreffenden Änderungen der Rahmenbedingungen, mussten die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in erheblichem Umfang baulich saniert und technisch modernisiert werden. Sie waren von strukturellen und organisatorischen Veränderungen, Trägerwechseln und Fusionen zuvor getrennter Einrichtungen betroffen. Zusätzlich fand vielerorts eine Anpassung an einen ver-

änderten Versorgungsbedarf statt, der sich aus den demografischen Veränderungen infolge der teilweise dramatischen Bevölkerungsabwanderung und der Alterung der Gesellschaft ergab (siehe Kapitel 2.1).

Im Folgenden wird die derzeitige Situation und die Entwicklung der stationären Versorgung in Krankenhäusern in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern seit Anfang der 1990er-Jahre dargestellt. Über die Entwicklung der stationären Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird in den Kapiteln 6.2 und 6.3 berichtet.

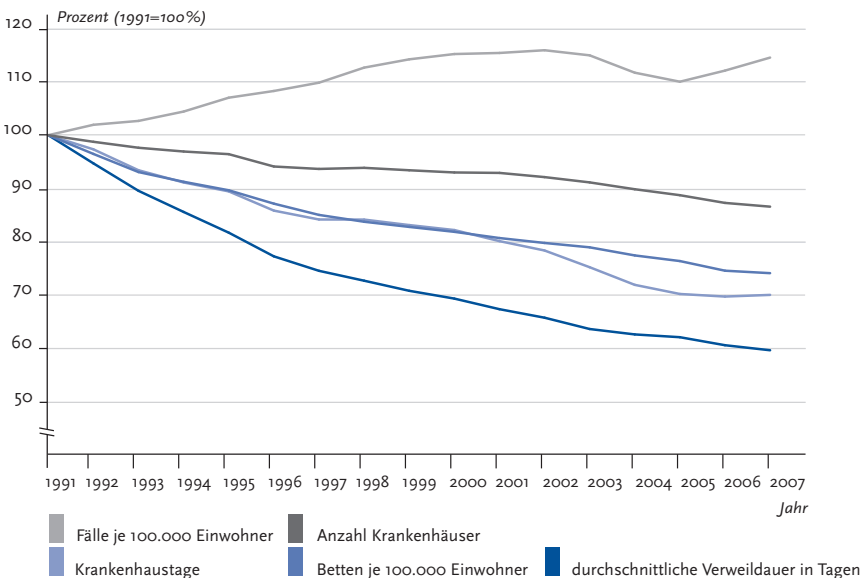
Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen

Für alle wichtigen Kennzahlen der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland sind seit Anfang der 1990er-Jahre deutliche Veränderungen zu beobachten (siehe Abbildung 6.2.1). Einerseits hat die Anzahl der pro Jahr vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Fallzahl) seit 1990 zugenommen. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands kam es dabei einer-

seits – unterbrochen nur durch einen geringen und kurzzeitigen Rückgang in den Jahren 2004 und 2005 – zu einem Anstieg der Fallzahl je 100.000 Einwohner um insgesamt 15 %. Andererseits waren sowohl die Zahl der Krankenhäuser und der darin aufgestellten Betten als auch die erbrachten Berechnungs- und Belegungstage bzw. Krankenhaustage (früher: Pfl egetage) sowie die durchschnittliche Krankenhausverweildauer deutlich rückläufig. In der Zusammenschau dieser Daten wird offensichtlich, dass seit 1990 in Deutschland eine erhebliche räumliche und zeitliche Verdichtung der stationär erbrachten medizinischen Leistungen stattgefunden hat. Pro Jahr werden immer mehr Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit und in weniger Krankenhäusern und Betten behandelt. Jedoch verliefen die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und Regionen je nach Ausgangslage und Rahmenbedingungen zum Teil deutlich unterschiedlich.

Im Jahr 2007 standen in insgesamt 2.087 Krankenhäusern rund 507.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2009b). Im Vergleich zu 1990 gab es 360 Krankenhäuser weniger, was einem Rückgang um 15 % entspricht

Abbildung 6.2.1
Entwicklung wichtiger Kennzahlen der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland 1991 bis 2007
Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser



(siehe Abbildung 6.2.2). Im selben Zeitraum sind 179.000 Krankenhausbetten abgebaut worden, entsprechend einem Rückgang um 26 %. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die Krankenhausanzahl in den neuen Bundesländern insgesamt stärker zurückgegangen ist (-35 %) als in den alten Bundesländern (-9 %), wobei in Hamburg und Schleswig-Holstein die Anzahl sogar zunahm. Ein ähnliches Bild ergibt sich im regionalen Vergleich der Entwicklung der Bettenanzahl. Hier kam es in allen Bundesländern zu einem deutlichen Rückgang, der jedoch in den neuen Bundesländern (-43 %) und insbesondere in Berlin deutlicher ausfiel als in den alten Bundesländern (-20 %).

Der Bedarf an Krankenhäusern und Betten hängt zunächst vor allem von der Größe der regionalen Bevölkerung ab. Daher ist es für regionale Vergleiche des stationären Versorgungsangebotes sinnvoller, die Entwicklung der Bettendichte (Anzahl der aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner) zu betrachten. Hinsichtlich der Bettendichte war dabei eine zunehmende Angleichung der einzelnen Bundesländer festzustellen (siehe Abbildung 6.2.3). Im Jahr 2007 gab es in Deutschland insgesamt 616 akutstationäre Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner und in fast allen Bundesländern lag die Bettendichte zwischen 500 und 700 je 100.000 Einwohner, mit Bremen als einziger Ausnahme mit 819 je 100.000 Einwohner. Insbesondere sank die Bettendichte

je 100.000 Einwohner zwischen 1993 und 2007 in den neuen und alten Bundesländern in jeweils gleichem Ausmaß, nämlich um 20 %. Trotz deutlich stärkerer Abnahme der absoluten Krankenhaus- und Bettenanzahl in den neuen Bundesländern ist die Bettendichte in Deutschland im Jahr 2007 deutlich ausgewogener verteilt als noch vor einigen Jahren. Dies deutet darauf hin, dass in den letzten Jahren in den neuen Bundesländern eine Anpassung des stationären Versorgungsangebotes an die infolge der Bevölkerungsabwanderung veränderte demografische Situation stattgefunden hat (siehe Kapitel 2.1). Ferner kann die zunehmende bundesweite Angleichung der Bettendichte auch vor dem Hintergrund der veränderten politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen interpretiert werden, die insgesamt auf eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung abzielen (siehe Kapitel 2.3). Zwar finden sich in den Ländern Thüringen und Sachsen-Anhalt noch überdurchschnittlich hohe Bettendichten, aber bei einer kleinräumigen Betrachtung, wie z. B. auf Kreisebene, wird die Heterogenität der Bettendichte innerhalb der Länder deutlich. Hier übernehmen Krankenhäuser benachbarter Regionen die Versorgung der Bevölkerung. Die ebenfalls vergleichsweise hohe Bettendichte in Stadtstaaten wie Bremen und Hamburg kann teilweise durch die Mitversorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Umland erklärt wer-

Abbildung 6.2.2

Entwicklung der Krankenhausanzahl im regionalen Vergleich 1990 bis 2007

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser

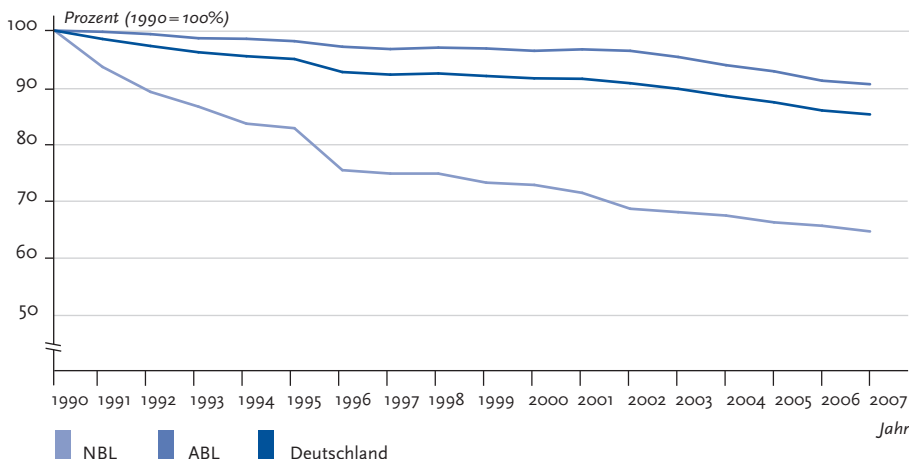
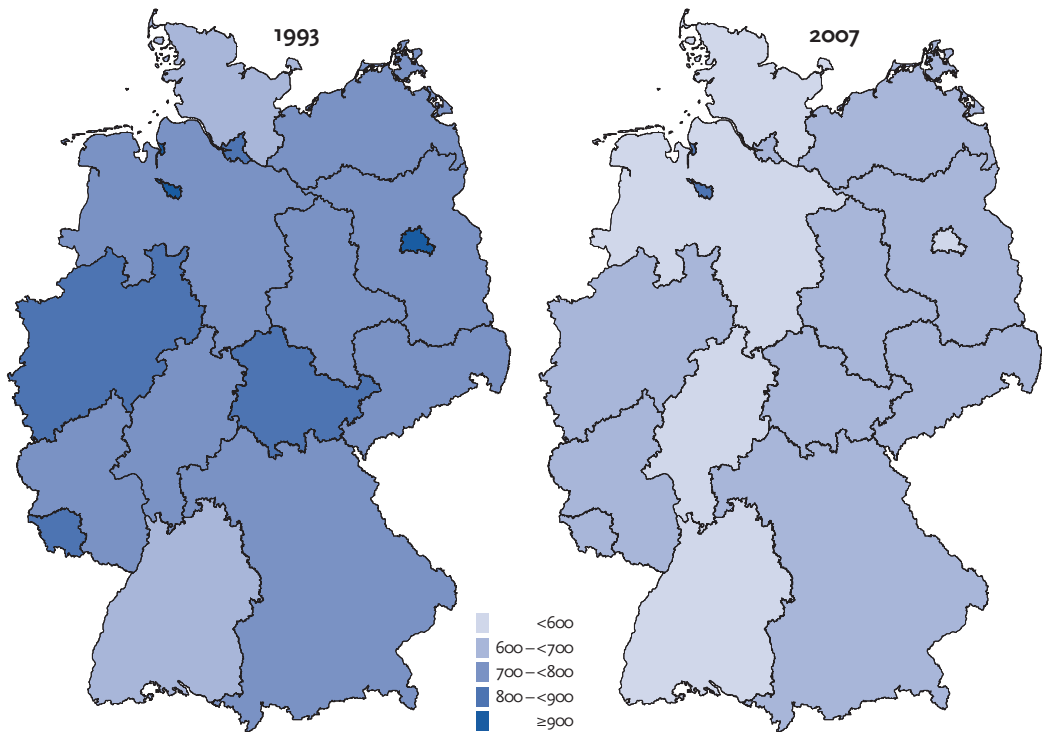


Abbildung 6.2.3

Anzahl akutstationärer Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner (Bettendichte) nach Bundesland 1993 und 2007

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser



den. Als Gradmesser für die Mitversorgung von Einwohnern anderer Bundesländer eignet sich der Anteil der Fälle mit Wohnsitz außerhalb des Bundeslandes, in dem das Krankenhaus steht. Im Jahr 2007 betrafen in den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin 37%, 28% bzw. 14% der Behandlungsfälle Personen mit Wohnsitz in anderen Bundesländern.

Inanspruchnahme der stationären Krankenhausversorgung

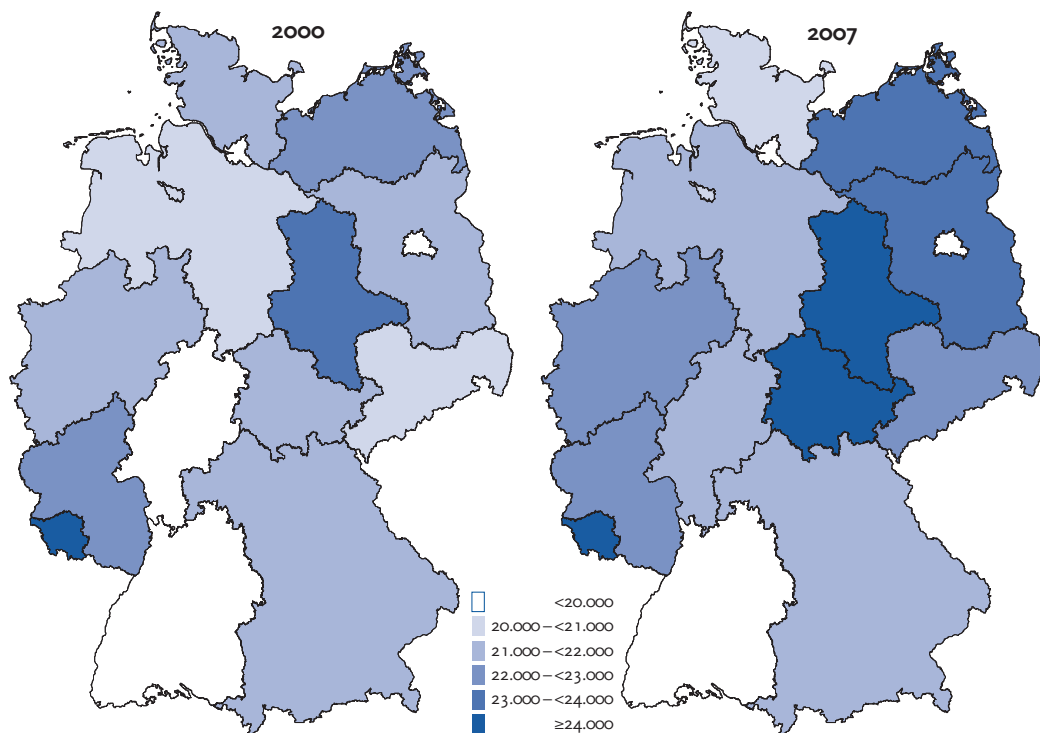
Die Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Leistungen kann anhand mehrerer Indikatoren abgebildet werden. Als wichtigste Kennzahlen stehen hierbei die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten (absolute Fallzahl und Fallzahl je 100.000 Einwohner), die Zahl der Aufenthaltstage im Krankenhaus (sog. Berechnungs- und Belegungstage oder Krankenhaustage) sowie die Verweildauer (durchschnittliche Anzahl der Tage, die eine Person in vollstationärer Behandlung verbringt) zur Verfügung.

Entgegengesetzt zur Entwicklung der Krankenhauszahl und Bettendichte stieg die Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland seit Anfang der 1990er-Jahre deutlich an. So wurden im Jahr 2007 insgesamt ca. 17,2 Millionen stationäre Behandlungsfälle registriert, 3,3 Millionen mehr als 1991.

Abbildung 6.2.4

Entwicklung der Fallzahlen je 100.000 Einwohner im regionalen Vergleich 2000 und 2007

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhäuser



Es muss aber berücksichtigt werden, dass bis 1993 keine Stundenfälle in der Statistik geführt wurden. Der weiter oben bereits beschriebene leichte Rückgang der Fallzahlen zwischen 2003 und 2005 (siehe Abbildung 6.2.1) kann dabei einerseits durch Änderungen der Falldefinitionen im Rahmen der Einführung des DRG-Systems (z. B. Zusammenfassung von kurzfristigen Wiederaufnahmen und ursprünglicher Aufnahme, Stundenfälle) und andererseits durch Verlagerung früher stationär durchgeführter Maßnahmen in den ambulanten Bereich erklärt werden. Dabei steigen die Fallzahlen seit 2006 allerdings wieder an. Im regionalen Vergleich fällt zunächst auf, dass die Zunahme der absoluten Fallzahlen pro Jahr zwischen 1994 und 2007 in den neuen Bundesländern insgesamt stärker ausfiel (+17 %) als in den alten Bundesländern (+9 %).

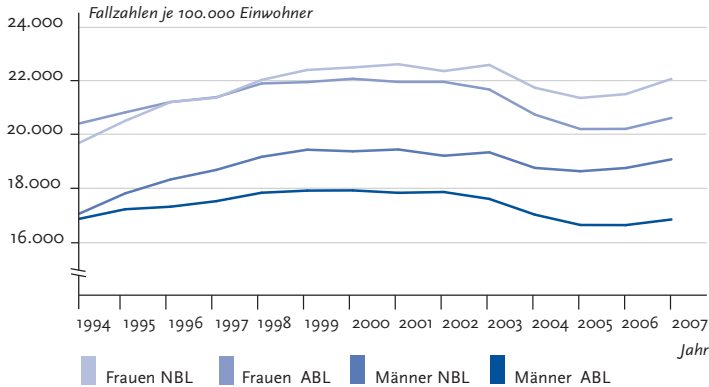
Ein vergleichbarer regionaler Unterschied findet sich für die Behandlungsrate (Fallzahl je 100.000 Einwohner) im Zeitraum von 2000 bis 2007 (siehe

Abbildung 6.2.4). Dabei zeigt sich, dass sich die Behandlungsrate in den meisten alten Bundesländern in diesem Zeitraum aufgrund der oben beschriebenen Faktoren nur gering verändert hat. Teilweise hat sie leicht zugenommen (z. B. Hessen), teilweise aber auch leicht abgenommen (z. B. Schleswig-Holstein). Hingegen nahmen die Fallzahlen je 100.000 Einwohner in allen neuen Bundesländern außer Berlin deutlich zu.

Obgleich regionale Unterschiede in der Morbidität auch eine Rolle spielen können (siehe Kapitel 3), werden die Behandlungsraten in den verschiedenen Bundesländern vor allem von der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung beeinflusst. Betrachtet man altersstandardisierte Fallzahlen je 100.000 Einwohner, so sind die Unterschiede deutlich weniger stark ausgeprägt. Auch wenn es zu einer leichten Zunahme der standardisierten Behandlungsraten in einigen neuen Bundesländern gekommen ist, fällt diese doch insgesamt deut-

Abbildung 6.2.5**Entwicklung der altersstandardisierten Fallzahlen je 100.000 Einwohner 1994 bis 2007**

Quelle: Diagnosedaten der Krankenhäuser



lich geringer aus als in der nicht-standardisierten Betrachtung. Eine Angleichung der altersstandardisierten Fallraten für Frauen und Männer in den neuen und alten Bundesländern ist nicht erkennbar (siehe Abbildung 6.2.5). Im Gegenteil: Der Ost-West-Effekt scheint sich seit Mitte der 1990er-Jahre noch zu verstärken. Besonders bei den Männern im Osten Deutschlands ist – bei vergleichbarem Alter – mit einer höheren Krankenhausinanspruchnahme zu rechnen.

Im Jahr 2007 betrug die altersstandardisierte Behandlungsrate in Deutschland 20.003 je 100.000 Einwohner, was einem Rückgang um 1,5 % im Vergleich zu 2000 entspricht. Dabei variierten die standardisierten Behandlungsraten in den neuen Bundesländern zwischen 18.326 (Berlin) und 22.824 (Sachsen-Anhalt) und in den alten Bundesländern zwischen 17.335 (Baden-Württemberg) und 22.105 (Saarland). Trotz insgesamt leicht höherer alterstandardisierter Fallzahlen je 100.000 Einwohner in den neuen Bundesländern weisen beide Regionen diesbezüglich eine Variabilität innerhalb ähnlicher Bereiche auf. Die Zunahmen der standardisierten Behandlungsraten in Thüringen, Brandenburg und Sachsen weisen möglicherweise auf regionale Unterschiede der Krankheitslast hin (siehe Kapitel 3). Darüber hinaus können auch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zu höheren stationären Behandlungsraten beitragen, z. B. wenn regional eine geringere Versorgungsdichte im ambulanten Bereich (siehe Kapitel 6.1) stationäre Einwei-

sungen begünstigt oder für andernorts ambulant durchgeführte Maßnahmen nötig macht. Insgesamt können also zahlreiche Veränderungen der Krankheitslast, der rechtlichen Rahmenbedingungen (DRG-System), der Bevölkerungsstruktur (Alterung) und der Angebotssituation der ambulanten medizinischen Versorgung zu den beobachteten Unterschieden und Entwicklungen beigetragen haben.

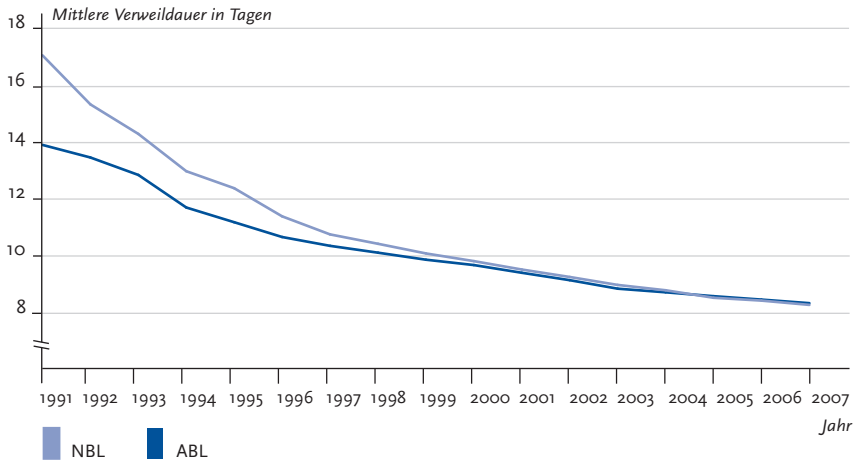
Die Liegezeiten haben sich bundesweit seit Beginn der 1990er-Jahre weitgehend angeglichen. Insgesamt sank die durchschnittliche Verweildauer in Deutschland zwischen 1991 und 2007 von 14,6 auf 8,3 Tage (-43 %), wobei im Jahr 2007 kein Unterschied mehr zwischen alten und neuen Bundesländern und auch insgesamt nur noch eine minimale Spannweite (7,7 bis 8,6 Tage) bestand. Besonders stark gingen die Liegezeiten in den neuen Bundesländern und vor allem in Berlin zurück, da hier die Ausgangswerte der durchschnittlichen Verweildauern insgesamt deutlich über denen der alten Bundesländer lagen (siehe Abbildung 6.2.6). Für die Verkürzung und weitgehende Angleichung der Verweildauer in allen Bundesländern sind vor allem veränderte politische und ökonomische Rahmenbedingungen, der medizinische Fortschritt und optimierte organisatorische Abläufe verantwortlich.

Als Folge der deutlich gesunken Liegezeiten kam es seit Anfang der 1990er-Jahre auch zu einem Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage. Aufgrund der gegenläufigen Entwick-

Abbildung 6.2.6

Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen 1991 bis 2007

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser



lung der Fallzahlen verringerte sich die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage jedoch lediglich um 30 % (von 204,2 Millionen auf 142,9 Millionen). Insgesamt ist aufgrund des direkten Zusammenhangs zwischen den beiden Kennzahlen für Berechnungs- und Belegungstage eine ähnliche Entwicklung wie für die Liegezeiten feststellbar und zwar sowohl für Deutschland insgesamt als auch im regionalen Vergleich der Bundesländer.

Fazit

Nach der Wende wurde mit großem finanziellem Aufwand der Bereich der stationären Versorgung in den neuen Bundesländern an den westdeutschen Standard angepasst. Kostenintensiv waren die Behebung der mangelhaften Bausubstanz vieler Krankenhäuser, die Modernisierung der Medizintechnik und die Reorganisation der Verwaltungsstrukturen. Hierzu wurden vom Bund, den Ländern und (über einen Investitionszuschlag auf die Vergütung stationärer Leistungen) den Krankenkassen sowie den Krankenhausträgern erhebliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Die meisten Krankenhäuser wurden aus staatlicher zunächst in kommunale Trägerschaft überführt und mittlerweile teilweise privatisiert und/oder anderen Änderungen der Organisationsstruktur und Ausrichtung unterworfen. In ganz Deutschland sind Bettenab-

bau und Verweildauerverkürzung bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen bzw. Pflegetage zu beobachten, wobei sich diese Entwicklung regional unterschiedlich vollzieht. So sind in den letzten Jahren sowohl die bevölkerungsbezogenen als auch die altersspezifischen Fallzahlen in den neuen Bundesländern schneller gestiegen als in den alten Bundesländern, während sich die Angebotsstruktur der Akutkrankenhäuser in Ostdeutschland inzwischen weitgehend an die in Westdeutschland angepasst hat.

Die bisher ungebrochene Abwanderung vor allem jüngerer Menschen aus den neuen Ländern und die fortschreitende Alterung der Bevölkerung (siehe Kapitel 2.1), in Verbindung mit regionalen Unterschieden hinsichtlich der Krankheitslast (siehe Kapitel 3), sowie der Struktur und Inanspruchnahme der nicht-akutstationären Versorgung (siehe Kapitel 6.1, 6.3 bis 6.5) erfordern auch zukünftig Anpassungsmaßnahmen in der stationären Versorgung, die in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind. Der Trend zu steigenden Fallzahlen in der stationären Versorgung weist darauf hin, dass andere Bereiche, wie etwa die hausärztliche Versorgung, die ambulante und stationäre Pflege und die Rehabilitation gezielt gefördert werden sollten, um den steigenden Bedarf an aufwendigerer Krankenhausbehandlung eingrenzen und kompensieren zu können. Dabei ist eine verstärkte Kooperation des stationären Sektors mit anderen Einrichtungen wie

Arztpraxen, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Anpassung an den zu erwartenden Bedarf einer alternden Gesellschaft sinnvoll.

Eine engere Verflechtung zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen ist z. B. mit der integrierten Versorgung möglich. Medizinische Versorgungszentren (siehe Kapitel 6.1) und andere Formen kooperierender Leistungserbringung können einerseits, bei Beteiligung von Krankenhäusern, dazu beitragen in ambulant eher unterversorgten Regionen die Bevölkerung mit spezialisierten Leistungen zu versorgen. Andererseits können bei entsprechender organisatorischer und fachlicher Ausrichtung von Medizinischen Versorgungszentren und z. B. ambulanten Operationszentren stationäre Leistungen durch ambulante substituiert und so stationäre Überkapazitäten abgebaut werden. Es ist denkbar, dass es zu einer Diversifikation von Versorgungsformen mit teilweiser Auflösung der klassischen Sektorengrenzen kommt und sich regional unterschiedliche Strukturen entwickeln. Vor allem in dünn besiedelten Regionen Nordwest- und Nordostdeutschlands, die auch Schwächen in der ambulanten Versorgungsstruktur (siehe Kapitel 6.1) aufweisen,

nen und Patienten für die Jahre 1994 bis 2007 (Krankenhausfälle) und die erbrachten Berechnungs- und Belegungstage (Krankenhaustage, früher Pfl egetage) sowie die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus für die Jahre 1991 bis 2007 berichtet. Zusätzlich werden für die Jahre 2000 bis 2007 Fallzahlen je 100.000 Einwohner nach Wohnort anhand der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2009c) ausgewertet. Für das Jahr 2007 werden zudem mit Daten der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) altersstandardisierte Fallzahlen je Bundesland analysiert. Diese Daten liegen erst ab 2005 vor, so dass eine Analyse der längerfristigen Entwicklung noch nicht möglich ist. Für regionale Vergleiche wird – falls nicht anders vermerkt – Berlin als gesamtes Bundesland einheitlich den neuen Bundesländern zugerechnet.

können sich Krankenhäuser zu Knotenpunkten der gesundheitlichen Versorgung mit einem breiten, vernetzten, an den regionalen Versorgungsbedarf und die vorhandenen Strukturen angepassten Versorgungsangebot weiterentwickeln.

Anmerkungen zu Datenlage und Methodik: Für die Darstellung der Angebotslage der stationären medizinischen Versorgung werden die vom Statistischen Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2009d) jährlich publizierten Grunddaten der Krankenhäuser in Deutschland herangezogen. Anhand dieser Statistiken kann die Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser und der aufgestellten Krankenhausbetten in den Bundesländern für die Jahre 1990 bis 2007 dargestellt werden. Für die Berechnung der Bettendichte je 100.000 Einwohner stehen Daten ab 1990 für Deutschland insgesamt und ab 1993 für die einzelnen Bundesländer zur Verfügung.

Die Inanspruchnahme stationärer medizinischer Leistungen aus Sicht der Leistungserbringer kann ebenfalls auf der Basis der Krankenhaus-Grunddaten des Statistischen Bundesamtes beschrieben werden. Hierzu werden die Anzahl der jährlich vollstationär behandelten Patientin-

Literatur

- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Heft 45. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2009a) Gesundheitsausgabenrechnung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de (Stand: 06.07.2009)
- Statistisches Bundesamt (2009b) Krankenhausstatistik – Grunddaten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de (Stand: 02.07.2009)

6.3 Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung

- ▶ Die ambulante Pflege durch Gemeindeschwestern in der DDR wurde nach der Wende abgelöst durch den Aufbau von Sozialstationen. Die Feierabend- und Pflegeheime in der DDR waren baulich schlechter ausgestattet als Heime im Westen Deutschlands.
- ▶ Gesetzlich verankerte Rahmenbedingungen haben sich als eine wichtige Grundlage zur Bewältigung zunehmender Pflegebedürftigkeit erwiesen. Von besonderer Bedeutung ist die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995.
- ▶ Mit steigender Lebenserwartung nimmt der Anteil an Personen zu, die eine pflegerische Versorgung benötigen.
- ▶ Durch den Wandel der Lebenslagen steigt zudem der Anteil derjenigen Personen, die im Alter über kein familiäres Netzwerk zur Versorgung verfügen und daher auf professionelle ambulante oder stationäre Pflege angewiesen sind.
- ▶ Die Pflegequote, d. h. der Anteil Pflegebedürftiger in der Bevölkerung, ist in den neuen Bundesländern höher als in den alten.

Die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen während der 1990er-Jahre führten in mehrerlei Hinsicht zu einem erheblichen Bedeutungszuwachs der Pflege (Wingenfeld, Schaeffer 2002). Sie brachten ein erweitertes und ausdifferenziertes pflegerisches Leistungsangebot hervor, das stärker an den Erfordernissen ausgerichtet ist, die mit dem sozio-demografischen Wandel und dem immer stärker durch chronische Erkrankungen geprägten Krankheitsspektrum verbunden sind. Im Zusammenhang damit findet auch eine zunehmende Integration der Versorgungsangebote mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung statt. Vor allem durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 ergaben sich in den letzten 20 Jahren tiefgreifende Veränderungen im Pflegesystem der neuen und alten Bundesländer (siehe Kapitel 2.3). Die pflegerische Versorgung

ist nunmehr dreigeteilt: nicht-professionelle Pflege im häuslichen Bereich, Pflege durch ambulante Pflegedienste und stationäre Pflege in Heimen.

Verschiedene Berechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Pflegebedürftigen steigen wird, die Frage ist nur, in welchem Ausmaß. Nach Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von heute 2,3 Millionen bis zum Jahr 2050 auf über 4 Millionen steigen. Die Vorausberechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) schätzen für das Jahr 2030 3,4 Millionen Pflegebedürftige unter Beibehaltung der jetzigen Entwicklung der Pflegequoten (Status-Quo-Szenario). Gleichzeitig wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen. Dieser beträgt heute 2,6 %. Bis 2020 wird er voraussichtlich auf 3,6 % und bis zum Jahr 2030 auf 4,4 % ansteigen. Hackmann und Moog (2008) gehen davon aus, dass in Zukunft wahrscheinlich mehr (erwerbstätige) Männer in den Pflegeprozess eingebunden werden. Die damit verbundene Zunahme der Zahl potenzieller informeller Pflegepersonen entspricht aber nicht der steigenden Zahl zukünftig Pflegebedürftiger, sodass verstärkt auf professionelle ambulante und stationäre Pflege zurückgegriffen werden wird.

Situation vor Einführung der Pflegeversicherung

Zu Beginn der 1990er-Jahre bestanden verschiedene Möglichkeiten, bei Pflegebedürftigkeit versorgt zu werden: im häuslichen Bereich durch Angehörige oder durch professionell Pflegenden (oder eine Mischform), oder in stationären Einrichtungen. Die Finanzierung erfolgte privat oder aus Sozialhilfemitteln, teilweise auch aus Mitteln der Krankenkasse. Pflegebedürftige Menschen waren, sofern sie nicht ehrenamtlich von Angehörigen gepflegt oder die erforderliche professionelle Pflege selbst finanzieren konnten, auf Sozialhilfe angewiesen und mussten dazu ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenbaren. Sofern Einkommen

und Vermögen gewisse Schonbeträge überschritten, entfiel der Anspruch auf Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Sozialhilfeträger.

In einer 1991 durchgeführten Erhebung wurden Pflegequoten, d.h. der Anteil Pflegebedürftiger in der Bevölkerung, zwischen 1,7 % bei den 65- bis 69-Jährigen und 26,3 % bei den über 85-Jährigen ermittelt (Schneekloth, Potthoff 1993). Auffällig war der insgesamt höhere Anteil an Pflege-, vor allem aber an Hilfebedürftigen (Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf) in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten. Dies wird durch einen im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustand der älteren Generation in Ostdeutschland und durch ungünstigere Wohnbedingungen bzw. infrastrukturelle Gegebenheiten in den neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern erklärt (Schneekloth, Wahl 2005).

Pflege im häuslichen Bereich durch Angehörige

Sowohl in den neuen als auch in den alten Ländern wurde der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich versorgt. Nach Schneekloth und Wahl (2005) sind Töchter und Ehefrauen die hauptsächlich Pflegenden, gefolgt von den Schwiegertöchtern. Sie weisen auf das Ungleichgewicht in der Pflegeübernahme zu Lasten von Frauen hin, wobei allerdings zum Erhebungszeit 1991 in Ostdeutschland Männer deutlich häufiger die Pflege übernahmen als in Westdeutschland (31 % gegenüber 18 %). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch Halsig (1995), der die Situation von Hauptpflegepersonen in der familiären Pflege untersuchte. Die Beteiligung der pflegenden Ehemänner in den neuen Ländern war mit 22 % doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern, wobei das stärkere Engagement der Ehemänner im Osten Deutschlands durch die Tradition einer anderen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung erklärt wird. In der DDR war die Berufstätigkeit der (Ehe-)Frau die Regel.

Ambulante Pflege

Hinsichtlich Organisationsstruktur und Trägerschaft ambulanter und stationärer Einrichtungen gab es deutliche Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. In der DDR waren Gemeindeschwestern – angesiedelt an Polikliniken und Ambulatorien – für die ambulante gesundheitspflegerische Versorgung der Bevölkerung zuständig. Ergänzend hierzu wurden hauswirtschaftliche Leistungen meist über örtliche Gruppen der Hilfsorganisation Volkssolidarität sichergestellt. Daneben existierte noch eine betrieblich gestützte Versorgung mit pflegerischen und gesundheitsrelevanten Leistungen (BMFSFJ 2000). Zwischen 1990 und 1992 wurde das ostdeutsche Gemeindeschwesternmodell abgelöst durch die schrittweise aufgebauten Sozialstationen. Bei dieser Umstrukturierung, die über Soforthilfeprogramme des Bundes sowie u. a. die Alfred-Herrhausen-Stiftung finanziert wurde, arbeiteten die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Länder eng zusammen (Deutscher Bundestag 1992). Auch in den alten Bundesländern expandierten im Zuge des Sozialstationen-Programms zu Beginn der 1990er-Jahre die ambulanten Versorgungseinrichtungen. 1992 gab es insgesamt 961 Sozialstationen in den neuen und 2.990 in den alten Bundesländern. Insgesamt lässt sich für die 1990er-Jahre ein West-Ost-Gefälle in der Versorgungsdichte mit Sozialstationen konstatieren, welches sich langsam abbaute. Bis 1995 stieg die Zahl der Sozial- und Diakoniestationen bundesweit auf weit über 6.000 (BMFSFJ 2000).

Stationäre Pflege

Der Anteil der in Heimen lebenden Menschen in der DDR lag über dem in der alten Bundesrepublik. Diese Differenz ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme in den beiden ehemaligen deutschen Staaten zu betrachten. In der ehemaligen DDR erschießen für viele ältere Menschen, vor allem Alleinstehende, der Wechsel in die so genannten Feierabendheime aufgrund niedriger Renten und geringer Heimentgelte auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll. Dagegen kam in der alten Bundesrepublik ein Übersiedeln in ein Heim aufgrund der höheren

Kosten erst mit abnehmender Alltagsbewältigungskompetenz in Betracht (Dieck 1994).

Im Jahr 1991 gab es in den alten Bundesländern insgesamt 6.353 Einrichtungen (Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime und mehrgliedrige Einrichtungen) mit 493.257 Plätzen. In den neuen Bundesländern existierten 1.054 Einrichtungen mit 93.524 Plätzen, in Berlin 480 mit 45.265 Plätzen. Die Versorgung mit Heimplätzen je 1.000 Einwohner unterschied sich somit deutlich zwischen den alten (7,9) und neuen (6,4) Bundesländern (ohne Berlin) (BMFSFJ 1993). Die Einrichtungen in Ostdeutschland waren insgesamt baulich schlechter ausgestattet als die in Westdeutschland. Aus dem Soforthilfeprogramm wurden Anfang der 1990er-Jahre erhebliche Mittel für Instandsetzungs- und Modernisierungsmaßnahmen der Pflegeheime zur Verfügung gestellt.

Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung für den Fall einer längerfristigen und erheblichen Pflegebedürftigkeit als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) als Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) eingeführt. Darin wurde eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten festgelegt. Seit dem 1. April 1995 gibt es Leistungen der Pflegeversicherung für ambulant, seit dem 1. Juli 1996 für stationär Versorgte. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die grundsätzlich von Arbeitnehmern und Arbeitgebern je zur Hälfte entrichtet werden.

Pflegebedürftigkeit

Laut Pflegestatistik des Jahres 2007 gab es im Jahr 2007 insgesamt 2,25 Millionen Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen. Davon waren 67,6 % Frauen. Von den Leistungsbeziehern wurden ca. zwei Drittel zu Hause gepflegt (46,0 % nur durch Angehörige, 22,4 % (auch) durch Pflegedienste), ein knappes Drittel (31,6 %) in Heimen. In Abbildung 6.3.1 wird ein Überblick über die Art der Versorgung gegeben und die Anteile der Pflegebedürftigen

Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig sind laut SGB XI Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Ausschlaggebend ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III. Die Entscheidung über die Einstufung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Pflegegutachtens. Je nach Pflegestufe bestehen für Pflegebedürftige unterschiedliche Leistungsansprüche.

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit): Hilfebedarf mindestens 90 Minuten pro Tag. Auf die Grundpflege (Körperhygiene, Ernährung, Mobilität etc.) müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.

Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit): Hilfebedarf mindestens 180 Minuten pro Tag mit einem Grundpflegebedarf von mindestens 120 Minuten täglich.

Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit): Hilfebedarf mindestens 300 Minuten pro Tag. Der Anteil an der Grundpflege muss dabei mindestens 240 Minuten täglich betragen.

Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, kann ein so genannter Härtefall vorliegen. Die Pflegekasse kann in diesem Fall im Rahmen der Pflegesachleistung und der vollstationären Pflege weitere Leistungen gewähren.

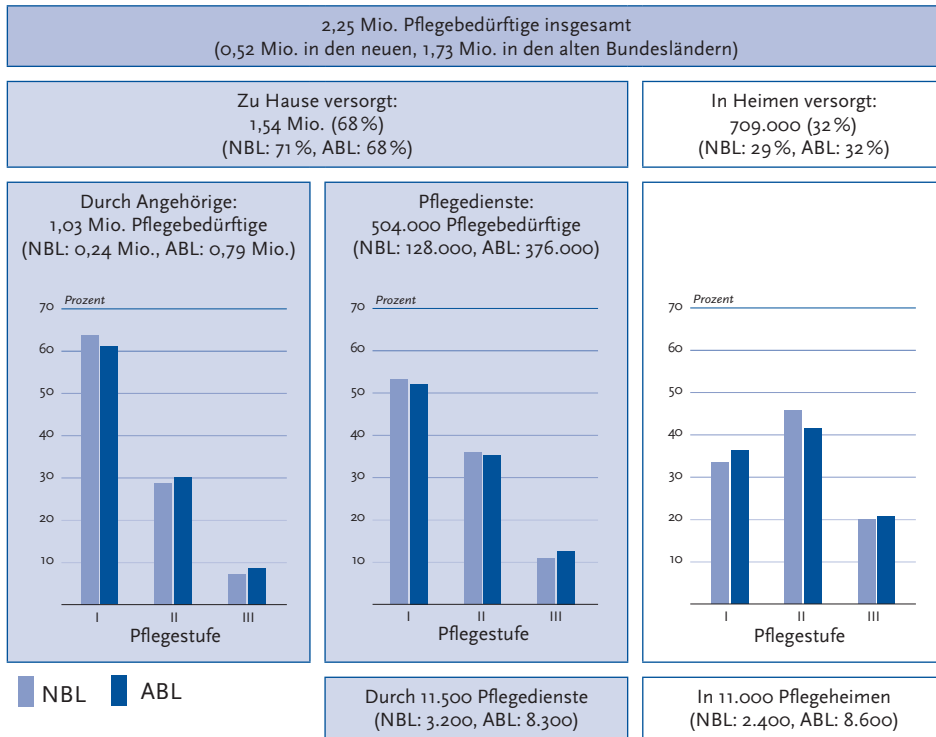
Pflegestufe 0: Hilfebedarf unterhalb von 90 Minuten, kein Leistungsbezug. Ausnahme: Seit dem 1. Juli 2008 besteht für Demenzzranke bereits in der »Pflegestufe 0« ein Anspruch auf »Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf«.

nach Pflegestufe ausgewiesen. Insgesamt waren 52 % der Pflegestufe I zugeordnet, 35 % der Pflegestufe II und 13 % bezogen Leistungen nach Pflegestufe III. Während in Pflegestufe I eingestufte Pflegebedürftige zu fast 80 % zu Hause gepflegt werden, sind es in der Pflegestufe III nur noch 50 %.

Abbildung 6.3.1

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung und Pflegestufen (I, II und III) 2007

Quelle: Pflegestatistik 2007



Den niedrigsten Anteil an Schwerstpflegebedürftigen findet man in den neuen Bundesländern, und zwar in Mecklenburg-Vorpommern (10,0 %), Sachsen (10,4 %) und Sachsen-Anhalt (10,6 %), den höchsten in Bayern (16,2 %), Hessen (14,2 %) und Niedersachsen (14,0 %). In Abbildung 6.3.2 sind die Pflegequoten nach Alter, Geschlecht und Wohnregion dargestellt. Das Risiko pflegebedürftig zu werden, nimmt im höheren Alter deutlich zu. Während in den unteren Altersklassen der Anteil gering ist, steigt er im Alter ab 75 Jahren sehr stark. In der Altersgruppe der über 90-Jährigen sind zwei Drittel pflegebedürftig. Die Pflegequote bei Frauen ist höher als bei Männern, da sie im höheren Alter häufiger allein leben und häufiger körperlich beeinträchtigt bzw. in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind als gleichaltrige Männer (vgl. Robert Koch-Institut 2009, S. 146). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist in allen Altersgruppen der Anteil Pflegebedürftiger (alle Pflegestufen) in den neuen Bundesländern höher als in den alten.

In den letzten Jahren haben die Pflegequoten in fast allen Bundesländern zugenommen, allerdings in regional unterschiedlichem Maß (siehe Abbildung 6.3.3). Auffallend ist, dass in den neuen Bundesländern die Pflegequoten stärker gestiegen sind als in den alten. Ein besonders hohes Wachstum ist in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern festzustellen. Dies ist vor allem auf die Alterung der dortigen Bevölkerung zurückzuführen (siehe Kapitel 2.1).

Pflegeleistungen werden in unterschiedlichen Pflegearrangements erbracht. Derzeit werden über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause betreut, in der Mehrzahl von Angehörigen, in steigendem Umfang auch von professionellen Pflegekräften. Dabei gilt zu beachten, dass in der amtlichen Statistik nicht erfasst wird, in welchem Maße zusätzliche Pflege durch Angehörige geleistet wird, sofern kein Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung erfolgt. Stationär versorgt wurden im Jahr 2007 32 % der Pflege-

Abbildung 6.3.2
Pflegequoten nach Altersgruppen 2007
 Quelle: Pflegestatistik

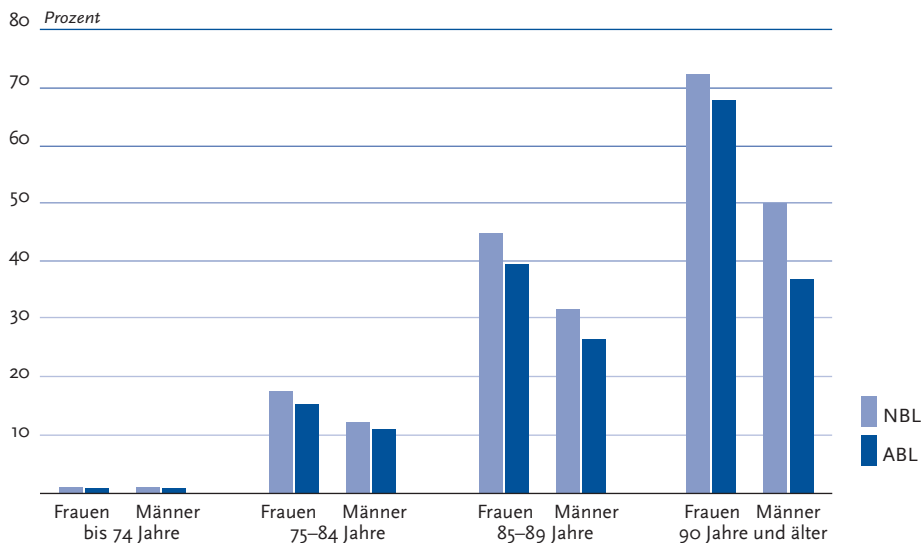


Abbildung 6.3.3
Pflegequoten nach Bundesland 1999 und 2007
 Quelle: Pflegestatistik

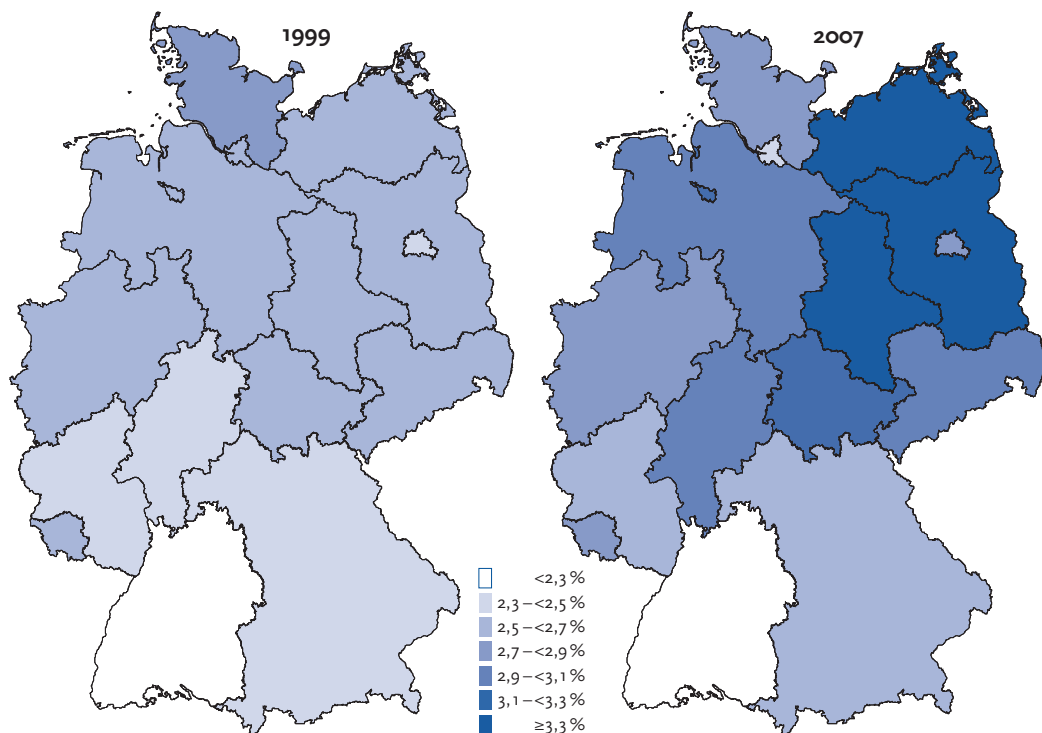
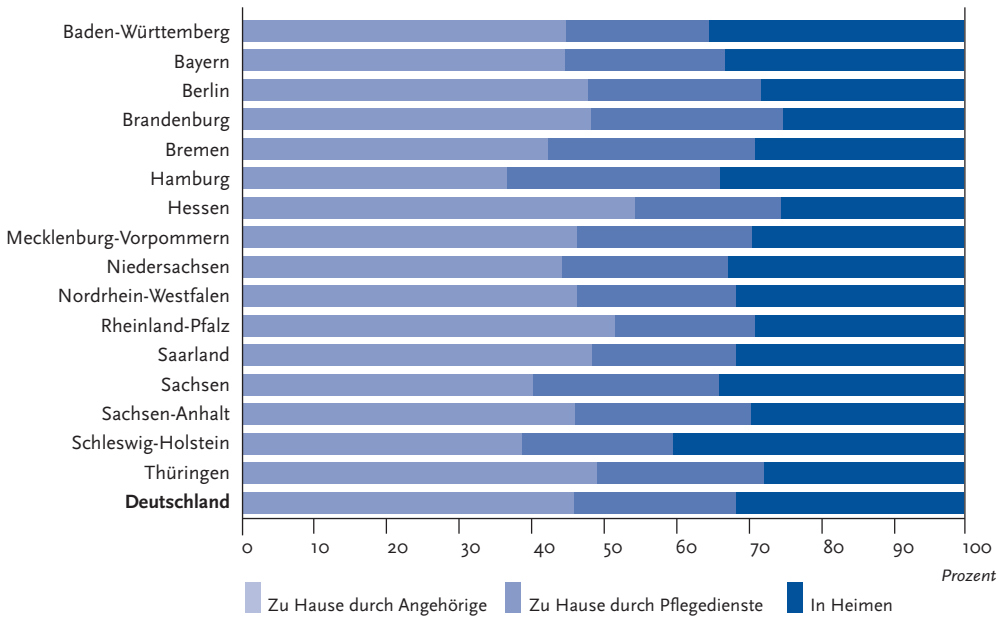


Abbildung 6.3.4
Verteilung der gesetzlichen Pflegeleistungen 2007
 Quelle: Pflegestatistik



bedürftigen, wobei das Minimum bei 25 % in Brandenburg und das Maximum bei 40 % in Schleswig-Holstein lag. In Abbildung 6.3.4 sind die Anteile von zu Hause durch Angehörige oder durch Pflegedienste und in Heimen gepflegten Personen für die einzelnen Bundesländer dargestellt. Es zeigt sich, dass in Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Sachsen mehr Personen in Pflegeheimen gepflegt werden als im Bundesdurchschnitt. Überdurchschnittlich häufig übernehmen in Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen Angehörige die häusliche Pflege. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen wird die ambulante Pflege relativ häufig durch professionelle Pflegedienste ausgeführt. Eindeutige Ost-West-Unterschiede bei den Pflegearrangements sind nicht erkennbar.

Ambulante Pflegedienste

Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 nahm die Zahl der ambulanten Pflegedienste bundesweit zu. Neben den Sozialstationen beteiligen sich zunehmend auch private Pflegedienste

an der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Laut Pflegestatistik gab es im Jahr 1999 in den alten Bundesländern 7.899 und in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) 2.921 nach SGB XI zugelassene ambulante Pflegedienste. Bis zum Jahr 2007 stieg die Zahl in Westdeutschland um 5 % auf 8.291 und in Ostdeutschland um 10 % auf 3.238. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 183.782 im Jahr 1999 auf 236.162 im Jahr 2007 erhöht. Von diesen sind lediglich 26 % vollzeitbeschäftigt. Krankenpflegekräfte sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger stellen dabei die größten Berufsgruppen dar. Der Anteil der Frauen an allen Beschäftigten lag 2007 bei etwa 88 %.

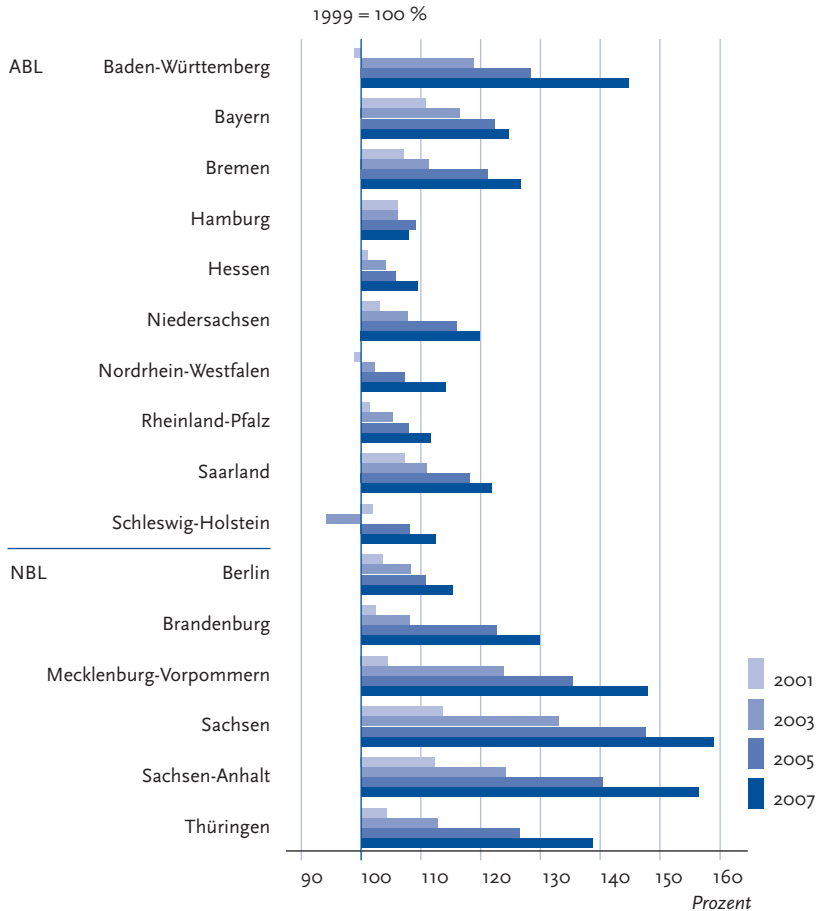
Pflegeheime

Die Zahl der Pflegeheime wächst seit 1999 (siehe Abbildung 6.3.5). Ende 2007 existierten in Deutschland insgesamt 11.029 stationäre Pflegeeinrichtungen. Rund 55 % der Pflegeheime gehören aktuell freigemeinnützigen, 39 % privaten und knapp 6 % öffentlichen Trägern. Bei den ver-

Abbildung 6.3.5

Entwicklung der Zahl der Pflegeheime nach Bundesland

Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005 und 2007



fügbaren Plätzen entfallen rund 59 % auf freigemeinnützige, 34 % auf private und etwas weniger als 7 % auf öffentliche Träger (Pflegestatistik des Jahres 2007).

In Heimen werden Leistungen der voll- und teilstationären Pflege in unterschiedlicher Kombination erbracht, wobei die Dauerpflege im Vordergrund steht. Solitäre Kurzzeitpflege- bzw. teilstationäre Einrichtungen sind nur in geringem Umfang vorhanden. Knapp drei Viertel der Pflegeheime bieten ausschließlich Dauerpflege an. Bei der Kurzzeitpflege ist im Vergleichszeitraum insgesamt ein rückläufiger Trend zu beobachten.

Der Erste Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und

Bewohner (BMFSFJ 2006) verweist darauf, dass die Heimkapazitäten in Deutschland in den letzten Jahren zwar aufgestockt wurden, die Versorgungsdichte jedoch abgenommen hat, weil die Zahl der Hochaltrigen in der Bevölkerung gestiegen ist. Dennoch scheint das Versorgungsangebot dem Bedarf an Heimplätzen zu entsprechen. Im Vergleich betrachtet, hat sich seit 1994 die Zahl der vollstationären Altenpflegeeinrichtungen um knapp 20 % auf 9.919 zum Zeitpunkt Ende 2007 erhöht. Die relative Zunahme liegt in den neuen Bundesländern deutlich höher (17,6 % im Vergleich zu 7,8 %) als in den alten Bundesländern (Schneekloth, Wahl 2007). Die durchschnittliche Größe der Heime lag 2007 bei 72,5 Plätzen und ist

damit gegenüber 1999 (72,9 Plätze/Heim) in etwa gleich geblieben, wobei sich in den neuen Bundesländern die Größe der Heime etwas verringert hat und in den alten Ländern die Heime größer geworden sind (Statistisches Bundesamt 2009).

Seit der Wiedervereinigung hat sich die Qualität der Ausstattung in ostdeutschen Heimen aufgrund der Investitionsmaßnahmen deutlich verbessert. War 1994 in den neuen Bundesländern eine Sanitärausstattung auf der Etage noch Standard, während Zimmer mit Dusche und WC nur für etwa ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner verfügbar waren, hat sich dies inzwischen auch in Ostdeutschland zum Standard entwickelt (Schneekloth 2007, S. 136). In den neuen Ländern ist durch das Sonderinvestitionsprogramm nach Art. 52 Pflegeversicherungsgesetz eine vollständige Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet gelungen. Zur Beurteilung der Wohnqualität kann z. B. der Anteil der Plätze in Einbettzimmern herangezogen werden. Dieser lag 1994 in stationären Pflegeeinrichtungen bei 52 % in den alten und 36 % in den neuen Bundesländern. Für das Jahr 2003 werden keine Unterschiede mehr berichtet, sowohl in den alten als auch den neuen Bundesländern betrug der Einbettzimmeranteil etwas über 50 %. Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede nach Bundesländern: der geringste Anteil an Pflegeplätzen in Einbettzimmern findet sich im Saarland (35,5 %), der höchste in Thüringen (58,7 %). Nennenswerte Anteile an Pflegeplätzen in Zimmern für drei und mehr Personen weisen noch Berlin (6,4 %), Schleswig-Holstein (5,5 %) und das Saarland (5,3 %) auf.

Im Rahmen von systematischen Überprüfungen der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) werden auch Ausstattungsmerkmale überprüft, die die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen unterstützen (z. B. behinderten gerechte Sanitäranlagen, stufenlose Eingänge). Bei 64 % der im 2. Halbjahr 2003 geprüften stationären Pflegeeinrichtungen waren alle diesbezüglichen Anforderungen erfüllt. Die Ergebnisse variierten zwischen den verschiedenen Bundesländern von positiven Ausstattungsergebnissen in Hessen (94 %), Sachsen (92 %) und dem Saarland (89 %) bis zu eher negativen Ergebnissen in Westfalen-Lippe (33 %), Berlin-Brandenburg (51 %) und Niedersachsen (52 %). Ein Nord-Süd- oder Ost-West-Gefälle lässt sich nicht erkennen (MDS 2004). Im

1. Halbjahr 2006 wurden bei 81,3 % aller in die Prüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen alle Kriterien zur räumlichen Ausstattung erfüllt. Eine Differenzierung nach Bundesländern fand für diesen Zeitraum nicht statt (MDS 2007).

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) am 1. Juli 2008 wurden Regelungen eingeführt, welche die Pflegequalität für die Öffentlichkeit sichtbar und vergleichbar machen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen müssen zukünftig via Internet und als Aushang in den Pflegeeinrichtungen veröffentlicht werden. Die Prüfungen werden ab dem Jahr 2011 einmal jährlich unangemeldet durchgeführt, bis dahin müssen alle Einrichtungen mindestens einmal geprüft werden. Der Schwerpunkt der Bewertung liegt künftig auf dem Pflegezustand der Pflegebedürftigen und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien der Pflegekassen wurden mit Wirkung zum 1. Juli 2009 entsprechend angepasst.

Fazit

Nach der Wende wurde in den neuen Bundesländern in relativ kurzer Zeit die ambulante und stationäre Pflege an die Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst. Der bedeutendste Einschnitt in der pflegerischen Versorgung war die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung. Für viele Pflegebedürftige sind seitdem nicht nur qualitativ bessere Versorgungsmöglichkeiten durch professionelle ambulante und stationäre Einrichtungen entstanden, sondern die Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen es, dass viele Pflegebedürftige auf die finanzielle Unterstützung der Familie und des Sozialamtes verzichten können.

Die Zahl der Pflegebedürftigen und der Pflegeheime nimmt weiterhin zu. Bevölkerungsvorausberechnungen weisen auf einen erhöhten Bedarf an pflegerischen Leistungen in der Zukunft hin. Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung ist mindestens in einem Teil der neuen Länder mit einem höheren Anstieg des Anteils Pflegebedürfti-

ger in der Bevölkerung zu rechnen als in den alten Ländern. Es gibt zwar Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den Pflegearrangements und den Ausstattungsmerkmalen der Pflegeheime, aber sie sind nicht auf systematische Ost-West-Unterschiede zurückzuführen, sondern stellen eher Länderspezifika dar. Gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote eine wichtige Aufgabe.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Heimgesetz setzt Rahmenbedingungen für den Betrieb von Heimen. In Bezug auf das Wohnen und die Pflege im Heim sind vor allem die »Heimpersonalverordnung« (HeimPersVo) und »Heimmindestbauverordnung« (HeimMindbauVo), die z. B. exakte Mindest-Zimmergrößen festlegt, sowie die Rahmenbedingungen des SGB XI von Bedeutung.

Kernziele des Pflegequalitätssicherungsgesetzes vom 1. November 2000 sind die Sicherung und die Weiterentwicklung der Pflegequalität und die Stärkung der Verbraucherrechte.

Die Pflege war lange Zeit nicht in die Bemühungen zur Herstellung integrierter Versorgungsmodelle eingebunden. Eine Korrektur erfolgte mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 01. April 2007 (GKV-WSG) (vgl. SGB XI §92 b »Integrierte Versorgung«). Mit diesem wie auch mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom 28. Mai 2008 wurden Schritte zur Verbesserung der Schnittstellenüberbrückung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eingeleitet, die den weiteren Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen unterstützen sollen. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, sowie die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Letztere sollen die vor Ort vorhandenen Hilfsangebote koordinieren und vernetzen, die angebotenen Leistungen und deren Qualität transparent machen und so den Ratsuchenden die Entscheidungen für bestimmte Leistungen und Anbieter vereinfachen.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1993) Erster Altenbericht der Bundesregierung. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bundestags-Drucksache 12/5897
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2000) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestags-Drucksache 14/5130 dip.bundestag.de/btd/14/051/1405130.pdf (Stand: 12.08.2009)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006) Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf (Stand: 12.08.2009)
- Deutscher Bundestag (1992) Zur Situation behinderter und älterer pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage 12/2375. Bundestagsdrucksache 12/3253
- Dieck M (1994) Besondere Perspektiven des Alterns und des Alters im vereinten Deutschland. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studentext zur Gerontologie. Berlin New York, S 640–667
- Hackmann T, Moog S (2008) Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Forschungszentrum Generationenverträge, Diskussionsbeiträge No. 33
- Halsig N (1995) Hauptpflegepersonen der Familie: Eine Analyse ihrer Situation, Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontologie und Psychiatrie (4): 247–262
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg) (2004) Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI. mds-ev.org/media/pdf/Erster_Bericht-118-XI-QS-Pflege.pdf (Stand: 12.08.2009)
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg) (2007) Qualität in der ambulanten und stationären Pflege 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI. mds-ev.org/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf (Stand 12.08.2009)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination

und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

Schneekloth U, Potthoff P (1993) Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung", im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (Bd. 20.2 – Schriftenreihe des BMFuS), Stuttgart

Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) (2005) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München

www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf (Stand: 12.08.2009)

Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) (2007) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für »Good Practice«. Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München

www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Stand: 12.08.2009)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008) Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern
<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeigecsp&ID=1021808> (Stand: 12.08.2009)

Statistisches Bundesamt (2009) Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden
www.sab-unternehmensberatung.de/Download/5224102079004.pdf (Stand: 11.09.2009)

Wingenfeld K, Schaeffer D (2002) Zur aktuellen Situation der Pflege in Deutschland. Public Health Forum 10 (34): 23–24

6.4 Medizinische Rehabilitation

- ▶ In den neuen Bundesländern vollzog sich zu Beginn der 1990er-Jahre der Aufbau eines Reha-Systems nach westdeutschem Muster.
- ▶ Dies impliziert insbesondere die Schaffung stationärer medizinischer Rehabilitations-einrichtungen in den neuen Bundesländern, die sich heute ähnlich wie in den alten Bundesländern regional sehr heterogen verteilen. Die bundesweit meisten Reha-Betten je 100.000 Einwohner weist derzeit Mecklenburg-Vorpommern auf.
- ▶ Die bevölkerungsbezogene Zahl der durchgeführten Reha-Leistungen erreichte in den neuen Ländern rasch das westdeutsche Niveau. Mittlerweile liegen die Fallraten für die meisten rehabilitativen Leistungen für Einwohner der neuen Länder über denen der alten.
- ▶ Der Anteil ambulanter Rehabilitation an allen medizinischen Reha-Leistungen ist in Deutschland insgesamt weiterhin relativ klein. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen in Ost- und Westdeutschland.
- ▶ Das Angebot geriatrischer Rehabilitationsmöglichkeiten ist stark regional geprägt. Je nach Bundesland erfolgt die geriatrische Versorgung überwiegend in Akutkrankenhäusern, stationären Rehabilitationseinrichtungen oder ist etwa gleichmäßig auf diese Sektoren verteilt.
- ▶ Zukünftig ist mit einem steigenden Bedarf an abgestuften, vernetzten, wohnortnahen rehabilitativen Leistungen zu rechnen, die auch dem besonderen Bedarf Älterer gerecht werden.

Krankheit und Behinderung können die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben bedrohen oder beeinträchtigen. Dies zu vermeiden, zu beheben oder zumindest zu mildern sind Ziele und Aufgaben der Rehabilitation. In Deutschland existiert ein differenziertes, komplex organisiertes Angebot an medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsleistun-

gen mit unterschiedlichen Kostenträgern. Im Folgenden liegt der Fokus auf der medizinischen Rehabilitation. Deren wichtigste Leistungsträger sind die Gesetzliche Rentenversicherung (v.a. für potenziell erwerbstätige Personen) und die Gesetzliche Krankenversicherung (v.a. für den nicht bzw. nicht mehr berufstätigen Personenkreis).

Rehabilitation als Aufgabe der deutschen Sozialleistungsträger schließt alle Maßnahmen ein, die darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist die selbstbestimmte und möglichst dauerhafte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Unterschieden werden berufliche (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), medizinische und soziale (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) Rehabilitation.

Seit dem 01.07.2001 ist die Rehabilitation von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) zusammengefasst, wobei als Leitgedanke die Teilhabe in den Mittelpunkt gestellt wurde. In diesem Gesetz werden u.a. die Leistungsträger der Rehabilitation benannt. Details zu Zuständigkeit, Verfahrensweisen und Leistungen sind jedoch zum großen Teil in den für die jeweiligen Träger geltenden Gesetzen geregelt. Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme übernehmen die Rentenversicherung (wenn so Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können, »Reha vor Rente«), die Gesetzliche Krankenversicherung (vor allem nicht berufstätige Erwachsene und Rentner; »Reha vor Pflege«), die Private Krankenversicherung (vor allem für Anschlussrehabilitationen, sonst je nach individuellem Vertrag), die Unfallversicherung (bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten), die Beihilfe (bei Beamten) und die Kriegsopferfürsorge/Kriegsopferversorgung (bei Gesundheitsschäden durch Kriegs-, Wehr- oder Zivildienst, Opfern von Gewalttaten oder bei Impfschäden). Die Jugend- und Sozialhilfe

erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn kein anderer Träger die Kosten übernimmt. Die Bundesagentur für Arbeit ist dagegen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zuständig. Die Pflegeversicherung ist kein Leistungsträger von Rehabilitationsmaßnahmen. Sind solche angezeigt, übernimmt in der Regel die Krankenversicherung die Kosten. Die verstärkte Nutzung rehabilitativer Potenziale Pflegebedürftiger (»Reha in der Pflege«) wird vielfach gefordert.

Die Zuständigkeit für die Kostenübernahme wird von den oben genannten Leistungsträgern entschieden, die den Antrag gegebenenfalls untereinander weiterleiten. Die verschiedenen Maßnahmen zur Rehabilitation werden über die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger koordiniert. Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung werden als Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (ARH) bezeichnet, für die es ein gesondertes Antragsverfahren gibt. Seit dem 1.1.1996 sind ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen gleichgestellt. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 01.04.2007 wurde die medizinische Rehabilitation in den Katalog der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Strukturelle Entwicklung

In der DDR wurde unter Rehabilitation die Eingliederung oder Wiedereingliederung Behinderter und Geschädigter in die Gesellschaft verstanden. Medizinische Rehabilitation wurde als Bestandteil der regulären gesundheitlichen Versorgung aufgefasst und war eher selten separat organisiert. Die Struktur der Rehabilitation in den alten Bundesländern reflektiert dagegen die historische Entwicklung des Kur- und Bäderwesens als Vorläufer der medizinischen Rehabilitation. Ein Großteil der rehabilitativen Kapazitäten konzentriert sich daher in wohnortfernen stationären Einrichtungen in Heilbädern und Kurorten.

Nach 1989 wurde das westdeutsche Konzept der Rehabilitation in separaten Einrichtungen in den neuen Bundesländern übernommen (Höhne et al. 2007). Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wurden von den Sozialversicherungsträgern mit Unterstützung des Bundes finanziell gefördert. Der Aufbau von stationären Rehabilitationskapazitäten erfolgte in den neuen Ländern regional sehr unterschiedlich mit deutlicher Bevorzugung der Ostseeküstenregion (Mecklenburg-Vorpommern).

Stationäre Reha-Strukturen wurden in den neuen Bundesländern sehr rasch aufgebaut. Im Jahr 1996 standen 166 Einrichtungen mit 27.833 Betten zur Verfügung. Damit hatte sich die Zahl der Einrichtungen gegenüber 1991 mehr als verdoppelt und die der Betten fast verdreifacht. Im selben Zeitraum lagen die Steigerungsraten in den alten Bundesländern bei lediglich 15 % bzw. 20 %. Der Aufbau stationärer Rehabilitationskapazitäten in Ostdeutschland war hinsichtlich der Zahl der Einrichtungen und Betten im Jahr 2000 praktisch abgeschlossen. Mit fast 170.800 Betten in 1.239 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen stehen in Deutschland im Jahr 2007 18,5 % mehr Betten und 4,9 % mehr Einrichtungen für stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung als 1991. Die gesamte Zunahme lässt sich auf den Aufbau stationärer Rehabilitationskapazitäten in den neuen Bundesländern zurückführen, während in den alten Bundesländern die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen leicht rückläufig war. Eine ähnliche Entwicklung ist bei der Zahl der Beschäftigten festzustellen (siehe Abbildung 6.4.1). Die regionale Verteilung der Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kurz nach der Wiedervereinigung und im Jahr 2007 ist Abbildung 6.4.2 zu entnehmen.

Abbildung 6.4.1

Entwicklung der Anzahl stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der dort Beschäftigten (umgerechnet in Vollkräfte) 1991 bis 2007

Quelle: Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

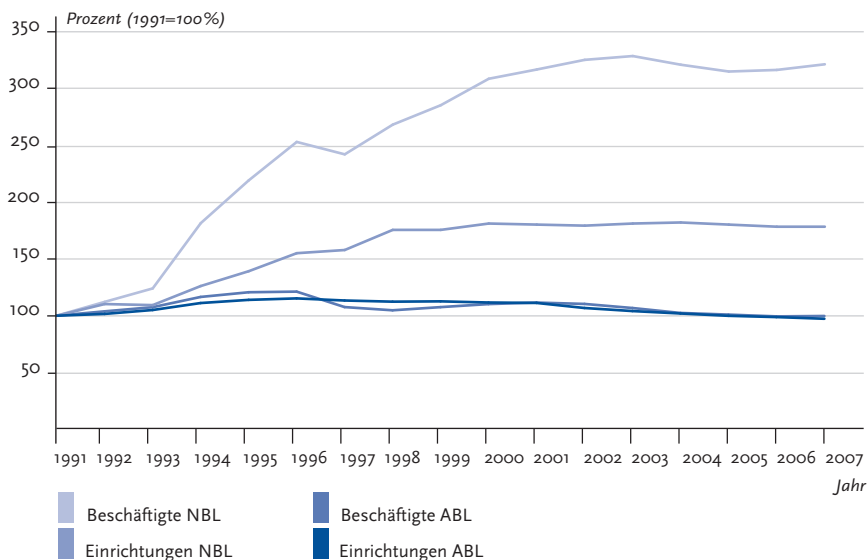
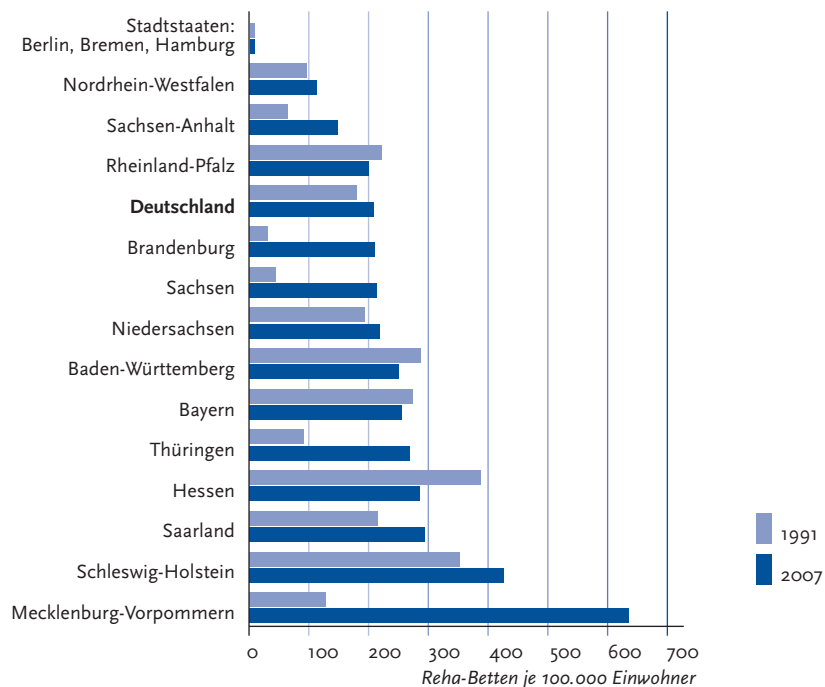


Abbildung 6.4.2

Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je 100.000 Einwohner 1991 und 2007

Quelle: Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen



Entwicklung der Fallzahlen

Datengrundlagen für Fallzahlbetrachtungen

Derzeit stehen keine Statistiken zur Verfügung, denen Details wie Alter, Geschlecht, Wohnort und Diagnosen für alle Personen, die einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, zu entnehmen sind. Die vorliegenden Zahlen beziehen sich entweder nur auf bestimmte Rehabilitationsträger oder erfassen lediglich (bestimmte) stationäre Einrichtungen. So liegen zwar für den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung, nicht jedoch für die Gesetzliche Krankenversicherung detaillierte Daten sowohl zu stationären als auch ambulanten Leistungen vor. Die Gesamtfallzahlen des Statistischen Bundesamtes für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Fachserie 12, Reihe 6.1 bzw. 6.1.2) beziehen sich auf den Standort der Einrichtungen ohne Hinweise auf den Kostenträger der Maßnahme oder nähere Informationen zu Patientencharakteristika. Seit 2003 werden auch Angaben zur Hauptdiagnose für stationäre Reha-Maßnahmen veröffentlicht, die nach Wohnort, Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten gegliedert werden können. Allerdings müssen diese Informationen nur von Einrichtungen ab 100 Betten geliefert werden (Fachserie 6.2.2). Das heißt, 563 Einrichtungen bzw. rund 270.000 Fälle gingen z. B. im Jahr 2007 nicht in diese Statistik ein. Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen werden vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst.

Die finanziellen Aufwendungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für medizinische Rehabilitationsleistungen (ohne Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge) beliefen sich 2008 auf rund 3,3 Milliarden Euro. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gab im selben Jahr rund 2,6 Milliarden Euro für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen aus. Mit ca. 7,7 Milliarden Euro entfielen auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2007 insgesamt ca. drei Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit. In Abbildung 6.4.3 ist die Entwicklung dieser Ausgaben und deren Verteilung auf die einzelnen Ausgabenträger für die Jahre 1992 bis 2007 dargestellt.

Der Abfall im Jahr 1997 erklärt sich durch das Beitragsentlastungsgesetz von 1996, welches die Verkürzung der Regeldauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen von vier auf drei Wochen, die Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und die Anhebung der Zuzahlung bei stationären Maßnahmen festlegte.

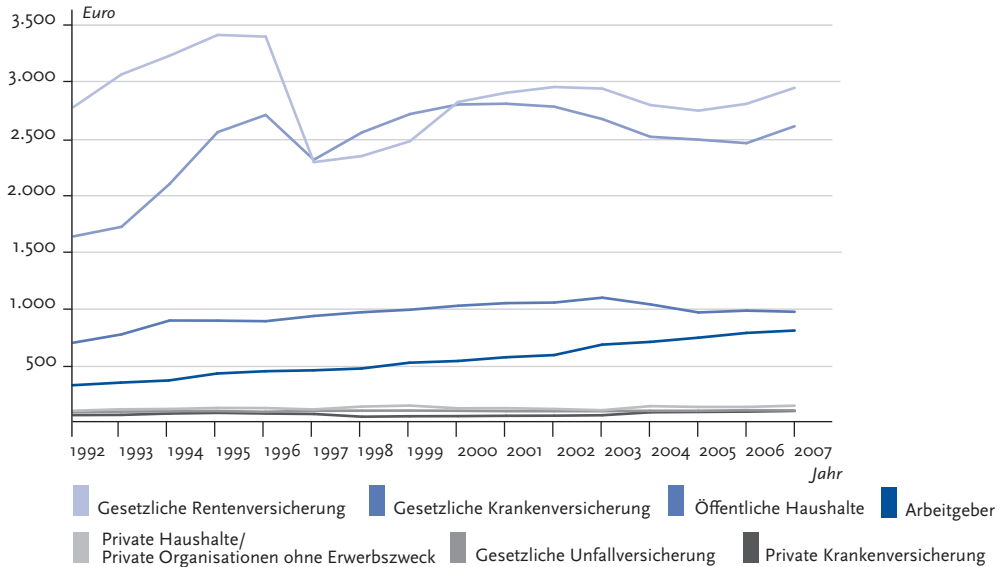
Im Jahr 2008 wurden allein bei der GRV rund 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Bewilligt wurden im selben Jahr 1,06 Millionen Maßnahmen. Die Zahl der tatsächlich durchgeführten medizinischen Rehabilitationen lag 2008 bei 942.622 (siehe Abbildung 6.4.4). Antrag, Bewilligung und Durchführung fallen nicht unbedingt in dasselbe Kalenderjahr. Zudem wird ein Teil der Anträge von der Rentenversicherung an andere Reha-Leistungsträger weitergeleitet, die dann über die Bewilligung entscheiden. Daher lässt sich aus den Daten nicht unmittelbar eine Reha-Bewilligungsquote ableiten. Im zeitlichen Verlauf sind deutlich die Folgen des Beitragsentlastungsgesetzes von 1996 erkennbar. Vor allem in den alten Bundesländern kam es zu einem starken und lang anhaltenden Rückgang der Zahl der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Maßnahmen. Während sie sich dort aktuell etwa auf dem Stand von 1991 bewegen, ist in den neuen Bundesländern ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Im Bereich der GRV wurden 2008 bezogen auf 100.000 Einwohner in den neuen Bundesländern mehr Anträge gestellt, bewilligt und durchgeführt als in den alten.

Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen keine Daten zur Entwicklung der Anträge und Bewilligungen, sondern nur Fallzahlen zur Verfügung (KG5-Statistik des BMG). Darstellungen etwa nach Alter, Geschlecht und Diagnose sind nicht möglich. Stationäre Reha-Maßnahmen werden mittlerweile überwiegend als Anschlussrehabilitation durchgeführt. Nach einem temporären Rückgang der Fallzahlen ab 1997 werden fast 600.000 stationäre Rehabilitationen zu Lasten der GKV erbracht. Dabei übersteigt in den neuen Ländern seit 1999 die Zahl der Fälle je 100.000 Versicherte die in den alten Ländern (siehe Abbildung 6.4.5). Die Zahl der Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter nimmt im dargestellten Zeitraum zunächst zu, ist dann über mehrere Jahre rückläufig und steigt

Abbildung 6.4.3

Ausgaben für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Ausgabenträgern* 1992 bis 2007

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung



* Zur speziellen Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung und zur Definition der Ausgabenträger (die nicht notwendiger Weise identisch sind mit den im SGB IX benannten Leistungsträgern der Rehabilitation) siehe RKI 2009 bzw. www.destatis.de

Abbildung 6.4.4

Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation sowie der erfolgten Bewilligungen und abgeschlossenen Maßnahmen 1991 bis 2008

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

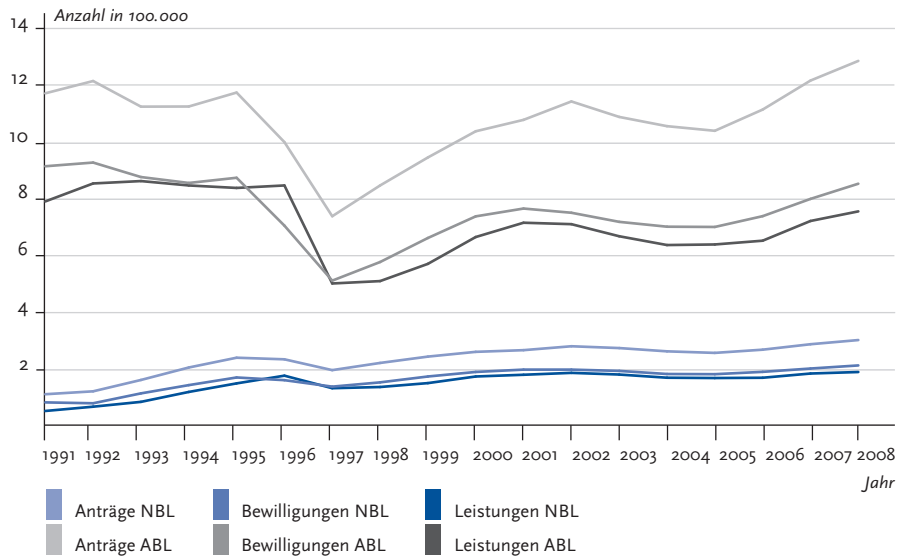
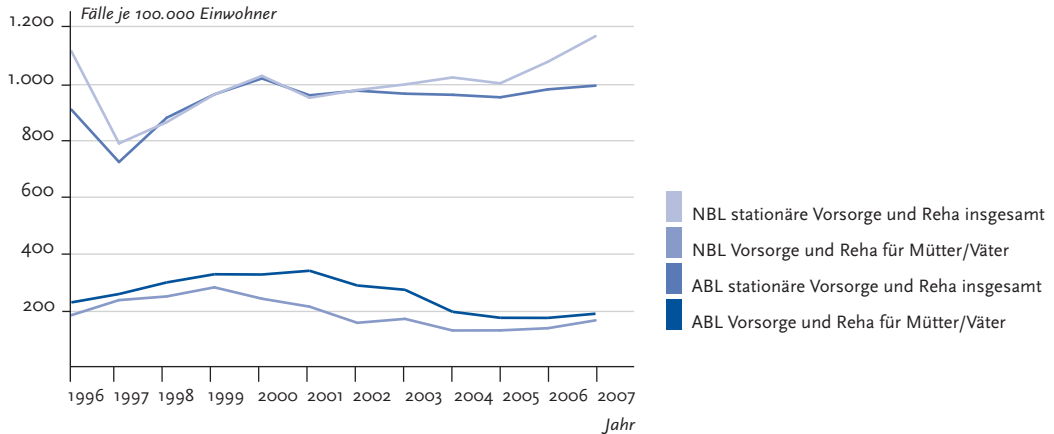


Abbildung 6.4.5

Entwicklung der Fallzahlen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV 1996 bis 2007
(ohne ambulante Rehabilitationen)

Quelle: BMG (KG5-Statistik)



erst seit 2007 wieder leicht auf etwa 112.000 an. Die Inanspruchnahmerate ist für den Bereich der GKV-West höher als für die GKV-Ost. Tendenziell haben sich die Raten für die verschiedenen Vorsorge- und Reha-Leistungen der GKV in den neuen und alten Bundesländern angeglichen, wobei zuletzt außer bei den Maßnahmen für Eltern höhere Raten in Ostdeutschland erreicht wurden.

Auf Basis der Reha-Diagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes ergeben sich auch bei Berücksichtigung der Altersverteilung für Einwohner der neuen Bundesländer überdurchschnittlich hohe Fallzahlen für stationäre Rehabilitationen. Zwischen 2003 und 2007 stiegen in fast allen Bundesländern die altersstandardisierten Fallzahlen leicht an (siehe Abbildung 6.4.6). Mit 2.086 Fällen je 100.000 Einwohner im Jahr 2003 bzw. 2.178 Fällen im Jahr 2007 nahm Thüringen jeweils die Spitzenposition unter den Bundesländern ein. Die niedrigsten Raten wiesen die Stadtstaaten auf. Dies ist vermutlich auf den dort relativ hohen Anteil ambulanter Reha-Maßnahmen zurückzuführen.

Eine alters- und geschlechtsspezifische regionale Analyse der stationären Reha-Fallzahlen zeigt im Jahresvergleich 2003 versus 2007 bei beiden Geschlechtern einen ähnlichen Verlauf: In beiden Jahren übersteigt die Inanspruchnahme stationärer medizinischer Reha-Leistungen durch Personen mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern

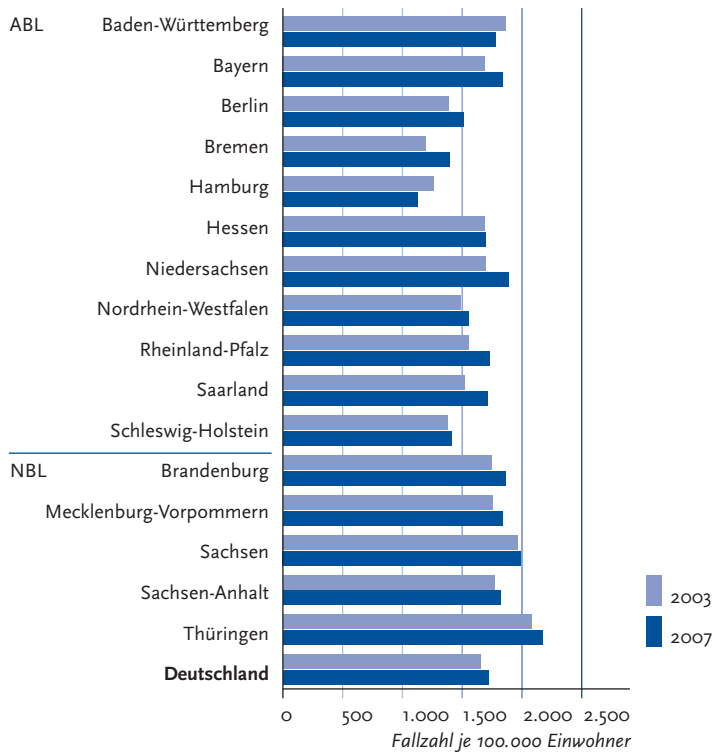
die von Personen aus den alten Bundesländern. Nur in den höchsten Altersgruppen verhält es sich umgekehrt. Die Zahl der Fälle je 100.000 Einwohner weist zwei Altersgipfel auf: Kurz vor dem Renteneintrittsalter bei den 55- bis 59-Jährigen (»Reha vor Rente«) sowie bei den 75- bis 79-Jährigen. Die höchsten Zuwachsraten sind bei den alten bis sehr alten Personen sowohl der neuen als auch der alten Bundesländer zu verzeichnen. Dagegen gehen die Fallraten bei Männern im erwerbstätigen Alter in Ost- wie Westdeutschland zurück. Die altersspezifischen Fallraten der Männer übersteigen die der Frauen in Ost- wie Westdeutschland ab einem Alter von 55 bis 59 Jahren (siehe Abbildung 6.4.7).

Die Zunahme der Reha-Maßnahmen für Menschen im Rentenalter ist vermutlich nicht nur auf demografische Effekte, d. h. die steigende Zahl alter und sehr alter Menschen in der Bevölkerung, sondern auch darauf zurückzuführen, dass deren rehabilitative Potenziale zunehmend erkannt und genutzt werden. Darüber hinaus könnten auch geänderte Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor (siehe Kapitel 6.2) dazugeführt haben, dass zur Verkürzung der Verweildauer vermehrt ältere Personen zur Anschlussrehabilitation verlegt werden. Die geriatrische Rehabilitation wird sicherlich zunehmend an Bedeutung gewinnen (müssen) und stellt ein wichtiges Weiterentwicklungsfeld für die Rehabilitation dar. Dies betrifft

Abbildung 6.4.6

Altersstandardisierte Fallzahlen der Patientinnen und Patienten in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Wohnort 2003 und 2007

Quelle: Diagnosedaten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



sowohl die explizit geriatrische Rehabilitation in entsprechenden Fachabteilungen als auch die Anpassung fachlich primär anders ausgerichteter medizinischer Rehabilitationsleistungen (z. B. in der Orthopädie) an den spezifischen Bedarf alter und sehr alter Menschen. Dieser ist oft durch Multimorbidität, Einschränkungen der Seh-, Hör- oder kognitiven Fähigkeiten, Veränderungen des Stoffwechsels sowie eine reduzierte körperliche Belastbarkeit und Beweglichkeit geprägt. Geriatrische Versorgung zeichnet sich durch das abgestimmte Zusammenwirken interprofessioneller Teams aus, was den Aufbau geriatrischer Kompetenzen in verschiedenen Professionen erfordert. Insbesondere besteht auch ein hoher, bislang zumeist nicht gedeckter Bedarf an ambulanten, wohnortnahen und zugehenden geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsangeboten, die an den individuellen Bedarf angepasst werden können und regional vernetzt sind (z. B. mit Pflegediensten und -ein-

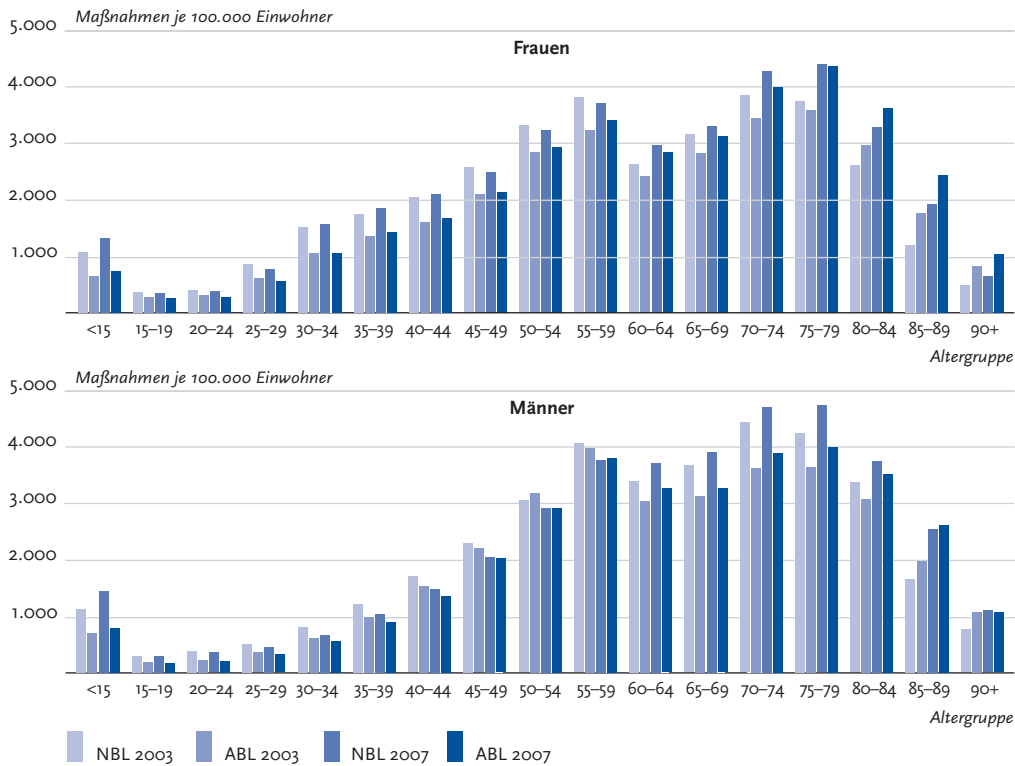
richtungen sowie den betreuenden Hausärzten). Obwohl im Jahr 2007 die mobile, d. h. im Wohnumfeld der Betroffenen zugehend durchgeführte, geriatrische Rehabilitation neu als Pflichtleistung der GKV definiert wurde (§40 SGB V), gibt es hierzu erst vereinzelt Modellprojekte (List et al. 2009).

Zudem ist die geriatrische Versorgung in den Bundesländern sehr heterogen organisiert. Sie ist in erster Linie stationär angesiedelt, verteilt sich jedoch in regional sehr unterschiedlicher Weise auf den akutstationären und den Reha-Sektor. In einigen Bundesländern (z. B. in den Stadtstaaten, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen) werden geriatrische Behandlungsplätze überwiegend oder ausschließlich in Akutkliniken vorgehalten. In anderen (z. B. Bayern und Mecklenburg-Vorpommern) sind sie fast nur an Reha-Einrichtungen zu finden. Wieder andere Länder (z. B. Sachsen und das Saarland) weisen eine anteilig annähernd gleiche Verteilung auf den Akut- und Reha-Sektor

Abbildung 6.4.7

Anzahl stationärer Reha-Maßnahmen nach Altersgruppen und Wohnort 2003 und 2007

Quelle: Diagnosedaten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



auf. Dies hat Auswirkungen auf die Finanzierung der Leistungen (Fallpauschalen in Akutkliniken, auszuhandelnde Tagessätze bzw. Pauschalen in Reha-Einrichtungen), woraus unterschiedliche Erlöse für vergleichbare, fachbedingt komplexe Leistungen resultieren, und die Zugangswege zur geriatrischen Versorgung (Einweisung versus Reha-Antrag). Außerdem sind beispielsweise die Verweildauern im Reha-Bereich durchschnittlich länger (List et al. 2009). Die vorgehaltenen Versorgungskapazitäten bezogen auf den Anteil der ab 65-Jährigen in der Bevölkerung unterscheiden sich ganz erheblich zwischen den Bundesländern (siehe Abbildung 6.4.8).

Der häufigste Grund für stationäre medizinische Rehabilitationen sind Erkrankungen von Muskeln, Skelett oder Bindegewebe. Dies gilt sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern sowie für Frauen und Männer. Herz-Kreislauf-Erkrankungen folgen bei den Männern

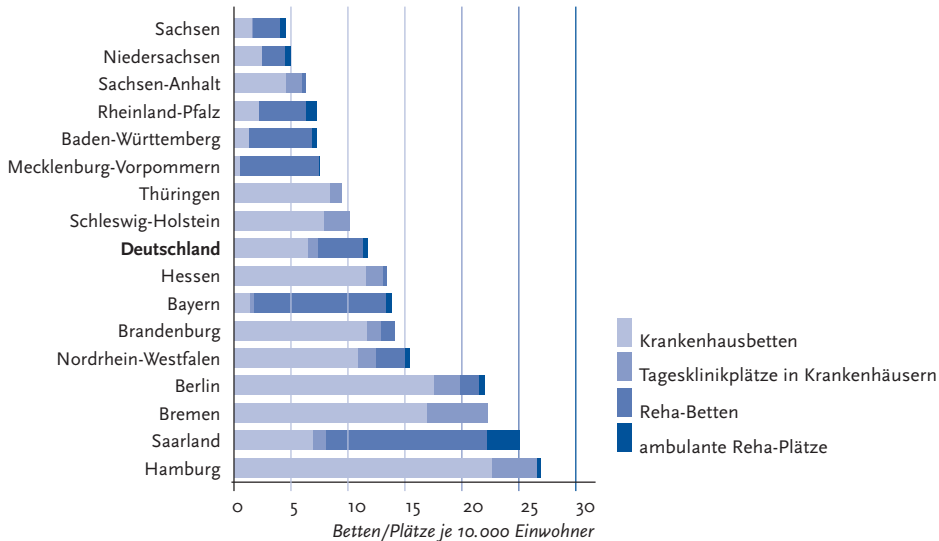
in West- wie Ostdeutschland auf Rang zwei, während diese bei den Frauen nach psychischen Erkrankungen und Neubildungen lediglich Rang vier erreichen. Anteilig werden für Einwohner der neuen Bundesländer mehr stationäre Reha-Maßnahmen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen, aber weniger wegen psychischen und Verhaltensstörungen durchgeführt (siehe Abbildung 6.4.9). Die diagnosespezifischen alterstandardisierten Fallzahlen liegen für die meisten der dargestellten Indikationen in den neuen Bundesländern über denen in den alten. Dies gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen.

Traditionell werden in Deutschland medizinische Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger überwiegend stationär erbracht. Dies ist im internationalen Vergleich ein deutsches Spezifikum. Da ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei vielen Indikationen als vergleichbar

Abbildung 6.4.8

Verteilung der geriatrischen Versorgungskapazitäten nach Bundesland und Versorgungsbereich 2007
(Betten bzw. Plätze je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren)

Quelle: Kompetenzzentrum Geriatrie 2009



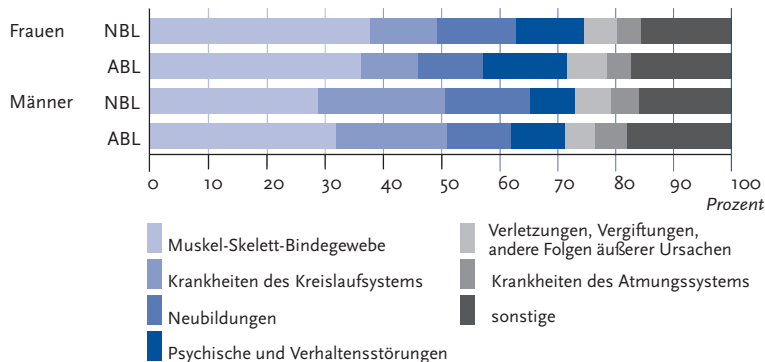
effektiv und oft kostengünstiger gelten, und eine Flexibilisierung der Rehabilitation mit wohnort-naher Erbringung vielfach auch aus Patienten-sicht wünschenswert ist, wurde 1989 in § 40 Abs. 1 und 2 SGB V mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) erstmals explizit der Begriff der »ambulan-ten Rehabilitation« eingeführt. Die formale Gleichstellung von ambulanter und stationärer Rehabilitation erfolgte dann 1996 mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsge-setz (WFG).

Eine differenzierte Darstellung des Anteils ambulanter medizinischer Rehabilitationsleis-tungen ist nur für die Gesetzliche Rentenversi-cherung möglich. Im Jahr 2008 wurden durch die GRV 8,8 % der medizinischen Reha-Maßnahmen für Erwachsene der neuen Bundesländer ambu-lant erbracht. Bezogen auf die alten Bundesländer waren es 13,3 %. Seit 1997 hat in beiden Landestei-len der Anteil ambulanter Reha-Leistungen nur langsam zugenommen. Rehabilitationen erfolgen tendenziell in dicht besiedelten Ballungsräumen

Abbildung 6.4.9

Verteilung der Hauptdiagnosen bei stationären medizinischen Rehabilitationen 2007

Quelle: Diagnosedaten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



häufiger ambulant als in ländlichen Regionen (Korsukewitz 2008; siehe auch Baumgarten et al. 2008). Bislang betreffen (zumindest in der GRV) die meisten ambulanten Rehabilitationen Personen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. Auf diese Krankheitsgruppe entfallen 2008 insgesamt rund zwei Drittel der Fälle. Im Jahr 2008 wurden von der Gesetzlichen Krankenversicherung lediglich 1.639 Reha-Maßnahmen für Einwohner der neuen Bundesländer und 23.988 für Einwohner der alten Bundesländer ambulant erbracht.

Fazit

Binnen weniger Jahre wurde auf dem Gebiet der ehemaligen DDR ein medizinisches Rehabilitationswesen nach westdeutschem Muster aufgebaut. Dies betraf sowohl den Aufbau stationärer Infrastruktur als auch die Organisation der Leistungsträger und die Etablierung der Genehmigungsverfahren inklusive der Information der Laien- und Fachöffentlichkeit über die verschiedenen Möglichkeiten. Der Aufbau stationärer Reha-Einrichtungen fand in besonders starkem Maße in Mecklenburg-Vorpommern statt. Diese stellen nicht nur aufgrund der dort angesiedelten Arbeitsplätze einen erheblichen regionalen Wirtschaftsfaktor dar, sondern auch aufgrund wertschöpfender Sekundärprozesse (z. B. Umsätze bei Zulieferern und im Gastronomie- und Freizeitbereich).

Entsprechend der Strukturen entwickelten sich auch die Fallzahlen in den neuen Bundesländern rasch positiv. Die Rückgänge im Jahr 1997 durch die Leistungseinschränkungen des Beitragsentlastungsgesetzes fielen zudem weniger gravierend aus als in den alten Bundesländern. Mittlerweile übersteigen die Reha-Fallzahlen in den neuen Ländern bezogen auf die Einwohnerzahl die in den alten Ländern. Dies gilt zumindest für stationäre medizinische Rehabilitationen. Bei den ambulanten Reha-Maßnahmen ist dagegen ein deutlicher Nachholbedarf zu erkennen. Dies mag teilweise darauf zurückzuführen sein, dass sich in vergleichsweise dünn besiedelten Flächenländern der Aufbau ambulanter Rehabilitationskapazitäten ökonomisch nicht lohnt und sich auch die notwendige interdisziplinäre Fachkompetenz

schwieriger aufbauen lässt. Außerdem ergäben sich für die Rehabilitanden unverhältnismäßig lange Anfahrtswege. Der Anteil ambulanter Rehabilitationen ist dagegen in den Stadtstaaten bzw. in Ballungsräumen deutlich höher.

Das System der medizinischen Rehabilitation steht mittlerweile vor zwei grundsätzlichen Herausforderungen: Erwerbstätige müssen aufgrund des angehobenen Renteneintrittsalters länger leistungsfähig bleiben und es wird in Zukunft immer mehr ältere und multimorbide Menschen in der Bundesrepublik geben. Aus diesen Gründen wird der betrieblichen Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 5.4), dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und insbesondere der geriatrischen Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung zukommen. Von einem insgesamt steigenden Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen ist auszugehen (Schencking 2009; Seger et al. 2008; Zwingmann 2009).

Literatur

- Baumgarten E, Lindow B et al. (2008): Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. RVaktuell 11: 335–342
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2007, Band 169
- Höhne A, Behrens J, Schaepe C et al. (2007) Die Betriebszentrierung im Rehabilitationssystem der DDR Rehabilitation 46: 233–237
- Kompetenzzentrum Geriatrie (KCG) (2009) Informationsservice des KCG (u. a. Übersicht über geriatrische Einrichtungen und Assessment-Instrumente) www.kcgeriatrie.de/infoservice.htm (Stand: 31.08.2009)
- Korsukéwitz C (2008) Medizinische Rehabilitation kardiologischer AHB-Patienten der Deutschen Rentenversicherung. In : Brucknerberger E (2008) Herzbericht 2007 mit Transplantationschirurgie. 20. Bericht. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland sowie vergleichende Daten aus Österreich und der Schweiz. Hannover
- List SM, Ryl L et al. (2009) Angebote der ambulanten und stationären Versorgung. In: Böhm K, Tesch-Römer C et al. (Hrsg.) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Schencking M (2009) Rehabilitations- und Kurmedizin in Deutschland – Hausärzte stellen die Weichen. Notfall & Hausarztmedizin 35: 237–240

- Seger W, Petri B, Müller-Fahrnow W et al. (2008) Perspektiven der Rehabilitation Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. Das Gesundheitswesen 70: 267–280
- Zwingmann C, Zweers U (2009) Medizinische Rehabilitation wird immer wichtiger. Prognos trendletter 1: 16

6.5 Arzneimittel

- ▶ Nach der Wiedervereinigung wurde die Arzneimittelversorgung in den neuen Bundesländern sehr rasch organisatorisch-strukturell an die in den alten Bundesländern angepasst. Eine prinzipiell gleiche Verfügbarkeit von Medikamenten ist somit seit langem gegeben.
- ▶ In beiden Teilen Deutschlands stiegen seit 1992 sowohl die Ausgaben für Arzneimittel insgesamt als auch pro Kopf, während die Zahl der verordneten Packungen deutlich rückläufig war bei nahezu gleichbleibender Menge der verordneten Arzneimittel.
- ▶ Die neuen Bundesländer erreichen bei den verordneten Arzneimitteln sowohl nach Umsatz als auch nach Menge fast durchgängig höhere Werte als die alten Bundesländer. Als einziges westliches Bundesland weist das Saarland aktuell ähnlich hohe Verordnungsdaten auf wie die östlichen Bundesländer.
- ▶ Frauen nehmen insgesamt mehr Medikamente ein als Männer, Verordnungen bzw. Gebrauch von Arzneimitteln steigen mit dem Alter und die Selbstmedikation hat in den alten Bundesländern einen höheren Stellenwert als in den neuen.
- ▶ Der Medikamentengebrauch von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in Ost- und Westdeutschland kaum. Ein höherer Gebrauch findet sich in den neuen Bundesländern bei hormonellen Mitteln zur Empfängnisverhütung und bei Dermatika. In den alten Bundesländern werden dagegen mehr homöopathische Arzneimittel verwendet.

Der Einsatz von Arzneimitteln stellt eine wesentliche Säule in der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Beschwerden und Krankheiten dar. Auf Arzneimittel entfallen im Jahr 2008 18,2 % der jährlichen GKV-Gesundheitsausgaben in Deutschland. Hinzu kommen die Aufwendungen der Privathaushalte für Zuzahlungen und Selbstmedikation. Eine valide Einschätzung des Arznei-

mittelgebrauchs ist nicht nur aus ökonomischer Sicht wichtig, sondern auch bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der Quantifizierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu berücksichtigen. Zur Beschreibung der Arzneimittelversorgung lassen sich Statistiken zu ärztlichen Arzneimittelverordnungen, die von den Gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, und solche des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH), die u. a. auch Angaben zur Selbstmedikation enthalten, heranziehen. Sie geben Auskunft über Umfang und Spektrum der Arzneimittelverordnungen bzw. der Abgabe nicht ärztlich verordneter Präparate, lassen aber nur bedingt Aussagen zum tatsächlichen Anwendungsverhalten zu. Diese Informationslücke kann z. T. durch Daten zum Arzneimittelgebrauch geschlossen werden, wie sie in den bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts erhoben werden.

Entwicklung der Versorgungsstrukturen

In der DDR existierten 14 staatliche pharmazeutische Betriebe, die einen großen Teil der benötigten Medikamente herstellten. Die Verteilung der Arzneimittel im Land erfolgte über 12 Versorgungsdepots und rund 2.000 staatliche Apotheken. Das Arzneimittelsortiment beschränkte sich auf ca. 2.000 Präparate. Abgegeben wurden Medikamente nicht nur über Apotheken, sondern auch in Polikliniken, betrieblichen Gesundheitseinrichtungen oder Krankenhäusern. Die Ausezelung von Medikamenten aus Großpackungen (Dispensierung) war gängige Praxis. Es gab Mängel in der Versorgung vor allem mit bestimmten modernen Arzneimitteln, die teilweise im Ausland eingekauft wurden (BMG 1994 und 1998).

Die staatlich organisierte Arzneimittelversorgung in der DDR wurde bereits kurz nach der Wiedervereinigung durch privatwirtschaftliche Strukturen nach westdeutschem Vorbild abgelöst. Sehr rasch kam es zu einer Privatisierung der Pharmaunternehmen und Vertriebswege sowie zur Erweiterung des Arzneimittelsortimentes.

Die staatlichen Arzneimittelversorgungsdepots wurden vom privaten Pharmagroßhandel übernommen und die Belieferung der Apotheken von 14-tägig auf bei Bedarf mehrmals täglich umgestellt. Die ehemals staatlichen Apotheken waren bereits Ende 1993 zu 98 % privatisiert. Hinzu kamen zahlreiche Neugründungen (BMG 1994 und 1998). Während die Zahl der öffentlichen Apotheken in den alten Ländern zwischen 1991 und 2007 nur um 1,1 % auf 18.444 zunahm, stieg sie in den neuen Bundesländern von 1.989 auf 3.212. Mit 24 Apotheken je 100.000 Einwohner bzw. einer Apotheke auf 4.200 Einwohner hat die Apothekendichte in den neuen Bundesländern mittlerweile fast die von 27 je 100.000 Einwohner bzw. einer Apotheke auf 3.745 Einwohner in den alten Bundesländern erreicht (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2008).

Entwicklung des Arzneimittelmarktes

Von 1992 bis 2007 sind in Deutschland die Arzneimittelausgaben von 25,4 Milliarden Euro auf 41,7 Milliarden Euro angestiegen. Der von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragene Anteil daran lag im Jahr 2007 bei 72,4 %. Auf private Haushalte entfielen 16,2 % und auf privaten Krankenversicherungen 6,5 % der Ausgaben für

Arzneimittel (Statistisches Bundesamt 2009). Für gesetzlich krankenversicherte Personen wurden 2008 608 Millionen Packungen Fertigarzneimittel mit einem Umsatzvolumen von 26,7 Milliarden Euro verordnet. Dabei stieg im Zeitraum von 1992 bis 2008 der Arzneimittelumsatz ausgehend von 17,1 Milliarden Euro um 56 %, während die Zahl der Verordnungen um 43 % zurückging (siehe Abbildung 6.5.1). Das deutliche Umsatzplus lässt sich in erster Linie auf die Verordnung relativ teurer Arzneimittel zurückführen. Zusätzliche Faktoren, wie Mehrwertsteuererhöhungen oder die Übernahme von Kosten für Schutzimpfungen, wirkten sich ebenfalls umsatzsteigernd aus (Schwabe, Pfaffrath 2008).

Die Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel je Einwohner verdoppelten sich zwischen 1992 und 2007 nahezu und stiegen von 194 auf 377 Euro. Nach neuen und alten Bundesländern differenzierte Daten sind nur bis zum Jahr 2000 verfügbar. Während dieses Zeitraumes lagen die Arzneimittelausgaben für GKV-Versicherte aus den neuen Bundesländern über denen aus den alten (siehe Robert Koch-Institut 2006, Abbildung 4.1.5, Seite 150). Ab dem Jahr 2001 können die regionalen Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen über einen Vergleich der so genannten Definierten Tagesdosen (DDD) ermittelt werden. Auch bei den DDD zeigt sich, dass in den neu-

Abbildung 6.5.1

Entwicklung von Arzneimittelverordnungen und -umsatz (Gesamtmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rezepte für Fertigarzneimittel) 1992 bis 2008

Quelle: GKV-Arzneimittelindex

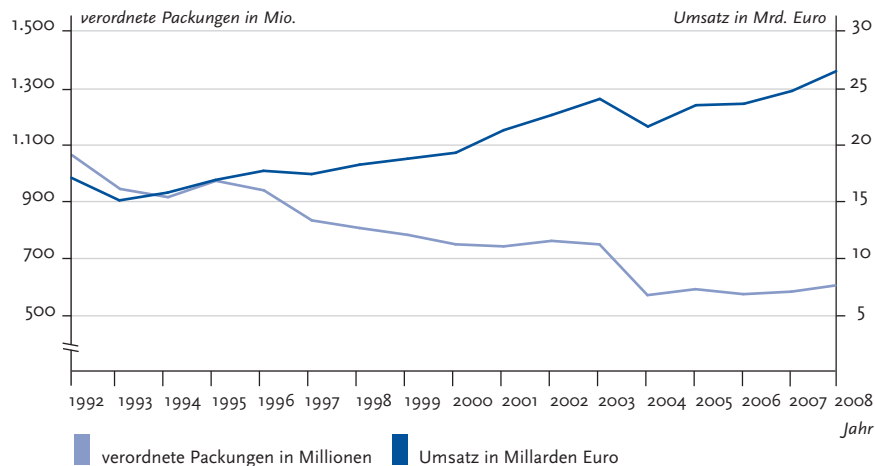
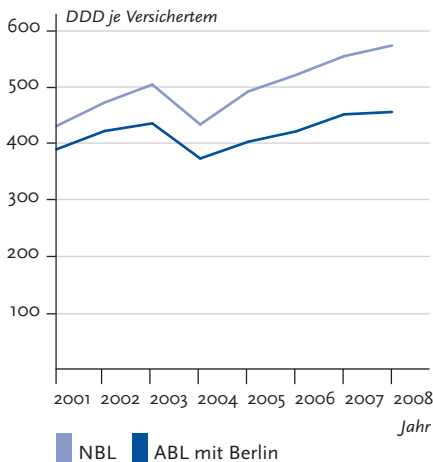


Abbildung 6.5.2
Definierte Tagesdosen (DDD) je Versichertem 2001 bis 2008
 Quelle: GAMS I (GKV-Spitzenverband 2009)



en Bundesländern mehr Medikamente verordnet werden als in den alten (siehe Abbildung 6.5.2). Aufgrund der höheren Steigerungsraten in den neuen Bundesländern vergrößert sich die Differenz im zeitlichen Verlauf sogar. Der kurzfristige Rückgang der verordneten Arzneimitteldosen im Jahr 2004 ist auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) zurückzuführen, mit dem nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel weitgehend aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen wurden. Entsprechende Effekte sind auch hinsichtlich der Zahl der verordneten Packungen und der Umsätze erkennbar (siehe Abbildung 6.5.1). Nach 2004 erreichen die jährlichen Steigerungsraten – außer bei der Zahl der verordneten Packungen – wieder ähnliche Dimensionen wie vor in Krafttreten des GMG.

Aufgegliedert nach Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt sich, dass Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowohl nach Definierten Tagesdosen als auch gemessen an den Umsätzen je Versichertem über dem Bundesdurchschnitt liegen (siehe Abbildung 6.5.3). Die für Brandenburg in DDD berechneten Medikamentenmengen sind zwar ähnlich hoch wie in den übrigen ostdeutschen Bundesländern, der Umsatz je Versichertem ist jedoch unterdurchschnittlich. Als einziges westliches Bundesland erreicht das Saarland bei beiden Indikatoren vergleichbare Werte wie die

Definierte Tagesdosis (DDD, Defined Daily Dose):

Bei einer Definierten Tagesdosis handelt es sich um eine für Vergleichszwecke entwickelte Maßeinheit, welche für einen Erwachsenen die mittlere Tagesdosis für einen Arzneimittelwirkstoff und dessen Hauptindikation festlegt. Diese theoretischen Werte entsprechen nicht notwendiger Weise den empfohlenen oder tatsächlich verschriebenen Dosierungen. Mit ihrer Hilfe lassen sich jedoch beispielsweise die für eine Bevölkerungsgruppe verschriebenen Wirkstoffmengen vergleichen und berechnen, für wie viele Einnahmetage die verordnete Arzneimittelmenge theoretisch reichen würde. Für Kinder wurden spezielle DDD festgelegt.

Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel (ATC):

Die ATC stellt ein Mehrebenenklassifikationssystem dar, das Arzneimittel auf der Basis ihrer Wirkstoffe einteilt. Es bezieht sich nicht auf Handelspräparate. Durch einen aus mehreren Buchstaben und Ziffern zusammengesetzten Code kann jeder Wirkstoff eindeutig identifiziert werden. Durch die Verwendung von ATC-Codes können in Studien unterschiedliche Handelspräparate mit identischen Wirkstoffen zusammengefasst werden. DDD beziehen sich auf die Einteilung der Arzneimittel gemäß ATC.

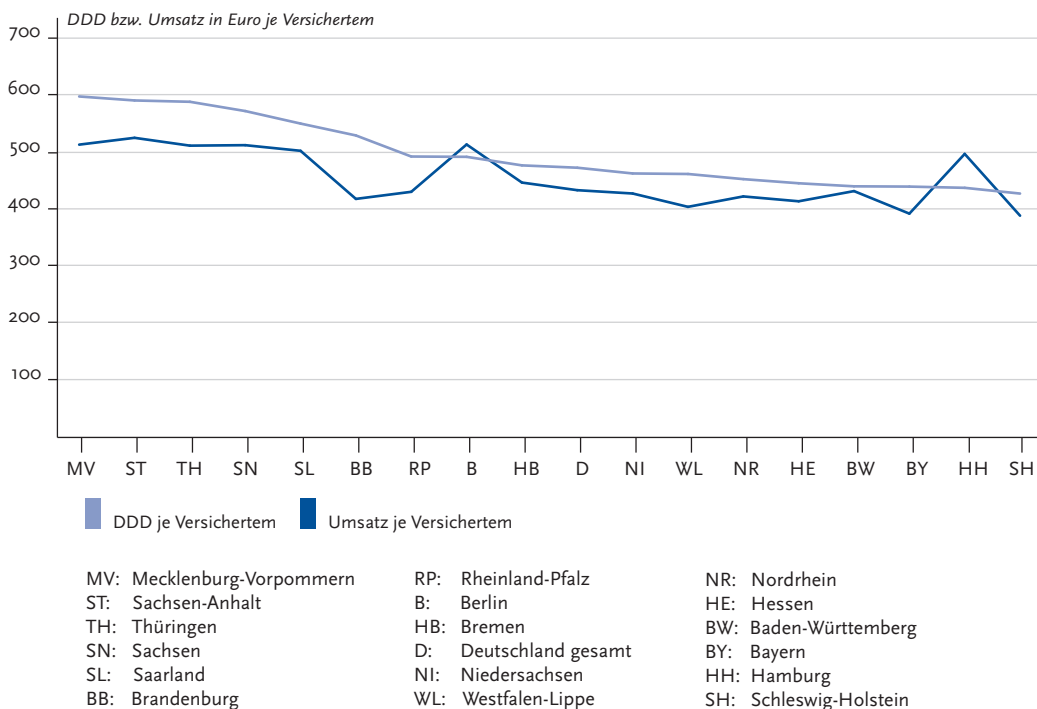
DDD und ATC sind international gebräuchliche, vom WHO Collaborative Centre for Drug Statistics Methodology veröffentlichte Klassifikationssysteme für Arzneimittel. Für Deutschland werden jährlich amtliche Versionen erstellt, die den Besonderheiten der nationalen Versorgungssituation Rechnung tragen. Nähere Informationen zu DDD und ATC siehe www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm

oben genannten vier neuen Bundesländer. Bei der hier nicht dargestellten Zahl der Verordnungen belegt es sogar den Spitzenplatz unter allen Bundesländern. Detailanalysen nach Wirkstoffgruppen zeigen beispielsweise bei Arzneimitteln zur Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen deutliche Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Bundesländern. Die jeweils höchsten Verordnungsmengen in DDD ergeben sich bei diesen Medikamenten fast

Abbildung 6.3

Definierte Tagesdosen (DDD) und Umsatz je Versichertem nach Kassenärztlicher Vereinigung 2008

Quelle: GKV-Spitzenverband 2009



ausnahmslos für die neuen Bundesländer sowie das Saarland (Häussler et al. 2008).

Die Verordnung von Arzneimitteln variiert stark nach Alter und Geschlecht. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Menge als auch der Kosten und der Inhaltsstoffe. Exemplarisch für das Jahr 2007 sind in Abbildung 6.5.4 die Menge der verordneten Arzneimittel in Definierten Tagesdosen (DDD) und die Kosten je Tagesdosis für Gesamtdeutschland dargestellt. Gemessen in Definierten Tagesdosen steigt der Verbrauch ab dem 20. Lebensjahr bei Frauen bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen kontinuierlich an und sinkt bei den noch älteren wieder ab. Bei den Männern wird der Maximalwert bereits mit 75 bis 79 Jahren erreicht. Fast zwei Drittel der verordneten Definierten Tagesdosen entfallen 2007 auf Personen ab 60 Jahren. Jüngeren Menschen werden dabei die durchschnittlich teureren Präparate verordnet, wobei Männer zwischen 20 und 34 Jahren je verordneter Dosis höhere Kosten verursachen als gleichaltrige Frauen. Bei den 15- bis 19-jährigen

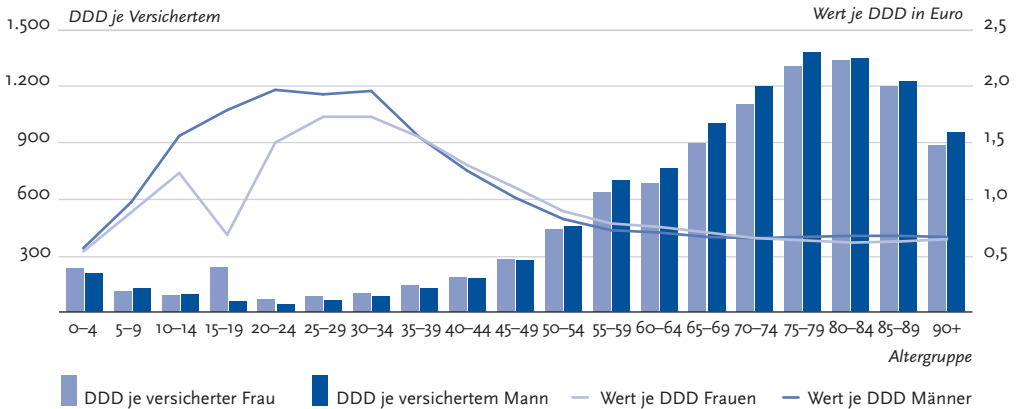
Mädchen und Frauen werden die relativ hohen Verordnungsmengen und der korrespondierende Abfall der Kosten je DDD durch die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln zu Lasten der GKV verursacht.

Ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede werden in vielen westlichen Industrienationen beobachtet. Dies wird außer auf biologische vor allem auf Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitskonzepte, des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zurückgeführt. Außerdem werden Frauen und Männern im Gesundheitssystem unterschiedlich behandelt (Schwabe, Pfaffrath 2008).

Die mit Abstand verordnungsstärkste Arzneimittelgruppe sind Mittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Daneben spielen vor allem Medikamente zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus eine wichtige Rolle. Die meisten dieser Pharmaka erhalten Menschen ab 60 Jahren. Nur wenige Arzneimittel, wie etwa Antibiotika oder

Abbildung 6.5.4
Arzneimittelverordnungen in Definierten Tagesdosen (DDD) je versicherter Person und nach Wert je Tagesdosis
 nach Altersgruppen 2007

Quelle: Schwabe, Pfaffrath 2008



Vitamine, werden jüngeren und älteren Personen in ähnlicher Menge verordnet. Bestimmte Wirkstoffe (z. B. hormonelle Antikonzeptiva) und Darreichungsformen (z. B. speziell für Kinder zugelassene Dosierungen) weisen charakteristische alters- und geschlechtsspezifische Verordnungsmuster auf (Schwabe, Pfaffrath 2008).

Neben patientenseitigen Faktoren wie Morbidität, Alter, Geschlecht, Inanspruchnahme und Therapietreue (Compliance) wirken sich viele weitere Faktoren auf das ärztliche Ordnungsverhalten aus. Hierzu zählen u. a. abrechnungstechnische Vorgaben und ökonomische Anreize (z. B. Arzneimittelbudgets), Strukturmerkmale wie z. B. die Arztdichte, die Verteilung der Ärzte nach Fachrichtung und das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Versorgung sowie Qualitätsaspekte wie etwa die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien oder die Teilnahme an Pharmakotherapie-zirkeln. Auch die (teilweise regional unterschiedlichen) Marketingaktivitäten der Pharmaindustrie haben einen quantitativen und qualitativen Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen (Schröder et al. 2007). Aus diesen Gründen kann – selbst bei einer alters- und geschlechtsstandardisierten Analyse – aus den KV-Verordnungszahlen nur bedingt auf Morbiditätsunterschiede in den Regionen oder auf den jeweiligen Grad der Bedarfsdeckung geschlossen werden.

Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung erfolgt zudem nicht nur über ärztlich verordne-

te und von den Krankenversicherungen finanzierte Medikamente, sondern findet auch im Rahmen der Selbstmedikation statt. Aus einer gesamtdeutschen Studie, die sich auf das IV. Quartal 2005 bezog, geht hervor, dass innerhalb dieses Zeitraumes jeder zweite GKV-Versicherte rezeptfreie Medikamente erworben hatte (Zok 2006). Bei der Interpretation von Zeitreihendaten zur Selbstmedikation ist zu berücksichtigen, dass seit 2004 rezeptfrei erhältliche Arzneimittel in der Regel nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden und mittlerweile einige früher verschreibungspflichtige Wirkstoffe rezeptfrei erhältlich sind. Im Zeitraum von 1992 bis 2008 stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Bundesbürger für Arzneimittel, die sie in Apotheken ohne Rezept nachfragten und selbst bezahlten, von 39 Euro auf 50 Euro pro Jahr. Das Maximum des Apothekenumsatzes mit nicht verordneten, rezeptfreien Medikamenten wurde im Jahr 2005 mit 4,48 Milliarden Euro erreicht und ist seitdem leicht rückläufig auf 4,12 Milliarden Euro im Jahr 2008. Nach neuen und alten Bundesländern differenzierte Daten sind nur bis zum Jahr 2000 verfügbar. Während dieser Zeitperiode lagen die Ausgaben für die Selbstmedikation in den alten Bundesländern durchgehend über denen in den neuen (siehe Robert Koch-Institut 2006, Abbildung 4.1.7, S. 152).

Zur Selbstmedikation über Apotheken kommt noch die mit nicht apothekenpflichtigen Präparaten hinzu, die beispielsweise über Drogeriemärkte bezogen werden. Für solche Mittel wurden im Jahr 2008 in Deutschland insgesamt ca. 230 Millionen Euro bezahlt. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass keine Verkaufszahlen für Discountmärkte wie z. B. Aldi oder Lidl vorliegen. Diese verkaufen vor allem (niedrigpreisige) Vitamin- und Mineralstoffzubereitungen.

Differenziert nach Indikationsgebieten, stellen seit Jahren Mittel gegen Husten und Erkältungskrankheiten die umsatzstärkste Arzneimittelgruppe im Selbstmedikationsbereich dar. Auf sie entfiel 2008 rund ein Viertel des gesamten Selbstmedikationsumsatzes von 4,36 Milliarden Euro. An zweiter Position lagen Präparate zur Behandlung von Magen- und Verdauungsbeschwerden, gefolgt von Schmerzmitteln und der Gruppe der Herz-Kreislauf-Venenmittel. Zwischen 2001 und 2008 stieg der Gesamtumsatz im Selbstmedikationssegment lediglich um rund 2 %. Nach Region und Indikationsgebiet differenzierte Daten liegen nur für den Zeitraum von 1997 bis 2000 vor (siehe Abbildung 6.5.5). Insgesamt lagen die Pro-Kopf-Ausgaben für Selbstmedikation in den neuen Bundesländern im Jahr 2000 19 % unter denen in den alten. Die höheren Ausgaben in den alten Ländern lassen sich vor

allem auf Unterschiede bei den Vitaminen und Mineralstoffpräparaten, Mitteln gegen Rheuma und Muskelschmerzen, gegen Magen und Verdauungsbeschwerden sowie gegen Husten- und Erkältungskrankheiten erklären. Die Unterschiede haben bei den meisten Wirkstoffgruppen im zeitlichen Verlauf zwischen 1997 und 2000 tendenziell abgenommen. Der Anteil pflanzlicher (inklusive homöopathischer) Fertigarzneimittel am Apothekenumsatz mit rezeptfreien Medikamenten lag im Jahr 2000 bei 27 % in den neuen und 31 % in den alten Bundesländern. Im Jahr 2008 betrug – bezogen auf Gesamtdeutschland – der Umsatzanteil dieser Zubereitungen bei den rezeptfreien Medikamenten 30 %.

Arzneimittelgebrauch nach Surveyergebnissen

Im Rahmen der Nationalen Untersuchungssurveys 1990/92 (NUS90/92) und des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) wurden repräsentative Daten zum Arzneimittelgebrauch der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland erhoben. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) aus den Jahren 2003 bis 2006 liegen erstmals entsprechende Ergebnisse für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren vor. Diese Arzneimitteldaten beziehen sich

Abbildung 6.5.5
Selbstmedikation in DM je Einwohner nach Indikationsgebiet der Präparate 1997 und 2000
(inklusive Drogerieketten, ohne Discounter)
Quelle: Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V.; Bevölkerungsstatistik

25 Umsatz in DM je Einwohner

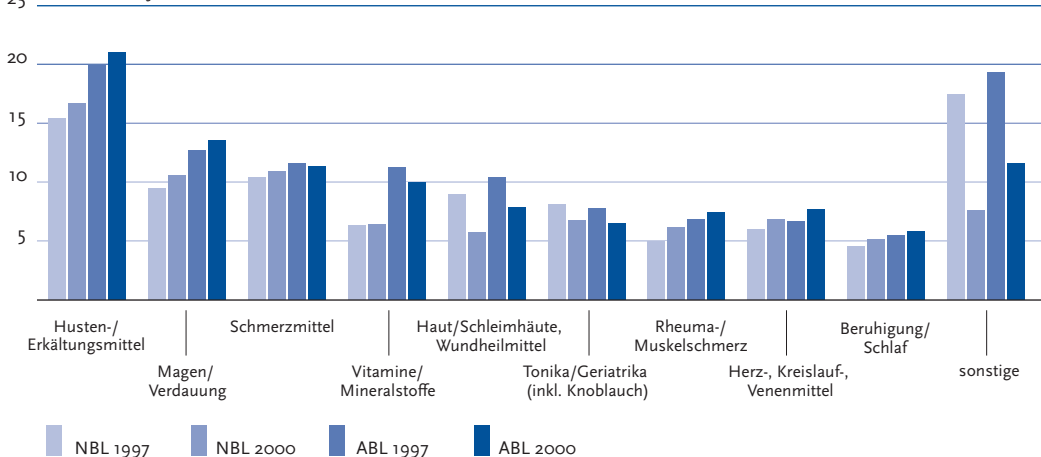
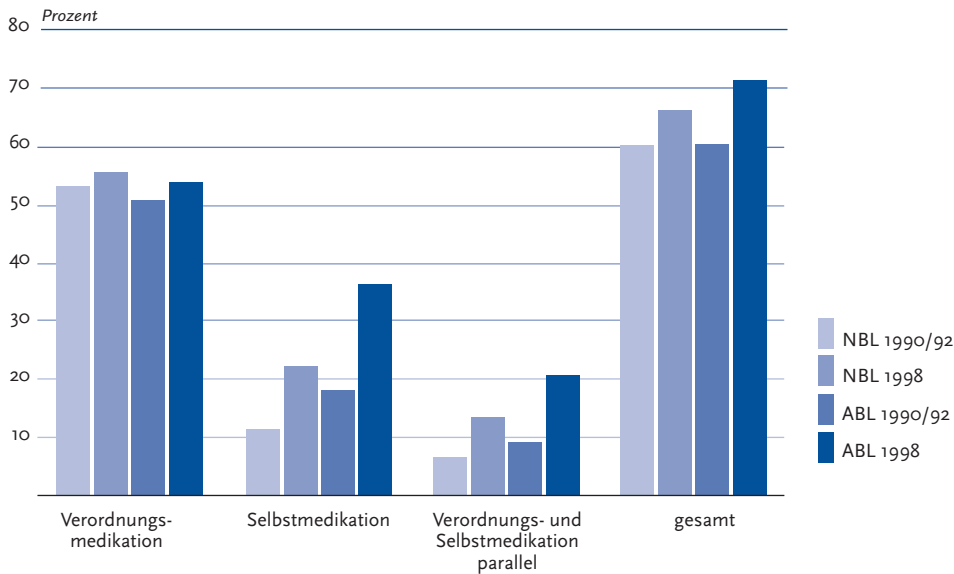


Abbildung 6.5.6

Anteil von Personen mit Arzneimittelanwendung nach Herkunft der Medikamente 1990/92 und 1998

Quelle: NUS90/92, BGS98



nicht nur auf ärztlich verordnete Medikamente, sondern berücksichtigen auch den Bereich der Selbstmedikation. Dabei ist eine differenzierte Betrachtungsweise nach Herkunft der Arzneimittel (Verordnungs- versus Selbstmedikation), der Dauer der Anwendung (kurzzeitig versus langfristig) und hinsichtlich des Präparatespektrums möglich.

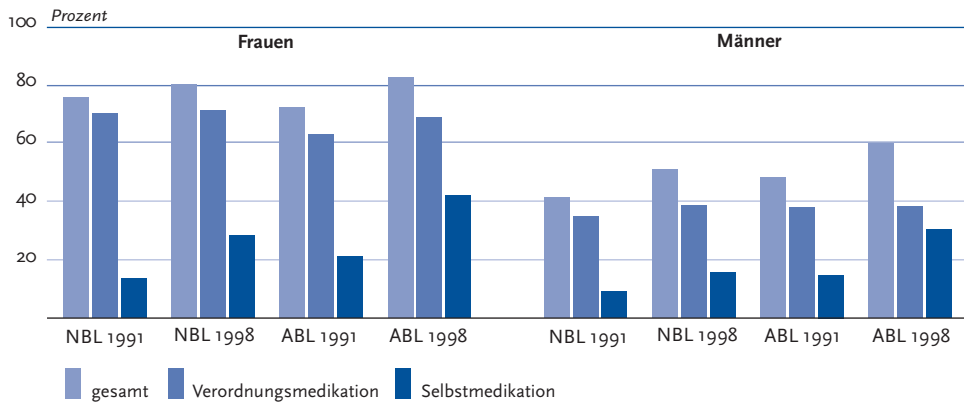
Zu Beginn der 1990er-Jahre wendeten jeweils ca. 60 % der 25- bis 69-Jährigen in den neuen und alten Bundesländern aktuell (d. h. innerhalb der letzten 7 Tage) Arzneimittel an. Im Jahr 1998 war die Anwendungsprävalenz im Westen mit 71,4 % signifikant höher als im Osten mit 66,1 %. Differenziert nach Verordnungs- und Selbstmedikation zeigte sich, dass die neuen Bundesländer zu Beginn und zum Ende der 1990er-Jahre einen etwas höheren Verbrauch an ärztlich verordneten Arzneimitteln aufwiesen. Die West-Ost-Differenzen im Arzneimittelgebrauch insgesamt sind jedoch (insbesondere 1998) im Wesentlichen auf hochsignifikante Unterschiede bei der Selbstmedikation zurückzuführen. Zu Beginn der deutschen Einheit nahmen 18,0 % der Westdeutschen, aber nur 11,4 % der Ostdeutschen selbstmedizierte Arzneimittel ein. Im Jahr 1998

hatte sich in beiden Landesteilen die Selbstmedikation etwa verdoppelt. Die entsprechenden Anteile lagen bei 36,3 % bzw. 22,2 % (siehe Abbildung 6.5.6).

Frauen weisen in allen Altersgruppen einen höheren Arzneimittelgebrauch als Männer auf, wobei sich die geschlechtsspezifischen Differenzen mit zunehmendem Alter verringern. Mit dem Alter steigen bei beiden Geschlechtern der Anteil an Personen mit Medikamentenanwendungen, die Zahl der eingenommenen Präparate und der Anteil der ärztlich verordneten Arzneimittel. Die Altersabhängigkeit des Arzneimittelgebrauchs ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (RKI 2003). Während im zeitlichen Verlauf der Anteil ärztlich verordneter Medikamente relativ stabil geblieben ist, ist bei der Selbstmedikation ein Anstieg festzustellen. Bei beiden Geschlechtern ist in den alten Bundesländern Selbstmedikation häufiger als in den neuen Bundesländern (siehe Abbildung 6.5.7).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS wurde die Arzneimittelanwendung mit der gleichen Methodik erhoben, wie in den Erwachsenensurveys. Dabei zeigte sich, dass der Arzneimittelgebrauch von Kindern und Jugendlichen men-

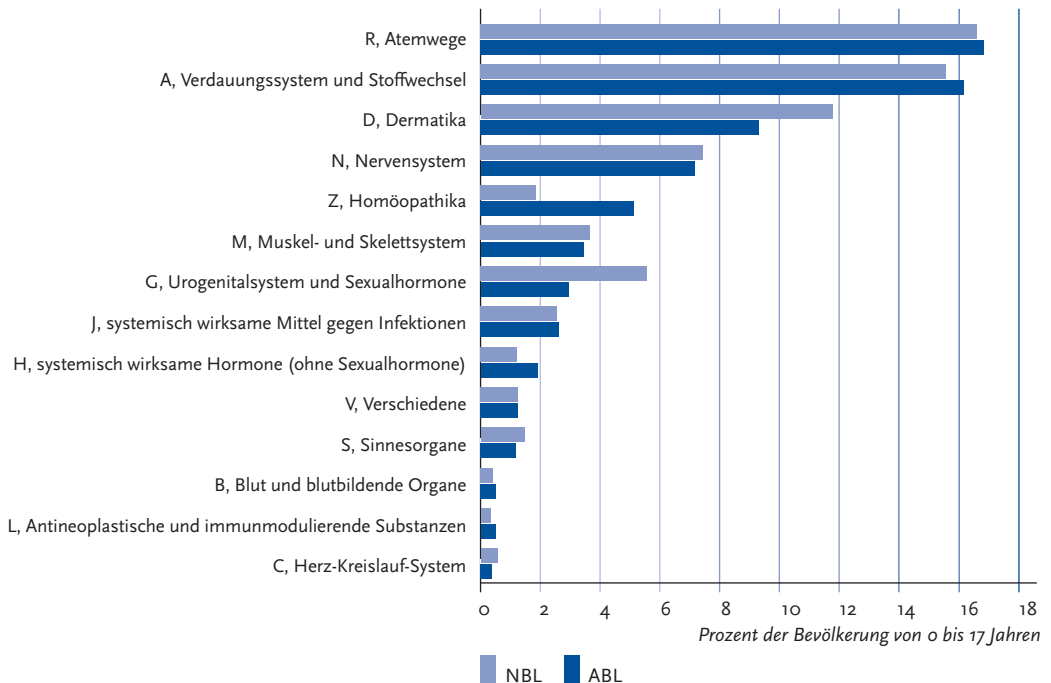
Abbildung 6.5.7
Arzneimittelanwendung 1990/92 und 1998
 Quelle: NUS90/92, BGS98



genmäßig dem von Erwachsenen im mittleren Lebensalter entspricht. Gänzlich verschieden ist jedoch das Spektrum der Präparate bzw. Wirkstoffe. Bei Kindern kommen vor allem Husten-, Schnupfen-, Fieber- und Erkältungsmittel sowie Vitamin

D- und Fluorid-Präparate (wichtig für Knochenaufbau und Mineralisation der Zähne) zur Anwendung (Knopf 2007). Husten- und Erkältungsmittel werden häufig ohne ärztliche Verordnung eingesetzt, obwohl der Gesetzgeber festgelegt hat, dass bis zum

Abbildung 6.5.8
Arzneimittelanwendung bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Arzneimittelklassen (ATC)
 Quelle: KiGGS



Alter von 12 Jahren auch freiverkäufliche Präparate von der GKV erstattet werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Im Gegensatz zu den Erwachsenen zeigen sich für Kinder und Jugendliche weder für den Arzneimittelgebrauch insgesamt (NBL: 51,7%, ABL: 50,7%) noch für die durchschnittliche Anzahl eingesetzter Präparate (NBL: 0,82, ABL: 0,80) Unterschiede zwischen Ost und West.

In Abbildung 6.5.8 ist die Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern nach Arzneimittelklassen dargestellt. In Ostdeutschland ist die Prävalenz der Anwendung von Mitteln zur Behandlung der Haut mit 11,8% signifikant höher als in Westdeutschland (9,3%). Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass in den neuen Bundesländern fast doppelt so häufig Hautschutzmittel (ATC D02) und dermatologische Kortisonpräparate (ATC D07) wie in den alten Bundesländern verwendet werden. Homöopathika werden Kindern und Jugendlichen dagegen in den alten Bundesländern mehr als doppelt so häufig verabreicht wie in den neuen Bundesländern (ABL: 5,1%, NBL: 1,9%) (Du, Knopf 2009).

Medikamente zur Behandlung des Urogenitalsystems und Sexualhormone werden in den neuen Bundesländern fast doppelt so häufig eingenommen wie in den alten Bundesländern (NBL: 5,6%, ABL: 3,0%). Diese Differenz ist überwiegend durch die unterschiedlich häufige Anwendung oraler Kontrazeptiva zu erklären (West: 2,7% und Ost: 5,3%). Diese gehören bei jungen Mädchen und Frauen zu den am häufigsten angewendeten Arzneimitteln überhaupt (Whitaker, Gilliam 2008). Den höheren Anwendungsraten bei weiblichen Jugendlichen in den neuen Bundesländern entsprechen ebenfalls höhere Raten bei den erwachsenen ostdeutschen Frauen in den Gesundheitssurveys der 1990er-Jahre (Melchert, Knopf 1996; Du et al. 2007). Außer der Wohnregion wirkt sich auch der Sozialstatus der Familien auf die Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme aus. Mädchen aus Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus verwenden häufiger hormonelle Antikonzeptiva, wobei solche mit türkischer Herkunft keine Pilleneinnahme angeben.

Fazit

Wesentliche strukturelle und qualitative Mängel in der Arzneimittelversorgung der DDR konnten nach der Wiedervereinigung durch den raschen Aufbau von Vertriebswegen nach westdeutschem Vorbild, die einheitliche Verordnungsfähigkeit und Verfügbarkeit der Präparate und die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie des pharmazeutischen Personals rasch beseitigt werden. Regionale Unterschiede im ärztlichen Ordnungsverhalten bzw. der Anwendung von Medikamenten sind somit nicht durch fehlende Zugriffsmöglichkeiten zu erklären. Sowohl in den Verordnungs- bzw. Absatzzahlen als auch in den Bevölkerungssurveys finden sich dennoch Unterschiede, die für eine umfangreichere Selbstmedikation in den alten Bundesländern und mehr ärztliche Verordnungen z. B. von Medikamenten mit Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System und den Stoffwechsel in den neuen Bundesländern sprechen.

Literatur

- Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V. (BAH) (2009) Arzneimittelmarkt in Zahlen (jährlich ab 1997) www.bah-bonn.de/index.php?id=zahlen (Stand: 17.08.2009)
- Bundesministerium für Gesundheit (1994) Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (1998) Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern. Bonn
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Hrsg) (2008 sowie ältere Jahrgänge), Die Apotheke – Zahlen Daten Fakten. Berlin www.gbe-bund.de
- Du Y, Melchert HU, Schäfer-Korting M (2007) Use of oral contraceptives in Germany: prevalence, determinants and use-associated health correlates. Results of National Health Surveys from 1984 to 1999. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 135 (1): 57–66
- Du Y, Knopf H (2009) Paediatric homeopathy in Germany: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). Pharmacoepidemiol Drug Saf
- GKV-Spitzenverband (2009) Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) (Daten zu Arzneimittelverordnungen für GKV-Versicherte nach Kassenärztlichen Vereinigungen seit 2001) www.gkv-gamsi.de (Stand: 17.08.2009)

- Häussler B, Höer A, Hempel E et al. (2008) Arzneimittel-Atlas 2008. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. München
- Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 863–870
- Melchert H, Knopf H (1996) Daten der Nationalen Untersuchungs-Surveys zum Verbrauch oraler Kontrazeptiva (OC) in West- und Ostdeutschland. Die Gesundheit der Deutschen Band 2, ed. B. BM. Vol. 15/1996, RKI-Hefte, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin
- Schröder H, Nink K, Coca V et al. (2007) Report oder Atlas? Zur Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten. Bonn
- Schwabe U, Paffrath D (2008) Arzneiverordnungsreport 2008. Heidelberg (siehe ergänzend auch Reports der Vorjahre)
- Statistisches Bundesamt (2009) Gesundheit – Ausgaben (Gesundheitsausgabenrechnung)
www.gbe-bund.de
- Whitaker A, Gilliam M (2008) Contraceptive care for adolescents. Clin Obstet Gynecol 51 (2): 268–280
- Zok K (2006) Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. WiDO-monitor 3 (1): 1–7

7 Welcher Zusammenhang besteht zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern?

- ▶ Ost-West-Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten sollten vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern diskutiert werden.
- ▶ Ein geringes Einkommen geht mit einem erhöhten Risiko für zahlreiche Krankheiten und Gesundheitsprobleme einher.
- ▶ Bildung wirkt sich unabhängig vom Einkommen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus.
- ▶ Arbeitslose Frauen und Männer weisen vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risikofaktoren auf.
- ▶ In Regionen mit hoher Armuts- und Arbeitslosenquote ist die mittlere Lebenserwartung der Bevölkerung verringert.
- ▶ Der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ist in den neuen und alten Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt.

Für Deutschland und viele andere Länder wird regelmäßig gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht, der je nach gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. der Höhe des allgemeinen Wohlstands, des Ausmaßes der sozialen Ungleichheit und des Ausbaus der sozialen Sicherungssysteme, unterschiedlich ausgeprägt ist (Mackenbach 2006). Die soziale Lage wird dabei zumeist über Angaben zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen erfasst. Diese drei Indikatoren bilden unterschiedliche, für die Gesundheit relevante Aspekte der sozialen Lage ab. So ist die Bildung im engen Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen und Kompetenzen sowie dem Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten zu sehen. Bezüglich der beruflichen Stellung sind unter anderem körperliche und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz sowie berufliche Ressourcen und Gratifikationen zu beachten. Die Bedeutung des Einkommens erschließt sich z. B.

über den finanziellen Handlungsspielraum, den materiellen Lebensstandard und die soziale Absicherung (RKI 2005; Geyer 2008a).

In den letzten Jahren werden die Auswirkungen der sozialen Lage auf die Gesundheit zunehmend häufiger mit Blick auf einzelne Bevölkerungsgruppen diskutiert. Dazu gehören die Arbeitslosen, die oftmals ein niedriges berufliches Qualifikationsniveau aufweisen und über ein geringes Einkommen verfügen. Auch die gesundheitliche Situation von allein erziehenden Müttern ist vermehrt Gegenstand der Betrachtung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die sich nicht nur in materiellen Nachteilen, sondern auch einer höheren psychosozialen Beanspruchung niederschlagen kann. Darüber hinaus zählen Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten zu den Bevölkerungsgruppen, bei denen die Beziehung zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage näher betrachtet wird (RKI 2005; BMAS 2008).

Im Folgenden wird die Relevanz der sozialen Lage für die Gesundheit am Beispiel des Einkommens, der Bildung und der Arbeitslosigkeit untersucht. Zu jedem Thema wird zunächst der aktuelle Forschungsstand berichtet. Anschließend werden aktuelle Ergebnisse präsentiert, die verdeutlichen sollen, ob der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt ist oder ob sich diesbezüglich Variationen beobachten lassen. In Kapitel 2.2 wurde gezeigt, dass sich die Lebensbedingungen in den neuen Bundesländern im Laufe der letzten 20 Jahren erheblich verbessert haben, zum Teil aber noch Unterschiede zu den alten Bundesländern bestehen. Festmachen lässt sich dies z. B. an dem höheren Armutsrisiko und der höheren Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland. Auch die Abwanderung von jüngeren, häufig gut ausgebildeten Personen in die alten Bundesländer macht deutlich, dass sich die Lebensbedingungen in beiden Teilen Deutschlands noch immer unterscheiden. Vor diesem Hintergrund liefern Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage wichtige Anknüpfungs-

punkte für die Diskussion der im vorliegenden Bericht beschriebenen Ost-West-Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.

7.1 Einkommen und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit wird durch eine Vielzahl nationaler wie internationaler Studien bestätigt. Ein besonderes Interesse gilt dabei den gesundheitlichen Konsequenzen von Armut. Die Forschungsergebnisse zeigen hierzu, dass viele chronische Krankheiten bei Personen in einer Armutslage vermehrt auftreten. Dies gilt z. B. für Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus sowie Lungen- und Leberkrebs (Geyer 2008b; Davey Smith 2008). Auch das Risiko für psychosomatische Beschwerden wie Rücken- und Kopfschmerzen sowie psychische Erkrankungen und Störungen, einschließlich Suchterkrankungen, ist bei Personen, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, erhöht (Mielck 2005). Außerdem schätzen sie ihren Gesundheitszustand schlechter ein und berichten häufiger von Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, z. B. in Bezug auf die Alltagsbewältigung oder die Wahrnehmung sozialer Kontakte (Helmert et al. 1997). Die gesundheitlichen Nachteile kumulieren letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und einem damit verbundenen Verlust an Lebenszeit, der in Deutschland, bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt, mit 5 bis 10 Jahren beziffert werden kann (Reil-Held 2000; Lampert et al. 2007).

Die vorliegenden Studien zeigen darüber hinaus, dass Armut mit einem gesundheitsriskanten Verhalten einhergeht. Sehr deutlich wird dies beim Tabakkonsum: Personen in einer Armutslage rauchen nicht nur häufiger, sie zählen auch vermehrt zu den starken Rauchern und geben das Rauchen seltener wieder auf (Lampert, Burger 2004). Weniger eindeutig ist die Situation beim Alkoholkonsum, der auch in Bevölkerungsgruppen mit höheren Einkommen stark verbreitet ist. Gesundheitsriskante Konsummuster und alkoholassoziierte Gesundheitsstörungen sind aber bei Personen in einer Armutslage häufiger festzustellen (Henkel 2008). Darüber hinaus finden sich Hinweise auf eine geringere körperli-

che Aktivität, insbesondere eine geringere Sportausübung, und eine ungesündere Ernährung (RKI 2005; Helmert et al. 1997). Im Zusammenhang damit lässt sich das verstärkte Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Personen, die in Armut leben, sehen. Auch für andere mit dem Verhalten assoziierte Krankheitsrisiken, wie z. B. Bluthochdruck oder Hypercholesterolemie, ist ein verstärktes Vorkommen in der von Armut betroffenen Bevölkerung zu beobachten (Mielck 2000).

Die Ursachen für die Kumulation von Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren in der Armutsbevölkerung sind vielschichtig. Armut bedeutet zunächst eine Einschränkung des finanziellen Handlungsspielraums und der Konsummöglichkeiten, die zu einem geringeren Lebensstandard und einer verminderten Lebensqualität führen kann. Mit Auswirkungen auf die Gesundheit ist vor allem dann zu rechnen, wenn an notwendigen Bedarfs- und Gebrauchsgütern gespart werden muss und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nur sehr eingeschränkt möglich ist. Daneben sind die oftmals schlechteren Wohnverhältnisse zu berücksichtigen, die sich nicht nur an der Größe und Ausstattung der Wohnung festmachen lassen, sondern auch an der Qualität des Wohnumfeldes (Mielck, Heinrich 2002). Defizite in der gesundheitlichen Versorgung dürften demgegenüber zumindest in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. In den letzten Jahren hat zwar die Bedeutung von Zuzahlungen und privaten Käufen medizinischer Güter und Leistungen zugenommen. Bislang gibt es aber keine konkreten Hinweise darauf, dass sich dies auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen ausgewirkt hat (Grabka et al. 2005; Zok 2005).

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sollte nicht nur unter materiellen Aspekten betrachtet werden. Von Bedeutung sind daneben psychosoziale und Stressbelastungen, die z. B. aus sozialen Vergleichsprozessen, Ausgrenzungserfahrungen und Zukunftssorgen resultieren können (Böhnke 2006). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass viele Menschen auf Armut mit einem Rückzug aus sozialen Bezügen reagieren und dies eine Verminderung der sozialen Unterstützung, die sowohl für die Wahrnehmung und Bewertung als auch die Bewälti-

gung von psychosozialen Belastungen bedeutsam ist, zur Folge haben kann. Vor allem mit Blick auf Herz-Kreislauf-Krankheiten, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Faktoren wie Stressbelastungen oder soziale Unterstützung zum Verständnis der gesundheitlichen Auswirkungen einer Armutslage beitragen (Mackenbach 2006).

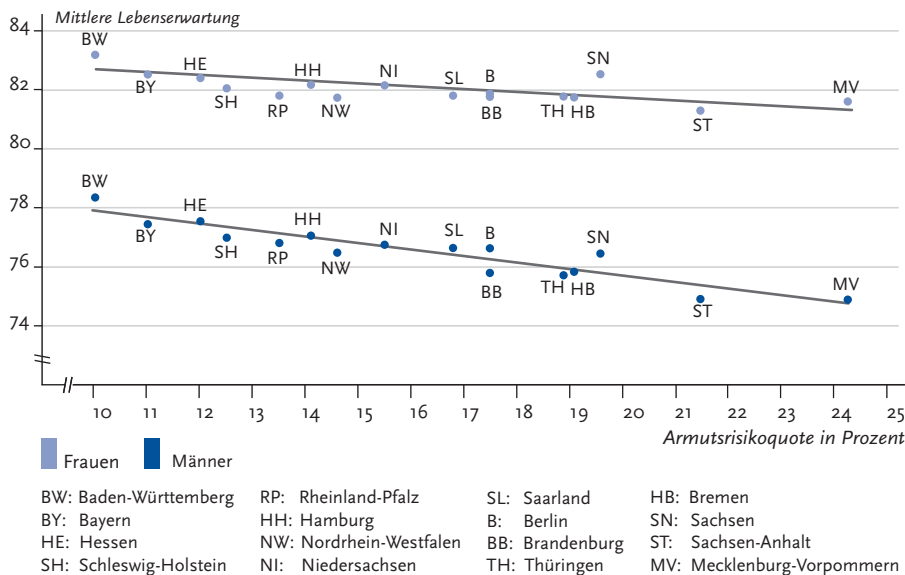
Für die empirischen Analysen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, deren Ergebnisse im Folgenden präsentiert werden, wurde ausgehend vom bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) das Armutsrisiko bestimmt. Als arm bzw. durch Armut bedroht gelten alle Personen, die in Haushalten leben, deren Netto-Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des gesellschaftlichen Mittelwertes (Median) beträgt (siehe Kapitel 2.2). Als Vergleichsgruppen werden Personen mit mittlerem und höherem Einkommen (60 %–150 % und mehr als 150 % des Medianeinkommens) betrachtet.

In Abbildung 7.1.1 sind Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt nach der Armutsrisikoquote dargestellt. Betrachtet werden

dabei nicht Personen, sondern Bundesländer. Der zu beobachtende Zusammenhang bringt zum Ausdruck, dass die Lebenserwartung bei Geburt in den Bundesländern am höchsten ist, in denen ein vergleichsweise geringer Anteil an Personen von Armut betroffen ist, z. B. Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Entsprechend findet sich die niedrigste Lebenserwartung in Ländern mit einer relativ hohen Armutsrisikoquote, z. B. Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt Sachsen dar, weil die Lebenserwartung deutlich höher liegt als angesichts der Armutsrisikoquote zu erwarten wäre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen der Armutsrisikoquote und der mittleren Lebenserwartung bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen. Für Männer lässt sich auf Basis der statistischen Auswertung die Aussage treffen, dass sich mit einem Anstieg der Armutsrisikoquote um einen Prozentpunkt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt um 0,22 Jahre verringert. Bei Frauen liegt dieser Wert mit 0,08 Jahre niedriger, er ist aber wie bei Männern statistisch signifikant.

Weitere Aufschlüsse ergeben sich über eine differenziertere Betrachtung anhand von Raumordnungsregionen. Diese verdeutlicht zum

Abbildung 7.1.1
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Bundesland und Armutsrisiko
Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007), Der PARITÄTISCHE 2009



einen, dass sich der Zusammenhang zwischen der Armutsrisikoquote und der mittleren Lebenserwartung bei Geburt sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland feststellen lässt (siehe Abbildung 7.1.2). Zum anderen sind einige bemerkenswerte Ausnahmen auszumachen. Mit Blick auf die neuen Bundesländer fällt z. B. die deutliche Differenz in der Lebenserwartung zwischen den Regionen Altmark in Sachsen-Anhalt und Oberes Elbtal/Osterzgebirge in Sachsen auf, die bei Frauen knapp drei Jahre und bei Männern etwa vier Jahre beträgt, obwohl die Armutsrisikoquote in der Region Altmark niedriger ist als in der Region Elbtal/Osterzgebirge.

Eine Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit anhand von aggregierten Daten für Bundesländer oder Raumordnungsregionen ist mit der Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses verbunden, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die beobachteten Assoziationen auf der Individual-ebene keine Entsprechung finden. Um Aussagen über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit auf der Individualebene treffen zu können, werden im Folgenden Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)« des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2009

genutzt, wobei eine Einschränkung auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung erfolgte.

Aus Abbildung 7.1.3 ist zu ersehen, dass Personen mit einem Armutsrisiko ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala deutlich häufiger als nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilen im Vergleich zu Personen mit mittlerem oder höherem Einkommen. Da sich auch die Unterschiede zwischen Personen im mittlerem und höherem Einkommensbereich als signifikant erwiesen, kann von einem Einkommensgradienten in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes gesprochen werden: Je niedriger das Einkommen, desto häufiger wird die eigene Gesundheit als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilt. Bei Frauen zeichnet sich dieser Einkommensgradient in beiden Teilen Deutschlands ähnlich deutlich ab, bei Männern ist er in den neuen Bundesländern etwas schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Besonders auffällig ist, dass der Anteil der Männer aus der Armutsrisikogruppe, die ihre Gesundheit nur als mittelmäßig oder noch schlechter beschreiben, in den neuen Bundesländern deutlich niedriger ist als in den alten Bundesländern (24,4 % gegenüber 35,1 %).

Abbildung 7.1.2

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Raumordnungsregionen und Armutsrisiko

Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007), Der PARITÄTISCHE 2009

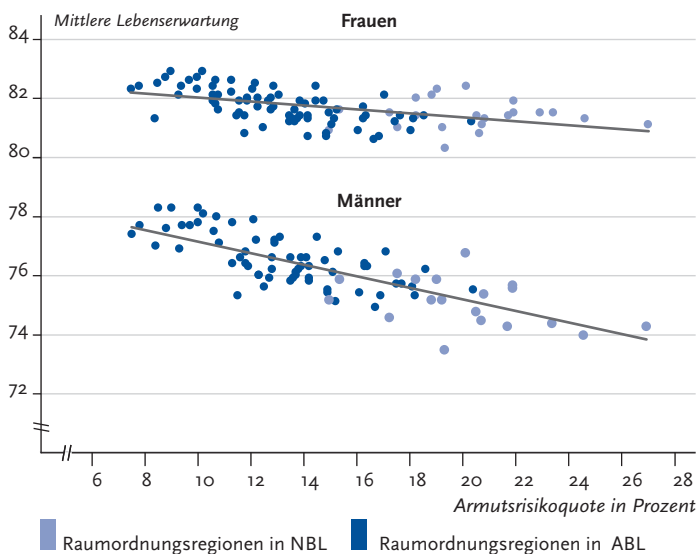
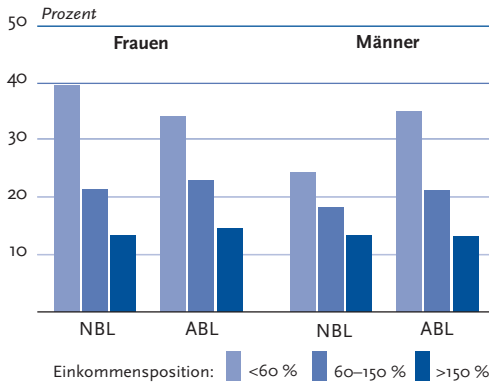


Abbildung 7.1.3
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition
Quelle: GEDA09



Auch im Hinblick auf gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsgestaltung sind deutliche Einkommensunterschiede festzustellen (siehe Abbildung 7.1.4). Betrachtet wird der Anteil der Personen, die angaben, in den letzten vier Wochen »etwas« oder »erheblich« durch ihre Gesundheit in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt gewesen zu sein. Die Einkommensunterschiede treten bei Männern noch etwas stärker hervor als bei Frauen. Dies lässt sich sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern feststellen. Bezüglich des Ausmaßes der Einkommensunterschiede sind weder bei Frauen noch bei Männern bedeutsame Variationen zu beobachten.

In der Verbreitung von Adipositas, die an einem Body-Mass-Index von 30 oder höher festgemacht wird (siehe Kapitel 4.3), zeichnet sich bei Frauen in den neuen und alten Bundesländern ein markanter Einkommensgradient mit der höchstens Prävalenz in der Armutsrisikogruppe ab (siehe Abbildung 7.1.5). Bei Männern zeigt sich ein anderes Bild: Zwar sind Männer, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, häufiger adipös als Männer der höheren Einkommensgruppe, die Unterschiede fallen aber weitaus geringer aus als bei Frauen. Außerdem zeigen sich im Vorkommen der Adipositas weder in den neuen noch in den alten Bundesländern Unterschiede zwischen Männern der Armutsrisikogruppe und Männern mit mittleren Einkommen.

Abbildung 7.1.4
Gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsgestaltung in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition
Quelle: GEDA09

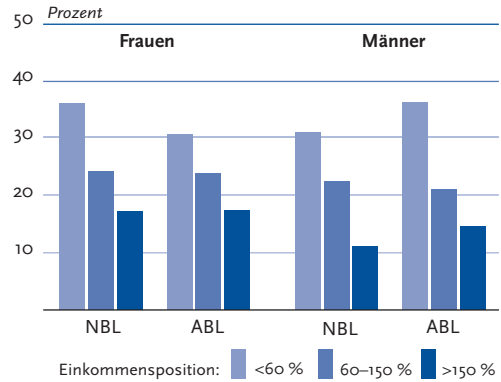
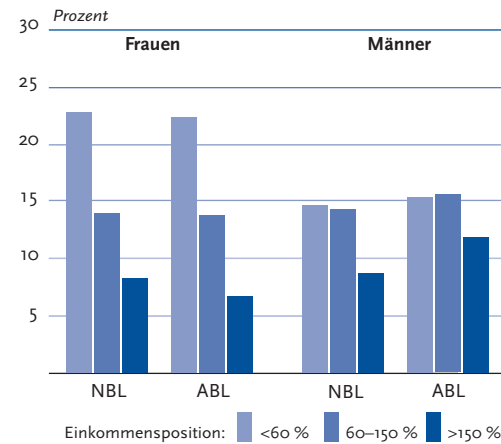


Abbildung 7.1.5
Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung mit Adipositas nach Einkommensposition
Quelle: GEDA09

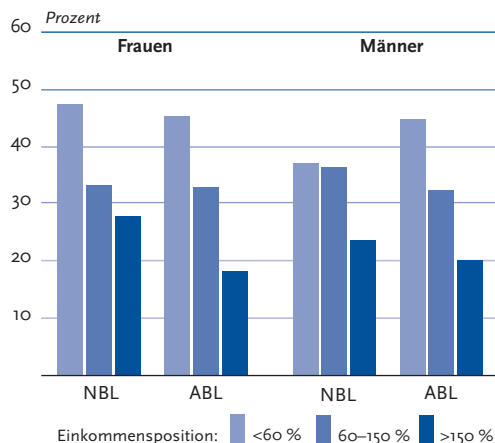


Einkommensunterschiede zu Ungunsten der Armutsrisikogruppe sind daneben in der Sportbeteiligung zu beobachten. Abbildung 7.1.6 verdeutlicht dies am Anteil der Personen, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben. Bei Frauen wie Männern ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und sportlicher Aktivität in den alten Bundesländern etwas stärker ausgeprägt als in den neuen Bundesländern. Hinzuweisen ist insbesondere auf den Anteil der sportlich inaktiven Männer in der Armutsrisikogruppe, der

Abbildung 7.1.6

Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben, nach Einkommensposition

Quelle: GEDAog



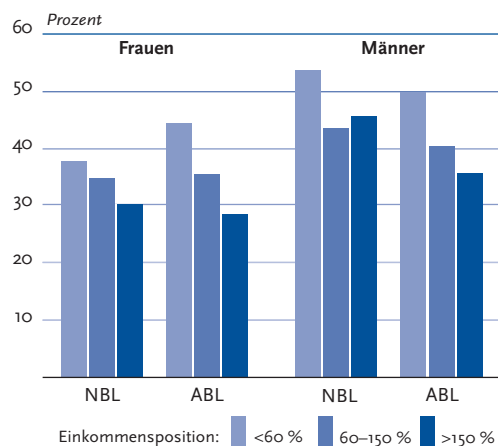
in den alten Bundesländern mit 45,0 % deutlich höher liegt als in den neuen Bundesländern mit 37,3 %.

Vergleichsweise geringe Einkommensunterschiede treten im Rauchverhalten zutage (siehe Abbildung 7.1.7). Dies trifft vor allem auf die neuen Bundesländer zu. In den alten Bundesländern

Abbildung 7.1.7

Anteil der Raucherinnen und Raucher an der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition

Quelle: GEDAog



liegen die Rauchquoten von Frauen und Männern in einer Armutslage deutlich über denen von Frauen und Männern im mittleren und höheren Einkommensbereich. Im Gegensatz zu den meisten der zuvor betrachteten Gesundheitsoutcomes deuten die Ergebnisse zum Rauchverhalten damit auf eine Variation des Einkommenseffektes in den neuen und alten Bundesländern hin.

Tabelle 7.1.1

Einfluss des Einkommens auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95 %-Konfidenzintervallen für Personen mit Armutsrisiko im Verhältnis zu Personen mit höheren Einkommen bei Kontrolle für Alter, Schulbildung und Erwerbsstatus)

Quelle: GEDAog

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert
Selbsteinschätzung der Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	2,81 (1,55–5,09)	2,46 (1,79–4,30)	0,702	1,81 (0,86–3,81)	2,27 (1,55–3,33)	0,601
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag	2,18 (1,20–3,95)	1,86 (1,34–2,56)	0,642	1,55 (0,75–3,22)	2,52 (1,74–3,63)	0,244
Adipositas	2,96 (1,58–5,56)	1,85 (1,22–2,80)	0,951	1,54 (0,77–3,05)	1,23 (0,80–1,91)	0,918
Sportliche Inaktivität	2,17 (1,27–3,71)	2,90 (2,16–3,90)	0,350	1,52 (0,80–2,88)	2,45 (1,77–3,38)	0,186
Rauchen	1,08 (0,62–1,86)	1,57 (1,20–2,05)	0,229	1,04 (0,59–1,82)	1,08 (0,80–1,46)	0,902

Um die deskriptiven Ergebnisse abzusichern, wurden binär logistische Regressionen mit den Gesundheitsoutcomes als abhängiger und dem Einkommen als unabhängiger Variable durchgeführt. Die in Tabelle 7.1.1 ausgewiesenen odds ratio geben an, um welchen Faktor das Risiko der betrachteten Gesundheitsprobleme bzw. Risikofaktoren in der Armutsrisikogruppe im Verhältnis zur höheren Einkommensgruppe erhöht ist. Dabei wurde für den Einfluss des Alters statistisch kontrolliert und damit dem Umstand Rechnung getragen, dass die Alterszusammensetzung der Einkommensgruppen unterschiedlich ist und die meisten Gesundheitsprobleme im höheren Alter zunehmen. Außerdem wurde für den Einfluss der Schulbildung und des Erwerbsstatus kontrolliert, um ausschließen zu können, dass die Einkommensunterschiede auf Variationen in diesen Variablen zurückzuführen sind. Ob sich die Einkommensgruppen bezüglich der betrachteten Gesundheitsoutcomes signifikant voneinander unterscheiden, kann anhand der ebenfalls angegebenen 95 %-Konfidenzintervalle beurteilt werden. Aussagen über Unterschiede bezüglich der Stärke des Einkommenseffektes in den neuen und alten Bundesländern, sind auf Basis der dargestellten p-Werte möglich.

Die Ergebnisse bestätigen weitgehend die deskriptiven Befunde. Für Frauen lassen sich sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern deutliche Einkommensunterschiede in den Gesundheitsoutcomes feststellen. Die einzige Ausnahme stellt das Rauchen in den neuen Bundesländern dar, das sich nicht signifikant zwischen der Armutsrisiko- und der höheren Einkommensgruppe unterscheidet. Bei Männern aus den alten Bundesländern lässt sich im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit, gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und sportliche Inaktivität ein deutlicher Einkommenseffekt beobachten. Die Verbreitung von Adipositas und Rauchen scheint nicht vom Einkommen abhängig zu sein, wenn gleichzeitig der Einfluss der Bildung und des Erwerbsstatus berücksichtigt wird. Auch bei Männern aus den neuen Bundesländern ist ein häufigeres Auftreten von Gesundheitsproblemen in der Armutsrisikogruppe festzustellen, die Unterschiede zu Personen mit höheren Einkommen erwiesen sich aber in der multivariaten Betrachtung als statistisch

nicht bedeutsam. In Anbetracht der ausgewiesenen p-Werte lässt sich die Aussage treffen, dass das Ausmaß der Einkommensunterschiede in den Gesundheitsoutcomes zwar zwischen den neuen und alten Bundesländern variiert, aber sich nicht signifikant unterscheidet.

7.2 Bildung und Gesundheit

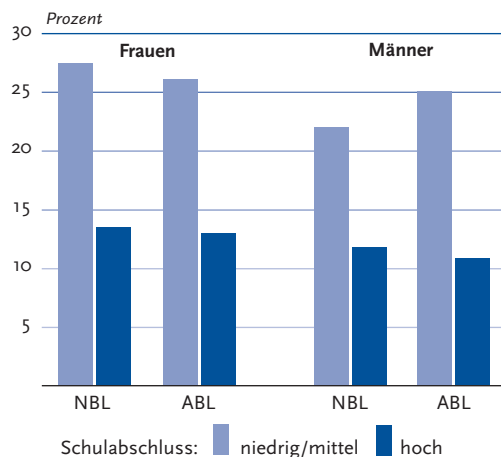
Neben dem Einkommen kommt der Bildung ein hoher Stellenwert für die Gesundheit zu. Bildung ist eng mit der beruflichen Karriere, den Möglichkeiten der Einkommenserzielung sowie mit unterschiedlichen berufsbedingten körperlichen und psychischen Belastungen verknüpft. Ein gutes Qualifikationsniveau bestimmt aber nicht nur die Chancen des beruflichen Erfolges und des Lebensstandards, sondern auch die Chancen auf Selbstbestimmung und die Verwirklichung eigener Interessen und Ziele. Über Bildung werden gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen sowie Wissen und Handlungskompetenz vermittelt, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungssituationen prägen. Bildung unterstützt die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen, was Auswirkungen auf gelingende Sozialbeziehungen sowie die individuelle Lebenszufriedenheit hat und somit entscheidend auf die Stabilisierung gesundheitsförderlicher bzw. -hinderlicher Lebensweisen wirkt (Schulze, Unger 2006; Jungbauer-Gans 2002).

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird durch zahlreiche Studien bestätigt. Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko (Helmert 2003; Mielck 2005; RKI 2005). Außerdem verfügen besser gebildete Personen oft über eine höhere Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenen Angeboten, wie z. B. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen oder hinsichtlich der Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Auch für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens, wie z. B. Rauchen und sportliche Aktivität, lässt sich feststellen, dass diese mit dem Bildungsabschluss variieren. Einzelne Studien konnten in diesem Zusammenhang belegen, dass das gesundheitsrelevante Verhalten

stärker durch die Bildung als durch anderen sozio-ökonomischen Determinanten wie das Einkommen oder die berufliche Stellung beeinflusst wird (Lampert, Thamm 2004; Nocon et al. 2007).

Bei den nachfolgend vorgestellten Ergebnissen der GEDA-Studie sind die unterschiedlichen Bildungssysteme in der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik zu berücksichtigen. Für die Analysen wurde deshalb nur zwischen zwei Bildungsgruppen unterschieden. Die erste Gruppe umfasst Personen, die keinen Schulabschluss, einen Haupt- oder Realschulabschluss oder einen Abschluss an der Polytechnischen Oberschule (POS) der DDR erreicht haben (»Niedriger oder mittlerer Schulabschluss«). Gegenübergestellt wird diesen die Gruppe der Personen mit Schulabschlüssen, die zur Aufnahme eines Studiums an einer Hoch- oder Fachhochschule berechtigen, d. h. Abitur oder Fachhochschulreife bzw. Abschluss der Erweiterten Oberschule der DDR (»Hoher Schulabschluss«). Im Jahr 2007 entfielen nach Ergebnissen des Mikrozensus auf die erste Gruppe in den neuen Bundesländern etwa 79 % und in den alten Bundesländern etwa 76 % der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren. Die zweite Gruppe umfasste entsprechend 21 % bzw. 24 % der Bevölkerung der neuen und alten Bundesländer (Destatis 2008).

Abbildung 7.2.1
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss
Quelle: GEDAog



In Abbildung 7.2.1 sind Ergebnisse für den allgemeinen Gesundheitszustand dargestellt. Die Prävalenz eines mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustandes ist bei Frauen und Männern mit niedrigen und mittleren Schulabschlüssen deutlich höher als bei Befragten mit Fachhochschul- oder Hochschulreife. Bei Frauen sind die Bildungsunterschiede in Ost- und Westdeutschland ähnlich stark ausgeprägt. Demgegenüber sind die Bildungsunterschiede bei Männern in den neuen Bundesländern etwas geringer als bei Männern in den alten Bundesländern. Der Anteil von westdeutschen Männern, die ihre Gesundheit nur als mittelmäßig oder sogar noch schlechter bezeichnen, ist dagegen in der unteren Bildungsgruppe mehr als doppelt so hoch wie in der oberen Bildungsgruppe (25,1 % gegenüber 10,8 %).

In Abbildung 7.2.2 ist die Prävalenz von Adipositas bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern differenziert nach höchstem Schulabschluss dargestellt. Demnach bestehen bei Frauen und Männern ausgeprägte Bildungsunterschiede, die sich in einem deutlich erhöhten Vorkommen von Adipositas in der unteren der beiden Bildungsgruppen festmachen lassen. Die Unterschiede sind bei Frauen in den neuen Bundesländern besonders stark ausgeprägt.

Abbildung 7.2.2
Adipositasprävalenz in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss
Quelle: GEDAog

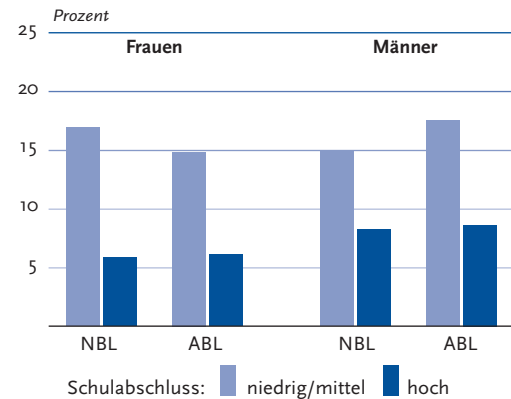
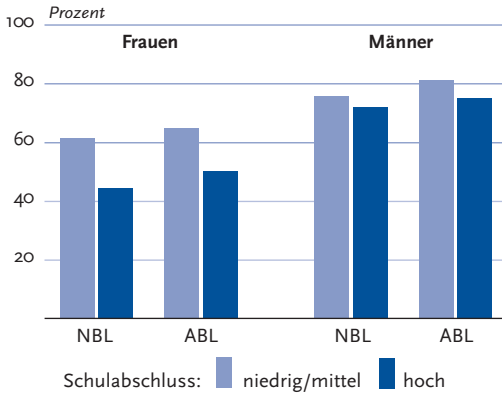


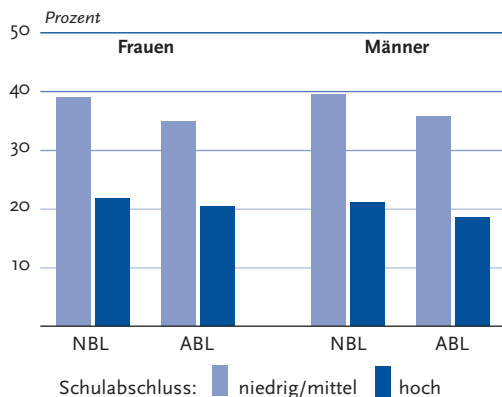
Abbildung 7.2.3
Kein täglicher Verzehr von Obst und Gemüse in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss
Quelle: GEDAog



Bildungsunterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Ernährungsverhaltens. Abbildung 7.2.3 verdeutlicht, dass der Anteil von Personen, die nicht täglich mindestens eine Portion Obst und Gemüse verzehren, in der unteren Bildungsgruppe erhöht ist. Dabei sind die Bildungsdifferenzen im Obst- und Gemüsekonsum bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, bei denen sich in den neuen und alten Bundesländern nur geringe Unterschiede zeigen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass in allen Gruppen mehr Männer als Frauen nicht täglich Obst und Gemüse verzehren.

Aus Abbildung 7.2.4 ist der Anteil der Frauen und Männer in den neuen und alten Bundeslän-

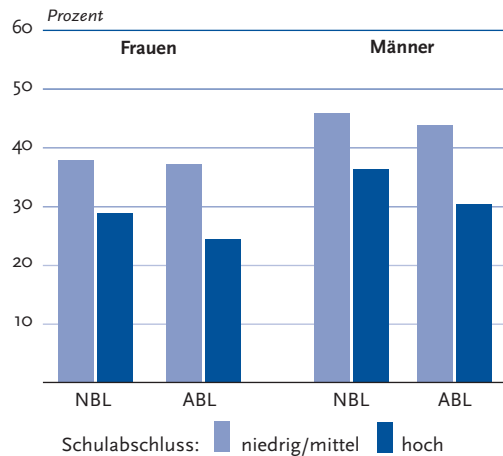
Abbildung 7.2.4
Keine regelmäßige sportliche Aktivität in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss
Quelle: GEDAog



dern zu ersehen, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben. Frauen und Männer mit niedrigen und mittleren Schulabschlüssen sind deutlich seltener aktiv als Frauen und Männer mit hohen Schulabschlüssen. Das Ausmaß dieser Bildungsdifferenzen unterscheidet sich dabei zwischen Frauen und Männern und im Vergleich von Ost- und Westdeutschland nur unwesentlich.

Auch im Rauchverhalten zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten von Personen mit niedriger oder mittlerer Bildung (Abbildung 7.2.5). Die Bildungsunterschiede im Rauchverhalten sind dabei in den neuen Bundesländern bei Frauen und Männern etwas schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Eine besonders geringe Rauchquote weisen Frauen mit Hochschulreife in den alten Bundesländern auf. Die höchste Rauchquote ist bei Männern der unteren Bildungsgruppe in den neuen Bundesländern festzustellen.

Abbildung 7.2.5
Rauchquote in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss
Quelle: GEDAog



In Tabelle 7.2.1 sind die Ergebnisse der multivariaten Analysen des Zusammenhangs zwischen Bildung und den betrachteten Gesundheitsindikatoren dargestellt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Bildung in den neuen und alten Bundesländern auch nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsstatus einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit hat.

So sind bei Frauen die Bildungsunterschiede in den neuen und alten Bundesländern hinsichtlich aller betrachteten Gesundheitsindikatoren auch nach Berücksichtigung der Kontrollvariablen statistisch bedeutsam. Bei Männern in den alten Bundesländern erweisen sich ebenfalls alle Differenzen als signifikant, während bei Männern in den neuen Bundesländern nur die Differenzen hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, der sportlichen Inaktivität und des Rauchverhaltens auch nach Berücksichtigung der drei andere Merkmale noch als statistisch bedeutsam ausgewiesen werden. Obwohl der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit bei ostdeutschen Männern zumeist etwas schwächer ausfällt als bei westdeutschen Männern, sind diese Unterschiede statistisch nicht bedeutsam, wie die dargestellten p-Werte belegen

7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Nationale und internationale Studien zeigen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind und ein riskanteres Gesundheitsverhalten aufweisen (Elkeles 1999; Bartley 1994; Mathers, Schofield 1998). So sind Arbeitslose von vielen Krankheiten und Beschwerden häufiger betroffen (Elkeles 1999; RKI 2003). Besondere Bedeutung kommt dabei psychischen Erkrankungen und Störungen zu (BKK Bundesverband 2008; Brenner 2006). Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der Arbeitslosen ist dokumentiert, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger rauchen, häufiger einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen und sich seltener sportlich betätigen (Mathers, Schofield 1998; RKI 2005). Arbeitslosigkeitserfahrungen spiegeln sich auch in einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung wieder (Bammann, Helmert 2000; Scholz, Schulz 2007).

Die Bedeutung der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit erschließt sich über die materielle, psychische und soziale Beanspruchung der Arbeitslosen (Bartley 1994; Holleederer 2003). Arbeitslosigkeit geht zum einen mit Einkommenseinbußen einher, zum anderen mit einem

Tabelle 7.2.1

Einfluss der Bildung auf den Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Einstellungen und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95 %-Konfidenzintervallen für Personen mit höchstens Mittlerem Schulabschluss im Verhältnis zu Personen mit Hochschulreife nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsbeteiligung)

Quelle: GEDAog

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert
Gesundheitszustand (mittelmäßig bis schlecht)	1,50 (1,05–2,15)	1,66 (1,39–1,97)	0,624	1,43 (0,96–2,15)	1,85 (1,52–2,25)	0,271
Adipositas	2,26 (1,41–3,63)	1,64 (1,32–2,03)	0,296	1,29 (0,82–2,01)	1,89 (1,53–2,32)	0,106
Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	1,95 (1,48–2,56)	1,87 (1,64–2,13)	0,782	1,29 (0,95–1,76)	1,60 (1,38–1,86)	0,210
Sportliche Inaktivität	1,80 (1,34–2,43)	1,96 (1,68–2,28)	0,629	1,98 (1,42–2,76)	2,03 (1,74–2,38)	0,893
Aktuelles Rauchen	1,62 (1,21–2,18)	1,80 (1,57–2,06)	0,535	1,63 (1,21–2,20)	1,83 (1,60–2,11)	0,490

Verlust an berufsbezogenen Funktionen und sozialen Beziehungen. Dies macht erhebliche Anpassungsleistungen erforderlich und kann bei den Betroffenen zu Frustrationen und Stress führen (Holmes, Rahe 1967; Fryer 1986). Für die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wird den psychosozialen Belastungen häufig ein ebenso hoher oder sogar höherer Stellenwert beigemessen als den materiellen Nachteilen (Jahoda 1983; Warr 1987). Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird allerdings diskutiert, inwiefern die beobachtbaren Unterschiede als Folge oder als Ursache der Arbeitslosigkeit zu interpretieren sind. Die bisher vorliegenden Befunde deuten darauf hin, dass zumindest ein Teil des Zusammenhangs darauf zurückzuführen ist, dass eine länger andauernde Krankheit das Risiko von Arbeitslosigkeit erhöht (Hollederer 2003; Mathers, Schofield 1998).

Für die empirischen Analysen wurde zur Abgrenzung von Arbeitslosigkeit die Meldung beim Arbeitsamt zugrunde gelegt (siehe Kapitel 2.2) und ähnlich wie im Zusammenhang mit der Einkommensarmut sowohl eine Betrachtung auf Basis von aggregierten Daten als auch von Individualdaten vorgenommen. Die aggregierten Daten beziehen sich auf Raumordnungsregionen und stellen am Beispiel von Männern den Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei Geburt und der Arbeitslosenquote dar (siehe Abbildung 7.3.1). Dabei zeigt sich eine statistische Assozia-

tion beider Merkmale, die zum Ausdruck bringt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt mit jedem Prozentpunkt der Arbeitslosenquote um 0,2 Jahre sinkt.

In Abbildung 7.3.2 sind Ergebnisse für den allgemeinen Gesundheitszustand dargestellt. Arbeitslose Frauen und Männer schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand demnach deutlich häufiger als Erwerbstätige als mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Bei Frauen ist die Differenz zwischen

Abbildung 7.3.2
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus
Quelle: GEDA09

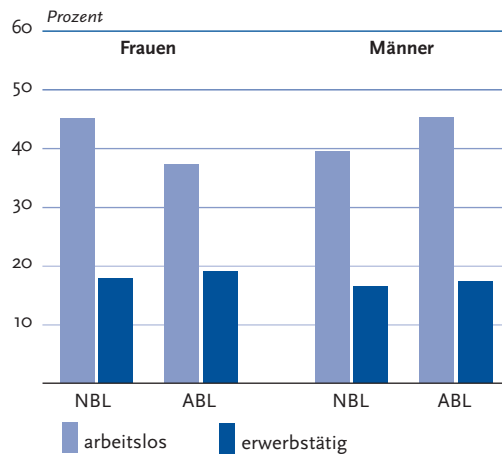
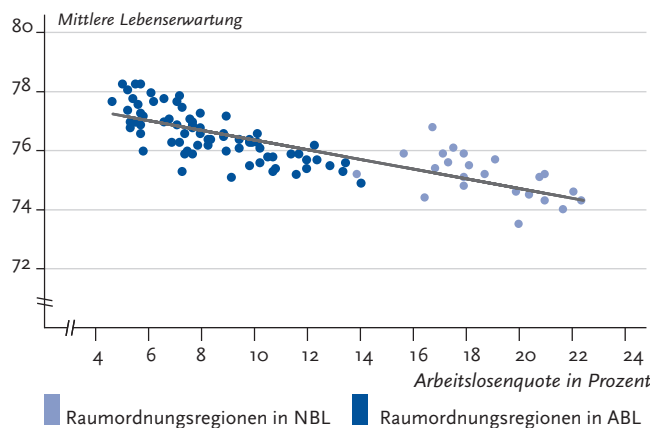


Abbildung 7.3.1
Zusammenhang zwischen der mittleren Lebenserwartung bei Geburt und der Arbeitslosenquote auf Ebene der Raumordnungsregionen bei Männern
Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007); Der PARITÄTISCHE 2009



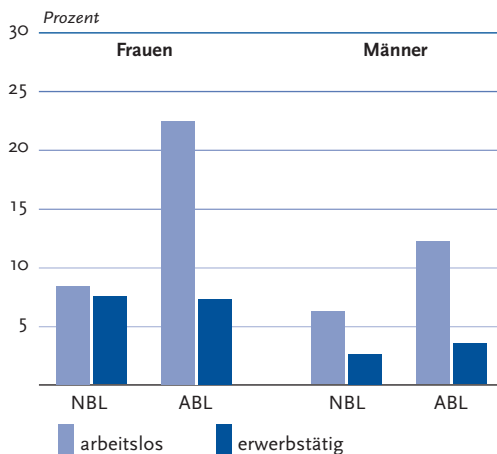
Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern noch größer als in den alten Bundesländern. Bei Männern sind demgegenüber in den alten Bundesländern größere Unterschiede zu beobachten. Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch für das Risiko von selbstberichteten gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und hinsichtlich der Prävalenz chronischer Krankheiten. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind arbeitslose Frauen und Männern häufiger funktionell eingeschränkt und chronisch krank, wobei sich dieser Zusammenhang in den neuen und alten Bundesländern vergleichbar darstellt.

Psychischen Störungen kommt im Spektrum der Erkrankungen von Arbeitslosen eine besonders große Bedeutung zu (BKK Bundesverband 2008; Brenner 2006). In Abbildung 7.3.3 ist die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostizierten Depressionen nach Erwerbsstatus und Geschlecht für Ost- und Westdeutschland dargestellt. Insgesamt berichteten erwerbstätige Frauen und Männer deutlich seltener als Arbeitslose, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression ärztlich diagnostiziert worden ist. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen zeigen sich zwischen den neuen und alten Bundesländern bemerkenswerte Unterschiede. In den neuen Bundesländern ist der Zusammenhang – insbesondere bei Frauen –

Abbildung 7.3.3

Anteil der Personen mit ärztlich diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus

Quelle: GEDA09



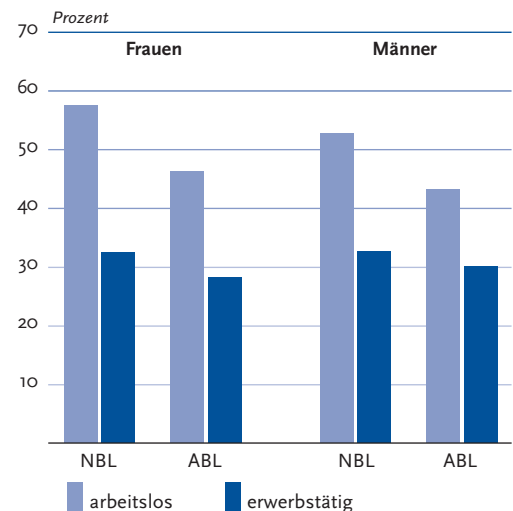
deutlich schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Auch wenn Befindlichkeitsstörungen betrachtet werden, zeigt sich ein ähnliches Bild. So wurden die Befragten in der GEDA-Studie gefragt, ob es im letzten Monat Tage gab, an denen es ihnen seelisch oder emotional nicht gut ging. Die Anzahl entsprechender Tage war bei arbeitslosen Frauen und Männern deutlich erhöht, wobei dieser Zusammenhang in den neuen Bundesländern etwas schwächer als in den alten Bundesländern zum Ausdruck kommt.

Auch bezüglich der Sportbeteiligung sind Unterschiede zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen festzustellen (Abbildung 7.3.4). Die Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen sind dabei in den neuen Bundesländern etwas stärker als in den alten Bundesländern. Arbeitslose Frauen und Männer in den neuen Bundesländern üben besonders selten regelmäßig Sport aus, erwerbstätige Frauen und Männer in den alten Bundesländern besonders häufig. Auch der Tabakkonsum ist nach Ergebnissen der GEDA-Studie bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger als bei Erwerbstätigen, zudem finden sich unter den Arbeitslosen besonders viele starke Raucher, gemessen an einem Konsum von 20 Zigaretten oder mehr am Tag. Im Unterschied zur sportlichen Aktivität sind die Differenzen im

Abbildung 7.3.4

Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung, die nicht regelmäßig sportlich aktiv sind nach Erwerbsstatus

Quelle: GEDA09



Rauchverhalten von Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern.

In Tabelle 7.3.1 sind Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und den betrachteten Gesundheitsindikatoren nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Schulbildung dargestellt. Auf Basis der Ergebnisse stellt sich der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern unterschiedlich dar: Während sich die zuvor berichteten Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern weitgehend auf die unterschiedliche materielle Lage sowie auf Differenzen in der Bildungsbeteiligung zurückführen lassen, bestehen in den alten Ländern bei Frauen und Männern auch nach der Kontrolle für beide Merkmale beträchtliche gesundheitliche Differenzen zu Ungunsten der Arbeitslosen. Bei arbeitslosen Frauen in Westdeutschland ist das Risiko eines eingeschränkten Gesundheitszustandes 2,3-fach, das Risiko von Depressionen 3,6-fach und die Risiken für aktuelles Rauchen und sportliche Inaktivität jeweils 1,4-fach gegenüber erwerbstätigen Frauen erhöht. Bei westdeutschen Männern sind die Risiken noch stärker ausgeprägt und betragen das 3,0-Fache, das 4,1-Fache, das 2,7-Fache und das 1,7-Fache. Mit Ausnahme des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen bei Frauen sind die diesbezüglichen

Variationen zwischen neuen und alten Bundesländern allerdings nicht statistisch signifikant.

7.4 Fazit

Eine Vielzahl empirischer Untersuchungen weist darauf hin, dass zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ein enger Zusammenhang besteht. In dem vorliegenden Kapitel wurde exemplarisch die Bedeutung des Einkommens, der Bildung und der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit betrachtet. Die berichteten Forschungsbefunde verdeutlichen, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen, einer geringen Bildung und Arbeitslosigkeitserfahrungen häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihren eigenen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit unterliegen. In einigen Bereichen der Gesundheit zeigen sich auch Unterschiede zwischen den mittleren und höheren Einkommens- bzw. Bildungsgruppen. Bisweilen kann somit von einem sozialen Gefälle der Gesundheitschancen gesprochen werden: Je schlechter die soziale Lage, desto höher ist das Risiko einer Beeinträchtigung der Gesundheit.

Für den vorliegenden Bericht war insbesondere die Frage zu beantworten, ob sich das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen der sozialen und

Tabelle 7.3.1

Einfluss von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand, psychische Morbidität und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95 %-Konfidenzintervallen für Personen mit höchstens Mittlerem Schulabschluss im Verhältnis zu Personen mit Hochschulreife nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsbeteiligung)

Quelle: GEDA09

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert
Gesundheitszustand (mittelmäßig bis schlecht)	1,40 (0,79–2,46)	2,25 (1,63–3,13)	0,130	2,03 (1,03–4,00)	2,97 (2,00–4,40)	0,340
Jemals Depression	0,73 (0,30–1,80)	3,57 (2,49–5,11)	0,001	0,90 (0,22–3,70)	4,05 (2,29–7,16)	0,069
Kein regelmäßiger Sport	1,33 (0,78–2,27)	1,37 (1,00–1,89)	0,927	1,65 (0,88–3,08)	1,62 (1,11–2,36)	0,965
Aktuelles Rauchen	1,44 (0,83–2,49)	1,41 (1,04–1,93)	0,956	1,63 (0,89–3,00)	2,68 (1,84–3,91)	0,176

gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern unterscheidet. Die Auswertungen der GEDA-Daten machen hierzu deutlich, dass in beiden Teilen Deutschlands ein niedriges Einkommen, eine geringe Bildung und Arbeitslosigkeit mit verminderten Gesundheitschancen einhergehen. Diese lassen sich unter anderem an einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, häufigeren Einschränkungen in der Alltagsgestaltung und einem höheren Risiko für Rauchen, Adipositas und sportlicher Inaktivität festmachen. Zum Teil variiert zwar die Stärke des Zusammenhangs, in den meisten Fällen erwiesen sich diese Variationen aber nicht als statistisch bedeutsam.

Wenn der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in beiden Teilen Deutschlands ähnlich stark ausgeprägt ist und sich die soziale Lage in den neuen Bundesländern schlechter darstellt als in den alten Bundesländern, wofür unter anderem die höheren Armutsrisiko- und Arbeitslosenquoten sprechen (siehe Kapitel 2.2), dann liegt es nahe, einen Teil der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit auf die ungleichen Lebensverhältnisse zurückzuführen. Dafür sprechen auch die auf Ebene der Bundesländer und Raumordnungsregionen gefundenen Zusammenhänge zwischen der Armutsrisiko- und Arbeitslosenquote und der Lebenserwartung.

Literatur

- Bammann K, Helmert U (2000) Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Helmert U (Hrsg) Müssen Arme früher sterben? Juventa, Weinheim, S 159–186
- Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 48 (4): 333–337
- BBR (2007) INKAR 2007 – Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Wiesbaden
- BKK Bundesverband (2008) BKK Gesundheitsreport 2008. BKK, Essen
- BMAS (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
- Böhnke P (2006) Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Verlag Barbara Budrich, Opladen
- Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Springer, Berlin, S 163–189
- Davey Smith G (2008) Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 291–330
- Destatis (2008) Bildungsstand der Bevölkerung Ausgabe 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6: 150–155
- Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1 (3): 3–23
- Geyer S (2008a) Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. *Gesundheitswesen* 70: 281–288
- Geyer S (2008b) Sozialstruktur und Krankheit. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51: 1164–1172
- Grabka MM, Schreyögg J, Busse R (2005) Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz: eine empirische Analyse. DIW Discussion Paper 506.
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997) Poverty and health in West Germany. *Sozial- und Präventivmedizin/ Social and Preventive Medicine* 42 (5): 276–285
- Helmert U (2003) Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998. *Gesundheitswesen* 65: 542–547
- Henkel D (2008) Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamenten, Drogen. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg) Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für die Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, S 10–69
- Holleder A (2003) Arbeitslos – Gesundheit los – Chancenlos? IAB Kurzbericht 4
- Holmes TH, Rahe RH (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 11 (2): 213–218
- Jahoda M (1983) Wieviel Arbeit braucht der Mensch. Beltz Verlag, Weinheim
- Jungbauer-Gans M (2002) Ungleichheit, Soziale Beziehungen und Gesundheit. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheits surveys 2003. *Das Gesundheitswesen* 66 (8/9): 511–517
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesund-*

- heitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitschutz (47): 1033–1042
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *APuZ* 42: 11–18
- Mackenbach JP (2006) Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam, UK Presidency of the EU
- Mathers CD, Schofield DJ (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust* 168 (4): 178–182
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber, Bern
- Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- Mielck A, Heinrich J (2002) Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen. *Das Gesundheitswesen* 62 (7): 405–416
- Nocon M, Keil T, Willich S. Education, income, occupational status and health risk behaviour. *Journal of Public Health* 2007; 15: 401–405
- Der PARITÄTISCHE (2009) Unter unseren Verhältnissen ... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Berlin
- Reil-Held A (2000) Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? DP Sonderforschungsbereich 504 No. 00–14
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Scholz RD, Schulz A (2007) Haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Höhe der Lebenserwartung? ROSTOCKER ZENTRUM – Diskussionspapier 18
- Schulze A, Unger R (2006) Der Einfluss der Bildungsexpansion auf die Lebenserwartung. *BiB-Mitteilungen* 27 (3): 17–24
- Warr P (1987) Work, Unemployment and Mental Health. Oxford University Press, Oxford
- Zok K (2005) Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativbefragungen unter 3.000 GKV-Versicherten. *WIDOMonitor* 2: 1–7

8 Zusammenfassung

- Nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung sind die markantesten Unterschiede von Gesundheitsindikatoren beim Vergleich der neuen Bundesländer mit den alten Bundesländern nicht mehr zu finden.
- Die Differenzierung zwischen den einzelnen Bundesländern ist weiter voran geschritten, die Unterschiede machen sich ganz stark an Armut oder Reichtum der Regionen fest.
- Für Kinder und Jugendliche in Deutschland ist es nicht so sehr von Bedeutung, ob sie in den neuen oder in den alten Bundesländern geboren wurden, sondern welche Bildungschancen sie haben und unter welchen sozialen Bedingungen sie aufwachsen.

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über 20 Jahre »Gesundheitsgeschichte« der Bundesrepublik Deutschland. Dabei wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Teilen Deutschlands über 20 Jahre gemeinsamer Entwicklung anhand vorliegender Gesundheitsdaten reflektiert. Unterschiede gab es auf fast allen Gebieten zwischen der alten Bundesrepublik und der DDR. So unterschieden sich Mortalität und damit verbunden die Lebenserwartung, die Morbidität bei den häufigsten chronischen Krankheiten, die Gesundheitsrisiken wie der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen, aber auch das Ernährungsverhalten, die körperliche Aktivität, das Impf-

verhalten und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

In den einzelnen Kapiteln dieses Berichtes werden für verschiedene Gesundheitsthemen die Ausgangslage im Osten und im Westen Deutschlands nach dem Mauerfall, die Entwicklung in den 20 Jahren seither und der aktuell erreichte Zustand beschrieben. Auf Grund der Themenvielfalt (es handelt sich immerhin um mehr als 20 Kapitel) ist es kaum möglich, die Ergebnisse hier verbal zusammen zu fassen. Einen Ausweg bietet eine komprimierte Darstellung der Resultate in Form einer Tabelle, die natürlich eine Vergrößerung ist. Die in der Legende erklärten Symbole für positive und negative Entwicklungen, für größere oder kleinere Unterschiede mit guten oder ungünstigen Bedingungen für eines der beiden Teile Deutschlands können nicht mehr als ein holzschnittartiges Abbild der im Bericht präzise beschriebenen Situation liefern. Aber die hier präsentierte Tabelle 1 soll ja keineswegs einen Ersatz für fast 300 Seiten detaillierte Beschreibung darstellen, sondern einen Überblick geben, der folgendes Fazit erlaubt: In 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung der neuen und der alten Bundesländer ist in vielen Fällen ein Ausgleich der Unterschiede, mindestens aber eine Annäherung zu verzeichnen, in den meisten Fällen auf einem günstigeren als dem Ausgangsniveau. Und ein weiterer optimistisch stimmender Fakt ist zu konstatieren: Die »nachgeborene« Generation der Kinder und Jugendlichen, die heute 20 Jahre und jünger sind, hat zwar in bestimmten Gruppen gesundheitliche Probleme wie Übergewicht, Adipositas, Bewegungsmangel, ungesunde

Legende:

- | | | | |
|-----|--|---|----------------------|
| + | In Ostdeutschland besser als in Westdeutschland | } | Ausgangslage 1989/90 |
| – | In Ostdeutschland schlechter als in Westdeutschland | | |
| = | Gleiche Verhältnisse in beiden Teilen Deutschlands | | |
| + < | In Ostdeutschland immer noch besser als in Westdeutschland, aber der Abstand hat sich verringert | } | 2009 |
| – < | In Ostdeutschland immer noch schlechter als in Westdeutschland, aber der Abstand hat sich vergrößert | | |
| ↑ | Ansteigen der Kennzahl | | |
| ↓ | Verringerung der Kennzahl | | |
| → | Gleichbleiben der Kennzahl | | |

Tabelle 1
Entwicklung von Ost-West-Unterschieden ausgewählter Gesundheitsaspekte von 1989 bis 2009

Gesundheitliche Parameter	Situation 1989/1990	Entwicklung NBL	Entwicklung ABL	Situation 2009	Erläuterungen
Lebenserwartung	–	positiv ↑	positiv ↑	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Subjektive Gesundheit	–	positiv ↑	positiv ↑	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau, keine Unterschiede bei Jüngeren
Mortalität					
Herz-Kreislaufkrankheiten	–	positiv ↓	positiv ↓	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Unfälle	–	positiv ↓	neutral →	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Lungenkrebs					
Frauen	+	negativ ↑	negativ ↑	+ <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau
Männer	–	positiv ↓	positiv ↓	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Brustkrebs	+	positiv ↓	positiv ↓	+ <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Suizid	–	positiv ↓	positiv ↓	=	Angleichung auf günstigerem Niveau
Morbidität					
Diabetes	–	negativ ↑	negativ ↑	– <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau
Herz-Kreislaufkrankheiten	–	positiv ↓	positiv ↓	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Allergien	+	negativ ↑	negativ ↑	=	Angleichung auf ungünstigerem Niveau für NBL
Masern	+	negativ ↑	positiv ↓	<	Annäherung auf ungünstigerem Niveau für NBL
HIV	+	negativ ↑	negativ ↓↑	+ <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau für NBL
Einflussfaktoren					
Sport	–	positiv ↑	positiv ↑	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Ernährung	–	positiv ↑	positiv ↑	=	Empfehlungen der DGE größtenteils noch nicht erreicht
Adipositas					
Erwachsenen	–	negativ ↑	negativ ↑	–	Anstieg der Adipositasprävalenz bei Beibehaltung der Differenz
Kindern	keine Daten	negativ ↑	negativ ↑	=	Keine Unterschiede
Hypertonie	–	positiv ↓	negativ ↑	– <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau für ABL
Drogenkonsum	+	negativ ↑	positiv ↓	+ <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau für NBL
Rauchen					
Frauen	+	negativ ↑	negativ ↑	+ <	Angleichung auf ungünstigerem Niveau
Männer	=	neutral →	positiv ↓	– <	Annäherung auf günstigerem Niveau
Alkoholkonsum	–	negativ ↑	negativ ↑	– <	Annäherung auf ungünstigerem Niveau
Umweltbelastungen	–	positiv ↓	positiv ↓	=	Angleichung auf günstigerem Niveau
Impfen	+	positiv ↓↑	positiv ↑	+ <	Annäherung auf günstigerem Niveau für ABL

Ernährung, psychische Auffälligkeiten, Rauch- und Trinkverhalten, aber diese gesundheitlichen Probleme differenzieren sich nicht nach Ost und West. Der sozioökonomische Status der Familien, insbesondere geringe Bildung, ist der eigentliche Einflussfaktor auf die gesundheitliche Entwicklung unserer Kinder. Hier optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, unabhängig vom Wohnort.

Entwicklung im europäischen Kontext

Die Entwicklung der beiden Teile Deutschlands nach dem Fall der Mauer vollzog sich nicht auf einer »Insel«, sondern im europäischen Kontext. Durch den Zusammenbruch des sozialistischen Systems in Europa fanden ähnliche Umbrüche wie in der DDR auch in deren Nachbarstaaten wie Polen und Tschechien, aber auch in Ungarn und in anderen Ländern statt. Der Unterschied bestand allerdings darin, dass in diesen ehemals sozialistischen Staaten die Veränderungen ohne einen Anschluss an ein ökonomisch starkes, marktwirtschaftlich organisiertes Land erfolgten. Daher sind die Vergleiche der Situation in den neuen Bundesländern mit der in den Nachbarstaaten sehr aufschlussreich: Betrachtet man den Zugewinn an mittlerer Lebenserwartung für Frauen und Männer seit 1990, so weisen, bei vergleichsweise ähnlichem Ausgangsniveau, die neuen Bundesländer bei beiden Geschlechtern die höchsten Steigerungsraten auf (siehe Tabelle 8.2).

Aktuell ist die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern im Vergleich zu Polen und Tschechien am höchsten, sie beträgt für Frauen etwa 83 Jahre und für Männer etwa 76 Jahre.

Tabelle 8.2
Lebenserwartung 1990 und Zugewinn im Zeitraum 1990 bis 2006
Quelle: WHO, Health-for-All Datenbank, DESTATIS, IS-GBE, 2009

	Lebenserwartung 1990		Zugewinn 1990–2006	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Polen	75,6	66,7	4,1	4,4
Tschechien	75,5	67,6	4,5	5,9
NBL	76,5	69,8	6,2	6,1

Um den Ursachen für diese Steigerungsraten in ihrer Differenziertheit genauer auf den Grund zu gehen, wurden die Sterbeziffern für Herz-Kreislauf Erkrankungen (1990 ICD-9: 390–459; 2000/06 ICD-10: I00–I99) für die Bevölkerung unter 65 Jahren im jeweiligen Land zum Vergleich heran gezogen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8.3 zusammen gefasst.

Tabelle 8.3
Rückgang der Sterbeziffer Herz-Kreislauf-Erkrankungen je 100.000 Frauen und Männer unter 65 Jahren (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)

Jahr	NBL	Tschechien	Polen
Frauen			
1990	60,4	75,1	82,6
2000	28,1	43,4	52,9
2006	23,3	34,9	40,7
Männer			
1990	155,4	224,5	241,2
2000	86,6	131,5	131,5
2006	71,5	105,7	139,9

Sowohl Frauen als auch Männer unter 65 Jahren weisen in den neuen Bundesländern im Jahre 2006 die geringste Sterblichkeit im Vergleich zu Polen und Tschechien auf. Da in den neuen Bundesländern auch das Ausgangsniveau im Jahr 1990 günstiger war, werden noch die prozentualen Steigerungsraten in der betrachteten Zeitspanne zum Vergleich herangezogen (Tabelle 8.4). Auch hier weisen die neuen Bundesländer die höchsten prozentualen Steigerungen auf:

Es stellt sich die Frage nach dem »Preis«, den eine solch überdurchschnittliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in den neuen Bundesländern hat. Ein partieller Erklärungsansatz liegt neben der positiven Entwicklung bei den Gesundheitsdeterminanten, die in Kapitel 4 dargestellt ist, auch in den unterschiedlich hohen Investitionen in die Infrastruktur des Gesundheitswesens sowie bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf, die in Deutschland deutlich höher sind als beispielsweise in Tschechien oder Polen.

Die überdurchschnittlich hohen Investitionen der Bundesrepublik Deutschland insgesamt in das Gesundheitssystem der neuen Bundesländer (dies findet in diesem Bericht seine Entsprechung in

Tabelle 8.4
Relativer Rückgang der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit seit 1990
 (1990=100 %), Frauen und Männer unter 65 Jahren

Jahr	NBL	Tschechien	Polen
Frauen			
1990	100	100	100
2000	53	42	36
2006	61	53	51
Männer			
1990	100	100	100
2000	44	41	32
2006	54	53	42

den Kapiteln zu den gesundheitlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 2.3) und zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung (Kapitel 6) stellt eine ökonomische Leistung dar, die Polen, Tschechien, aber auch Ungarn so aus eigener Kraft nicht erbringen konnten.

Damit hat im europäischen Kontext die Gesundheit der ostdeutschen Bevölkerung, auch wenn Sie noch nicht dasselbe Niveau erreicht hat,

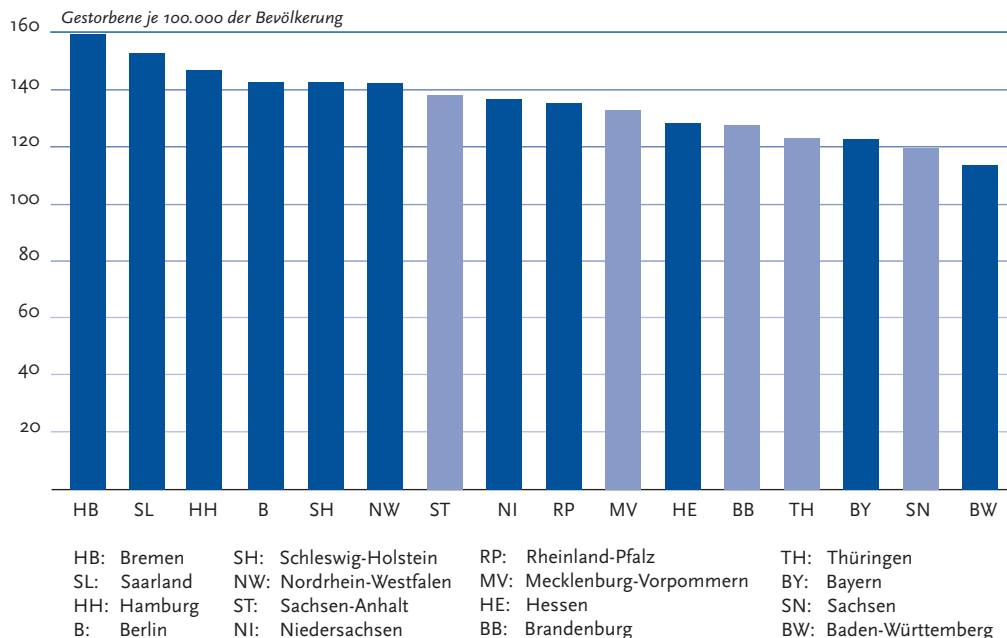
wie die der Westdeutschen, nach der Wende einen Aufschwung genommen, wie er in den anderen ehemals sozialistischen Staaten nicht möglich war.

Entwicklung im Regionalvergleich

Regionale Unterschiede in der Gesundheit gibt es in Deutschland nicht nur zwischen den neuen und den alten Ländern, sondern auch zwischen kleineren regionalen Einheiten. Für viele Gesundheitsindikatoren gibt es zudem so etwas wie ein »Nord-Süd-Gefälle«. Etliche Unterschiede zwischen den neuen und den alten Ländern können deshalb zum Teil auch unter dem Aspekt des Nord-Süd-Gefälles gesehen werden, da die neuen Bundesländer genau genommen östlich des nördlichen Teils der alten Länder liegen. Die allgemeine Sterblichkeit z.B. hat außer dem Ost-West-Gefälle sowohl im Westen als auch im Osten jeweils ein Nord-Süd-Gefälle.

Dies alles legt ein differenzierteres Hinschauen beim Vergleich der Entwicklungen in Ost- und

Abbildung 8.1
Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren) für Frauen nach Ländern 2004/06; Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung (altersstandardisiert auf die alte Europastandardbevölkerung)
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik



in Westdeutschland nahe. Zitiert sei hierfür das Beispiel der vorzeitigen Sterblichkeit von Frauen (siehe Abbildung 8.1 und Kapitel 3.1), das zeigt, dass die Werte für Frauen aus den neuen Bundesländern eher günstiger sind als bei den Frauen aus den alten Bundesländern. Noch bis zur Jahrtausendwende war die vorzeitige Sterblichkeit der Frauen in den neuen Ländern höher als in den alten Ländern. Hier haben sich regionale Verhältnisse entwickelt, bei denen die Hauptunterschiede nicht (mehr) zwischen Ost und West zu finden sind.

Betrachtet man die soziodemografischen Rahmenbedingungen, die in den vergangenen zwei Jahrzehnten besonders in den neuen Bundesländern einer großen Dynamik unterlagen, so wird deutlich, dass sich die parallel vollziehenden Veränderungen der demografischen Struktur bei gleichzeitigem Anstieg der Arbeitslosen- und Armutsrisikoquoten extreme Auswirkungen auf die gesundheitlichen Belastungen einzelner Bundesländer zur Folge haben mussten. Im Kapitel 7 dieses Berichtes wird anhand aktueller Daten nachgewiesen, dass sich Armut und Arbeitslosigkeit negativ auf die individuelle Gesundheit auswirken und gleichzeitig einen Erklärungsansatz für regionale Unterschiede liefern können.

Mecklenburg-Vorpommern, das in diesem Bericht leider häufig das Schlusslicht beim Vergleich von Krankheitsprävalenzen und der Ausprägung von Gesundheitsrisiken ist, ist ein Beispiel für extreme Mehrfachbelastungen: Bei Abwanderung der jungen, gut ausgebildeten Personen (dabei insbesondere der Frauen) und sinkenden Geburtenzahlen sind die Arbeitslosen- und Armutsrisikoquote höher als in allen anderen Bundesländern. Die Überalterung der Population verstärkt die durch soziale Rahmenbedingungen begründete Belastung nochmals. Eine im Vergleich zu anderen Bundesländern höhere absolute Prävalenz der behandlungsbedürftigen chronisch Kranken im Zusammenhang mit einer verbreiteten Multimorbidität resultiert in einem erhöhten Versorgungsbedarf in Mecklenburg-Vorpommern, der sich nicht allein an der Einwohnerzahl festmachen lässt. Ein gleicher Versorgungsschlüssel, der in anderen Regionen sogar eine Überversorgung darstellen kann, würde in Mecklenburg-Vorpommern gegebenenfalls eine Unterversorgung bedeuten.

Nicht ohne Grund findet sich im Anhang zu diesem Bericht ein ergänzender Beitrag zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Das Beispiel der SHIP-Studie zeigt, dass nur über einen differenzierteren Regionalbezug konkrete Schlussfolgerungen gezogen und gesundheitspolitische Maßnahmen getroffen werden können

Fazit

Was ist nun die »Zusammenfassung der Zusammenfassung«? Nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung sind die markantesten Unterschiede von Gesundheitsindikatoren beim Vergleich der neuen Bundesländer mit den alten Bundesländern nicht mehr zu finden. Die meisten der kurz nach der Wiedervereinigung festgestellten Unterschiede sind mittlerweile verschwunden, was einen Erfolg darstellt. Dies wird insbesondere im Vergleich mit den Nachbarländern Polen und Tschechien deutlich: Die noch vorhandenen innerdeutschen Unterschiede verblassen im Vergleich mit der Situation in diesen ehemals sozialistischen Staaten.

Grund zur allgemeinen Zufriedenheit ist das nicht, denn die Differenzierung zwischen den einzelnen Bundesländern, egal ob neu oder alt, ist weiter vorangeschritten, die Unterschiede machen sich ganz stark an Armut oder Reichtum der Regionen fest. Damit liegt der Ansatz für eine handlungsorientierte bundesdeutsche Gesundheitsberichterstattung künftig in einer regional feiner differenzierten Darstellung. Eine Fortführung der bislang gängigen Ost-West-Vergleiche erscheint nicht mehr erforderlich, darum wird es wohl auch keinen ähnlichen Bericht anlässlich des 30. Jahrestages des Mauerfalles im Jahr 2019 mehr geben. Dieses Kapitel scheint abgeschlossen, beginnen wir das Kapitel »arme Bundesländer, reiche Bundesländer«. Ebenso ist es auf der Ebene der individuellen gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen schon jetzt nicht so sehr von Bedeutung, ob sie in den neuen oder in den alten Bundesländern geboren wurden, sondern welche Bildungschancen sie haben und unter welchen sozialen Bedingungen sie aufwachsen.

Hier gilt es anzusetzen, auf dass in 10 Jahren »Ost« und »West« wieder lediglich die Bedeutung einer Himmelsrichtung haben.

Anhang

Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP)

Der Hintergrund

Die nordostdeutsche Bevölkerung weist im Vergleich zu anderen Teilen Deutschlands eine relativ geringe Lebenserwartung auf (Statistisches Bundesamt 2009). Obwohl der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Nordost- und Südwestdeutschland nach der Wiedervereinigung zurückgegangen ist, beträgt er aktuell für männliche Neugeborene ca. vier und für weibliche Neugeborene ca. zwei Jahre. Die Ursachen für diese Unterschiede sind bislang nicht ausreichend untersucht worden. Der beobachtete Mortalitätsunterschied könnte erhebliche Unterschiede in der Morbidität der Bevölkerung Vorpommerns im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland haben. Diese Morbiditätsunterschiede sowie ihre Ursachen und Entwicklung über die Zeit sind bislang noch unzureichend untersucht.

Die Studie

Die Study of Health in Pomerania (SHIP) bildet den Kern des Forschungsschwerpunktes Community Medicine der Medizinischen Fakultät der Ernst Moritz Arndt Universität Greifswald. Ein zentrales Ziel von SHIP ist es, den Gesundheitszustand der vorpommerschen Bevölkerung umfassend zu beschreiben und der zentralen Hypothese nachzugehen, ob sich diese Bevölkerung risikoreicher verhält als andere Bevölkerungsteile Deutschlands und somit Risikofaktoren für Erkrankungen mit hohem Mortalitätsrisiko in besonderer Weise kumulieren (John et al. 2001).

Für SHIP wurde eine repräsentative Stichprobe der Erwachsenenbevölkerung im Alter von 20 bis 79 Jahren über Einwohnermeldeämter ausgewählt. Das Einzugsgebiet bilden die Landkreise Ost- und Nordvorpommern sowie die kreisfreien Städte Greifswald und Stralsund. Die Nettostichprobe umfasste 6.267 Personen, von denen 4.310 an der Basisstudie (SHIP-o) teilgenommen haben (Response 68,8%). Die Untersuchungen sind zwischen 1997 und 2001 durchgeführt worden. Zwischen Oktober 2002 und September 2006 sind alle Probanden zu einer ersten 5-Jahres-Nachbeobachtungs-

untersuchung (SHIP-1) eingeladen worden, an der 3.300 Personen teilnahmen (Response abzüglich der inzwischen Verstorbenen 83,5%). Anhand einer jährlichen schriftlichen und telefonischen Nachbefragung, die im Jahr 2006 erstmals stattfand, ist geplant, eine möglichst lückenlose Erfassung des Morbiditätsgeschehens zu gewährleisten.

Gemäß des zentralen Ziels, Morbidität umfassend zu untersuchen, wurden in SHIP Prävalenz und Risikofaktoren häufiger Erkrankungen wie Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Leber-, Schilddrüsen- und Zahnerkrankungen erfasst. Dabei wurde den Probanden ein umfangreiches Spektrum nicht-invasiver Verfahren wie Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Leber und Gallenblase, der Schilddrüse, des Herzens und der Karotisarterien; Lungenfunktionsmessung (Bodyplethysmografie), Untersuchung zur Leistungsfähigkeit des kardiopulmonalen Systems (Spiroergometrie) und Elektrokardiogramm (Tele-EKG) angeboten. Den Empfehlungen zur Sicherung guter epidemiologischer Praxis folgend, wurden die in SHIP angewendeten Methoden qualitativ sehr hochwertig ausgeführt (Hoffmann et al. 2005).

Die Ergebnisse

Übergewicht und Adipositas

Die Analysen ergaben eine sehr hohe Prävalenz von Übergewicht ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) und Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (vgl. Tabelle 1).

Die Hälfte aller Männer wies einen BMI von $>27,6 \text{ kg/m}^2$ und die Hälfte aller Frauen einen BMI von $>26,9 \text{ kg/m}^2$ auf. Die Prävalenz von Übergewicht betrug 74,1% bei Männern und 57,9% bei Frauen. Bei Männern waren 25,1% und bei Frauen 26,0% von Adipositas betroffen. Damit ist die vorpommersche Bevölkerung beleibter als der bundesdeutsche Durchschnitt und selbst fülliger als die bayerische Bevölkerung (Mensink et al. 2005, Meisinger et al. 2004).

Adipositas ist ein wichtiger Risikofaktor für viele Erkrankungen. Wegen der hohen Prävalenz von Adipositas in Vorpommern ist demnach zu

Tabelle 1

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der 20- bis 79-jährigen Bevölkerung in Vorpommern nach Altersgruppen

Quelle: SHIP

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m ²)	Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m ²)	Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m ²)	Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m ²)
20–29 Jahre	28,3 %	11,1 %	46,5 %	11,0 %
30–39 Jahre	37,5 %	14,9 %	68,5 %	18,2 %
40–49 Jahre	61,4 %	26,5 %	77,5 %	30,3 %
50–59 Jahre	70,5 %	33,5 %	82,8 %	30,5 %
60–69 Jahre	79,2 %	35,9 %	83,1 %	31,3 %
70–79 Jahre	75,9 %	37,2 %	81,6 %	26,6 %

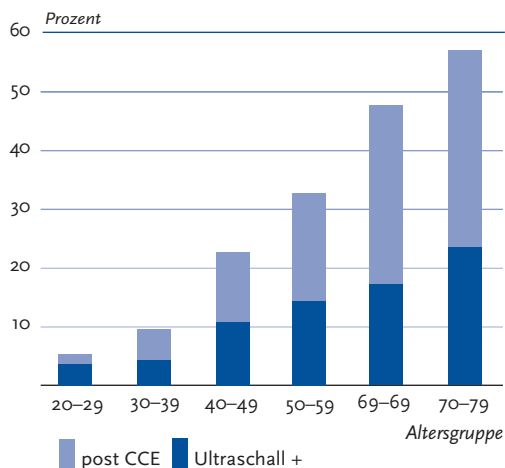
erwarten, dass z. B. Gallensteinleiden (Cholelithiasis), Diabetes mellitus, Fettleber (Steatosis hepatis) oder Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) in Vorpommern besonders häufig anzutreffen sind.

Gallensteinleiden

In der gesamten Studienpopulation von SHIP betrug die Prävalenz der Cholelithiasis 21,2%, wobei jeweils die Hälfte der Untersuchten entweder bereits eine positive Anamnese für eine chirurgische Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie, (post CCE)) oder sonografisch nachweisbare Gallensteine hatte (Ultraschall +) (Völzke et al. 2005a). Dabei waren Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (vgl. Abbildungen 1 und 2).

Abbildung 1
Prävalenz von Gallensteinleiden bei 20- bis 79-jährigen Frauen in Vorpommern nach Altersgruppen

Quelle: SHIP, modifiziert nach Völzke et al. 2005a

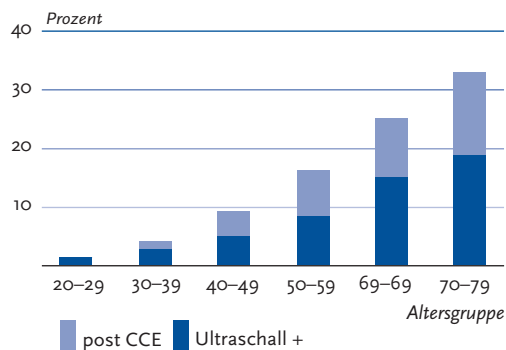


Bei Frauen ab 60 Jahren betrug die Prävalenz von Gallensteinleiden über 50%. Selbst unter jüngeren Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren war jede Zehnte betroffen. Die Prävalenz von Gallensteinleiden in Vorpommern ist eine der höchsten, die weltweit jemals beschrieben wurden. Nur von amerikanischen Ureinwohnern sind für Gallensteinleiden größere und aus Brandenburg sowie einer norwegischen Region ähnlich große Häufigkeiten bekannt (Völzke et al. 2005a).

Abbildung 2

Prävalenz von Gallensteinleiden bei 20- bis 79-jährigen Männern in Vorpommern nach Altersgruppen

Quelle: SHIP, modifiziert nach Völzke et al. 2005a



Diabetes mellitus

In der vorpommerschen Erwachsenenbevölkerung beträgt die Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus 8,7% bei Männern und 7,3% bei Frauen. Damit liegt die Diabetesprävalenz in Vorpommern höher als im Bundesdurchschnitt (siehe Kapitel 3.5) und ebenfalls höher als in Süddeutschland (Heidemann et al. 2009, Rathmann et al. 2003). Die Diabetesprävalenz weist einen starken Altersgang auf, im Alter von 70 bis 79 Jahren ist in Vorpommern beinahe jeder fünfte Mann und jede vierte Frau betroffen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2

Prävalenz von Diabetes mellitus bei 20- bis 79-jährigen Frauen und Männern in Vorpommern nach Altersgruppen
Quelle: SHIP

Altersgruppe	Frauen	Männer
20–29 Jahre	0,8%	0,6%
30–39 Jahre	0,3%	1,2%
40–49 Jahre	1,8%	6,2%
50–59 Jahre	9,9%	8,6%
60–69 Jahre	13,9%	15,5%
70–79 Jahre	23,2%	19,3%

Fettleber

Steatosis hepatis (Fettleber) ist eine Folge falscher Ernährung, Adipositas und übermäßigen Alkoholkonsums. Zunehmend wird erkannt, dass Steatosis hepatis als Risikofaktor für später auftretenden Typ-2 Diabetes mellitus und Myokardinfarkt gilt (Völzke et al. 2005b, Meisinger et al. 2006b, Perry et al. 1998). In SHIP sind 37,6% der Männer und 21,7% der Frauen betroffen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Prävalenz von sonografisch nachweisbarer Steatosis hepatis bei 20- bis 79-jährigen Frauen und Männern in Vorpommern nach Altersgruppen
Quelle: SHIP

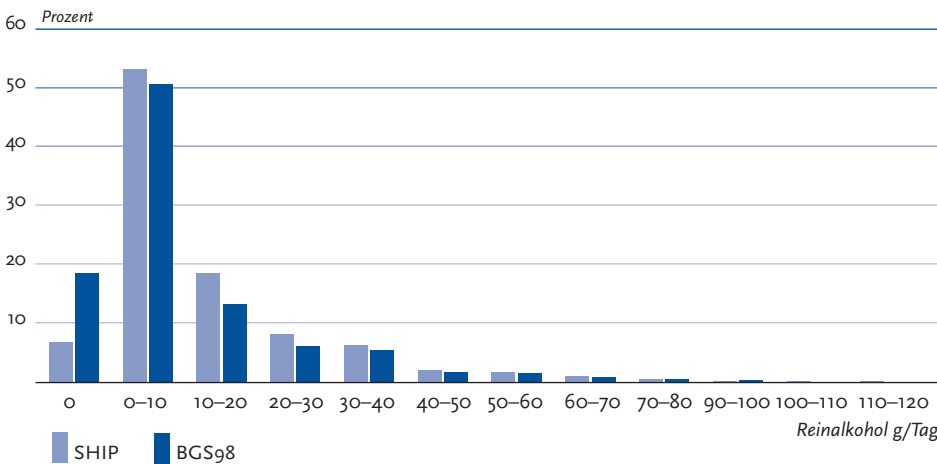
Altersgruppe	Frauen	Männer
20–29 Jahre	3,4%	10,0%
30–39 Jahre	6,8%	27,8%
40–49 Jahre	17,4%	48,4%
50–59 Jahre	30,7%	49,7%
60–69 Jahre	38,2%	48,6%
70–79 Jahre	40,5%	38,2%

SHIP ist eine von weltweit wenigen Studien mit sonografischen Daten zur Steatosis hepatis, so dass regionale Vergleiche der Fettleberprävalenz in Deutschland nur sehr eingeschränkt möglich sind. Im Vergleich zu einer norditalienischen Population (Bellentani et al. 2000) liegt die Prävalenz sonografisch nachweisbarer Steatosis hepatis in Vorpommern deutlich höher.

Bluthochdruck

Die Blutdruckwerte wurden in SHIP und im Survey S4 (1999 bis 2001) der in Bayern durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Kooperativen Gesundheitsstudie im Raum Augsburg (KORA S4) mit identischen Methoden erhoben. Arterielle Hypertonie lag vor, wenn in den letzten 14 Tagen Medikamente zur Behandlung des Bluthochdrucks (Antihypertensiva) genommen wurden oder der aktuelle systolische Blutdruck ≥ 140 mmHg bzw. der aktuelle diastolische Blutdruck ≥ 90 mmHg betrug. Nach dieser Definition lag die Prävalenz der arteriellen Hypertonie in der männlichen Bevölkerung der 25- bis 74-Jährigen in Vorpommern bei 61%, in der bayerischen hingegen bei 40% (Meisinger et al. 2006a). Bei Frauen waren 38,5% bzw. 28,6% von Bluthochdruck betroffen. Bezüglich der aktuellen Blutdruckwerte lag der systolische Blutdruck in Vorpommern im Mittel um ca. 10 mmHg und der diastolische um ca. 5 mmHg höher als in Bayern. Dabei waren diese Unterschiede nicht durch eine schlechtere medizinische Versorgung der vorpommerschen im Vergleich zur bayerischen Bevölkerung bedingt (Löwel et al. 2006). Die relativen Anteile für nicht bekannte, bekannte und nicht behandelte, ineffektiv und effektiv behandelte arterielle Hypertonie waren im Vergleich zwischen Vorpommern und Bayern nahezu identisch. Die regionalen Unterschiede finden sich ebenfalls bei der Prävalenz der linksventrikulären Hypertrophie (Verdickung der linken Herzkammer), diese ist im Nordosten um ca. 60% höher als im Süden Deutschlands (Völzke et al. 2009).

Abbildung 3
Durchschnittlich täglich von Erwachsenen konsumierte Menge Reinalkohol in Vorpommern (SHIP) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (BGS98)
Quelle: BGS98, SHIP, modifiziert nach Baumeister et al. 2005



Alkoholkonsum

Den Vorpommern wird immer wieder eine Neigung zu starkem Alkoholkonsum nachgesagt. In vergleichenden Analysen zwischen SHIP und dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde dieser Hypothese nachgegangen (Baumeister et al. 2005). Bezüglich der durchschnittlichen Gesamtmenge konsumierten Alkohols gab es sowohl bei Männern als auch bei Frauen keine bedeutenden Unterschiede zwischen der Bevölkerung in Vorpommern und der gesamtdeutschen Erhebung, wobei ein geringerer Anteil von abstinent lebenden Menschen in Vorpommern nachzuweisen war (vgl. Abbildung 3).

Die weitere Analyse spezifischer Alkoholika ergab, dass vorpommersche Männer ca. drei Mal mehr Spirituosen konsumierten als der bundesdeutsche Durchschnittsmann. Bezogen auf die Gesamtmenge konsumierten Alkohols spielte dies jedoch keine Rolle, weil gleichzeitig weniger Bier und Wein konsumiert wird. Bei Frauen waren solche Unterschiede nicht nachweisbar.

Tabakkonsum

Nach den Daten des Mikrozensus 2005 nimmt Mecklenburg-Vorpommern deutschlandweit den Spitzenplatz bei der Prävalenz von Tabakkonsum ein (siehe Kapitel 4.5). Mit den Daten von SHIP lässt sich diese hohe Prävalenz bestätigen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4
Prävalenz des Nikotinkonsums bei 20- bis 79-jährigen Frauen und Männern in Vorpommern nach Altersgruppen
Quelle: SHIP

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	Ex-Raucherinnen	Raucherinnen	Ex-Raucher	Raucher
20–29 Jahre	22,5 %	41,1 %	17,7 %	54,8 %
30–39 Jahre	25,4 %	44,0 %	28,0 %	49,3 %
40–49 Jahre	28,9 %	31,4 %	41,0 %	42,1 %
50–59 Jahre	18,6 %	20,3 %	47,3 %	30,1 %
60–69 Jahre	20,7 %	11,4 %	62,6 %	18,7 %
70–79 Jahre	20,8 %	6,0 %	71,7 %	9,9 %

Bezüglich des Zigarettenrauchens waren 27,0% der Frauen und 33,8% der Männer aktuelle Raucherinnen bzw. Raucher. Um das durch den Tabakkonsum bedingte Risiko abzuschätzen, ist es wichtig, auch die durchschnittlich täglich konsumierte Menge an Tabakwaren zu bewerten. Hier verbrauchen die Raucher in Vorpommern wie auch in den neuen Bundesländern generell weniger Zigaretten pro Tag als die Raucher in den alten Bundesländern. Diese Ost-West-Unterschiede bestehen allerdings bei jüngeren Erwachsenen im Alter von 25 bis 34 Jahren nicht (Völzke et al. in Druck).

Schlussfolgerungen

In der vorpommerschen Erwachsenenbevölkerung sind hohe Prävalenzen von überwiegend verhaltensbedingten Risikofaktoren, subklinischen Befunden und manifesten chronischen Erkrankungen nachzuweisen. Gründe dafür könnten in der Ess- und Trinkkultur, der hohen Arbeitslosenquote, sozialem Stress und der Abwanderung gesunder Menschen zu finden sein. Obgleich solche Erklärungsansätze durchaus plausibel erscheinen, ist der Status quo des Gesundheitsverhaltens und -zustandes der vorpommerschen Bevölkerung nicht akzeptabel. Es bedarf gesamtgesellschaftlicher Bemühungen, um diesen Zustand zu verbessern. Dafür sind systematische Analysen notwendig, um die Unterschiede im Vergleich zu anderen Regionen besser zu verstehen, besonders betroffene Gruppen zu identifizieren und Ansätze für Präventionsmaßnahmen zu finden.

Literatur

- Baumeister SE, Alte D, Meyer C et al. (2005) Riskanter Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Vorpommern: Die Studie »Leben und Gesundheit in Vorpommern« (SHIP) und der Bundesgesundheits-survey 1998 im Vergleich. *Gesundheitswesen* 67 (1): 39–47
- Bellentani S, Saccoccio G, Masutti F et al. (2000) Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy. *Ann Intern Med* 132 (2): 112–117
- Heidemann C, Kroll L, Icks A et al. (2009) Prevalence of known diabetes in German adults aged 25–69 years: results from national health surveys over 15 years. *Diabet Med* 26: 655–658
- Hoffmann W, Latza U, Terschüren C (2005) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) – überarbeitete Fassung nach Evaluation. *Gesundheitswesen* 67 (3): 217–225
- John U, Greiner B, Hensel E et al. (2001) Study of Health In Pomerania (SHIP): a health examination survey in an east German region: objectives and design. *Soz Präventivmed* 46 (3): 186–194
- Meisinger C, Heier M, Löwel H (2004) The relationship between body weight and health care among German women. *Obes Res* 12 (9): 1473–1480
- Meisinger C, Heier M, Völzke H et al. (2006a) Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. *J Hypertens* 24 (2): 293–299
- Meisinger C, Doring A, Schneider A et al. (2006b) Serum gamma-glutamyltransferase is a predictor of incident coronary events in apparently healthy men from the general population. *Atherosclerosis* 189 (2): 297–302
- Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48 (12): 1348–1356
- Löwel H, Meisinger C, Heier M et al. (2006) Epidemiologie der arteriellen Hypertonie in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Querschnittsstudien. *Dtsch Med Wochenschr.* 131 (46): 2586–2591
- Perry IJ, Wannamethee SG, Shaper AG (1998) Prospective study of serum gamma-glutamyltransferase and risk of NIDDM. *Diabetes Care* 21 (5): 732–737
- Rathmann W, Haastert B, Icks A et al. (2003) High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. *Diabetologia* 46 (2): 182–189
- Statistisches Bundesamt (2009) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Völzke H, Baumeister SE, Alte D et al. (2005a) Independent risk factors for gallstone formation in a region with high cholelithiasis prevalence. *Digestion* 71 (2): 97–105
- Völzke H, Robinson DM, Kleine V et al. (2005b) Hepatic steatosis is associated with an increased risk of carotid atherosclerosis. *World J Gastroenterol* 11 (12): 1848–1853
- Völzke H, Stritzke J, Kuch B et al. (2009) Regional differences in the prevalence of left ventricular hypertrophy within Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 16 (3): 392–400
- Völzke H, Neuhauser H, Moebus S et al. Regionale Unterschiede des Rauchverhaltens in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands. *Deutsches Ärzteblatt*, (in Druck)

Förderer

SHIP ist Teil des Community-Medicine-Forschungsverbundes (ship.community-medicine.de) der Universität Greifswald. Dieser wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen ZZ9603) und dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und dem Ministerium für Soziales und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern gefördert.

Autoren

Prof. Dr. Henry Völzke
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Institut für Community Medicine

Verwendete Datengrundlagen

Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)

Datenhalter: *GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften*

Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ist eine langfristig angelegte, multithematische Umfrageserie zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Erhebungen werden seit 1980 in zweijährigem Abstand durchgeführt. In persönlichen Interviews wird jeweils ein repräsentativer Querschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung befragt.

Als Serviceleistung für die sozialwissenschaftliche Forschung und Lehre werden die ALLBUS-Daten unmittelbar nach der Aufbereitung und Dokumentation allen interessierten Personen und Institutionen für Analysen zur Verfügung gestellt.

www.gesis.org/dienstleistungen/daten/umfrage-daten/allbus/

Arzneimittel-Atlas

Datenhalter: *Institut für Gesundheit und Sozialforschung, IGES GmbH*

Der Arzneimittel-Atlas ist eine jährliche Analyse des Arzneimittelverbrauchs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er wird im Auftrag der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) vom IGES Institut in Berlin erstellt.

www.iges.de;

www.arzneimittel-atlas.de

Arzneimittel-Schnellinformation (GAMSi)

Datenhalter: *Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)*

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben im Jahr 2001 auf Bundesebene einen gemeinsamen Datenverbund für eine Schnellinformation über die Arzneimittel-Verordnungen eingerichtet. Damit sollen die Verordnungsstrukturen transparent gemacht, Trendinformationen über Arzneimittelausgaben vermittelt und Kennzahlen für regionale Vergleichsmöglichkeiten gegeben werden. Der GKV-Spitzenverband hat diese Aufgabe zum 01. Juli 2008 übernommen. Datengrundlage sind die Rezeptabrechnungen, die

monatlich dezentral von den Apothekenrechenzentren geliefert werden.

www.gkv-gamsi.de/

Arzneiverordnungs-Report

Datenhalter: *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)*

Seit 1985 berichtet der jährlich erscheinende Arzneiverordnungs-Report über die vertragsärztlichen Arzneiverordnungen mit dem Ziel einer verbesserten Markt- und Kostentransparenz. Der Arzneiverordnungs-Report enthält jährlich ungefähr 50 arzneitherapeutische und vier marktbezogene Kapitel über die 3.000 führenden Präparate des deutschen Arzneimittelmarktes, auf die 96 % aller Verordnungen entfallen.

wido.de/arzneiverordnungs-rep.html

Bevölkerungsfortschreibung, Bevölkerungsstatistik

Datenhalter: *Statistisches Bundesamt*

Die jährliche Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Geschlecht, Familienstand sowie Geburts- und Altersjahren erfolgt auf Gemeindeebene mit Hilfe der Ergebnisse der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung über die Geburten und Sterbefälle, Eheschließungen und Ehelösungen sowie der Wanderungsstatistik über die Zu- und Fortzüge (räumliche Bevölkerungsbewegung). Ferner werden die Ergebnisse des Staatsangehörigkeitswechsels und der festgestellten Bestandsveränderungen berücksichtigt.

www.destatis.de

Bevölkerungsprognose der BBR

Datenhalter: *Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)*

Das BBR stellt für seine fortlaufenden Raumordnungsprognosen eigene Berechnung zur Bevölkerungsentwicklung auf. Der Prognosehorizont reicht meist bis 2025, in einigen Fällen darüber hinaus bis 2050. Als Methode der BBR-Bevölkerungsprognose wird das auch in der amtlichen Statistik gebräuchliche Periodenmodell mit der jährlichen Fortschreibung des Bevölkerungsbestands über die natürlichen und räumlichen Bewegungen benutzt. Eine eigenständige und

besondere Komponente des BBR-Modells betrifft die Binnenwanderung.
www.bbr.bund.de

Bevölkerungsvorausberechnung

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die (u. koordinierte) Bevölkerungsvorausberechnung zeigt, wie sich die Bevölkerungszahl und der Altersaufbau der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen innerhalb eines festgelegten Zeithorizonts (z. B. bis 2050) verändern. Die Vorausberechnung geht von der tatsächlichen Bevölkerung eines Stichtags aus (Bevölkerungsfortschreibung) und basiert auf Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Lebenserwartung und der Wanderungen. Es werden verschiedene Annahmen zum Verlauf der einzelnen Komponenten getroffen, woraus sich verschiedene Szenarien der Bevölkerungsvorausberechnung ergeben. Die Vorausberechnung erfolgt »koordiniert«, weil methodische Fragen, z. B. zur Binnenwanderung, zwischen Statistischem Bundesamt und den Statistischen Ämtern der Länder abgestimmt werden.
www.destatis.de

Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Datenhalter: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen für jeden Zulassungsbezirk Arztregister. Das Bundesarztregister ist eine Zusammenstellung des Inhalts aller Arztregister in der Bundesrepublik. Es wird bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt.
www.kbv.de/publikationen/125.html

Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGSG8)

Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 liefert als Querschnittsstudie umfassende, repräsentative Daten zu Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung in Deutschland (n=7.124). Die Datenerhebung umfasste neben einem Fragebogen auch ein ärztliches Interview, eine körperliche Untersuchung und Laboruntersuchungen.
www.rki.de

Deutsche Mundgesundheitsstudien

Datenhalter: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

Insgesamt liegen vier Deutsche Mundgesundheitsstudien (DMS) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) vor. Sie liefern repräsentative Daten aus zahnmedizinischen Untersuchungen und sozialwissenschaftlichen Befragungen.

Die ersten beiden Mundgesundheitsstudien wurden 1989 in den alten Bundesländern (1.763 Befragte) und 1992 in den neuen Bundesländern (1.519 Befragte) durchgeführt. In beiden Studien wurden drei verschiedene Altersgruppen untersucht: Kinder (8/9 Jahre), Jugendliche (13/14 Jahre) und Erwachsenen (35 bis 54 Jahre). An der gesamtdeutschen Dritten Mundgesundheitsstudie im Jahr 1997 nahmen 3.065 Personen aus drei Altersgruppen teil (12 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 65 bis 74 Jahre). Diese drei Altersgruppen wurden auch in der vierten Mundgesundheitsstudie im Jahr 2005 untersucht und befragt. Insgesamt nahmen 4.631 Personen an der im Jahr 2005 durchgeführten Studie teil (Seniorenkohorte: 65 bis 74 Jahre, n=1.040).
www.idz-koeln.de

Drogenaffinitätsstudie

Datenhalter: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung. Sie wird seit 1973 alle drei bis vier Jahre durchgeführt und beinhaltet neben dem Untersuchungsgegenstand illegale Rauschmittel auch den Alkohol- und Zigarettenkonsum. Die Stichprobengröße umfasst etwa 3.000 Personen, seit 1993 werden auch die neuen Bundesländer (mit einer Stichprobengröße von etwa 1.000 Personen) einbezogen. Während die Studie zunächst als persönliches Interview durchgeführt wurde, werden die Teilnehmenden seit 2001 telefonisch befragt.

www.bzga.de

Epidemiologischer Suchtsurvey

Datenhalter: Institut für Therapieforschung (IFT)

Der Epidemiologische Suchtsurvey (»Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen«) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substan-

zen, die auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung in Deutschland alle drei bis vier Jahre vom Institut für Therapieforschung (IFT) durchgeführt wird.

Die Erhebungen vor 1990 umfassten das Gebiet der damaligen Bundesrepublik Deutschland, seit 1990 werden auch die neuen Bundesländer in die Befragung einbezogen. Im Jahr 1992 wurde eine Befragung ausschließlich in Ostdeutschland durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Zu Beginn der 1980er-Jahre umfasste die Stichprobe die Altersgruppe von 12 bis 39 Jahre, seit 1995 wird die Altersgruppe zwischen 18 und 59 Jahren untersucht. In der Erhebung 2006 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen befragt. www.ift.de

EsKiMo-Studie

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Die EsKiMo-Studie wurde von Januar bis Dezember 2006 als Modul des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) vom Robert Koch-Institut in Kooperation mit der Universität Paderborn durchgeführt, um aktuelle und repräsentative Daten zum Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu gewinnen. An einer Zufallsstichprobe von KiGGS-Teilnehmern im Alter von 6 bis 17 Jahren (2.506 Probanden) wurden detaillierte Angaben zum Ernährungsverhalten erfasst. Bei den 6- bis 11-Jährigen führten die Eltern zusammen mit ihrem Kind für drei Tage ein Ernährungsprotokoll mit detaillierten Angaben zu Lebensmittelbezeichnung, Menge, Ort und Zeitpunkt des Verzehrs, Zubereitungsart sowie bei eigenen Gerichten der Rezeptzutaten. Mit den 12- bis 17-Jährigen wurde ein standardisiertes computergestütztes Ernährungsinterview (DISHES) geführt. Diese Erhebungsmethoden ermöglichen es, das übliche Ernährungsverhalten zu ermitteln und die Nährstoffversorgung der Teilnehmenden abzubilden. www.rki.de

Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)

Datenhalter: Institut für Therapieforschung (IFT)

Die Europäische Schülerstudie wird vom »Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN)« koordiniert und von der »Co-op-

rating Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs« des Europäischen Rates unterstützt.

In der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) werden Schülerinnen und Schüler der jeweils neunten und zehnten Klasse zu den Themen Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, substanzbezogene Probleme, Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen und deren Risiken vom IFT befragt. 2007 haben sich mit Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und dem Saarland insgesamt sieben Bundesländer an der bereits zum vierten Mal durchgeführten europäischen Studie beteiligt. Während das Saarland zum ersten Mal teilnahm, beteiligten sich die anderen genannten Bundesländer nach 2003 zum zweiten Mal an der Studie. Insgesamt nahmen in Deutschland 12.448 Schülerinnen und Schüler teil. www.ift.de/index.php?id=359; www.espad.org

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Seit der Umstellung des Entgeltverfahrens im stationären Sektor auf eine fallpauschalenbezogene Vergütung, stehen Informationen zum Leistungsgeschehen in Krankenhäusern zur Verfügung, die unter anderem Nebendiagnosen, Art der Operationen und Prozeduren umfassen. Nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz sind alle Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen, zur Bereitstellung dieser Daten verpflichtet. Hierauf basierende Statistiken werden seit 2005 jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht (Fachserie 12, Reihe 6.4). Sie ergänzen damit die Krankenhausdiagnosestatistik.

www.destatis.de; www.gbe-bund.de

»Geburten in Deutschland«, Sondererhebung des Statistischen Bundesamtes

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die Sondererhebung »Geburten in Deutschland« wurde 2006 im Rahmen des Bundesstatistikprogramms mit Teilnehmerinnen des Access-Panels »Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte« durchgeführt. Die Stichprobe umfasste Frauen im Alter von 16 bis 75 Jahren aus allen Bundesländern, wobei zwei Befragungsgruppen (16 bis 49

Jahre und 50 bis 75 Jahre) unterschieden wurden [n(gesamt)=12.600, Teilnahmequote: 84 %]. Mit der Erhebung »Geburten in Deutschland« soll eine aktuelle repräsentative Mikrodatenbasis zur Fertilität geschaffen werden, in der die Angaben über die Kinderzahl mit demografischen und sozioökonomischen Merkmalen der Frau kombiniert werden.
www.destatis.de

Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 (GEDA09)

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings führt das Robert Koch-Institut regelmäßig telefonische Gesundheitsbefragungen durch. Sie ergänzen Untersuchungs- und Befragungssurveys wie DEGS oder KiGGS.

Die letzte Telefonbefragung des Robert Koch-Instituts wurde von Juli 2008 bis Anfang Juni 2009 unter dem Namen »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA09) durchgeführt. Die repräsentative Zufallsstichprobe umfasst rund 25.000 Menschen, die in Deutschland leben und mindestens 18 Jahre alt sind. Die Länder Brandenburg und Saarland beteiligten sich mit zusätzlichen Mitteln an dieser bundesweiten Studie. Die im Bericht vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer vorab bereitgestellten Version des Datensatzes. Im Zuge der weiteren Datenaufbereitung können sich noch geringfügige Änderungen ergeben. Thematische Schwerpunkte der Erhebung waren: Selbst eingeschätzte Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten wie zum Beispiel körperliche Aktivität, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen, Chronische Krankheiten, Magen- und Darmerkrankungen, Verletzungen, Krankheitsfolgen und Behinderung, Impfungen, seelische Gesundheit, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, soziodemografische Merkmale wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung und Migrationshintergrund.
www.rki.de/geda

Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die Gesundheitsausgabenrechnung ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das verfügbare Datenquellen im Bereich des Gesundheitswesens zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben zusam-

menführt. Erfasst werden die Ausgaben für den Verbrauch von Gütern, Dienstleistungen und Investitionen. Die GAR liefert seit 1992 jährlich differenzierte Daten zu den Trägern der Ausgaben sowie zur Verwendung der Mittel nach Leistungen und Leistung erbringenden Einrichtungen. Sie ist methodisch und inhaltlich eng verzahnt mit der Krankheitskostenrechnung (siehe dort) und der Gesundheitspersonalrechnung (gesundheitsbezogene Rechensysteme des Statistischen Bundesamts).
www.destatis.de; www.gbe-bund.de

GKV-Arzneimittelindex

Datenhalter: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Datengrundlagen sind die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Rezepte, die über öffentliche Apotheken in Deutschland abgegeben werden (ohne rezeptfreie Arzneimittel und Privatverordnungen und in Krankenhäusern abgegebene Arzneimittel). Ziel des GKV-Arzneimittelindex ist es, den deutschen Arzneimittelmarkt transparent zu machen und Daten für die Forschung und Politik zur Verfügung zu stellen. Bis 2001 handelte es sich um eine monatliche bis quartalsweise repräsentative Stichprobe aus den kassenärztlichen Rezepten in der gesamten Bundesrepublik Deutschland, seit 2001 stehen dem GKV-Arzneimittelindex alle Verordnungsdaten als Vollerhebung zur Verfügung.
www.wido.de/gkv-arzneimittelind.html

IAB-Betriebspanel

Datenhalter: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Das IAB-Betriebspanel ist eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung. Seit 1993 (in Ostdeutschland seit 1996) werden jährlich bundesweit knapp 16.000 Betriebe aller Wirtschaftszweige und Größenklassen befragt. Die Befragung wird in persönlich-mündlichen Interviews von TNS Infratest Sozialforschung, München im Auftrag des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt. Diese repräsentative Betriebsbefragung umfasst ein breites Fragenspektrum zu einer Vielzahl beschäftigungspolitischer Themen. Ergänzt wird das jährliche Standard-Fragenprogramm um jeweils aktuelle

Themenschwerpunkte. In 2002 beteiligten sich 15.407 Betriebe und im Jahr 2004 15.689 Betriebe an der Befragung. In diesen beiden Jahren war eine identische Abfrage zur betrieblichen Gesundheitsförderung enthalten.
www.iab.de

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Datenhalter: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Das ZI stellt Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) zur Verfügung, die auf Leistungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder beruhen. Einbezogen werden alle U-Untersuchungen, die bei gesetzlich versicherten Kindern durchgeführt wurden. Das ZI schätzt den Anteil der Untersuchten an allen anspruchsberechtigten Kindern im entsprechenden Alter je Kalenderjahr. Personenbezogene Aussagen sind nicht möglich. Sonderauswertungen zur geschätzten bundesweiten Inanspruchnahme der U-Untersuchungen liegen für 1997 bis 2008 vor.
www.zi-berlin.de

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2003 bis 2006 war die erste bundesweit repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren zusammen mit ihren Eltern teilgenommen (Response 66,6 Prozent). Über drei Jahre hinweg untersuchten und interviewten vier ärztlich geleitete Teams Kinder und Jugendliche an 167 Orten. Das Studienprogramm umfasste medizinische Untersuchungen und Tests, ein ärztliches Eltern-Interview, eine Probennahme von Blut und Urin sowie eine schriftliche Befragung der Eltern und ab 11 Jahren der Jugendlichen selbst. Die Studie war modular aufgebaut. Während die Kernstudie des Robert Koch-Instituts vor allem Eckwerte zu wichtigen gesundheitlichen Themen erhob, wurden in drei zusätzlichen Modulstudien an Unterstichproben ausgewählte Gesundheitsthemen vertiefend untersucht: seelische Gesundheit in der Bella-Studie (Robert Koch-Institut/Universi-

tätsklinikum Hamburg-Eppendorf), motorische Leistungsfähigkeit im Motorik-Modul (MOMO; Universität Karlsruhe) und Umweltbelastungen im Kinder-Umwelt-Survey (KUS; Umweltbundesamt). Eine weitere inhaltlich vertiefende Modulstudie wurde zeitversetzt im Jahr 2006 zum Thema Ernährung durchgeführt (EsKiMo; Robert Koch-Institut/Universität Paderborn). Schließlich wurden in Schleswig-Holstein durch eine landesweite Aufstockung der Stichprobe zusätzlich für das Bundesland repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage der 11- bis 17-jährigen gewonnen (Schleswig-Holstein-Modul).

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts ist eine Fortsetzung von KiGGS als Langzeitstudie und die Durchführung weiterer Folgestudien vorgesehen.

www.kiggs.de

Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA)

Datenhalter: Helmholtz Zentrum München

Die »Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg« umfasst vier große bevölkerungsbasierte Kohorten-Studien mit insgesamt über 18.000 Teilnehmern aus der Studienregion sowie ein seit 1984 kontinuierlich geführtes epidemiologisches Herzinfarktregister. Die KORA-Forschung soll insgesamt dazu dienen, neue Ansätze im Bereich der Prävention chronischer Krankheiten zu entwickeln und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Studienregion umfasst die Stadt Augsburg sowie die Landkreise Augsburg und Aichach-Friedberg mit insgesamt über 600.000 Einwohnern. Die KORA-Teilnehmer stellen eine Zufallsstichprobe aus der 25- bis 74-jährigen Bevölkerung dar. Die Eingangsuntersuchungen fanden seit 1984 in vier Wellen im Abstand von je fünf Jahren statt. Alle Kohortenteilnehmer werden regelmäßig in mehrjährigen Abständen schriftlich zu ihrer Gesundheit befragt und zum Teil erneut untersucht.

www.helmholtz-muenchen.de/kora

Krankenhausstatistik, Grunddaten der Krankenhäuser und Krankenhausdiagnosestatistik

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Seit 1991 stehen für alle Bundesländer vergleichbare Daten für die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

Die Grunddaten (Reihe 6.1.1 bzw. 6.1.2) weisen im Wesentlichen die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember jeden Jahres (Anzahl der Einrichtungen und aufgestellte Betten) sowie die Patientenbewegungen als Zu- und Abgänge während des Berichtsjahres nach.

Ab dem Berichtsjahr 1993 werden jährlich Daten zu den Krankenhausaufenthalten der vollstationären Patientinnen und Patienten erhoben (Krankenhausdiagnosestatistik, Reihe 6.2.1). Diese Daten umfassen u. a. die Hauptdiagnose der vollstationär Behandelten, Geburtsmonat und -jahr, Geschlecht, Zugangs- und Abgangsdatum, Behandlungs- und Wohnort sowie die Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose eine Operation durchgeführt wurde. Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten (Reihe 6.2.2) werden seit dem Berichtsjahr 2003 erhoben.

Im dritten Themenkomplex dieser Statistik – dem Kostennachweis (Reihe 6.3) – werden die Selbstkosten der Akut-Krankenhäuser nach Hauptkostenarten erhoben.

Ab dem Berichtsjahr 2005 steht basierend auf Daten, die zu Abrechnungszwecken dokumentiert wurden, auch die Fallpauschalen bezogene Krankenhausstatistik (siehe dort) zur Verfügung. www.destatis.de, www.gbe-bund.de

Krankheitskostenrechnung (KKR)

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die Krankheitskostenrechnung (KKR) liefert Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch bestimmte Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Die Krankheitskosten werden dabei nach Geschlecht, Alter und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt.

Als reine Sekundärstatistik verwendet die Krankheitskostenrechnung eine Vielzahl bereits vorhandener Datenquellen, führt diese nach einer einheitlichen Methodik zusammen und ergänzt sie in ausgewählten Fällen um Schätzungen. Die KKR wird vom Statistischen Bundesamt seit 2002 im zweijährigen Rhythmus durchgeführt. www.destatis.de; www.gbe-bund.de

Krebsregisterdaten

Datenhalter: Bundesdeutsche epidemiologische Krebsregister (Landeskrebsregister), Dachdokumentation Krebs am Robert Koch-Institut (RKI)/künftiges Zentrum für Krebsregisterdaten am RKI

Datengrundlage sind die an die Landeskrebsregister gemeldeten Krebsneuerkrankungen. Die epidemiologischen Daten dieser bevölkerungsbezogenen Krebsregister Deutschlands werden einmal jährlich in anonymisierter Form an das Robert Koch-Institut (RKI, Dachdokumentation Krebs) übermittelt. Traditionell schätzt das RKI auf der Basis der vollzähligen Krebsregisterdaten periodisch die Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland. Im August 2009 trat das Bundeskrebsregisterdatengesetz in Kraft, das die Einrichtung eines Zentrums für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut vorsieht. Die Aufgaben dieses Zentrums bestehen u. a. in der Zusammenführung, Prüfung sowie Auswertung der Daten der Landeskrebsregister. Der qualitätsgeprüfte Datensatz kann künftig auch Dritten nach Antragstellung zur Verfügung gestellt werden und eröffnet damit der wissenschaftlichen Nutzung der bundesdeutschen epidemiologischen Krebsregisterdaten neue Möglichkeiten zur Beschreibung des Krebsgeschehens in Deutschland.

www.gekid.de; www.rki.de

Lebensmittel-Monitoring

Datenhalter: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)

Ein wichtiges Element der Lebensmittelüberwachung ist das sogenannte Lebensmittel-Monitoring; ein gemeinsam von Bund und Ländern seit 1995 durchgeführtes systematisches Mess- und Beobachtungsprogramm. Dabei werden Lebensmittel repräsentativ für Deutschland auf Gehalte an gesundheitlich unerwünschten Stoffen untersucht. Die Ergebnisse des Monitorings werden jährlich als Bericht publiziert. Das BVL stellt die Ergebnisse auch internationalen Gremien (EU und WHO) zur Verfügung. Die Ergebnisse des Lebensmittel-Monitorings fließen kontinuierlich in die gesundheitliche Risikobewertung ein und werden auch genutzt, um die Höchstgehalte bzw. Höchstmengen für unerwünschte Stoffe zu überprüfen und im Bedarfsfall anzupassen.

www.bvl.bund.de

Luft und Luftreinhaltung: Emissionsdaten**Datenhalter: Umweltbundesamt (UBA)**

An den rund 400 Messstationen des Umweltbundesamtes und der Länder wird mehrmals täglich die Luftqualität gemessen. Das Umweltbundesamt trägt diese Daten zusammen und informiert zeitnah über die aktuellen Werte der Luftschadstoffe Feinstaub (PM₁₀), Kohlenmonoxid, Ozon, Schwefeldioxid und Stickstoffdioxid. Die gewonnenen Daten repräsentieren die Luftqualität in der Umgebung des Messstandortes. Zur Ermittlung der flächenhaften Verteilung der Luftschadstoffe werden Interpolationsverfahren verwendet. Über den Kartendienst des Umweltbundesamtes sind aktuelle Karten zur Immissionssituation und Trendtabellen abrufbar.

www.umweltbundesamt.de; www.env-it.de

Meldepflichtige Infektionskrankheiten**Datenhalter: Robert Koch-Institut**

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01.2001 in Kraft und stellte das System der meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland auf eine neue Basis. Das IfSG regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind. Weiterhin legt das Gesetz fest, welche Angaben von den Meldepflichtigen gemacht werden und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt weiter übermittelt werden. Mit der Einführung des IfSG wurden in Deutschland Falldefinitionen zur routinemäßigen Übermittlung der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten eingeführt. Das RKI bietet im Rahmen seines Internetangebots die Möglichkeit, einen vereinfachten Datenbestand der nach dem IfSG meldepflichtigen Krankheitsfälle und Erregernachweise abzufragen. www3.rki.de/SurvStat/

Mikrozensus**Datenhalter: Statistisches Bundesamt**

Der Mikrozensus ist die amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt in Deutschland. Dazu werden einmal im Jahr rund 830.000 Personen in 390.000 Haushalten befragt; das entspricht etwa 1 % der Bevölkerung Deutschlands. Der Mikrozensus liefert grundlegende Informationen u.a. über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung, die

Familien- und Lebensformen, die Haushalte, die Erwerbstätigkeit, die Pflegeversicherung und im vierjährigen Rhythmus über die Gesundheit. Er wurde im früheren Bundesgebiet erstmalig 1957, in den neuen Ländern (einschl. Berlin-Ost) 1991 durchgeführt. Seit 1968 ist das Frageprogramm der Europäischen Arbeitskräfteerhebung (AKE) in den Mikrozensus integriert.

www.destatis.de

Mitgliederbestandsaufnahme des Deutschen Olympischen Sportbundes**Datenhalter: Deutscher Olympischer Sportbund**

Eine seit 2001 ausgewiesene jährliche Statistik der Gesamtmitgliederzahl des Deutschen Olympischen Sportbundes, der Landessportbünde, der Spitzenverbände und weiterer Mitgliedsorganisationen, aufgeschlüsselt nach Bundesland, Sportart, Altersgruppe und Geschlecht.

www.dosb.de

MONICA-Studie (Monitoring cardiovascular disease)**Datenhalter: Datenzentrum der MONICA-Studie, National Institute for Health and Welfare, Finnland**

In der MONICA-Studie der WHO wurden Ursachen und Trends für Unterschiede in der Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in verschiedenen Ländern untersucht. Deutschland beteiligte sich mit Studienzentren in Augsburg, Bremen, Erfurt, Chemnitz und Zwickau an der Studie (siehe auch: KORA).

Insgesamt nahmen weltweit 37 Zentren in 21 Ländern an der zwischen 1976 und 2002 durchgeführten Kohortenstudie teil. Es wurden insgesamt Daten von über 10 Mio. Personen gesammelt und ausgewertet. Unter anderem wurden Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen wie Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), zu hohe Cholesterinwerte und Nikotin identifiziert.

www.ktl.fi/monica/

Nationale Untersuchungssurveys (NUSTo, NUST1, NUST2, Gesundheitssurvey Ost, NUS 90/92)**Datenhalter: Robert Koch-Institut**

Die nationalen Untersuchungssurveys wurden im Rahmen der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), einer gemeindeorientierten Interventionsstudie mit dem Ziel der Redukti-

on der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Herz-Kreislauf-Mortalität, zwischen 1984 bis 1992 durchgeführt. Sie sollten die Evaluation des Erfolges der Interventionsprogramme ermöglichen. Das Erhebungsprogramm der Surveys enthielt einen Selbstausfüllbogen zum Gesundheitsverhalten, zu den Lebensbedingungen, zur Krankheitsanamnese und zu den kardiovaskulären Risikofaktoren der Teilnehmer. Zusätzlich wurden wichtige medizinische Parameter im Rahmen einer standardisierten ärztlich beaufsichtigten Untersuchung ermittelt und Blut- und Urinproben untersucht.

Die Grundgesamtheit der nationalen Untersuchungssurveys umfasste alle zum Untersuchungszeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer und Berlin-West) in Privathaushalten lebenden Erwachsenen mit deutscher Staatsangehörigkeit im Alter von 25 bis 69 Jahren. Die Surveys wurden zu Beginn der DHP-Studie (NUSTo: 1984–86, Netto-Stichprobe: 4.790, Response rate: 66,7 %), zur Studienmitte (NUST1: 1987–89, Netto-Stichprobe: 5.335, Response rate: 71,4 %) und zum Studienende (NUST2: 1990–92, Netto-Stichprobe: 5.311, Response rate: 69 %) durchgeführt.

Zeitgleich zum dritten nationalen Untersuchungssurvey (NUST2) wurde in den Jahren 1991/92 ein Gesundheitssurvey in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost mit einem vergleichbaren Erhebungsprogramm durchgeführt. Die Ergebnisse des Gesundheitssurveys Ost sollten Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der ostdeutschen Bevölkerung liefern. Die Untersuchung und Befragung wurde an einer repräsentativen Stichprobe der ostdeutschen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren durchgeführt. Die Nettostichprobe des Gesundheitssurveys Ost umfasste 2.617 untersuchte Probanden (Response rate: 70 %). Um Vergleiche zwischen den neuen und alten Bundesländern durchzuführen, wurden die Daten des NUST2 mit den Daten der 25- bis 69-jährigen Teilnehmer des Gesundheitssurveys Ost in einem gemeinsamen Datensatz zusammengeführt. Der gepoolte Datensatz wird als Nationaler Untersuchungssurvey 1990–1992 (NUS90/92) bezeichnet.
www.rki.de

Nationale Verzehrsstudie II (NVS II)

Datenhalter: Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel

Die Nationale Verzehrsstudie II liefert repräsentative Daten zum Lebensmittelverzehr und zum Ernährungsverhalten für die deutschsprachige Bevölkerung im Alter von 14 bis 80 Jahren. Insgesamt nahmen 19.329 Frauen und Männer an der im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz durchgeführten Studie teil. Von November 2005 bis November 2006 wurden Untersuchungen und Befragungen durchgeführt, die im Studienzentrum und/oder am Telefon stattfanden. Neben der Messung von Körpergewicht und -größe wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden zur Erfassung des Ernährungsverhaltens eingesetzt. Unter anderem wurde der Lebensmittelverzehr von 15.371 Personen in einem Diet-History-Interview erfasst. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden mit Hilfe des Erhebungsprogrammes DISHES darüber befragt, wie häufig welche Mahlzeiten über die letzten 4 Wochen eingenommen wurden. Außerdem wurden Art und Menge der dabei verzehrten Lebensmittel und Getränke erfasst.

www.was-esse-ich.de/

Pflegestatistik

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit Dezember 1999 im zweijährigen Turnus durchgeführt. Ziel ist es, Daten zum Angebot und zur Nachfrage pflegerischer Leistungen zu gewinnen. Dazu setzt sich die Statistik aus zwei Erhebungen zusammen: Zum einen werden die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen befragt, zum anderen liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfänger von Pflegegeldleistungen.

www.destatis.de

Schuleingangsuntersuchungen

Datenhalter: Gesundheitsämter der Gemeinden

Die Schuleingangsuntersuchungen werden in allen Bundesländern in der Regel durch Schulärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt und dokumentiert. Die Untersuchung umfasst die Dokumentation der Teilnahme an

Präventionsmaßnahmen (z. B. Impfungen und kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen) sowie die körperliche Untersuchung und die Erfassung des Gesundheitszustands mit einem Schwerpunkt auf solchen Untersuchungen, die für die Teilnahme am Unterricht und den Schulerfolg bedeutend sind (Sehen, Hören, Verhalten, Koordination, Sprachentwicklung).

Darüber hinaus werden auch chronische Erkrankungen sowie Größe und Gewicht erfasst. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands sind der Untersuchungsumfang und die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen nicht einheitlich geregelt, so dass bundesweit gültige Aussagen nicht getroffen werden können. So sind beispielsweise Differenzierungen nach dem Geburtsjahr eines Kindes oder dem Jahr der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen nicht möglich. Außerdem kann die Inanspruchnahmerate der U9 bei Schuleingangsuntersuchung häufig nicht sinnvoll ermittelt werden, da sie bei einigen Kindern erst danach erfolgt. Für ein exemplarisches Aufzeigen regionaler Trends können diese Daten jedoch genutzt werden.

SHIP-Studie (Study of health in Pommerania, Gesundheit in Vorpommern)

Datenhalter: Institut für Community Medicine, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Die »Study of Health in Pomerania« (SHIP) ist eine bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studie in der Region Vorpommern im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Die Studienregion wurde definiert durch die ehemaligen Landkreise Stralsund-Land, Greifswald-Land und Anklam-Land sowie die Städte Stralsund, Greifswald und Anklam mit insgesamt ca. 212.000 Einwohnern. SHIP wurde zunächst als Querschnittsstudie geplant. Die Untersuchung der Probanden wurde von 1997 bis 2001 in Stralsund und Greifswald durchgeführt (SHIP-0). Das erste 5-Jahres-Follow-up begann 2002 und endete 2006 (SHIP-1). Ab 2008 wird ein 12-Jahres-Follow-up (SHIP-2) durchgeführt. Das Projekt verfolgt das zentrale Ziel, die intra-individuelle Progression subklinischer Befunde, deren Determinanten und prognostische Bedeutung zu untersuchen. Die SHIP-0 Studie wurde mit 4.310 Probanden durchgeführt (Response 68,8%).

www.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship.html

Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

Datenhalter: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin

Das SOEP ist eine repräsentative Befragung privater Haushalte in Deutschland, die seit 1984 im jährlichen Rhythmus im Paneldesign durchgeführt wird. Die Befragung wird durch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin realisiert. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiographie, Erwerbsbeteiligung und berufliche Mobilität, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Das SOEP zeichnet sich durch eine hohe Stabilität aus. 1984 beteiligten sich im SOEP-West 5.921 Haushalte mit 12.290 erfolgreich befragten Personen an der Erhebung; nach 23 Wellen im Jahre 2006 sind es noch 3.476 Haushalte mit 6.203 Personen. Im SOEP-Ost wurden 1990 2.179 Haushalte mit 4.453 Personen befragt; 2006 gaben 3.476 Personen in 1.717 Haushalten Auskunft über ihre Lebenssituation.

Die Stärken des SOEP bestehen vor allem in seinen besonderen Analysemöglichkeiten durch: das Längsschnittdesign (Panelcharakter), den Haushaltskontext (Befragung aller erwachsenen Haushaltsmitglieder); der Möglichkeit innerdeutscher Vergleiche und tiefgegliederter geographischer Klassifikationen; einer überproportionalen Ausländerstichprobe; der Erhebung von Zuwanderung sowie der überproportionalen Berücksichtigung einkommensstarker Haushalte (seit 2002). www.diw.de

Statistik Rehabilitation, Statistik der Leistungen zur Rehabilitation

Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Rehabilitationsstatistik der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) liefert seit 1954 jährlich Daten über die in Trägerschaft der GRV erbrachten und im Bezugsjahr abgeschlossenen medizinischen und sonstigen Leistungen zur Teilhabe. Zu den verschiedenen Leistungsarten (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Entwöhnungsbehandlungen, ambulante und stationäre medizinischen Rehabilitationen, Anschlussheilbehandlungen, Leistungen wegen bösartiger Geschwulsterkrankungen, Kinderrehabilitation) erfolgen Auswertungen u. a. nach Geschlecht, Alter, Wohnort und Diagnose.

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de;
www.gbe-bund.de

Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (KG5, KM1, KM1/13, KM6, KJ1)

KG5-Statistik

Datenhalter: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Statistik erfasst die Anzahl der Leistungsfälle und -tage von Vorsorge- und Reha-Leistungen der GKV-Versicherten nach: Region, Art der Leistungen, Versichertengruppe und Kassenart.
www.bmg.bund.de

KM1-Statistik

Datenhalter: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Statistik gibt einen Überblick über die Monatswerte zu Mitgliedern, Beitragssätzen und Arbeitsunfähigkeitsfällen der Gesetzlichen Krankenversicherung.
www.bmg.bund.de

KM1/13-Statistik

Datenhalter: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Statistik erfasst die Anzahl der GKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt nach: Region, Geschlecht, Versichertengruppe und Kassenart sowie die Jahresdurchschnittswerte der arbeitsunfähigkeitskranken Pflichtmitglieder nach denselben Merkmalen. Außerdem erfasst die Statistik die Anzahl der GKV-Mitglieder, für die der allgemeine Beitragsatz gilt im Jahresdurchschnitt nach: Region, Geschlecht und Kassenart.
www.bmg.bund.de

KM6-Statistik

Datenhalter: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Statistik erfasst jährlich seit 1993 zum Stichtag 01. Juli alle Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter, Geschlecht und Kassenart.
www.bmg.bund.de

KJ1-Statistik

Datenhalter: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Statistik gibt einen Überblick über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der Gesetzlichen Krankenkassen nach Region, Einnahmen-, Ausgaben- bzw. Vermögensart, Kassenart sowie über die Einnahmen und Ausgaben nach Versichertengruppe.
www.bmg.bund.de

Straßenverkehrsunfallstatistik

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Amtliche Statistik auf der Basis der jährlichen Vollerhebung aller polizeilich aufgenommenen Unfälle. Die Straßenverkehrsunfallstatistik hat das Ziel, Strukturen des Unfallgeschehens und Abhängigkeiten zwischen unfallbestimmenden Faktoren aufzuzeigen. Teile der Statistik erfassen das Unfallgeschehen bei Kindern oder im Zusammenhang mit Alkoholeinfluss. Als Verunglückte zählen in der Straßenverkehrsunfallstatistik Personen (auch Mitfahrer), die beim Unfall verletzt oder getötet wurden. Dabei werden erfasst als Getötete (Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen starben), Schwerverletzte (Personen, die unmittelbar zur stationären Behandlung (mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus aufgenommen wurden) und Leichtverletzte (alle übrigen Verletzten).
www.destatis.de

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)

Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)

Mit der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) setzt das Robert Koch-Institut den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) fort. Ziel von DEGS ist es, 10 Jahre nach dem BGS98 erneut bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Versorgung sowie zu den Lebensbedingungen der in Deutschland lebenden Erwachsenen ab 18 Jahren zu erheben. Die Daten ermöglichen aktuelle Aussagen, der Vergleich mit den Ergebnissen des BGS98 wird zudem Informationen zu zeitlichen Veränderungen liefern. Da die ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGS98 erneut einbezogen werden, wird es möglich sein, kausale Zusammenhänge zu untersuchen.

menhänge bzw. zeitliche Abfolgen von gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Problemen (z. B. Krankheiten, Pflegebedürftigkeit) zu ermitteln. Die Datenerhebungen erfolgen von November 2008 bis November 2011 in insgesamt 180 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland – darunter sind auch die 120 Untersuchungsorte, die bereits beim Bundes-Gesundheitssurvey 1998 einbezogen waren. Insgesamt sollen 7.500 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gefragt und untersucht werden.

www.rki.de/degs/

Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Datenhalter: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlicht jährlich eine aktuelle Schätzung zur Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Die Schätzungen beruhen auf einer jährlichen Abfrage der Summe von Früherkennungsleistungen (EBM-Gebührenpositionsnummer) bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), einer Auswertung von verfügbaren Datensätzen über abgerechnete Früherkennungsleistungen (aus denen sich die Zusammensetzungen der Fälle nach KV, Alter und Geschlecht ergeben) sowie aus der KM-6-Statistik der gesetzlichen Krankenkassen, die als Vollerhebung anzusehen ist (siehe Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen). Bei den Daten des ZI handelt es sich um Querschnittsdaten, so dass über die wiederholte Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen durch die Versicherten (Teilnahmekontinuität im Zeitverlauf) keine Aussagen getroffen werden können. Im Jahr 2000 erfolgte ein Verfahrenswechsel bei der Berechnungsgrundlage. Eine lückenlose Interpretation im Zeitverlauf kann aus diesem Grund nicht vorgenommen werden.

www.zi-berlin.de

Telefonische Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (GSTelo3, GSTelo4, GSTelo5, GSTelo6)

Datenhalter: Robert Koch-Institut (RKI)

Die telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts liefern als Querschnittsstudien repräsentative Daten zu Gesundheitsstatus,

Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung der 18-jährigen und älteren Wohnbevölkerung in Deutschland. In der seit 2003 jährlich durchgeführten Gesundheitsbefragung werden die Angaben der Probanden mit Hilfe computergestützter Telefoninterviews erfasst.

Survey	Durchgeführte Interviews	Ausschöpfungsquote
GSTelo3	9.426	59,2 %
GSTelo4	8.827	63,6 %
GSTelo5	3.886	57,6 %
GSTelo6	5.542	57,0 %

www.rki.de

Todesursachenstatistik

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Auf Basis der Todesursachenstatistik werden wichtige Gesundheitsindikatoren wie Sterbeziffern, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle ermittelt. Datengrundlage sind die Todesbescheinigungen, die im Rahmen der Leichenschau ausgestellt werden. Ausgewertet werden die für die amtliche Statistik vorgesehenen Teile der Todesbescheinigungen. Die Todesursachenstatistik ist eine jährliche Vollerhebung; Daten liegen seit 1950 in schriftlicher und seit 1980 in elektronischer Form vor.

www.destatis.de; www.gbe-bund.de

Umweltprobenbank

Datenhalter: Umweltbundesamt

Die Umweltprobenbank des Bundes besteht seit Anfang der 1980er-Jahre. Für die Umweltprobenbank werden Umwelt- und Humanproben gesammelt. Die Proben werden routinemäßig einer Eingangsanalyse auf etwa 60 umweltrelevante Stoffe unterzogen. Die Probenarten erstrecken sich auf pflanzliches und tierisches Material, Boden und Sediment sowie auf Proben von menschlichem Blut und Urin. Die Umweltprobenbank als Archiv ergänzt andere Monitoringprogramme zu Umweltschadstoffen, weil auch retrospektive Analysen der Proben möglich sind.

anubis.uba.de/wwwupb/servlet/upb

Umweltstatistische Erhebungen

Datenhalter: Statistisches Bundesamt

Die dezentralen Daten zu den vier Themenkom-

plexen der Umweltstatistik: Abfallwirtschaft, Wasserwirtschaft, Luftreinhaltung und Umweltökonomie werden vom Statistischen Bundesamt zusammengeführt.

So werden u. a. die Ergebnisse der Statistiken über die Investitionen für Umweltschutz, die laufenden Aufwendungen für den Umweltschutz, die Waren, Bau- und Dienstleistungen für den Umweltschutz, die Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung, die Unfälle mit wassergefährdenden Stoffen, die Abfallwirtschaft sowie bestimmte klimawirksame Stoffe erhoben. Diese Basisdaten dienen der Beurteilung der Umweltsituation, der ökologischen Belastungen und ihrer Veränderungen.

www.destatis.de

Umweltsurveys, Kinder-Umwelt-Survey

Datenhalter: *Umweltbundesamt (UBA)*

Die Umweltsurveys 1985/86, 90/92, 1998 und der Kinder-Umwelt-Survey (KUS) sind Module der nationalen Untersuchungssurveys (NUSTo, NUS90/92, BGS98 und KiGGS). Durch die Kombination der Daten aus beiden Surveys (Umwelt und Gesundheit) lassen sich Einflüsse von Umweltfaktoren auf die gesundheitliche Situation untersuchen. So wurden Themen wie der Zusammenhang zwischen Schadstoffbelastungen und bestimmten Erkrankungsbildern bzw. Gesundheitsstörungen untersucht, z. B. die häusliche Belastung mit Schimmelpilzen und nachweisbare allergische Sensibilisierungen.

Die Umweltsurveys liefern als Querschnittsstudien repräsentative Daten über die korporale Schadstoffbelastung der Bevölkerung in Deutschland sowie einzelne Schadstoffbelastungen und -quellen im häuslichen Bereich. Die Datenerhebung erfolgte mit standardisierten Interviews, Schadstoffmessungen in Haushalt und Wohnumfeld (Luft, Trinkwasser, Staub) und Messungen zur Schadstoffbelastung der Probanden (Human-Biomonitoring) in Urin- und Blutproben.

www.umweltbundesamt.de

Glossar

Adipositas

Unter Adipositas (Fettsucht) versteht man eine ausgeprägte Form des Übergewichts. Sie wird gängigerweise in drei Schweregrade (Adipositas Grad I bis III) unterteilt. Meist über BMI (Body-Mass-Index) definiert (siehe dort).

Affektive Störung

Störung, die die Gesamtheit des Gefühls- und Gemütslebens mit Stimmungen, Emotionen und Trieben betrifft; z. B. Depressionen.

Altersstandardisierung, altersstandardisiert

Werden Populationen, die sich in ihrem Altersaufbau deutlich unterscheiden, hinsichtlich altersabhängiger Gesundheitsindikatoren verglichen, kann dies die Interpretation der Ergebnisse beeinflussen. So ist beispielsweise die Zahl chronisch Erkrankter in einer Bevölkerung mit hohem Altersdurchschnitt allein aufgrund dieses demografischen Faktors höher als in einer Bevölkerung mit niedrigerem Altersdurchschnitt, auch wenn sich die Erkrankungshäufigkeit in den einzelnen Altersgruppen zwischen den Bevölkerungen nicht unterscheidet.

Um für analytische Zwecke auszuschließen, dass beobachtete Unterschiede allein oder teilweise auf Differenzen in der Altersstruktur zurückzuführen sind, wird häufig eine Altersstandardisierung angewendet. Dabei wird angenommen, dass in beiden Populationen dieselbe Altersstruktur vorhanden ist und dazu die so genannte Standardbevölkerungen (wie z. B. die »Europäische Standardbevölkerung« der WHO) genutzt. Altersstandardisierte Maßzahlen bilden demzufolge keinen realen Sachverhalt in einer Region zu einem bestimmten Zeitpunkt ab, sondern werden nur zu analytischen Vergleichszwecken gebildet und genutzt.

Wenn die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung in einer Population zum Zweck der Situationsbeschreibung (z. B. im Rahmen der Politikberatung) untersucht werden, werden zumeist keine altersstandardisierten Maße benutzt.

Im vorliegenden Bericht finden sich beide Herangehensweisen, wobei der Schwerpunkt der Darstellung auf der regionalen Situationsbeschreibung liegt.

Arztkontakt

Jegliche Inanspruchnahme eines Arztes an einem Tag, einschließlich telefonischer Beratung oder Abholung von Rezepten.

AU (Arbeitsunfähigkeit)

Zustand, bei dem eine gesetzlich krankenversicherte Person aus gesundheitlichen Gründen zeitweilig nicht in der Lage ist, ihrer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Auf der Grundlage der Meldungen an die Gesetzliche Krankenversicherung werden AU-Fälle und AU-Tage nach Art der Krankheit, Alter und Geschlecht der Versicherten ausgewiesen (Krankheitsartenstatistik).

Behandlungsfall

Indikator für die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen, abrechnungstechnisch definiert als mindestens ein Arztkontakt einer GKV-versicherten Person innerhalb eines Abrechnungsquartals. Änderungen der Abrechnungsmodalitäten beeinflussen die Fallzählung; z. B. werden bei bestimmten ärztlichen Leistungen seit 2005 Behandlungsfälle aus mehreren Quartalen zu einem Krankheitsfall zusammengeführt, was eine Reduzierung der Fallzahlen bewirkt.

Beitragsbemessungsgrenze

Einkommensobergrenze bis zu der Beiträge zur Sozialversicherung erhoben werden. Der Teil der Einnahmen, der die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

BMI (Body-Mass-Index)

Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Gibt einen Anhaltspunkt für die Gesamtfettmenge im Körper eines Menschen. Bei Erwachsenen gilt nach WHO-Kriterien: BMI (in kg/m²) <18,5 = Untergewicht, 18,5–24,9 = Normalgewicht, 25,0–29,9 = Übergewicht, 30,0–34,9 = Adipositas Grad I, 35,0–39,9 = Adipositas Grad II und >40 = Adipositas Grad III.

Bruttoinlandsprodukt (BIP)

Das Bruttoinlandsprodukt ist ein Maß für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft in einem bestimmten Zeitraum. Es misst den Wert der im Inland hergestellten Waren und Dienstleistungen (Wertschöpfung), soweit diese nicht als Vorleistungen für die Produktion anderer Waren und Dienstleistungen verwendet werden. Für den Vergleich der neuen und alten Bundesländer wird das BIP anhand der Größe der jeweiligen Bevölkerung standardisiert und als BIP je Einwohner berichtet.

Dachdokumentation Krebs

Am Robert Koch-Institut angesiedelte Einrichtung der Krebsregistrierung in Deutschland, die Daten der bevölkerungsbezogenen Landeskrebsregister zusammenfassend auswertet.

DALE (Disability-adjusted life expectancy)

Beeinträchtigungs-angepasste Lebenserwartung: Von der Lebenserwartung werden die mit bestimmten Beschwerden (z. B. Rückenschmerzen) verbrachten Jahre anteilig abgezogen, wobei der Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung (z. B. von »nicht« bis »schwer« beeinträchtigt) berücksichtigt wird.

DFLE (Disability-free life expectancy)

Beschwerdefreie Lebensjahre: Maß für die Zahl der gänzlich beschwerdefreien Lebensjahre. Die Jahre, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, werden komplett von der Lebenserwartung abgezogen.

DISHES (Diet-History-Interview)

Computergestütztes Interview (Programm: DISHES), das zur Erfassung der üblichen Ernährung, der Mahlzeitenstrukturen und der Essgewohnheiten dient.

DMP (Disease-Management-Programme)

An evidenzbasierten Leitlinien orientierter Behandlungsplan für chronische Leiden, bei dem Verlauf und Erfolg der Therapie fortlaufend dokumentiert und die Patienten in besonderem Maße einbezogen werden. DMPs sollen die Qualität der medizinischen Versorgung und die Abstimmung von Behandlungsabläufen nachhaltig verbessern. Synonyme: strukturierte Behandlungsprogramme, Chroniker-Programme.

DRGs (Diagnosis Related Groups)

Diagnosebezogene Fallgruppen: Stationäre Behandlungsfälle werden anhand der dokumentierten Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen in Fallgruppen mit ähnlichen Kosten eingeordnet. Seit 2003 werden in Deutschland Krankenhausbehandlungen nach DRGs abgerechnet. Ziel ist eine leistungsorientiertere Vergütung mit »gleichem Geld für gleiche Leistung«.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

In der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Abrechnung anhand des so genannten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. In diesem zwischen GKV und KVen verhandelten Katalog wird jeder ärztlichen Leistung ein Code (EBM-Ziffer) und ein Punktwert zugeordnet. EBM-Ziffern können z. B. für Versorgungsanalysen ausgewertet werden.

Evidenz

vorliegen wissenschaftlicher Belege, wissenschaftliche Absicherung

Fernere Lebenserwartung

siehe Lebenserwartung

Geburtenziffer, zusammengefasste

Gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr. Mit Hilfe dieser theoretischen Größe werden die Geburtenverhältnisse eines Jahres wiedergegeben.

Geriatric

Medizinische Fachdisziplin, die speziell auf die Versorgung älterer Menschen ausgerichtet, konzeptionell stark an Ressourcen der Betroffenen und deren rehabilitativem Potenzial orientiert und in Deutschland sowohl dem akutstationären als auch dem Reha-Bereich zugeordnet ist. Seit 2007 besteht ein Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation.

Gesunde Lebenserwartung

siehe Lebenserwartung

Gesundheitsausgaben

Ausgaben für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen sowie die Investitionen im Gesundheitssektor und z. B. Aufwendungen für Pflege, betriebliche Gesundheitssicherung und gesundheitliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben. Unberücksichtigt bleiben Ausgaben z. B. für die Unterbringung in Altenwohnheimen, Fitness oder Wellness.

Gesundheitsfonds

Konzept zur Finanzierung der Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ab 2009: Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Bund zahlen in den Fonds ein. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds pro Mitglied eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand ihrer Versicherten.

HALE (Health-Adjusted Life Expectancy)

Maß für die gesunde Lebenserwartung: Findet im World Health Report der WHO Anwendung und wird auf Basis von Aggregatdaten zu altersspezifischen Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen in Verbindung mit Sterbetafeln berechnet. Im Vergleich zum DALE-Konzept werden weitere Beschwerden und gesundheitliche Parameter einbezogen und die dadurch beeinträchtigten Jahre anteilig von der Lebenserwartung abgezogen.

Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin (sofern sie sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben) und Kinder- und Jugendmedizin (sofern sie nicht ausschließlich fachärztlich tätig sind) sowie Praktische Ärztinnen und Ärzte. Die übrigen Fachärztinnen und -ärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. In besonderen Fällen sind – beispielsweise zur Sicherstellung einer bedarfsgeordneten Versorgung – Ausnahmen von diesen Regelungen möglich.

Hausarztzentrierte Versorgung

Besondere Verträge zur hausärztlichen Versorgung von in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, gemäß § 73b SGB V. Der Hausarzt fungiert als Koordinator und Case-Manager

für die in diesem Modell eingeschriebenen Versicherten.

HLY (Healthy Life Years)

Maß für die gesunde Lebenserwartung und EU-Strukturindikator zur Gesundheit. Anzahl der Lebensjahre ohne funktionale Beeinträchtigungen. HLY werden auf Basis der EU-Statistik über die Einkommen und Lebensbedingungen und der nationalen Sterbetafeln berechnet.

HPV (Humane Papillomaviren)

Häufigste sexuell übertragene virale Infektionserreger. Neben einer Vielzahl gutartiger Veränderungen von Haut und Schleimhäuten können einige Formen des HPV-Virus (u. a. HPV 16 + 18) auch zur Entstehung von Gebärmutterhalskrebs führen.

HPV-Impfung

Impfung gegen bestimmte Typen von humanen Papillomaviren (HPV). Soll die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs verhindern.

ICD-9 und ICD-10 (International Classification of Diseases)

Internationale Klassifikation für Krankheiten und Todesursachen, 9. und 10. Revision. Aktuell gültig ist die 10. Revision (ICD-10).

IgE-Antikörper, Immunglobuline

IgE steht für Immunglobulin E. Antikörperklasse, die u. a. in der Parasitenabwehr eine Rolle spielt und deren Blutspiegel bei vielen Allergien erhöht ist.

Indikator (der GBE)

Kennziffer bzw. gegliederte Kennzifferntabelle, die Auskunft über die Quantität eines Gesundheitsproblems bzw. dessen Hintergründe oder Konsequenzen geben soll und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in einen interpretativen Zusammenhang gestellt wird.

integrierte Versorgung

Versorgungsmodelle, die zu einer besser abgestimmten, koordinierten Versorgung führen sollen. Auf der Basis von § 140a ff. SGB V werden Verträge zwischen Krankenkassen, Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nicht ärztlichen Leis-

tungserbringern, ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, Reha-Einrichtungen sowie Apotheken abgeschlossen.

Inzidenz

Neuerkrankungsrate: Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums, meist als jährliche Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 Personen angegeben.

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)

Körperschaften des öffentlichen Rechts und Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen; alle in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind automatisch Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach dem Zusammenschluss einiger kleinerer KVen gibt es nur noch 17, die in ihrer regionalen Ausdehnung den jeweiligen Bundesländern entsprechen. Die einzige Ausnahme stellt Nordrhein-Westfalen dar mit den beiden Regional-KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Als Dachorganisation auf Bundesebene fungiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Analoge Einrichtungen gibt es für die Vertragszahnärztinnen und -ärzte. Hauptaufgabe ist die Abrechnung der für die GKV-Versicherten erbrachten Leistungen.

Kosten, direkte

Ausgaben für z. B. ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, öffentliche und private Gesundheitsfürsorge, Pflege, Gesundheitsgüter und Verwaltung, Ausbildung und Forschung.

Kosten, indirekte

Monetäre Bewertung von krankheitsbedingtem Verlust von Lebensjahren, Arbeitsausfall oder Frühberentung.

Kurativ

Heilend: Therapie, mit dem Ziel der Heilung

Landeskrebsregister

Bevölkerungsbezogene Krebsregister der Bundesländer

Lebenszeitinzidenz

Näherungswert für die Wahrscheinlichkeit (bzw. das Risiko) im Laufe des Lebens eine bestimmte Erkrankung zu erleiden. Wird in Prozent angegeben.

Lebenserwartung, mittlere/durchschnittliche

Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Durchschnitt leben würde.

Lebenserwartung, fernere

Durchschnittliche Zahl der in einem bestimmten Alter noch zu erwartenden Lebensjahre.

Lebenserwartung, gesunde

Auch behinderungsfreie oder aktive Lebenserwartung: Zahl der Lebensjahre, die eine Person wahrscheinlich ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu leben hat. Wird zumeist ab der Geburt und auf Basis verschiedener Methoden berechnet (vgl. HALE.).

Lebenszeitprävalenz

Anteil der Bevölkerung bzw. der Befragten, die jemals von dem erhobenen/untersuchten Gesundheitsproblem betroffen waren.

Mammographie

Röntgendarstellung der weiblichen Brust

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 für die ambulante medizinische Versorgung neben Arztpraxen zugelassene, ärztlich geleitete fachübergreifend organisierte Einrichtungen. Die medizinische Versorgung erfolgt durch Vertragsärztinnen und -ärzte oder durch beim MVZ angestellte Medizinerinnen und Mediziner. Auch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und -erbringer (z. B. Apothekerinnen und Apotheker, Physiotherapeutinnen und -therapeuten) können an ein MVZ angebunden sein. Ein MVZ können alle Personen und Einrichtungen gründen, die zur Erbringung ärztlicher oder nichtärztlicher medizinischer Leistungen berechtigt sind (also z. B. auch Krankenhäuser oder Apotheken) (§ 95 SGB V).

Menarche

Erstes Auftreten der Regelblutung in der Pubertät.

Menopause

Zeitpunkt der letzten Menstruation, dem keine monatlichen Blutungen mehr folgen.

Metaanalyse

Zusammenführung und gemeinsame Auswertung mehrerer wissenschaftlicher Studien zum gleichen Problem.

Morbidität

Krankheitshäufigkeit (siehe auch Inzidenz und Prävalenz als Morbiditätsmaße): Bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen.

Morbi-RSA (morbidityorientierter Risikostukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung)

Finanztransfer zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, um finanzielle Risiken, die durch unterschiedliche Versichertenstrukturen entstehen, auszugleichen. Bisher wurden dabei nur demografische Merkmale berücksichtigt, beim Morbi-RSA wird seit 2009 der Gesundheitszustand einbezogen.

Mortalität

Bevölkerungsbezogene Betrachtung der Sterblichkeit: Beschrieben durch Mortalitätsmaße (Sterblichkeitsmaße), welche die Zahl der Gestorbenen auf die Bevölkerung beziehen. Als Maß für die Mortalität wird unter anderem die Sterberate verwendet (siehe auch Sterberaten, Sterblichkeit).

Multimorbidität

Gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten, die sich oft gegenseitig beeinflussen und häufig einen spezifischen Versorgungsbedarf erfordern.

Ottawa-Charta

Auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (Ottawa 1986) verabschiedete Charta, die zum aktiven Handeln für das Ziel »Gesundheit für alle« bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus aufruft.

Palliativ, Palliativmedizin

Lindernd; auf Linderung von Leiden ausgerichtete Medizin, wenn eine auf Heilung ausgerichtete Behandlung nicht möglich ist.

PAP-Test/PAP-Abstrich

Abstrichtest nach Dr. George Papanicolaou: Untersuchungsverfahren eines vom Gebärmuttermund entnommenen Zellabstrichs zur Krebsfrüherkennung.

Parodontalerkrankungen

Erkrankungen des Zahnhalteapparats

Perzentil, Quantil

Das x %-Perzentil bezeichnet den Wert einer Häufigkeitsverteilung, dessen Ausprägung größer oder gleich x Prozent aller anderen Werte ist. Das 25 %-Perzentil (1. Quartil) gibt beispielsweise denjenigen Wert an, der das untere Viertel der Datenwerte von den oberen drei Vierteln trennt. Spezielle Perzentile sind der Median (50 %), Quartile (25 %, 50 %, 75 %) oder Quintile (20 %, 40 %, 60 %, 80 %).

Pflegekasse

Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung sind automatisch Mitglied der Pflegekasse ihrer Krankenversicherung, die aus ihren Beitragseinnahmen die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit übernimmt. Privat Krankenversicherte müssen eine Pflegeversicherung mit ihrer Krankenkasse abschließen.

Prävalenz

Zahl der Personen, die beispielsweise an einem Stichtag (Punktprevalenz) oder innerhalb eines Jahres (Jahrespävalenz) unter einer bestimmten Krankheit leiden.

Quantil

siehe Perzentil

Quote

Typ epidemiologischer Maßzahlen: (im allgemeinen prozentualer) Anteil an einer Gesamtheit

ROR (Raumordnungsregionen)

Vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung nach bundeseinheitlichen Kriterien

festgelegte regionale Einheiten. 2007 gab es 97 Raumordnungsregionen, 2008 hat sich die Zahl durch Zusammenlegung von Landkreisen und kreisfreien Städten auf 96 verringert. Die Abgrenzung erfolgen weitgehend entlang der Grenzen der Bundesländer. Der Zuschnitt der Raumordnungsregionen erfolgt so, dass in der Regel jede Region ein ökonomisches Zentrum mit einem entsprechenden Umfeld besitzt.

Repräsentativität, repräsentativ

Eigenschaft von Stichproben, die ausdrückt, dass die Stichprobenteilbevölkerung so strukturiert und beschaffen ist, dass die aus diesem Teil gewonnenen Ergebnisse auf die zugrunde liegende Gesamtheit übertragbar sind.

Risikogruppe

Teilbevölkerung, für die in Bezug auf einen Risikofaktor bzw. ein Risikomerkmal eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, eine bestimmte Krankheit zu erleiden.

Screening

Reihenuntersuchung: Untersuchung einer Bevölkerung zur möglichst frühzeitigen Entdeckung von Krankheiten

Selbstmedikation

Behandlung von Krankheiten oder Symptomen mit Medikamenten, ohne vorherige Rücksprache mit einem Arzt.

Signifikanz, signifikant

Unterschiede zwischen Messgrößen oder Variablen in der Statistik sind signifikant (wesentlich), wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall zustande kommen würden, nur gering ist. Liegt Signifikanz vor, wird statistisch darauf geschlossen, dass tatsächlich ein Unterschied vorliegt. Die Signifikanz ist eines von mehreren Maßen für die Aussagekraft einer statistischen Untersuchung.

Sozialstatus, soziale Lage

Beschreibt die Position von Personen oder Haushalten in der gesellschaftlichen Statushierarchie. Anhand des sozialen Status lassen sich soziale Ungleichheiten in den Lebensbedingungen und den sozialen Teilhabechancen der Menschen identifizieren, die auch für die Gesundheit relevant

sind. Wird häufig durch einen mehrdimensionalen Index abgebildet, der auf Angaben zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen beruht.

Sterbefälle, vermeidbare

Sterbefälle, die bei angemessener Krankheitsprävention oder Therapie theoretisch hätten verhindert werden können.

Sterberaten, Sterblichkeit

Rate der Sterbefälle, berechnet beispielsweise als Sterbefälle je 100.000 Personen im Zeitraum eines Jahres. Sie wird als Gesamtsterblichkeit oder für einzelne Krankheiten angegeben und ist meist altersstandardisiert.

Sterblichkeit, allgemeine

Sterblichkeit ohne Differenzierung nach Todesursachen

Sterblichkeit, vorzeitige

Sterblichkeit der unter 65-Jährigen, wobei auch andere Altersgrenzen verwendet werden können.

Sterbetafeln

Komplexes Zahlensystem von Sterblichkeitsmaßen und Lebensdauermaßen: Bildet die Sterblichkeitsverhältnisse aller Altersgruppen einer Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum (Periodensterbetafel) oder die eines Geburtsjahrganges (Kohortensterbetafel) ab. Grundlage sind die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten, die aus den Sterberaten empirisch ermittelt und zur Kompensation statistischer Schwankungen anhand von theoretischen Modellrechnungen korrigiert werden.

Sterbeziffer

Anzahl der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes Verstorbenen bezogen auf die Bevölkerung (meist je 100.000 angegeben).

Subjektive Gesundheit

In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) wird die Selbsteinschätzung der Gesundheit u. a. über die Frage »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?« erfasst. In der Regel soll die Frage mit einer von fünf vorgegebenen Wertungen (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) beantwortet werden.

Überlebensraten, relative

Maß für die Prognose von Krankheiten: Meist für einen Zeitraum von fünf oder zehn Jahren angegeben. Wird berechnet aus dem Vergleich der Sterblichkeit von B12 Patienten mit der Sterblichkeit von Personen gleichen Alters und Geschlechts aus der Allgemeinbevölkerung. Eine relative Überlebensrate von 100 Prozent bedeutet, dass die Sterblichkeit bei den Erkrankten genauso hoch ist wie in der allgemeinen Bevölkerung und die Erkrankung keine zusätzlichen Todesfälle verursacht.

Vertragsärztliche Versorgung

Vertragsärztinnen und -ärzte übernehmen die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten (§§ 72 bis 75 SGB V). Neben Ärztinnen und Ärzten mit Kassennarztsitz nehmen auch angestellte, ermächtigte und Partner-Ärztinnen und -ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Versorgungsauftrag der ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte ist oft auf bestimmte Indikationen und Leistungen beschränkt und zeitlich befristet.

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Lampert, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Urheberrechtliche und allgemeine Hinweise

Der Bericht »20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?« sowie alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht durch zwingende Vorschriften des Urheberrechtsgesetzes zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Robert Koch-Instituts.

Die Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Robert Koch-Instituts kostenlos abgegeben. Sie kann auch von den Internet-Seiten unter:

www.rki.de/gbepublikationen
kostenlos heruntergeladen werden.

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz

Kerstin Möllerke, Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Königsdruck, Berlin

ISBN

978-3-89606-202-4

This report provides an insight into 20 years of “health history” in the Federal Republic of Germany. In it, staff members at the Robert Koch Institute’s Department of Epidemiology and Health Reporting have gathered and assessed available information on health-related developments in east and west Germany since 1989. The amount and quality of the data varies considerably from topic to topic, and in some cases it is fragmentary or even contradictory. Furthermore, health cannot be divorced from overall social and economic conditions, and these have changed fundamentally over the last 20 years. Immediately after reunification, east and west Germany differed in many areas of healthcare: e.g. in terms of mortality and life expectancy, morbidity, numerous health risks and the quality of healthcare. After 20 years of shared development, the differences have been significantly reduced or even overcome in most areas. Only in very few cases is the present, overall situation worse than it was in the former East Germany in 1989 – e.g. the incidence of allergies, and the percentage of women who smoke. However, apart from this positive conclusion, the analysis shows that strong regional differences remain in the distribution of health opportunities in Germany. Today, these can no longer be linked to the “eastern” or “western” parts of the country, but relate to individual states or smaller geographic units. Differences in health and health-related behaviour are often the result of an unequal distribution of education, unemployment, income and private property among the federal states, cities or municipalities. This comprehensive publication will probably conclude the era of the “east-west reports” in health reporting. However, regional health disparities and their often socially determined causes will doubtless continue to feature in our reports in the future.

Der vorliegende Bericht gibt einen Einblick in 20 Jahre »Gesundheitsgeschichte« der Bundesrepublik Deutschland. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut haben verfügbare Informationen über gesundheitlich relevante Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland seit 1989 zusammengetragen und bewertet. Ost- und Westdeutschland unterschieden sich direkt nach der Wiedervereinigung in vielen Bereichen der Gesundheit, zum Beispiel bei der Mortalität und damit verbunden der Lebenserwartung, bei der Morbidität (häufigste chronische Krankheiten), bei zahlreichen Gesundheitsrisiken und bei der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Gesundheit existiert nicht unabhängig von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen und diese haben sich seit 1989 grundlegend verändert. Nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung haben sich die Unterschiede in den meisten Bereichen deutlich verringert oder sogar angeglichen. Nur selten erfolgte die Angleichung auf einem schlechteren Niveau als dem Ausgangsniveau in den neuen Bundesländern, etwa beim Auftreten von Allergien und dem Anteil der Raucherinnen. Neben diesem positiven Fazit zeigen die Analysen allerdings nach wie vor starke regionale Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitschancen in Deutschland. Diese lassen sich heute kaum mehr an den Landesteilen »Ost« oder »West« festmachen, sondern betreffen einzelne Bundesländer und kleinere räumliche Einheiten. Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten ergeben sich oftmals aus einer ungleichen Verteilung von Bildung, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Privatvermögen in den Bundesländern, Städten oder Gemeinden. Die Ära der »Ost-West-Berichte« findet mit diesem umfassenden Beitrag wahrscheinlich ihren Abschluss in der Gesundheitsberichterstattung. Über regionale Disparitäten in der Gesundheit und deren oftmals sozial bedingte Ursachen werden wir sicher auch in Zukunft berichten.