

Anlage zur Pressemitteilung vom 3.12.2015

ZUSAMMENFASSUNG DES BERICHTS „GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND“

KAPITEL 1: EINLEITUNG

Der vom Robert Koch-Institut (RKI) am 3.12.2015 veröffentlichte Bericht „Gesundheit in Deutschland“ gibt einen fundierten Überblick über den Stand und die Entwicklung der Gesundheit der Menschen. Der Bericht ist Teil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die am RKI angesiedelt ist. Eine breite Datenbasis wurde einbezogen, aktuelle Daten und Trendanalysen wurden zusammengestellt. In der Zusammenschau lassen sich übergreifende Entwicklungen erkennen, die für alle betrachteten Bereiche von Bedeutung sind: vom Erkrankungsspektrum über die Verteilung von Risikofaktoren bis hin zur Prävention und Versorgung.

KAPITEL 2: WIE STEHT ES UM UNSERE GESUNDHEIT?

Die Gesundheit und Versorgung in Deutschland werden derzeit von zwei großen Entwicklungen bestimmt: dem **demografischen Wandel** und dem starken Einfluss der **sozialen Lage** auf die Gesundheit.

Etwa drei Viertel der Frauen und Männer in Deutschland bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Das ist besonders erfreulich mit Blick auf die Lebenserwartung, die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen ist: Heute geborene Mädchen können im Mittel mit 82,7, Jungen mit 77,7 Lebensjahren rechnen. In unserer (alternden) Bevölkerung bestimmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes zunehmend das Krankheitsgeschehen. Psychischen Störungen kommt heute mehr Aufmerksamkeit zu. In den letzten Jahrzehnten hat es viele gesundheitliche Verbesserungen gegeben, die – je nach Krankheit in unterschiedlichem Maße – auf Prävention und Früherkennung, Fortschritte in der Therapie und eine bessere Versorgung zurückzuführen sind. Chronische Erkrankungen stellen jedoch nicht nur die Betroffenen und ihre Familien, sondern auch das Gesundheitssystem und die Sozialsysteme vor große Herausforderungen.

Die wichtigsten Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall sind weiterhin die häufigste Todesursache: 39,7 % aller Todesfälle gehen darauf zurück. In den letzten Jahrzehnten zeichnet sich jedoch eine positive Entwicklung ab: Sowohl bei Herzinfarkt als auch bei Schlaganfall gibt es weniger Neuerkrankungen. Auch die Sterblichkeit an Koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall ist deutlich zurückgegangen. Als Erklärung hierfür werden eine erfolgreiche Prävention, Fortschritte in der Therapie und eine verbesserte Versorgung angeführt.

Auch bei vielen **Krebsarten** sind Erfolge zu verzeichnen. Zwischen 2001 und 2011 kam es zwar zu einem Anstieg der Neuerkrankungen um etwa 16 %, der aber maßgeblich auf den demografischen Wandel zurückzuführen ist. Für die meisten Krebsarten sind die Sterblichkeitsraten in den letzten Jahren zurückgegangen. Dies wird mit Fortschritten in der Therapie, für einige Krebsarten auch mit einer frühzeitigeren Entdeckung von Erkrankungen erklärt. Allerdings sterben heute mehr Frauen an Lungenkrebs. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (25,0 %).

Sorge bereitet die weite Verbreitung von **Diabetes mellitus**. Bei 7,2 % aller Erwachsenen zwischen 18 bis 79 Jahren ist ein Diabetes mellitus bekannt, das sind etwa 4,6 Millionen Menschen. 2,0 % aller Erwachsenen (ca. 1,3 Millionen Menschen) haben einen unerkannten Diabetes mellitus. Steigende Fallzahlen in den letzten Jahren können nur zum Teil durch die demografische Alterung erklärt werden. Zumindest teilweise könnten sie auf eine verbesserte Früherkennung zurückzuführen sein, möglicherweise aber auch auf die Zunahme lebensstilbedingter Risikofaktoren, insbesondere Adipositas. Folgeerkrankungen des Diabetes, wie Erblindungen und Amputationen, gehen jedoch zurück.

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

Infektionen verursachen auch heute noch eine hohe Krankheitslast, auch wenn 2013 nur noch eine Infektionskrankheit unter den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland rangierte: die Lungenentzündung. Positiv ist, dass die Tuberkulose in Deutschland seit Jahren kontinuierlich zurückgeht – wenn auch nur noch geringfügig in den letzten Jahren. Die Zahl der Hepatitis-C-Erstdiagnosen ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen, auf rund 5.200. Die Zahl der HIV-Neuinfektionen steigt bereits seit der Jahrtausendwende wieder: 2013 gab es in Deutschland rund 3.300. Kritisch ist eine zunehmende Antibiotikaresistenz bei Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten. Ebenfalls problematisch sind ungenügende Impfquoten: Bei Masern etwa reichen sie in einigen Regionen Deutschlands nicht aus, um einen so genannten Herdenschutz für einen kleinen Teil Ungeimpfter auszubilden. Wichtig sind zudem Infektionen, die sich Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen zuziehen (nosokomiale Infektionen). Pro Jahr infizieren sich schätzungsweise 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Besonders gefährlich sind Infektionen mit sogenannten multiresistenten Keimen, gegen die viele gängige Antibiotika wirkungslos geworden sind (u. a. Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, MRSA).

Besondere Aufmerksamkeit erfordern **psychische Störungen**. Auf Bevölkerungsebene lässt sich bei häufigen Diagnosen wie Angststörungen und Depression kein Anstieg beobachten. Allerdings hat die Zahl der Fehltag und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Als Gründe werden Veränderungen in der Arbeitswelt, vor allem aber auch die Enttabuisierung psychischer Krankheitsbilder und die damit verbundene verbesserte Diagnostik diskutiert.

Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 682.069 Kinder geboren. 93,7 % der Eltern schätzen die **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** als gut oder sehr gut ein. Zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen Allergien, die bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland schon einmal diagnostiziert wurden. Von Unfällen, die ärztlich behandelt werden müssen, sind jährlich 15,5 % der Kinder und Jugendlichen betroffen. Etwa 0,2 % der 7- bis 17-Jährigen leiden an Diabetes mellitus (überwiegend an Typ 1). Besorgniserregend ist, dass ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten zeigt. Bereits im Kindes- und Jugendalter fallen deutliche Unterschiede im Zusammenhang mit der sozialen Lage auf, insbesondere beim Gesundheitsverhalten, bei gesundheitlichen Risikofaktoren wie Übergewicht und bei psychischen Auffälligkeiten. So ist etwa der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Familien mit hohem Sozialstatus deutlich erhöht (33,5 % vs. 9,8 %).

KAPITEL 3: WELCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN DIE GESUNDHEIT?

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird wesentlich durch die Lebensbedingungen (soziale Determinanten) und das Gesundheitsverhalten und damit zusammenhängende Risikofaktoren bestimmt.

Soziale Determinanten der Gesundheit

Zwischen der gesundheitlichen und der **sozialen Lage** der Bevölkerung besteht ein enger Zusammenhang. Studien belegen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger von Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen betroffen sind, die eigene Gesundheit schlechter einschätzen und früher versterben. Frauen mit sehr niedrigem Einkommen haben laut Studienergebnissen eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen mit hohem Einkommen; bei Männern beträgt der Unterschied elf Jahre. Bereits im Kindes- und Jugendalter ist die Gesundheit durch den sozioökonomischen Status ihrer Herkunftsfamilie geprägt.

In der **Arbeitswelt** hat sich die gesundheitliche Lage in den letzten Jahrzehnten insgesamt verbessert: Krankheitsbedingte Fehlzeiten und tödliche Unfälle sind bei Erwerbstätigen zurückgegangen. Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren jedoch erheblich zugenommen. Nach wie vor gibt es in der Gesundheit der Beschäftigten große soziale Unterschiede. Die Zahl der Krankheitstage etwa ist bei Beschäftigten mit niedrigem beruflichem Status deutlich erhöht, was auf die Unterschiede in den körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen zurückgeführt wird. Arbeitslose sind beinahe doppelt so häufig krank gemeldet wie Erwerbstätige. Studien deuten auch darauf hin, dass Menschen mit Arbeitslosigkeitserfahrung häufiger verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken aufweisen und seltener an Präventionsmaßnahmen teilnehmen: Im Arbeitsumfeld wird der größte Teil der Bevölkerung von solchen Maßnahmen erreicht.

Die Gesundheit von Menschen mit **Migrationshintergrund** wird primär von den gleichen (sozialen) Determinanten beeinflusst wie die der Mehrheitsbevölkerung. Hinzu kommen migrationspezifische Besonderheiten, etwa das Herkunftsland, der Grund der Migration, der Aufenthaltsstatus, der Grad der Integration und der kulturelle Hintergrund. Bei der körperlichen Gesundheit zeigen sich insgesamt wenige Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Je nach Infektionslage der Herkunftsländer treten spezifische Risiken bei den Infektionskrankheiten Tuberkulose, HIV und Hepatitis B auf. Leistungen der gesundheitlichen Versorgung nehmen sie insgesamt seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zur gesundheitlichen Lage von **Asylsuchenden** gibt es derzeit nur wenige Informationen. Aufgrund der steigenden Zahlen hat es hohe Priorität, diese Bevölkerungsgruppe besser in ein Gesundheitsmonitoring einzubeziehen.

Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

Eine ausgewogene **Ernährung** und ausreichend **Bewegung** können dazu beitragen, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck zu verhindern und so das Risiko für Herz-Kreislauf- und andere chronische Erkrankungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Ernährungsmonitorings zeigen, dass Erwachsene in Deutschland zu wenig Gemüse, Obst und Fisch verzehren. Erwachsene, Kinder und Jugendliche sind im Durchschnitt aber ausreichend mit den meisten Vitaminen und Mineralstoffen versorgt. Sportlich aktiv sind zwei Drittel der Erwachsenen und drei Viertel der Kinder, allerdings erreicht nur jeder fünfte Erwachsene und jedes vierte Kind das von der WHO empfohlene Aktivitätsniveau (2,5 Stunden pro Woche bzw. eine Stunde pro Tag für Kinder). Seit Ende der 1990er-Jahre hat die sportliche Aktivität vor allem bei älteren Erwachsenen deutlich zugenommen. Erwachsene mit einem niedrigen sozioökonomischen Status treiben weiterhin vergleichsweise weniger Sport.

Ein ungünstiges Verhältnis zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch kann langfristig zu **Übergewicht** führen. Vor allem starkes Übergewicht (Adipositas) erhöht das Risiko für viele chronische Krankheiten. Bei Erwachsenen hat sich der Anteil Übergewichtiger in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert, der Anteil Adipöser ist dagegen vor allem bei jungen Männern deutlich gestiegen. Auch bei Kindern und Jugendlichen hat die Zahl der Übergewichtigen seit den 1990er-Jahren zugenommen, der Anteil Adipöser hat sich sogar verdoppelt. Fast 25 % aller Erwachsenen in Deutschland und etwa 6 % der Kinder und Jugendlichen sind adipös. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas folgt einem sozialen Gradienten: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger treten Übergewicht und Adipositas auf.

Erhöhter Blutdruck zählt zu den Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vor allem in Kombination mit anderen Risikofaktoren wie Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen und Bewegungsmangel. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Bluthochdruck stark an. Schätzungen zufolge sind etwa ein Drittel aller Männer und Frauen in Deutschland, ca. 20 Millionen Menschen, von Bluthochdruck betroffen. Die meisten werden ärztlich behandelt, der Blutdruck kann mit Medikamenten auf ein normales Niveau abgesenkt werden.

Das **Rauchen** ist in den Industrienationen die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. In Deutschland rauchten im Jahr 2013 etwa 29,0 % der Männer und 20,3 % der Frauen ab 15 Jahren. Seit Anfang der

2000er-Jahre sinken die Quoten, bei Frauen stagniert der Rückgang jedoch seit dem Jahr 2009. Bei Jugendlichen sinken die Rauchquoten seit dem Jahr 2004 kontinuierlich.

Neben Bluthochdruck und Tabak zählt **Alkoholkonsum** in Europa zu den wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und Tod. Weltweit gehört Deutschland zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Alkoholkonsum (bezogen auf die Gesamtbevölkerung 9,7 Liter Reinalkohol pro Kopf im Jahr 2013). Positiv anzumerken ist, dass in den letzten 20 Jahren der Anteil von Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum und Rauschtrinken abgenommen hat. Auch im Jugendalter ist der Alkoholkonsum rückläufig. Allerdings hat sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden mussten, zwischen 2000 und 2012 beinahe verdreifacht. Im Jahr 2013 ging sie erstmals zurück.

KAPITEL 4: WIE STEHT ES UM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Unter Gesundheitsförderung werden Maßnahmen zusammengefasst, die die personalen, sozialen und materiellen Ressourcen für die Gesunderhaltung stärken. Mit Prävention sollen konkret Risikofaktoren verringert und so Erkrankungen vermieden oder verzögert werden. Das im Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) rückt diese Aspekte stärker ins Blickfeld. Nach dem Präventionsgesetz werden die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention von derzeit rund 289 Mio. Euro auf 500 Mio. Euro steigen. Das Gesetz sieht außerdem vor, dass sich die verschiedenen Akteure wie Krankenkassen, Rentenversicherung sowie Länder und Kommunen künftig auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen verständigen.

Für **Erwachsene** gibt es in Deutschland zahlreiche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, die von den gesetzlichen Krankenkassen getragen und zum Teil sehr gut angenommen werden. So nehmen beispielsweise 89,5 % der Schwangeren gemäß den Empfehlungen eine Vorsorgeuntersuchung pro Monat wahr. Drei Viertel der Erwachsenen geht regelmäßig zu zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen. Die Durchimpfungsraten für Influenza, Tetanus und Masern zeigen eine deutlich ansteigende Tendenz. Einen Gesundheits-Check-up nimmt derzeit knapp die Hälfte der Berechtigten wahr. Die Krebsfrüherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich an spezifische Zielgruppen; die Inanspruchnahme variiert nach Art der Untersuchung, Geschlecht und Altersgruppen. Für verhaltenspräventive Maßnahmen haben sich die Teilnahmerzahlen in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt: Jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann nehmen pro Jahr teil, am häufigsten an Angeboten aus dem Bereich Bewegung.

Über 90 % der **Kinder** nehmen an den Früherkennungsuntersuchungen (U3 – U9) teil, die Vorsorge im Jugendalter (J1) wird allerdings nur von einer Minderheit wahrgenommen. Im Jahr 2013 waren 92,6 % der Schulanfänger ausreichend gegen Masern geimpft. Kleine Kinder sind weniger gut geschützt: Bei fast 40 % der Zweijährigen besteht noch kein ausreichender Impfschutz gegen Masern. Dank einer zunehmend guten Mundpflege und regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen geht die Zahnkaries bei Kindern zurück. Für die Zahnprophylaxe bleibt die Zahnkaries im Vorschulalter jedoch eine Herausforderung. Mit dem Präventionsgesetz sollen die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ausgebaut sowie individuelle Belastungen und Risikofaktoren stärker berücksichtigt werden. Darüber hinaus muss bei der Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung ein Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorgelegt werden.

Die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention variiert je nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Wohnregion. Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen beispielsweise seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil. Mit gesundheitsfördernden Maßnahmen in **Settings wie Schule oder Arbeitsplatz** lässt sich eine breite Mehrheit erreichen. Der Zugang zu diesen Maßnahmen ist von Bildung oder Einkommen weitgehend unabhängig. Nach dem Präventionsgesetz sollen gesundheitsfördernde Strukturen in den Betrieben künftig verstärkt unterstützt werden.

KAPITEL 5: WIE HABEN SICH ANGEBOT UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VERÄNDERT?

Seit dem letzten Bericht »Gesundheit in Deutschland«, der im Jahr 2006 veröffentlicht wurde, haben Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in vielen Bereichen zugenommen. Dies ist auf die Zunahme chronischer Erkrankungen und die demografische Entwicklung, aber auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt und neue Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen. Eine der wesentlichen Herausforderungen wird sein, die Leistungen der Gesundheitsversorgung unter diesen Bedingungen auch in Zukunft – wie im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) festgeschrieben – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu gestalten.

In der **ambulanten Versorgung** setzt sich die Verschiebung vom hausärztlichen zum fachärztlichen Versorgungsangebot weiter fort. Neun von zehn Erwachsenen nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen niedergelassener Ärzte in Anspruch. Aktuell sind rund 2,2 Millionen Menschen in der ambulanten Versorgung beschäftigt. In ländlichen Gebieten zeichnet sich eine geringere Versorgungsdichte als in städtischen Regionen ab. Auch in der **stationären Versorgung** steigen die Behandlungsfälle an. Die Zahl der Krankenhäuser und Betten geht weiter zurück, wobei die durchschnittliche Liegedauer immer kürzer wird. Mit rund 2.000 Krankenhäusern und 500.000 Betten sind die Kapazitäten im internationalen Vergleich allerdings nach wie vor sehr hoch. In Krankenhäusern arbeitet mehr als eine Million Beschäftigte.

Die Zahl der **Pflegebedürftigen** hat weiter zugenommen; etwa zwei Drittel werden zu Hause gepflegt. Rund 3 % der Bevölkerung, das sind etwa 2,6 Millionen Menschen, erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Da Frauen im höheren Alter häufiger allein leben, sind sie stärker darauf angewiesen als Männer.

Etwa 15 % der Gesundheitsausgaben werden in Deutschland pro Jahr für **Arzneimittel** aufgewendet. Rund drei Viertel der Erwachsenen – Frauen häufiger als Männer – gebrauchen innerhalb einer Woche Arzneimittel. Diese werden überwiegend ärztlich verordnet, ein erheblicher Anteil geht aber auch auf Selbstmedikation zurück.

Angebote und Inanspruchnahme **neuer Versorgungsformen** wie hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren und Disease Management Programme sind deutlich gewachsen. Rund drei Millionen Versicherte beteiligen sich derzeit an der hausarztzentrierten Versorgung, rund 18.000 Medizinische Versorgungszentren stehen zur Verfügung. An Disease Management Programmen, die derzeit für sechs chronische Erkrankungen angeboten werden, nehmen mehr als 6,5 Millionen Patientinnen und Patienten teil.

Angebote der **Palliativversorgung** nehmen ebenfalls zu. Derzeit gibt es in Deutschland mehr als 200 stationäre Hospize, mehr als 250 Palliativstationen in Krankenhäusern und etwa 1.500 ambulante Hospizdienste. Dennoch besteht noch immer eine Unterversorgung, besonders im ländlichen Raum.

Die **Qualitätssicherung** in der Gesundheitsversorgung wurde gesetzlich gestärkt. Wichtige Instrumente der Qualitätssicherung sind unter anderem Fehlerberichtssysteme, kollegiale Beratung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten. Zukünftige Herausforderungen bestehen in der Weiterentwicklung der Methodik, der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten.

Patientenorientierung – die Ausrichtung der Versorgung an den Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten – leistet einen entscheidenden Beitrag zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Wesentliche Rechte von Patienten sind im Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch festgeschrieben. Die seit 2000 gesetzlich verankerte Unabhängige Patientenberatung Deutschland berät rund 80.000 Menschen im Jahr. Außerdem gibt es bis zu 100.000 Selbsthilfegruppen. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern die Selbsthilfe mit jährlich mehr als 40 Millionen Euro.

KAPITEL 6: WIE VIEL GEBEN WIR FÜR UNSERE GESUNDHEIT AUS?

2013 beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf 314,9 Milliarden Euro. Der größte Posten sind ärztliche gefolgt von pflegerischen Leistungen. Bei den Krankheiten bilden Herz-Kreislaufkrankungen den wichtigsten Kostenfaktor, außerdem Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Krebs. In Relation zur Wirtschaftsleistung sind die Gesundheitsausgaben zwischen 1992 und 2013 um rund 1,8 Prozentpunkte angestiegen. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit Pro-Kopf-Ausgaben von rund 3.800 Euro pro Jahr für Gesundheit im oberen Mittelfeld der westlichen Industrienationen.

Das Gesundheitswesen ist einer der umsatzstärksten Wirtschaftsbereiche in Deutschland. 6,1 Millionen Beschäftigte arbeiteten im Jahr 2012 in der Gesundheitswirtschaft (inkl. Wellness, Fitness etc.). Allein durch die demografische Entwicklung wird ihm weiterhin steigende Bedeutung zukommen. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass sich wachsende Ausgaben auf medizinisch notwendige Leistungen und Innovationen mit nachgewiesenem Nutzen beschränken.

KAPITEL 7: WELCHE BEDEUTUNG KOMMT GESUNDHEITZIELEN IM GESUNDHEITSWESEN ZU?

Etwa 120 wichtige Akteure im Gesundheitswesen beteiligen sich an der Konsensplattform gesundheitsziele.de, darunter Krankenkassen, Gesundheitspolitiker, Patientenvertreter, Ärzte und Wissenschaftler. Arbeitsgruppen von gesundheitsziele.de haben seit dem Jahr 2000 acht Gesundheitsziele für Deutschland entwickelt. Einige Ziele sind bereits aktualisiert und evaluiert. Eine große Herausforderung ist ihre verbindliche Umsetzung. Wichtige Impulse sind hier durch das neue Präventionsgesetz zu erwarten: Die Gesundheitsziele sind darin eine der Referenzgrößen, mit denen Handlungsfelder und Leistungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt werden sollen.

Die nationalen Gesundheitsziele sind:

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

KAPITEL 8: WIE GESUND SIND DIE ÄLTEREN MENSCHEN?

In Umfragen schätzt mehr als die Hälfte der Menschen ab 65 Jahren die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Chronische Krankheiten sind in dieser Bevölkerungsgruppe jedoch weit verbreitet, allen voran Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen – die alle drei zu den führenden Todesursachen zählen – sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes. Die Suizidraten steigen besonders bei Männern im höheren Lebensalter stark an; eine depressive Symptomatik wird bei älteren Menschen vermutlich häufig übersehen. Etwa ein Drittel der Menschen ab 65 Jahre nehmen mindestens fünf Arzneimittel gleichzeitig ein, was das Risiko von unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen erhöht.

Langfristig zeigt sich, dass schwerwiegende Einschränkungen der Alltagsaktivitäten insgesamt zurückgehen. Leichtere Einschränkungen im Alltag nehmen hingegen zu. Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass durch höhere Bildung, besseres Gesundheitsverhalten und den Rückgang kardiovaskulärer

Erkrankungen vermutlich weniger Menschen an Demenz erkranken als geschätzt. Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Gesundheits- und Präventionsangebote und die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. »Gesund älter werden« ist eines der nationalen Gesundheitsziele, für das bereits wesentliche Einzelziele und mögliche Maßnahmen formuliert sind. Die Anpassung der gesundheitlichen Versorgung an die Belange Älterer stellt gegenwärtig und in Zukunft eine wichtige Herausforderung dar.

KAPITEL 9: WELCHE AUSWIRKUNGEN HAT DER DEMOGRAFISCHE WANDEL AUF GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERSORGUNG?

Der demografische Wandel birgt viele Herausforderungen für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen. Verursacht wird er durch das niedrige Geburtenniveau und eine zunehmende Lebenserwartung: Ein schwindender Anteil Erwerbstätiger steht einer wachsenden Zahl älterer Menschen gegenüber, die zunehmend auf Hilfe angewiesen sind.

Damit einhergehend verschiebt sich das **Krankheitsspektrum**. Altersassoziierte, nicht übertragbare Erkrankungen, die häufig chronisch verlaufen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch einige Krebserkrankungen sind heute allerdings besser behandelbar und führen seltener zum Tod. Die steigende Zahl von Demenzerkrankungen stellt die Gesellschaft vor neue Aufgaben: Solange in der Prävention und Behandlung kein Durchbruch erzielt wird, muss insbesondere die Pflege demenzkranker Personen verbessert werden.

Durch die wachsende Zahl älterer Menschen werden **Gesundheitsleistungen** im Pflegebereich, in der ambulanten und stationären Versorgung häufiger in Anspruch genommen. Vor allem in strukturschwachen Regionen kann die Versorgung für ältere Menschen schwierig werden, wenn beispielsweise längere Anfahrtswege für einen Arztbesuch notwendig sind. In der Pflege nimmt durch die demografische Alterung die Zahl der pflegenden Angehörigen und der Fachkräfte ab. Die Zuwanderung von Pflegekräften kann eine gewisse Entlastung schaffen. Bedeutsam ist aber auch, die Attraktivität von Pflegeberufen für junge Menschen zu erhöhen.

KAPITEL 10: WO STEHT DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH?

Der Vergleich von deutschen und europäischen Gesundheitsdaten liefert wichtige Erkenntnisse zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten bei Prävention und Versorgung und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit. Mehr als zwei Drittel der Erwachsenen in der Europäischen Union (EU) schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Die durchschnittliche **Lebenserwartung** bei Geburt nimmt in der EU weiter zu. In Deutschland liegt sie nahe dem europäischen Durchschnitt (EU: Frauen 83,2, Männer 77,4 Jahre).

In der EU wie auch in Deutschland sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** die häufigste Todesursache, allen voran Erkrankungen der Herzkranzgefäße und zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle. Seit Mitte der 1990er-Jahre haben die Sterblichkeitsraten für diese Erkrankungen in Deutschland und in fast allen Staaten der EU abgenommen.

Krebserkrankungen sind in der EU die zweithäufigste Todesursache. Die Krebssterblichkeitsraten in Deutschland liegen mit 206 pro 100.000 Frauen und 330 pro 100.000 Männer im unteren Drittel des europäischen Vergleichs und bestätigen die international beobachteten höheren Raten bei Männern. Die Zahl der Krebsneuerkrankungen in der EU wurde für das Jahr 2012 auf rund 2,6 Millionen Fälle geschätzt. Die häufigsten Krebsarten sind dabei national wie auch international Darmkrebs und Lungenkrebs sowie geschlechtsspezifisch Prostatakrebs bei Männern und Brustkrebs bei Frauen.

Diabetes ist in Deutschland und Europa eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen. Europäischen Daten zufolge sind 3 % aller Erwachsenen bis 64 Jahre betroffen, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 14,3 %. Für Deutschland wurden höhere Prävalenzen ermittelt.

Der Anteil regelmäßiger **Raucher** variiert in den EU-Staaten beträchtlich, in Deutschland liegt er nahe am EU-Durchschnitt. Generell ist in den meisten Ländern ein Rückgang des Tabakkonsums zu beobachten. Der Anteil von Jugendlichen in Deutschland, die mindestens einmal pro Woche rauchen, liegt unter dem europäischen Durchschnitt von 17 %.

Der Pro-Kopf-**Alkoholkonsum** eines Erwachsenen in der EU variiert stark, Deutschland liegt hier im oberen Bereich. In den letzten drei Jahrzehnten hat sich der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in Deutschland, wie auch in den meisten anderen EU-Staaten, jedoch verringert. Bei den Jugendlichen liegt Deutschland bezüglich des regelmäßigen Alkoholkonsums und Rauscherfahrungen im europäischen Durchschnitt. In beiden Altersgruppen zeigen sich hier international wie national rückläufige Tendenzen.

Mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in der EU ist **übergewichtig**. Als stark übergewichtig (adipös) gelten im EU-Durchschnitt wie auch in Deutschland knapp ein Viertel der Erwachsenen.

Deutschland gehört mit ca. 11 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) EU-weit zu den Ländern mit dem höchsten BIP-Anteil für **Gesundheitsausgaben** (EU: ca. 9 %). Bezüglich der Ärztedichte und der Anzahl der Arztkontakte liegt Deutschland im oberen Drittel. Im oberen Bereich liegt Deutschland auch bei der Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner.

Europäische Gesundheitsbefragungen liefern Antworten auf viele internationale Public-Health-relevante Fragen. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI werden die Datenerhebungen des Europäischen Gesundheitssurvey EHIS (European Health Interview Survey) für Deutschland durchgeführt.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist am Robert Koch-Institut angesiedelt. Sie analysiert, beschreibt und berichtet die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland. Die Informationen dienen Wissenschaftlern, Politikern und verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage. Neben den Daten des Gesundheitsmonitorings (s.u.) werden auch Ergebnisse anderer epidemiologischer Studien, amtliche Statistiken, epidemiologische Register und Daten der Sozialversicherungsträger verwendet. Dies ermöglicht eine umfassende Einschätzung der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Entwicklungen. Die Ergebnisse der GBE werden in verschiedenen Publikationsreihen (Themenhefte, Faktenblätter, GBE kompakt) veröffentlicht. In größeren Zeitabständen erscheint zudem der thematisch breit angelegte Bericht „Gesundheit in Deutschland“. Die Publikationen können unter www.rki.de/gbe abgerufen werden. Ergänzt wird das Angebot durch das Informationssystem der GBE, einer Online-Datenbank, die vom Statistischen Bundesamt gepflegt wird und unter www.gbe-bund.de erreichbar ist.

Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts hat die Aufgabe, kontinuierlich Daten zum Krankheitsgeschehen, dem Gesundheits- und Risikoverhalten, der Versorgung und den Lebensbedingungen der Bevölkerung in Deutschland zu erheben und Entwicklungen und Trends zu beobachten. Zentraler Bestandteil des Gesundheitsmonitorings sind die drei Gesundheitsstudien KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland), DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) und GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell), für die regelmäßig Kinder, Jugendliche und Erwachsene befragt und untersucht werden. Die Monitoringdaten ermöglichen repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland. Sie bilden damit eine umfassende Informationsgrundlage für Gesundheitspolitik und Forschung.

www.kiggs-studie.de

www.degs-studie.de

www.geda-studie.de