

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,

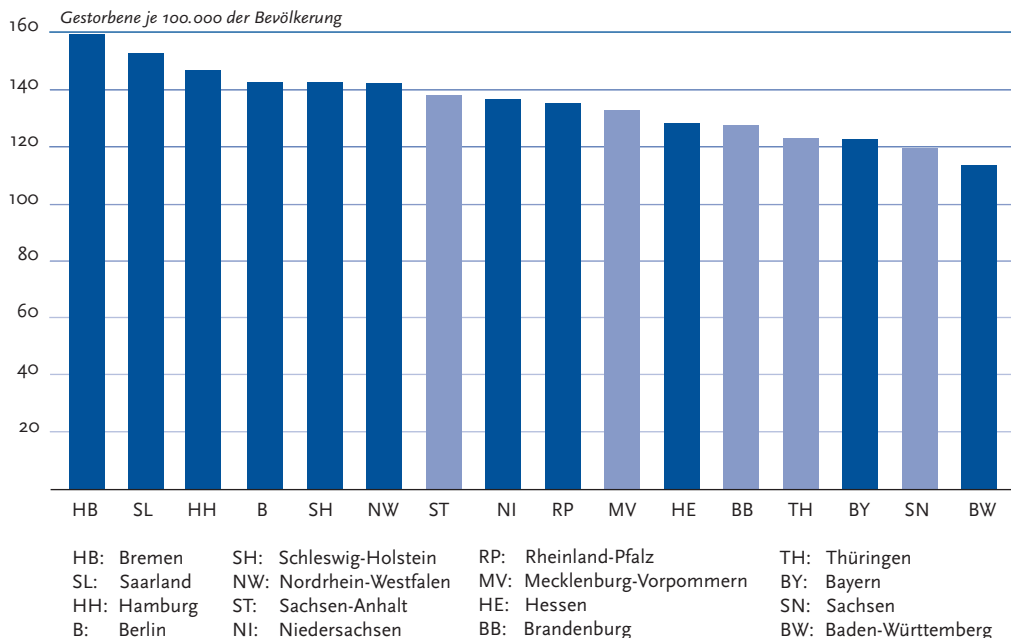
wie die der Westdeutschen, nach der Wende einen Aufschwung genommen, wie er in den anderen ehemals sozialistischen Staaten nicht möglich war.

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-0) 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

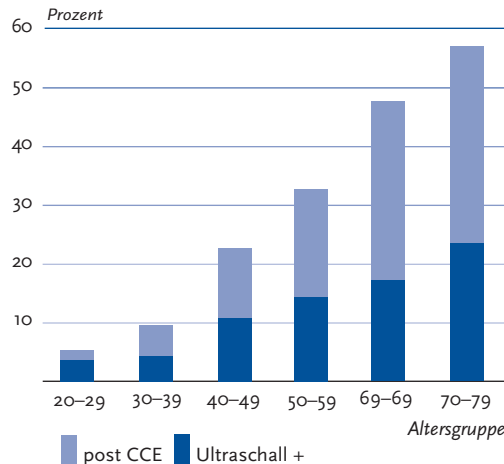
Altersgruppe	Frauen		Männer	
	Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m ²)	Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m ²)	Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m ²)	Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m ²)
20–29 Jahre	28,3 %	11,1 %	46,5 %	11,0 %
30–39 Jahre	37,5 %	14,9 %	68,5 %	18,2 %
40–49 Jahre	61,4 %	26,5 %	77,5 %	30,3 %
50–59 Jahre	70,5 %	33,5 %	82,8 %	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

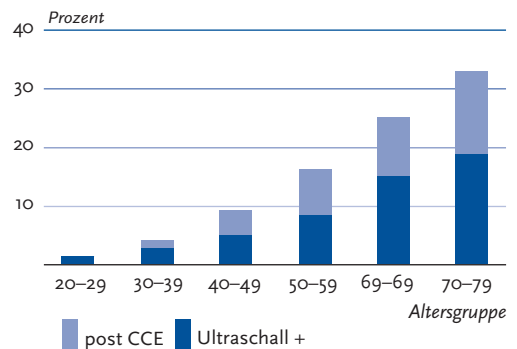
In der gesamten Studienpopulation von SHIP betrug die Prävalenz der Cholelithiasis 21,2%, wobei jeweils die Hälfte der Untersuchten entweder bereits eine positive Anamnese für eine chirurgische Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie, (post CCE)) oder sonografisch nachweisbare Gallensteine hatte (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%

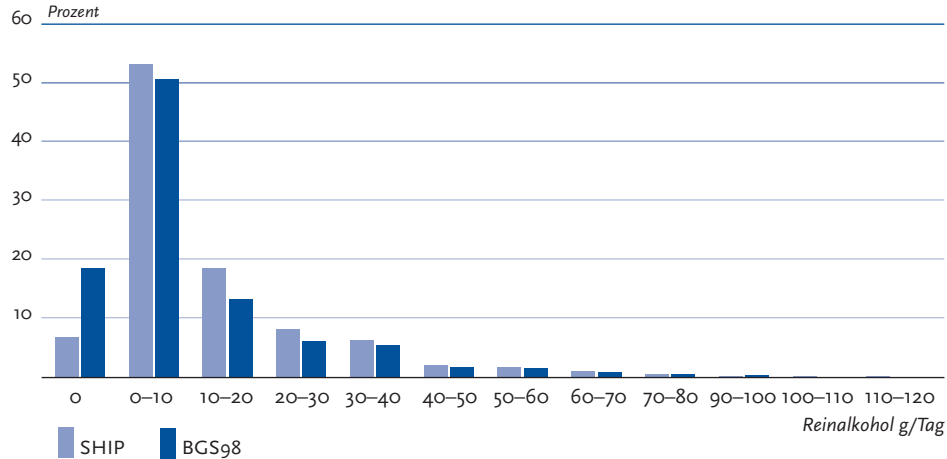
SHIP ist eine von weltweit wenigen Studien mit sonografischen Daten zur Steatosis hepatis, so dass regionale Vergleiche der Fettleberprävalenz in Deutschland nur sehr eingeschränkt möglich sind. Im Vergleich zu einer norditalienischen Population (Bellentani et al. 2000) liegt die Prävalenz sonografisch 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 Therapieforchung (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 Jugendgesundheits surveys (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 Bundeskrebregisterdatengesetz 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

Mitgliederbestandserhebung 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 Selbstaussfüllbogen 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 (NUST0: 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, Bundesforschungsanstalt 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 geografischer 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.
ww.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 arbeitsunfähigkranken 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 Zusam-

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 befragt und untersucht werden.

www.rki.de/de/gs/

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 Querschnittdaten, 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 Querschnittstudien 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 Gesetzlichen 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 bedarfsgerechten 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 (morbiditätsorientierter 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 (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Jahres (Jahresprävalenz) 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 Risikomerkmale 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 Kassensitz 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

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

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

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.