

10



10

Wo steht
Deutschland
im **europäischen
Vergleich?**

WO STEHT DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH?

-
- / *Die Lebenserwartung der Frauen und Männer in Deutschland liegt leicht über dem Durchschnitt der Bevölkerung in der Europäischen Union.*
-
- / *In Deutschland und den Staaten der EU werden rund zwei Drittel der Sterbefälle durch Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen verursacht.*
-
- / *65% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, in der EU sind es rund 68%.*
-
- / *In Deutschland, wie in den meisten anderen EU-Staaten, geht der Konsum von Tabak und Alkohol in den letzten Jahren tendenziell zurück. Dennoch werden diese Substanzen in Deutschland weiterhin häufiger konsumiert als in vielen anderen Staaten der EU.*
-
- / *Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Schulalter hat sich in Deutschland und in der gesamten Europäischen Union verbessert.*

INFOBOX 10.1

EUROPÄISCHE UNION

Die Europäische Union (EU) entwickelte sich aus mehreren Vorgängerorganisationen. Die heutige EU wurde am 1. November 1993 mit zwölf Mitgliedstaaten (BE, DK, DE, FR, GR, IE, IT, LU, NL, PT, ES und UK) gegründet. Seitdem ist die Zahl der Mitgliedstaaten auf gegenwärtig 28 gewachsen. 2015 hat die Europäische Union 507.416.607 Einwohner [13].

Mitgliedstaat	Code	Beitrittsjahr	Einwohner zum 1.1.2014
Belgien	BE	1993	11.203.992
Dänemark	DK	1993	5.627.235
Deutschland	DE	1993	80.780.000
Frankreich	FR	1993	65.856.609
Griechenland	GR	1993	10.992.589
Irland	IE	1993	4.604.029
Italien	IT	1993	60.782.668
Luxemburg	LU	1993	549.680
Niederlande	NL	1993	16.829.289

Portugal	PT	1993	10.427.301
Spanien	ES	1993	46.507.760
Großbritannien	GB	1993	64.308.261
Finnland	FI	1995	5.426.674
Österreich	AT	1995	8.507.786
Schweden	SE	1995	9.644.864
Estland	EE	2004	1.315.819
Lettland	LV	2004	2.001.468
Litauen	LT	2004	2.943.472
Malta	MT	2004	425.384
Polen	PL	2004	38.495.659
Slowakei	SK	2004	5.415.949
Slowenien	SI	2004	2.061.085
Tschechische Republik	CZ	2004	10.512.419
Ungarn	HU	2004	9.879.000
Zypern	CY	2004	858.000
Bulgarien	BG	2007	7.245.677
Rumänien	RO	2007	19.942.642
Kroatien	HR	2013	4.246.700



10.1

EINLEITUNG

Der internationale und europäische Vergleich wichtiger Aspekte der Gesundheit der Bevölkerung und verschiedener Sektoren des Gesundheitswesens ergänzt die Perspektive der nationalen Gesundheitsberichterstattung. So wird es für Akteure des Gesundheitswesens möglich, die Ergebnisse und Erfahrungen des nationalen Gesundheitswesens mit Blick auf die entsprechenden Ergebnisse aus anderen Ländern einzuordnen. Hierbei sind jedoch Einschränkungen zu berücksichtigen: Während sich in Deutschland die Datensituation durch den Ausbau von Datengrundlagen wie dem Gesundheitsmonitoring des RKI relativ gut darstellt, können bei internationalen Vergleichen vielfach keine differenzierteren Analysen durchgeführt werden, unter anderem, weil die entsprechenden Datengrundlagen derzeit noch aufgebaut werden. Weiter sind gerade Daten aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung stark von der Organisationsform des jeweiligen Gesundheitssystems geprägt, so dass Unterschiede teilweise diese Systemunterschiede spiegeln und entsprechend schwer zu bewerten sind.

Eine besondere Rolle bei internationalen Vergleichen im Gesundheitsbereich spielen dabei die WHO, die OECD, die Europäische Kommission mit Eurostat und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Diese veröffentlichen regelmäßig Berichte zu allen wesentlichen Fragen der Entwicklung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in Europa, in der Europäischen Union [1–3] und der nationalen Gesundheitssysteme [4]. Für den Bereich der Infektionskrankheiten wurde 2005 das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten geschaffen

(ECDC), das seitdem die Berichterstattung darüber in der EU verantwortet [5–9]. Mit dem Ziel, eine europaweit vergleichbare Datenbasis auch für nichtübertragbare Erkrankungen und für die gesundheitliche Versorgung zu schaffen, wurden darüber hinaus Europäische Kernindikatoren für Gesundheit erarbeitet (ECHI – European Core Health Indicators, Infobox 10.2), die entsprechende Auswertungen für EU-Mitgliedstaaten, Kandidatenländer und weitere beteiligte Länder erlauben. Der Schwerpunkt des vorliegenden Vergleichs liegt auf den Mitgliedstaaten der EU; er wird in einigen Fällen um europäische Staaten, die nicht der EU angehören, ergänzt.

Die Bedeutung des Vergleichs der gesundheitlichen Lage, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsversorgung der Menschen in den Staaten der EU hat angesichts der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen der europäischen Sozialstaaten zugenommen [10, 11]. Beispielsweise müssen sich die Gesundheitssysteme aller EU-Staaten mit ihren gut 507 Millionen Einwohnern (Infobox 10.1) infolge des demografischen Wandels auf einen starken Anstieg des Anteils älterer Menschen einstellen. Die damit verbundene Zunahme von chronisch Kranken und Personen mit funktionellen Einschränkungen erfordert eine entsprechende Anpassung der Gesundheitssysteme. Diese müssen eine angemessene Versorgung und Pflege gewährleisten [12].

Die in diesem Kapitel vorgestellten Vergleiche geben anhand ausgewählter Indikatoren einen Einblick in die gesundheitliche Situation, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung in europäischen Staaten, und sie erlauben, diese mit Deutschland zu vergleichen. Die präsentierten Daten liegen zum Teil altersstandardisiert vor. Aufgrund von möglichen Unterschieden

10.1



INFOBOX 10.2 INTERNATIONALE VERGLEICHE – DATENQUELLEN UND BESONDERHEITEN

Die europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI) wurden gemeinsam von den EU-Staaten und internationalen Organisationen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen entwickelt. Für die europäische Gesundheitsberichterstattung bilden die Indikatoren ein Gerüst für bevölkerungsbezogene Erhebungen und Analysen zur Gesundheit und zur gesundheitlichen Versorgung auf europäischer und nationaler Ebene. Ein wichtiger Baustein ist dabei die europäische Gesundheitsbefragung (EHIS). Auf der Grundlage eines Gentlemen's Agreement erhob Eurostat im Rahmen einer ersten EHIS-Welle (2006–2010) Daten in 17 Mitgliedstaaten und in zwei weiteren Staaten. Die Beteiligung an der zweiten EHIS-Welle, die zwischen 2013 und 2015 erstmals in allen Mitgliedstaaten der EU (Infobox 10.1) durchgeführt wird, ist nunmehr rechtsverbindlich und stützt sich auf die Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 [14]. Sie wird wesentliche Informationen für die ECHI-Indikatoren bereitstellen. In Deutschland erfolgt die Durchführung des EHIS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut.

Zudem werden für internationale Vergleiche Daten aus den Gesundheitsdatenbanken der Europäischen Kommission (Eurostat), der WHO (Health-for-all-Datenbank, HFA-DB) und der OECD (Health Data) verarbeitet. Ebenso werden die Ergebnisse spezieller Erhebungen (Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen)

oder Register (zum Beispiel für Krebsinzidenz und Krebsüberlebensraten) verwendet.

Dabei ist zu beachten, dass sich diese Daten von denen unterscheiden können, die für die Darstellung desselben Sachverhalts im nationalen Kontext verwendet werden: Zum einen können die Daten für europäische Vergleiche aus Erhebungen gewonnen werden, die nicht für die Darstellung im nationalen Kontext dienen (zum Beispiel subjektive Gesundheit, Krankheitsprävalenzen). Zum anderen kann es erforderlich sein, nationale Daten (z. B. durch Altersstandardisierung) zu bearbeiten, um ihre internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dadurch können sich aus einem nationalen Datensatz verschiedene Werte für identische Tatbestände (z. B. Sterblichkeitsraten) ergeben, je nachdem, ob die nationalen Daten für einen internationalen Vergleich bearbeitet (z. B. altersstandardisiert) wurden oder nicht. Auch die Anwendung unterschiedlicher statistischer Verfahren bei der Datenverarbeitung kann zu Unterschieden zwischen nationalen und internationalen Ergebnissen führen (z. B. unterschiedliche Methoden der Berechnung der Lebenserwartung).

Ungeachtet der bereits erzielten Fortschritte bei der Harmonisierung und Standardisierung von Gesundheitsinformationen in der EU setzen unterschiedliche Versorgungsstrukturen und die kulturelle Vielfalt der europäischen Bevölkerung der internationalen Vergleichbarkeit dieser Daten Grenzen, wenn sie sich z. B. in einer unterschiedlichen Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes oder von Krankheiten bzw. Todesursachen niederschlägt.

in den Altersstrukturen der Länder verbessert sich hierdurch die Vergleichbarkeit der Gesundheitsindikatoren. Wenn es sich um altersstandardisierte Angaben handelt, ist dies angegeben. Alle anderen berichteten Daten sind nicht altersstandardisiert.

10.2 LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT

10.2.1 LEBENSERWARTUNG

Der beobachtete Trend, dass die durchschnittliche statistische Lebenserwartung bei Geburt kontinuierlich zunimmt, hat sich auch in den vergangenen zehn Jahren in den Staaten der EU fortgesetzt. Diese Zunahme, die den Rückgang der Sterblichkeit in allen Altersgruppen widerspiegelt, insbesondere in den oberen, wird einer ganzen Reihe von Faktoren zugeschrieben, unter anderem der Verbesserung des Lebensstandards, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsniveaus und der medizinischen Versorgung. Dennoch bestehen beträchtliche Differenzen bei der Gesundheit sowohl zwischen EU-Ländern als auch zwischen Regionen und den sozialen Schichten innerhalb der Länder [15, 16].

Im Jahr 2012 erreichte die mittlere Lebenserwartung im Durchschnitt der 28 EU-Staaten bei Geburt 83,2 Jahre bei Frauen und 77,4 Jahre bei Männern (Abb. 10.1 und 10.2). Dies entspricht einer Zunahme von 3 Jahren für Männer und 2,3 Jahren für Frauen seit 2001. Die Spanne bei der Lebenserwartung in den Staaten der EU reicht bei Frauen von 77,9 Jahren in Bulgarien bis zu 85,5 Jahren in Spanien sowie bei Männern von 68,4 Jahren in Litauen bis zu 79,9 Jahren in Schweden [16].

Die Unterschiede bei der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern in den Staaten mit der niedrigsten und der höchsten Lebenserwartung in der EU sind demnach im Jahr 2012 für Frauen mit rund 8 Jahren und Männer mit 11,5 Jahren immer noch erheblich. In allen Staaten der EU leben Frauen länger als Männer. Im EU-Durchschnitt beträgt die Differenz 6,1 Jahre (2012), rund 0,5 Jahre weniger als vor zehn Jahren.

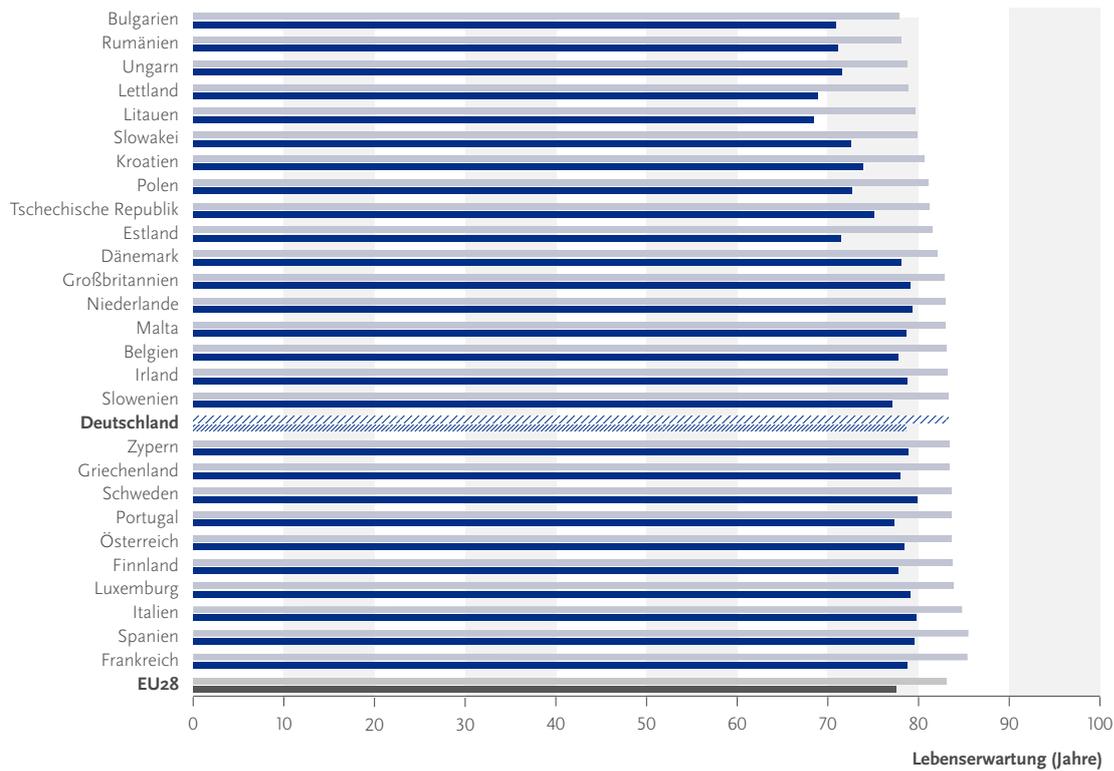
Dabei muss hervorgehoben werden, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung auch innerhalb der EU-Staaten eine große Spannweite aufweisen; sie reichen von 3,7 Jahren in Schweden bis zu 11,2 Jahren in Litauen. Deutschland ordnet sich im oberen Mittelfeld der EU-Staaten ein: 2012 betrug die Lebenserwartung für Frauen 83,3 Jahre

INFOBOX 10.3

HINWEIS ZUR DARSTELLUNG DER DATEN

Um eine übersichtliche Darstellung der ECHI-Indikatoren zu erreichen, wird in manchen Abbildungen auf die Präsentation der Einzelwerte der 28 EU-Mitgliedstaaten (Infobox 10.1) verzichtet. Stattdessen werden

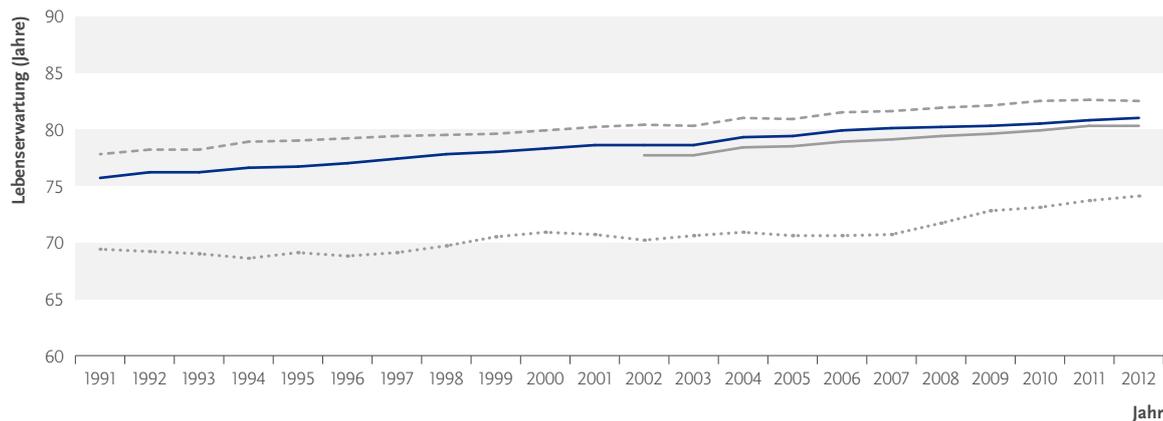
Wertebereiche bevorzugt, welche die Minimum- und Maximumwerte darstellen, die jeweils die höchsten beziehungsweise niedrigsten Werte aus jenen EU-Staaten kennzeichnen, für die Daten vorliegen. Ergänzend wird der Durchschnittswert für die berücksichtigten EU-Staaten und für Deutschland gezeigt.



◀ **Abbildung 10.1**
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den 28 Staaten der EU (2012 oder letztes verfügbares Jahr)
Datenbasis: Eurostat [17]

■ Frauen
■ Männer

10.2



◀ **Abbildung 10.2**
Entwicklung der durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung bei Geburt in 28 Staaten der EU, 1991 bis 2012 (oder letztes verfügbares Jahr)
Datenbasis: Eurostat [17]

..... Minimum
- - - - - Maximum
— EU28
— Deutschland

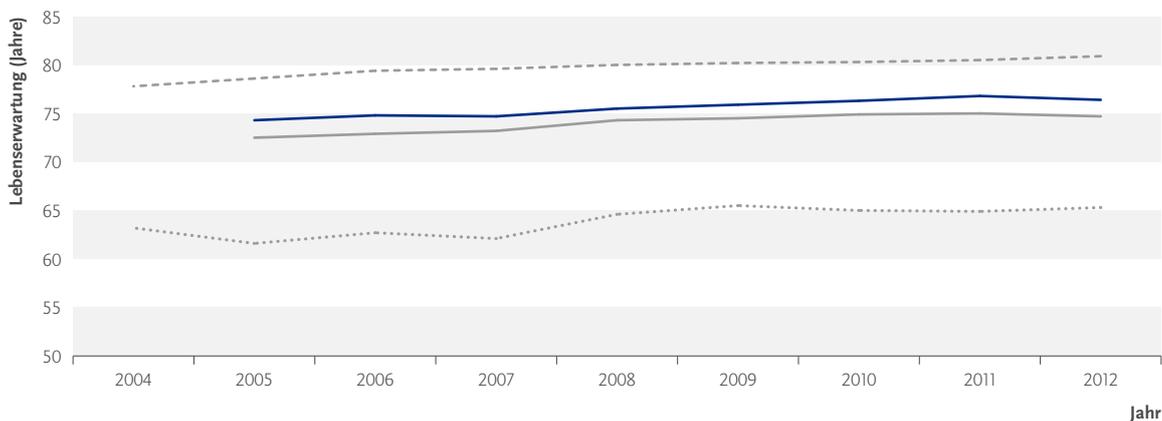
und für Männer 78,6 Jahre – eine Differenz von immer noch 4,7 Jahren zwischen Männern und Frauen, die sich in den vergangenen Jahren allerdings verringert hat.

Der im Jahr 2014 veröffentlichte Bericht des Robert Koch-Instituts »Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland« bietet weitere Informationen zu Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen [18].

LEBENSERWARTUNG UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT
Eine Reihe von gesellschaftlichen Prozessen, wie etwa die Anhebung des Renteneintrittsalters, wirft die Frage auf, ob die gestiegene Lebenserwartung auch mit einer besseren Gesundheit einhergeht, also mit einer gestiegenen »gesunden Lebenserwartung«. Mehrere Indikatoren eignen sich dafür, die Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der EU zu beschreiben.

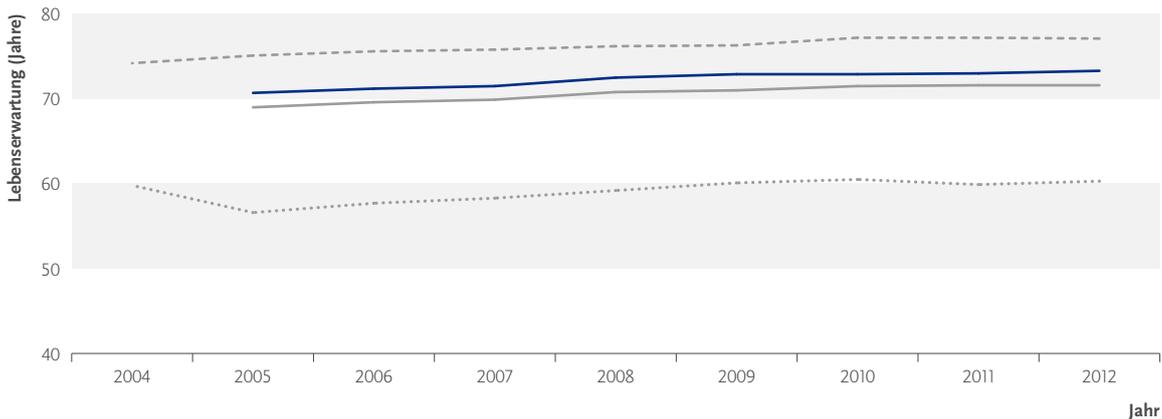
► **Abbildung 10.3**
Lebenserwartung in
Gesundheit bei Geburt
für Frauen, subjektive
Gesundheit (sehr gut/
gut/mittelmäßig)
Datenbasis: Eurostat [17]

Minimum
Maximum - - - -
EU27 —
(ab 2010 EU28)
Deutschland —



► **Abbildung 10.4**
Lebenserwartung in
Gesundheit bei Geburt
für Männer, subjektive
Gesundheit (sehr gut/
gut/mittelmäßig)
Datenbasis: Eurostat [17]

Minimum
Maximum - - - -
EU27 —
(ab 2010 EU28)
Deutschland —



Dieser Abschnitt beschränkt sich auf die Ergebnisse für den Indikator »Lebenserwartung bei Gesundheit«. Er beschreibt die Lebenserwartung in einem Gesundheitszustand, der subjektiv besser als »schlecht« oder »sehr schlecht« eingeschätzt wird. 2011 lag der EU-Durchschnittswert für die Lebenserwartung in Gesundheit bei Frauen mit rund 75 Jahren etwas über dem Wert von Männern mit 71,7 Jahren (Abb. 10.3 und 10.4). Die höchsten Werte für Frauen ergeben sich in Irland mit 80,3 Jahren und in Schweden mit 79,9 Jahren. In Deutschland liegt die gesunde Lebenserwartung jeweils leicht über dem EU-Durchschnitt: 76,8 Jahre bei Frauen und 73 Jahre bei Männern. Der Trend der vergangenen acht Jahre, der sich auf die Ergebnisse der Erhebung »Leben in Europa« (EU-SILC) stützt, zeigt einen leichten aber stetigen Anstieg der gesunden Lebenserwartung in der EU. Dieser Trend gilt auch für die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung in Deutschland.

Einschränkend ist anzumerken, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands in verschiedenen Ländern von kulturellen Einflüssen und anderen normativen Bedingungen beeinflusst werden kann. Deshalb ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse in den unterschiedlichen EU-Staaten oftmals problematisch [19]. Die Abbildungen 10.3 und 10.4 zeigen daher den Bereich zwischen den maximalen und minimalen Werten in der EU sowie den EU-Durchschnitt. Um die Entwicklung bei Frauen und Männern in Deutschland einzuschätzen, sind die entsprechenden Trendlinien angegeben.

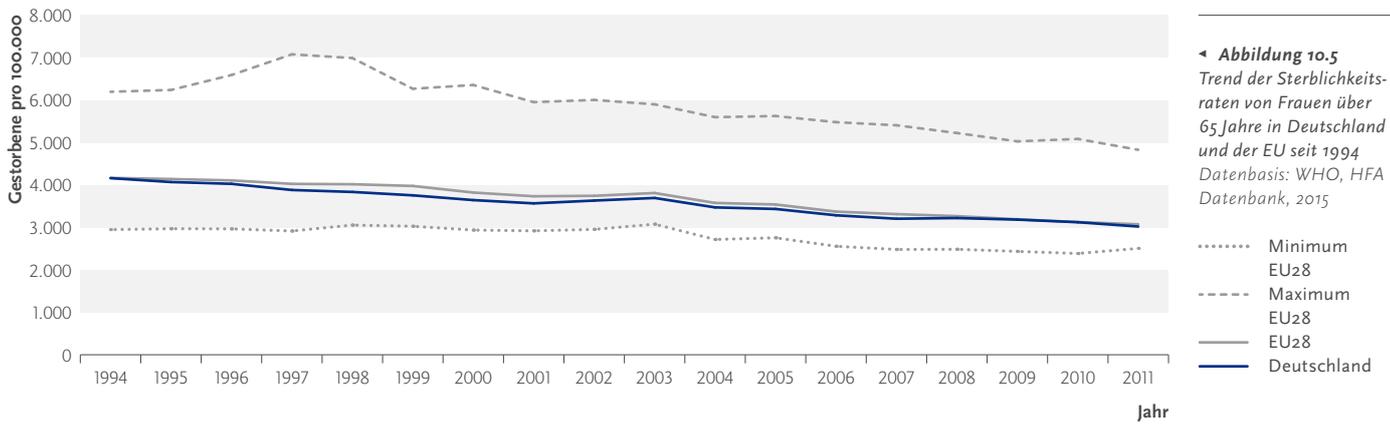
10.2.2 STERBLICHKEIT

Kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Krebserkrankungen verursachen in

Deutschland ebenso wie in den anderen Staaten der EU weiterhin die meisten Todesfälle. In den Ländern der EU28 betrug 2011 die altersstandardisierte durchschnittliche Gesamtsterblichkeitsrate 1.169 je 100.000 Einwohner (869 in Frankreich, 1.687 in Bulgarien, 1.004 in Deutschland). Die Raten für Frauen und Männer unterscheiden sich aber in allen Ländern erheblich (EU28 Durchschnitt: Frauen 838, Männer 1.276; Deutschland: Frauen 842, Männer 1.204) [16]. In einigen osteuropäischen Staaten sind die geschlechtsspezifischen Gesamtsterblichkeitsraten bei Männern annähernd doppelt so hoch wie bei Frauen (zum Beispiel in Litauen 1 zu 1,87). In den meisten anderen europäischen Ländern ist das entsprechende Verhältnis günstiger, beispielsweise in Deutschland 1 zu 1,43. Für die EU27 liegt das Verhältnis der Gesamtsterblichkeitsraten derzeit bei 1 zu 1,52.

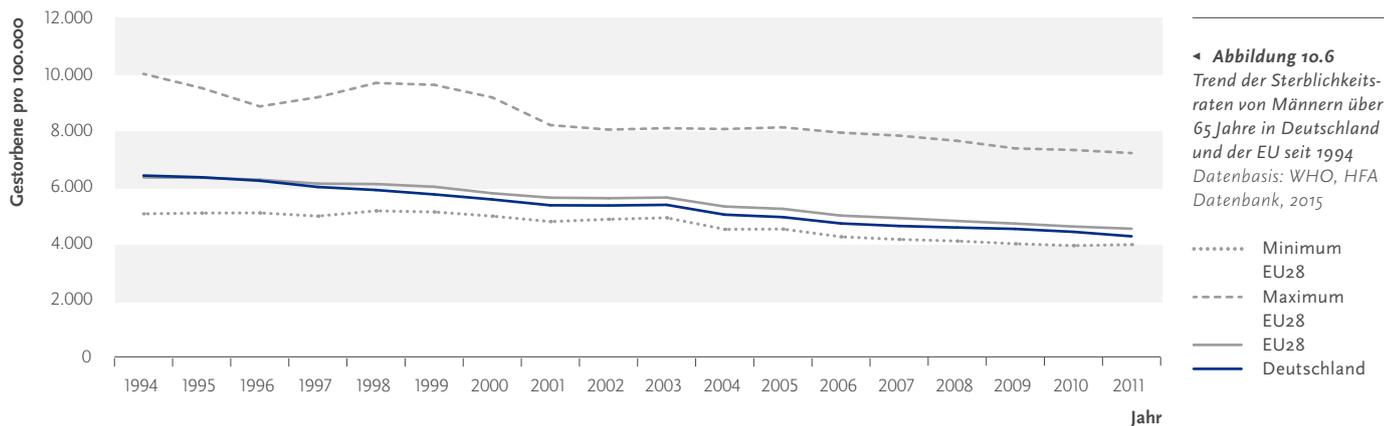
In den meisten Staaten Europas und insbesondere in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union hat der Bevölkerungsanteil älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Diese Entwicklung ist auf eine Kombination verschiedener Faktoren zurückzuführen (siehe Kapitel 9), von denen hier die niedrige Geburtenrate und die kontinuierliche Verlängerung der Lebenserwartung hervorgehoben werden sollen. Allerdings bestehen hinsichtlich der Bedeutung der beiden Faktoren und deren zeitlichem Zusammenspiel einige Unterschiede zwischen den Staaten.

In ganz Europa ist die Sterblichkeit älterer Menschen seit den 1970er-Jahren deutlich zurückgegangen [12, 20] (Abb. 10.5 und 10.6). Dies ist derzeit ein wesentlicher Faktor, der zum demografischen Wandel im Allgemeinen und der Alterung der Bevölkerung im Speziellen



◀ **Abbildung 10.5**
Trend der Sterblichkeitsraten von Frauen über 65 Jahre in Deutschland und der EU seit 1994
Datenbasis: WHO, HFA Datenbank, 2015

..... Minimum EU28
- - - - - Maximum EU28
— EU28
— Deutschland



◀ **Abbildung 10.6**
Trend der Sterblichkeitsraten von Männern über 65 Jahre in Deutschland und der EU seit 1994
Datenbasis: WHO, HFA Datenbank, 2015

..... Minimum EU28
- - - - - Maximum EU28
— EU28
— Deutschland

beiträgt. Maßgeblich für den Rückgang ist die Abnahme der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies lässt sich mit der Zunahme gesundheitsbewusster Verhaltensweisen, Prävention und besseren Behandlungsmöglichkeiten erklären [12].

Die Steigerung der Effektivität der europäischen Gesundheitssysteme einschließlich der gesundheitlichen Prävention hat wesentlich zum Prozess der Verlängerung der Lebenserwartung und damit zur Alterung der Bevölkerung der Staaten Europas beigetragen [12, 21]. Gleichzeitig stellt dieser Prozess die Gesundheitssysteme vor Herausforderungen: der Anstieg der Zahl älterer multimorbider Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden Versorgungs- und Pflegebedarf (siehe Kapitel 9) [22].

Im Zeitraum 2005 bis 2012 zeigt sich ein stabiler Trend, demzufolge die Menschen in Deutschland, wie auch in fast allen anderen EU-Staaten, ihre eigene Gesundheit zunehmend als gut oder sehr gut einschätzen (Abb. 10.7). In Irland und Schweden, den Ländern mit den höchsten Werten, bewerten acht von zehn Erwachsenen ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. In der gesamten EU sind es rund 68% der Befragten. Während die Ergebnisse für Frankreich und Italien mit jeweils 68% dem EU-Durchschnitt entsprechen, liegen sie für Deutschland mit 65% leicht darunter. Erwachsene in den zentral- und osteuropäischen EU-Staaten beurteilen ihre Gesundheit seltener als gut oder sehr gut. Die niedrigsten Anteile berichten Litauen (44%) und Kroatien (47%). Portugal ist der einzige westeuropäische EU-Staat, in dem weniger als die Hälfte der Befragten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt.

Im Jahr 2012 bejahten rund 31% der Menschen in der EU28 die Frage, ob sie von chronischen Krankheiten oder einem langandauernden Gesundheitsproblem betroffen sind (Abb. 10.8). Dieser Anteil ist seit 2005 relativ stabil geblieben. In Deutschland lag der Anteil bei 37% und damit über dem europäischen Durchschnitt. Der Wertebereich variiert in Europa beträchtlich; er reicht von knapp 19% in Bulgarien bis 47% in Finnland. In allen Ländern sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

Große Unterschiede zeigen sich nach Alter: Geben im Durchschnitt der EU27 nur rund 15% der 16- bis 44-Jährigen an, von chronischer Krankheit betroffen zu sein (Deutschland: 18%), steigt der Anteil bei den 45- bis 64-Jährigen auf 35% (Deutschland: 40%), bei den 65- bis 74-Jährigen weiter auf rund 53% (Deutschland: 58%) und erreicht in der Gruppe der über 75-Jährigen schließlich 67% (Deutschland: 70%).

10.3

10.3 SUBJEKTIVE GESUNDHEIT UND KRANKHEITEN

10.3.1 SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEIT

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands wird in den Staaten der EU seit zehn Jahren regelmäßig in Befragungssurveys erhoben. Die Befragten machen dabei Angaben zu ihrem eigenen Gesundheitszustand, dem Bestehen einer chronischen Erkrankung (siehe Abschnitt 10.3.2) und dauerhaften gesundheitsbedingten Einschränkungen. Da es sich bei allen Fragen um eine subjektive Einschätzung handelt, die vielfältigen sozialen und kultur- sowie lebensaltersspezifischen Einflüssen unterliegt, lassen sich die Ergebnisse teilweise nur eingeschränkt vergleichen.



INFOBOX 10.4 TODESURSACHENSTATISTIK

Die Todesursachenstatistik wird in allen EU-Staaten verpflichtend erstellt. Sie ist eine wichtige Grundlage für die Beobachtung und Analyse von Krankheiten und des Gesundheitszustands der Bevölkerung.

Da die Sterblichkeitsraten in den verschiedenen Ländern durch den Altersaufbau der Bevölkerung beeinflusst werden, können nur die Raten für bestimmte Altersgruppen direkt miteinander verglichen werden. Für den direkten Vergleich der Gesamtsterblichkeit aller Altersgruppen muss eine Altersstandardisierung vorgenommen werden.

INFOBOX 10.5 SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEIT

Die eigene, subjektive Einschätzung der Gesundheit eignet sich in besonderem Maße für die Erfassung in

Bevölkerungsbefragungen. Die Beobachtung dieses Indikators ist für das Gesundheitsmonitoring relevant, da die subjektive Einschätzung als verlässlicher Indikator für die zukünftige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Sterblichkeit angesehen wird [23–27].

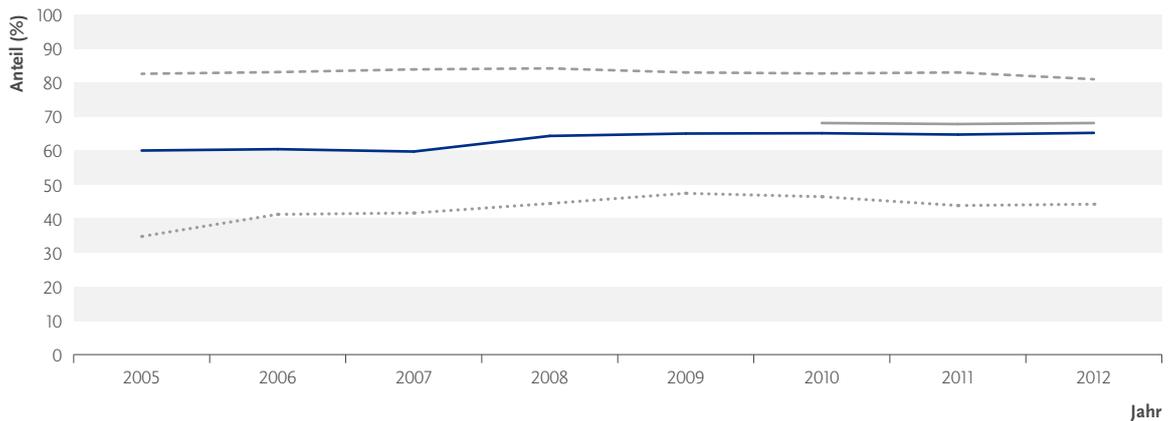
INFOBOX 10.6 SELBSTEINGESCHÄTZTE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Selbsteingeschätzte chronische Erkrankungen und langandauernde Gesundheitsprobleme sind hier definiert

als der Anteil der Befragten, die angeben, von einer chronischen Krankheit oder einem langandauernden Gesundheitsproblem betroffen zu sein. Der Indikator wird häufig zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands verwendet [28].

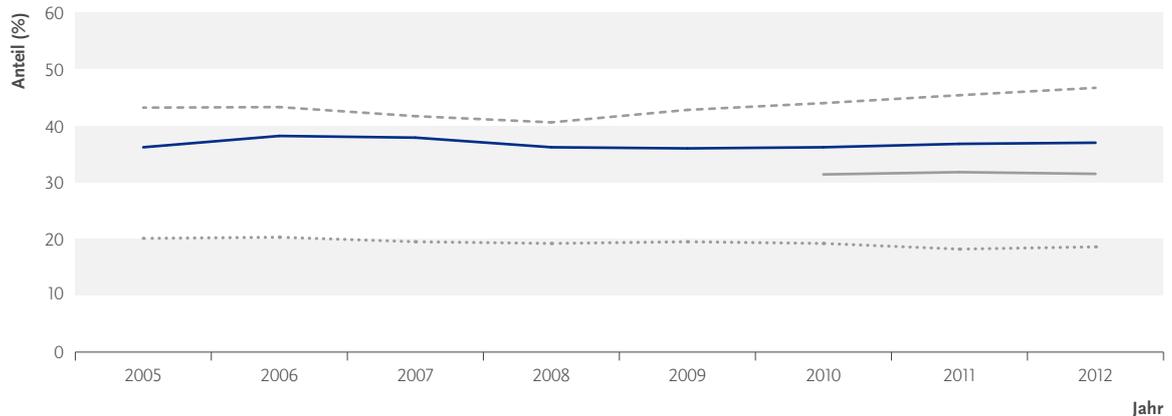
► **Abbildung 10.7**
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut und sehr gut), seit 2005
Datenbasis: Eurostat [17]

Minimum
Maximum - - - -
EU28 ———
Deutschland ———



► **Abbildung 10.8**
Anteil von Personen, die nach Selbsteinschätzung mindestens eine chronische Erkrankung oder ein langandauerndes Gesundheitsproblem haben, 2005 bis 2012
Datenbasis: Eurostat [17]

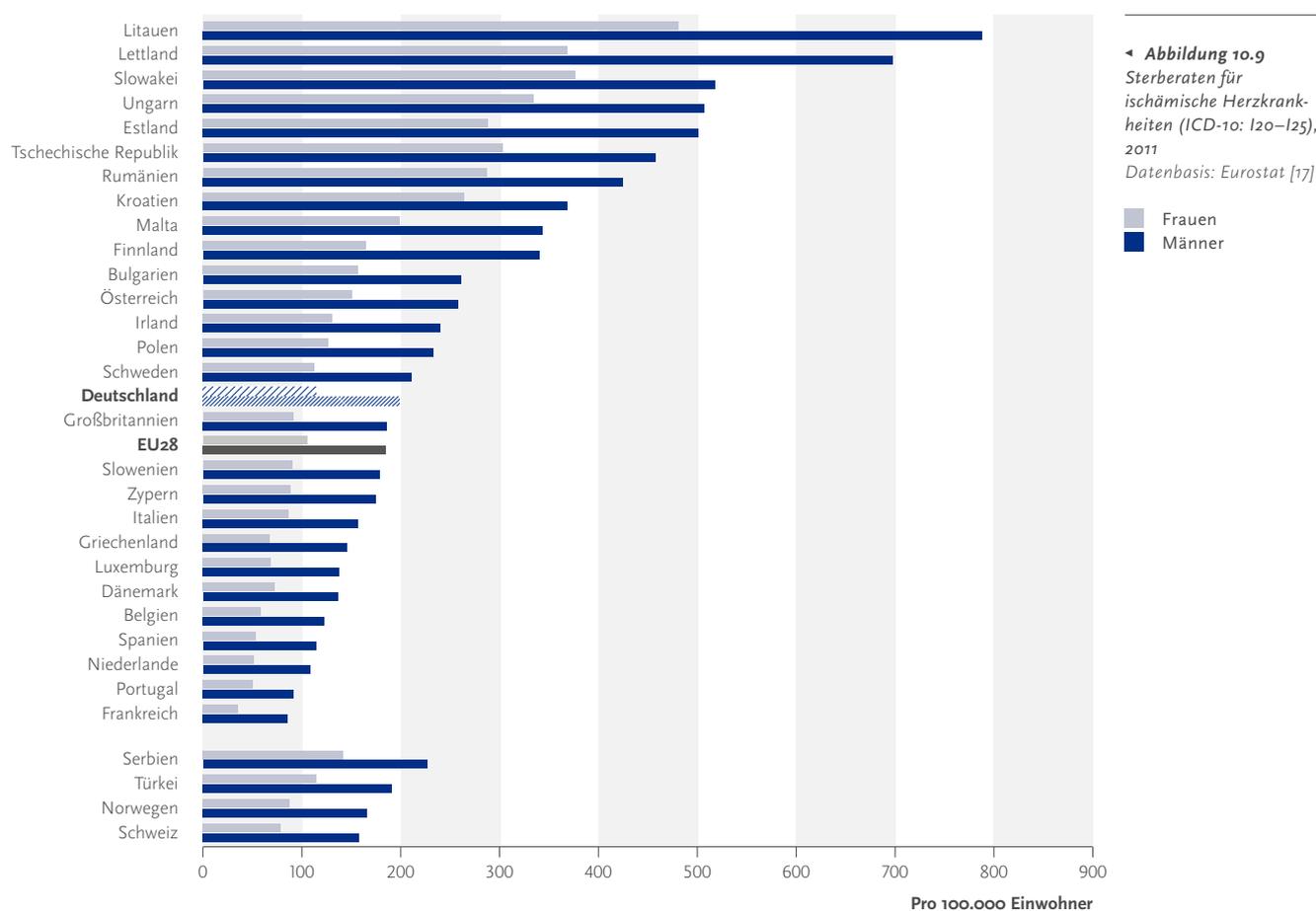
Minimum
Maximum - - - -
EU28 ———
Deutschland ———



10.3.2 AUSGEWÄHLTE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Unter dem Begriff chronische Erkrankungen werden langandauernde Krankheiten zusammengefasst, vor

allem Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, des Lungen- und Atemwegssystems, des Stoffwechsels sowie Krebserkrankungen und psychische Störungen. Sie bilden einen bedeutenden Teil der Krankheitslast der europäischen Bevölkerung.



Sie sind zum einen für die Betroffenen häufig mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden. Zum anderen stellen sie die nationalen Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen medizinischer und gesundheitsökonomischer Art [15]. Darüber hinaus lässt sich die besondere Relevanz chronischer Erkrankungen an ihren Auswirkungen für die individuelle Teilhabe am Erwerbsleben und den damit verbundenen Verlusten für die nationalen Volkswirtschaften erkennen [29]. Die Möglichkeiten der Früherkennung zahlreicher chronischer Erkrankungen und die Entwicklung besserer Behandlungsmöglichkeiten haben dazu beigetragen, dass sich die Anzahl chronisch Kranker erhöht hat, da diese früher diagnostiziert werden und länger leben als früher. Gleichzeitig zeigen sich auch die Auswirkungen des demografischen Wandels, da chronische Erkrankungen häufiger im höheren Lebensalter auftreten. Wegen des steigenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung haben die absoluten Erkrankungszahlen zugenommen.

Da die Erfassung von Daten zur Verbreitung von Krankheiten in den Staaten der EU bislang sehr unterschiedlich organisiert ist, sind direkte Vergleiche nur mit Einschränkungen möglich. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf Beispiele aus den Bereichen Herz-Kreislauf-, Krebs- und Stoffwechselerkrankungen.

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Der Oberbegriff der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen) umfasst ein Spektrum von Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße (siehe

Kapitel 2.3). Da international vergleichbare Daten zur Häufigkeit und Neuerkrankungsraten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Europa nicht standardisiert erhoben werden, beschränkt sich dieser Text auf die Ergebnisse der entsprechenden Mortalitätsstatistiken.

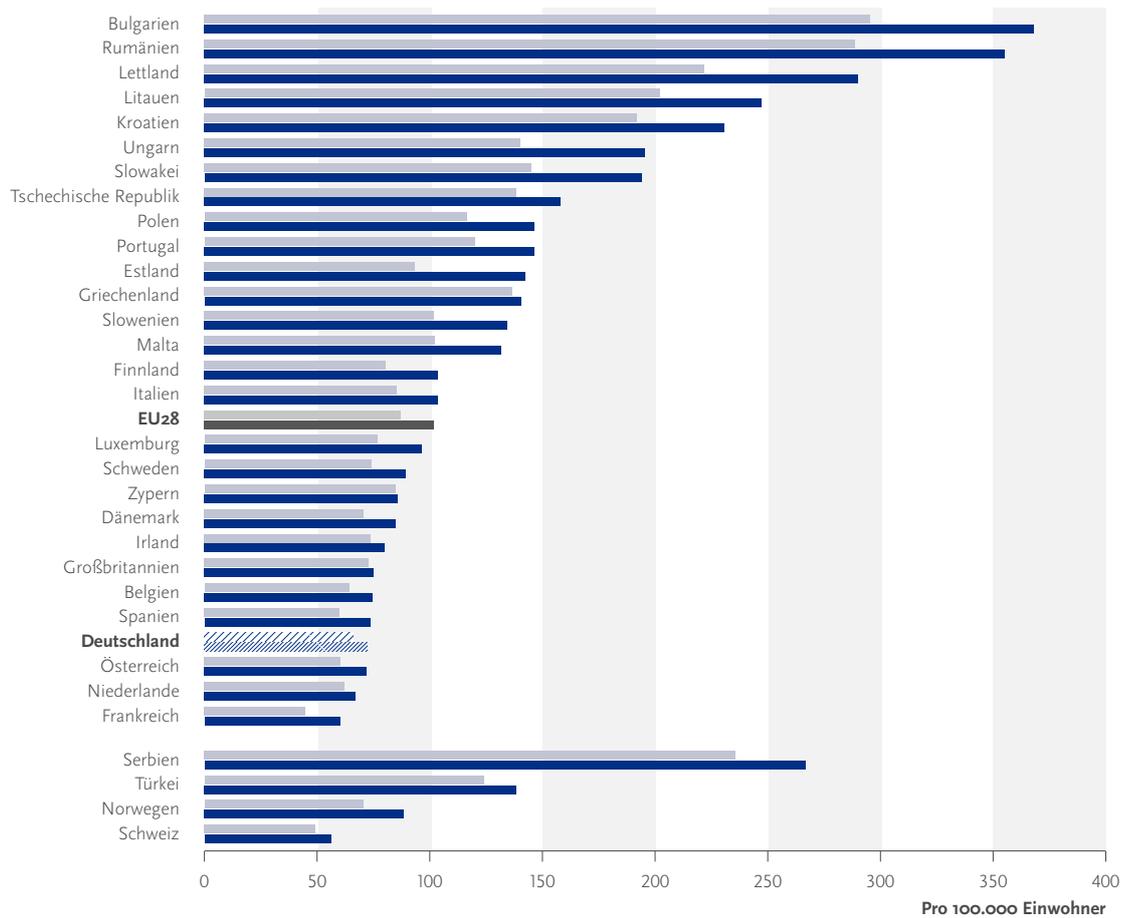
Kardiovaskuläre Krankheiten sind in fast allen Staaten der EU die häufigste Todesursache. Im Jahr 2011 waren fast 40% aller Todesfälle in der EU auf sie zurückzuführen [16]. Ischämische Herzkrankheiten (vor allem Herzinfarkt) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (vor allem Schlaganfall) sind dabei mit 60% der kardio- und zerebrovaskulären Todesfälle die dominierenden Einzelursachen; sie waren 2011 für rund ein Viertel aller Todesfälle in der EU verantwortlich.

Die höchsten Sterberaten für ischämische Herzkrankheiten werden dabei aus den baltischen Staaten berichtet (Abb. 10.9). Die niedrigsten Raten melden unter anderem Frankreich, Portugal und die Niederlande. Dabei sind in allen Staaten die Sterberate für Männer wesentlich höher als die für Frauen – 2011 waren sie im Durchschnitt der EU-Staaten doppelt so hoch.

Auch bei den zerebrovaskulären Krankheiten (Abb. 10.10) ergeben sich die höchsten Sterberaten in den baltischen und einigen zentraleuropäischen Staaten. Die niedrigsten Raten werden unter anderem in Frankreich, den Niederlanden, Irland und Zypern beobachtet. Der Unterschied bei den geschlechtsspezifischen Sterberaten ist beim Schlaganfall wesentlich geringer als bei ischämischen Herzkrankheiten. Die Raten für Männer sind aber auch bei diesen Erkrankungen höher als die für Frauen.

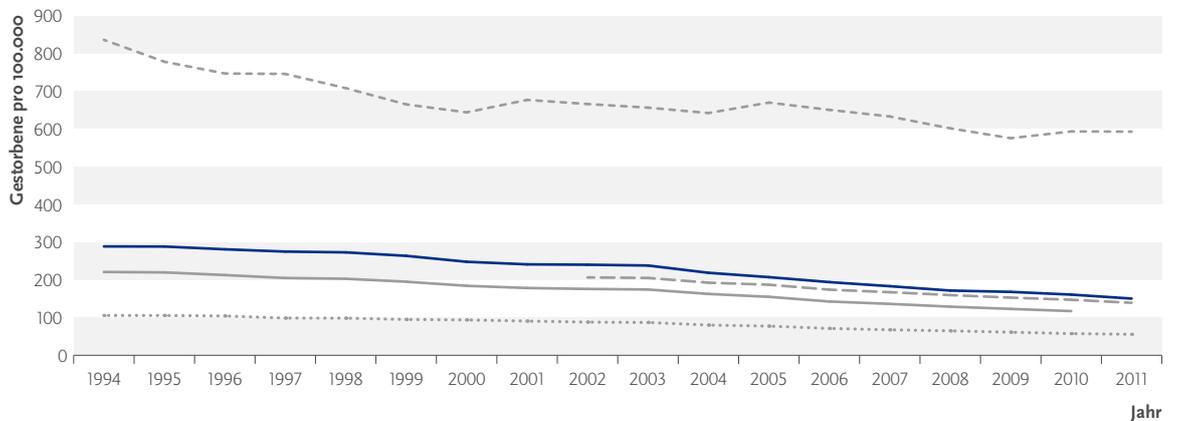
► **Abbildung 10.10**
Sterblichkeit
zerebrovaskuläre
Erkrankungen
(ICD-10: I60–I69)
im Jahr 2011
Datenbasis: Eurostat [17]

Frauen ■
Männer ■



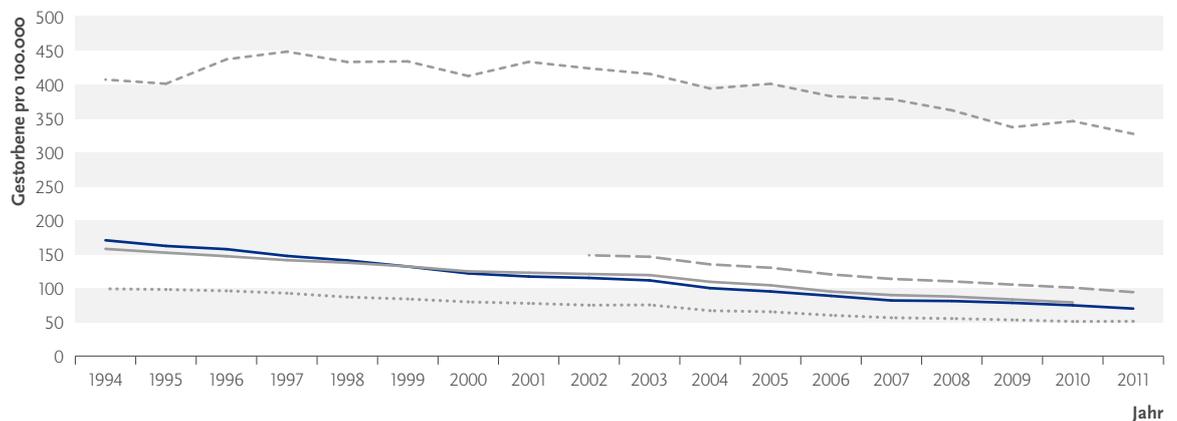
► **Abbildung 10.11**
Trend der Sterblichkeits-
rate ischämische
Herzkrankheiten 1994 bis
2011, altersstandardisiert
Datenbasis: Eurostat [17]

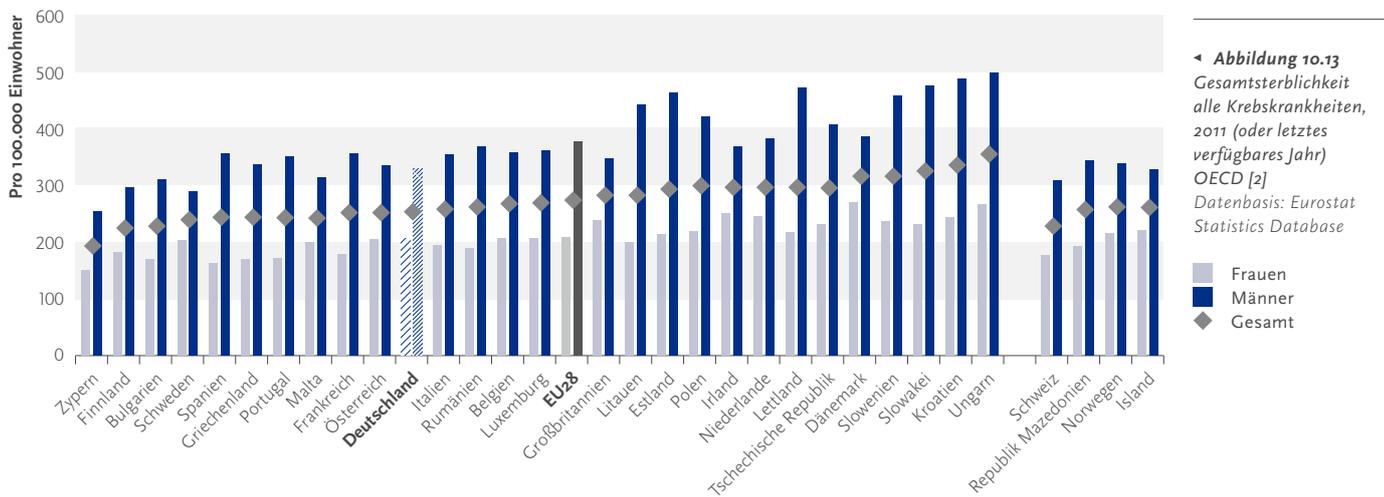
Minimum
Maximum - - - -
Europäische
Union (Durchschnitt
28 Länder) - - - -
Europäische
Union (Durchschnitt
15 Länder,
bis 2004) ———
Deutschland ———



► **Abbildung 10.12**
Sterblichkeitsrate
zerebrovaskuläre
Krankheiten 1994 bis 2011, alters-
standardisiert
Datenbasis:
Eurostat [17]

Minimum
Maximum - - - -
Europäische
Union (Durchschnitt
28 Länder) - - - -
Europäische
Union (Durchschnitt
15 Länder) ———
Deutschland ———





◀ **Abbildung 10.13**
Gesamtsterblichkeit
alle Krebskrankheiten,
2011 (oder letztes
verfügbares Jahr)
OECD [2]
Datenbasis: Eurostat
Statistics Database

Seit Mitte der 1990er-Jahre haben die Sterblichkeitsraten für ischämische Herzkrankheiten (Abb. 10.11) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (Abb. 10.12) in fast allen Staaten der EU abgenommen. Bei den ischämischen Herzkrankheiten wurden die größten Abnahmen (um 50%) in Dänemark, den Niederlanden, Irland und Großbritannien beobachtet. Auch bei den zerebrovaskulären Krankheiten ist im gleichen Zeitraum und insbesondere seit 2003 ein Rückgang zu beobachten. Dabei sind die Raten in Estland, Österreich und Portugal um rund 60% zurückgegangen.

KREBSERKRANKUNGEN

Krebserkrankungen sind in Deutschland, wie in allen Staaten der EU, eine dominierende Ursache von Morbidität und Mortalität (siehe Kapitel 2.4). Auch im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung, also Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation, und deren Kosten sind Krebserkrankungen von vorrangiger Bedeutung. Sie wirken sich auch auf weitere gesundheitsökonomische Aspekte deutlich aus, wie den Produktivitätsverlust infolge krankheitsbedingter Arbeitszeitverluste.

Für den Vergleich der Neuerkrankungsraten werden Daten des Europäischen Netzwerks der Krebsregister herangezogen. Diese basieren auf den Daten nationaler und regionaler Krebsregister und werden auch für die internationale Berichterstattung der WHO und OECD genutzt [30].

Nach aktuellen Schätzungen der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) und des Europäischen Netzwerks der Krebsregister (ENCR) wurden im Jahr 2012 in der Europäischen Union (EU27) rund 2,6 Millionen neue Krebsfälle registriert (alle Krebsarten außer Hautkrebsarten vom Nicht-Melanom-Typ), von denen 46% bei Frauen und 54% bei Männern auftraten [31]. Die häufigsten Krebsarten waren Prostatakrebs, Darmkrebs sowie Brust- und Lungenkrebs. Diese Häufigkeitsverteilung findet sich auch bei Krebsneuerkrankungen in Deutschland [32].

Zwischen den europäischen Staaten bestehen deutliche regionale Unterschiede, wobei die nord- und westeuropäischen Länder die höchsten Neuerkrankungsraten aufweisen. Für das Jahr 2012 werden in Dänemark, Frankreich, Belgien, Norwegen, Irland und den Niederlanden über 300 Fälle je 100.000 Einwohner

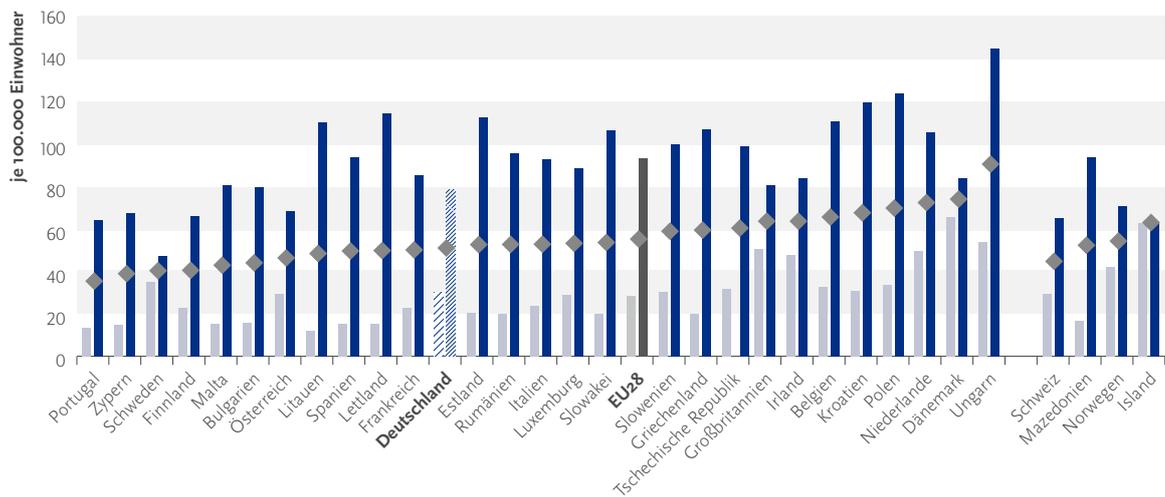
berichtet. Niedrigere Neuerkrankungsraten (unter 250 Fälle je 100.000 Einwohner) ergeben sich in einigen südeuropäischen Staaten (Zypern, Malta, Portugal, Spanien) sowie in einer Reihe mittel- und osteuropäischer Staaten (Rumänien, Polen, Bulgarien, Estland und Lettland). Allein Griechenland liegt mit 163 Fällen je 100.000 Einwohner bei einer Neuerkrankungsrate von unter 200 Fällen. Die durchschnittliche Neuerkrankungsrate der 28 EU-Mitgliedstaaten liegt bei 266 Fällen je 100.000 Einwohner. Mit 283 Fällen je 100.000 Einwohner liegt Deutschland über diesem Durchschnitt [33].

Krebserkrankungen sind in Europa die zweithäufigste Todesursache. Die verfügbaren Daten der Todesursachenstatistik für die EU zeigen, dass im Jahr 2011 24% aller Todesfälle in den Ländern der EU auf Krebserkrankungen zurückgeführt werden können. Die niedrigsten Krebssterblichkeitsraten wurden in Zypern, Finnland, Bulgarien, Schweden und der Schweiz beobachtet – mit weniger als 250 Todesfällen je 100.000 Einwohner (Abb. 10.13). Die höchsten Sterblichkeitsraten gab es in zentraleuropäischen Staaten wie Slowenien, der Slowakei, Kroatien und Ungarn, in denen die Raten bei bis zu 300 Todesfällen je 100.000 Einwohner und darüber lagen. Die Gesamt-Krebssterblichkeitsraten in Deutschland liegen mit 206 je 100.000 bei Frauen und 330 je 100.000 bei Männern im unteren Drittel der EU-Staaten.

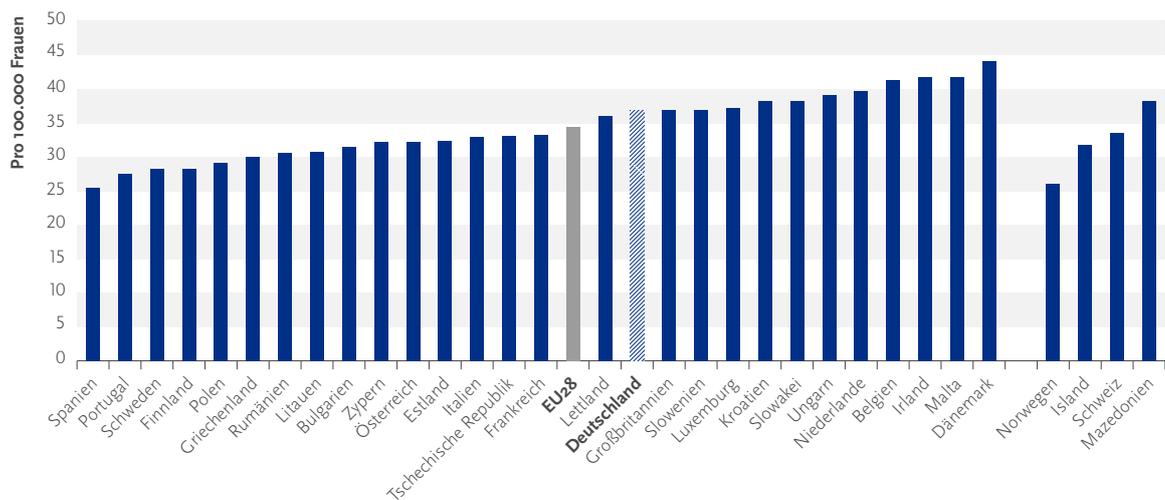
Die Gesamtsterblichkeitsraten für Krebskrankheiten sind in allen EU-Staaten bei den Männern höher als bei den Frauen. Besonders ausgeprägt ist der Geschlechterunterschied in den baltischen Staaten (Lettland, Litauen, Estland), Portugal, Spanien und der Slowakei. Dieser Unterschied kann größtenteils auf die höhere Prävalenz von Risikofaktoren wie Tabakkonsum bei Männern zurückgeführt werden. Aber auch die geringere Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen bei »männertypischen« Krebserkrankungen, die zu geringeren Überlebensraten nach der Diagnose führen können, tragen dazu bei [2].

Lungenkrebs ist nach wie vor eine der häufigsten Krebserkrankungen, an der Männer in den EU-Staaten versterben. Die höchsten Sterblichkeitsraten für Lungenkrebs (Abb. 10.14) wurden 2011 in baltischen und zentraleuropäischen Staaten beobachtet. In all diesen Ländern waren und sind die Raucheranteile bei Männern relativ hoch (siehe Kapitel 10.4.1). In Ländern mit annähernd

► **Abbildung 10.14**
Sterblichkeit an
Lungenkrebs, 2011
(oder letztes
verfügbares Jahr)
Datenbasis: Eurostat
Statistics Database
OECD [2]



► **Abbildung 10.15**
Sterblichkeit an
Brustkrebs, 2011
Datenbasis: Eurostat
Statistics Database
OECD [35]



gleichen Raucherquoten bei Männern und Frauen, wie etwa in Dänemark und Island, haben sich auch die Sterberaten durch Lungenkrebs angeglichen. In Deutschland ist Lungenkrebs bei Frauen und Männern die dritthäufigste Krebserkrankung. Die geschlechtsspezifischen Sterberaten in Deutschland lagen bei Männern mit 77 Todesfällen je 100.000 und 30 Todesfällen je 100.000 Frauen im unteren Drittel der EU-Staaten (Abweichungen zu den in Kapitel 2.4 dargestellten Mortalitätsraten erklären sich durch unterschiedliche Verfahren bei der Altersstandardisierung). In dieser Verteilung spiegelt sich ebenfalls das unterschiedliche Rauchverhalten von Männern und Frauen in Deutschland wider.

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen in allen Staaten der EU [2, 34]. Im Jahr 2008 war Brustkrebs für rund 30 % der Krebsneuerkrankungen bei Frauen verantwortlich und 2011 für 16 % der Krebstodesfälle. Während in den vergangenen zehn Jahren ein leichter Anstieg der Brustkrebsneuerkrankungen zu beobachten war, sind die Sterberaten stabil geblieben oder sogar leicht zurückgegangen. Dies deutet auf steigende Überlebensraten infolge einer besseren Früherkennung und Behandlung hin. Die niedrigsten Sterberaten durch Brustkrebs werden in Spanien, Portugal, Schweden, Finnland und Polen mit unter 30 Todesfällen je 100.000 Frauen berichtet (Abb. 10.15). Die höchsten Raten weisen Dänemark, Malta, Irland und Belgien mit über 40 Todesfällen je 100.000 Frauen auf. In Deutschland lag

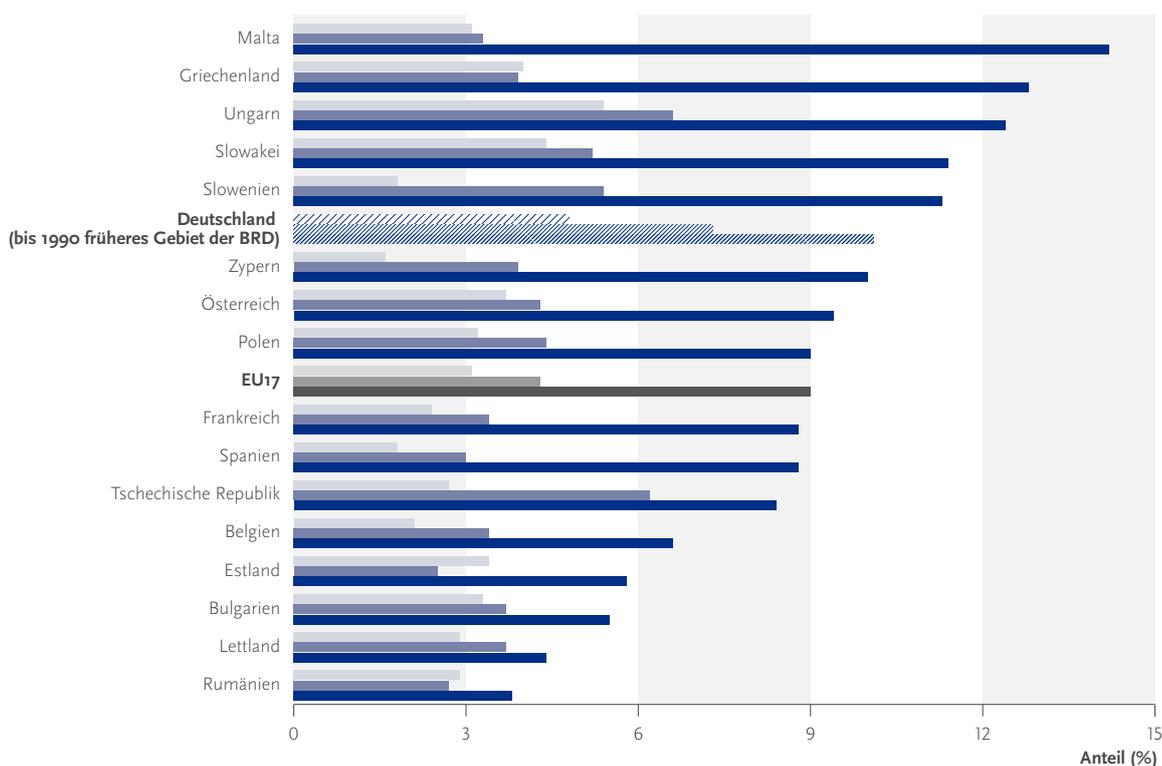
die Rate mit 37 Todesfällen je 100.000 Frauen über dem Durchschnittswert der EU-Staaten von 35 Todesfällen je 100.000 Frauen.

DIABETES MELLITUS

Sowohl in Deutschland als auch in Europa ist Diabetes mellitus eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen (siehe Kapitel 2.5, [36]). Die hier vorgestellten Daten für die Häufigkeit einer ärztlich diagnostizierten Diabeteserkrankung basieren unter anderem auf den Ergebnissen der europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS). Diese und vergleichbare Zahlen aus nationalen Gesundheits-surveys zu Diabetes mellitus liegen für 21 EU-Staaten und die Schweiz vor. Für den Durchschnitt der 22 europäischen Länder ergibt sich für selbstberichtete Diabetes-Erkrankungen (Typ 1 und Typ 2) eine Häufigkeit (Prävalenz) von 5,2 % für Frauen und 5,1 % für Männer.

Die Häufigkeit des selbstberichteten Diabetes variiert in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen zwischen 1,9 % in Rumänien und 5 % in Ungarn. Im Durchschnitt sind in dieser Gruppe rund 3 % der Bevölkerung an Diabetes mellitus erkrankt. Deutschland liegt in der Altersgruppe der 18- bis unter 65-Jährigen mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 4,1 % im Jahr 2010 (2,1 Mio. Erkrankte) über diesem europäischen Durchschnitt.

Erwartungsgemäß zeigt sich ein starker Anstieg der Häufigkeit von Diabetes mellitus im höheren Alter. So liegt die durchschnittliche Diabetesprävalenz der 22 Län-



◀ **Abbildung 10.16**
 Personen mit Diabetes mellitus nach Bildungsabschluss
 Datenbasis: EHIS 1, HEIDI-Tool, Eurostat [39], eigene Berechnungen

Bildungsgruppe:
 Obere
 Mittlere
 Untere

der in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei 14,3%. Im Ländervergleich weisen Griechenland (20,4%) und die Slowakei (24,1%) die höchsten Prävalenzen auf. Die für Deutschland erhobene 1-Jahres-Prävalenz von 17,4% im Jahr 2010 (2,9 Mio. Erkrankte) liegt im oberen Drittel des Ländervergleichs. Die niedrigsten Raten werden aus Irland (6%) und Rumänien (8,7%) berichtet. Bei den unterschiedlichen Prävalenzraten des Diabetes mellitus muss jedoch berücksichtigt werden, dass Arztkonsultationen in den einzelnen Staaten sowie routinemäßige Untersuchungen des Blutzuckers unterschiedlich häufig durchgeführt werden. Dies kann einen Beitrag zu den beobachteten Unterschieden leisten.

Wie bei den meisten chronischen Erkrankungen, so zeigen sich auch beim Diabetes mellitus deutliche Prävalenzunterschiede in Personengruppen mit unterschiedlichem Sozialstatus. Demnach ist in der niedrigen Bildungsgruppe durchgängig eine höhere Diabeteshäufigkeit zu beobachten als in der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Derartige Bildungsunterschiede im Auftreten von Diabetes mellitus wurden bereits in einer Vielzahl sozialepidemiologischer Studien nachgewiesen [37, 38], und sie zeigen sich auch in den Daten der ersten EHIS-Welle (2006–2010). So steigt die durchschnittliche Prävalenz des diagnostizierten Diabetes in den teilnehmenden Ländern (alle Altersgruppen) von 3,1% in der oberen Bildungsgruppe auf 9% in der unteren Bildungsgruppe. Mit 4,8% in der oberen und 10,1% in der unteren Bildungsgruppe lag Deutschland für das Jahr 2010 in allen Bildungsgruppen über dem Durchschnitt der teilnehmenden Länder. Die höchsten Diabetes-Prävalenzen und gleichzeitig die größten Differenzen zwischen den unteren und oberen Bildungsgruppen fallen in Malta (3,1% zu 14,2%), Slowenien (1,8% zu 11,3%), Griechenland (4% zu 12,8%) und Zypern (1,8% zu 10%) auf (Abb. 10.16). In Deutschland ist die Diabetesprävalenz

in der unteren Bildungsgruppe ungefähr doppelt so hoch (10,1%) wie in der oberen (4,8%); im europäischen Durchschnitt liegt sie um fast das Dreifache höher.

Für die vermeidbaren Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes wie Übergewicht, Adipositas und mangelnde körperliche Aktivität ist in vielen Ländern ein weiterer Anstieg zu verzeichnen [16].

10.4 RISIKOFAKTOREN

Gesundheit wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst (siehe Kapitel 3). Wegen dieser Vielfalt lassen sich nicht alle Gesundheitsfaktoren an dieser Stelle vollständig darstellen. Daher werden individuelle Gesundheitsdeterminanten präsentiert, die von vorrangiger Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung sind und für die vergleichbare internationale beziehungsweise europäische Daten vorliegen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Faktoren, die mit dem Lebensstil zusammenhängen: Tabak- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht und Adipositas.

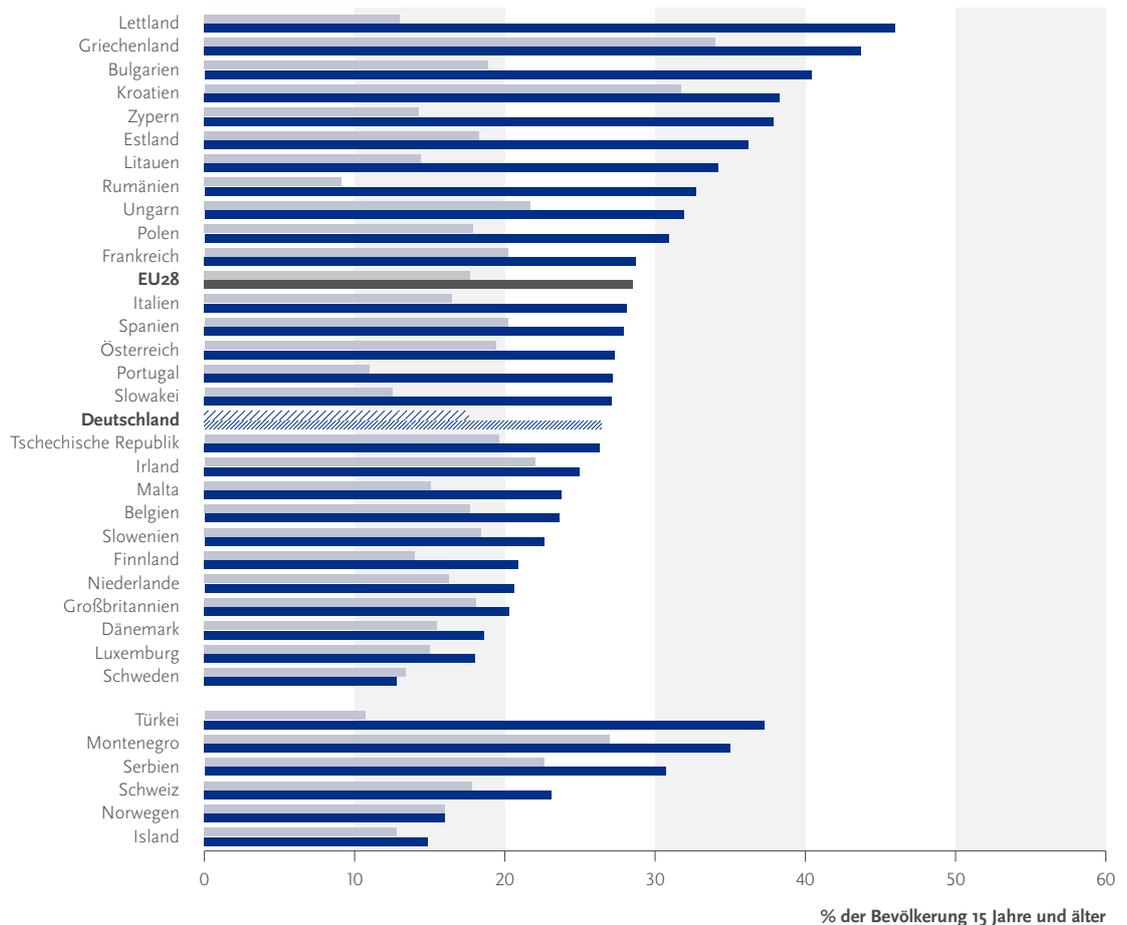
10.4.1 TABAKKONSUM

Tabakkonsum ist der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für die Gesundheit. Er erhöht das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Lungenkrebs sowie Karzinome des Mund- und Rachenraums. Rauchen verursacht periphere Gefäßkrankheiten sowie Bluthochdruck und trägt in bedeutendem Maß zur Entstehung von chronischen Erkrankungen der Atemwege (COPD) bei (siehe Kapitel 3.11.1)

Tabakkonsum ist zudem ein vorrangiger Risikofaktor für einige der führenden Todesursachen in Europa: sowohl für Herz-Kreislauf- als auch für Krebserkrankungen. Im Vergleich der sechs WHO-Regionen

10.4

► **Abbildung 10.17**
Anteil der Rauchenden,
2012 (oder zuletzt
verfügbares Jahr)
 Datenbasis: OECD
 Health Statistics 2014,
 ergänzt durch Eurostat
 Database (EHIS) und
 WHO European Health
 for All Database, eigene
 Berechnungen



(Afrika, Amerika, Europa, Südostasien, östlicher Mittelmeerraum, westlicher Pazifikraum) verzeichnet die Europäische Region, die 53 Mitgliedstaaten umfasst, mit ca. 22 % der Frauen und 41 % der Männer zurzeit den höchsten Anteil an Raucherinnen und Rauchern in der Bevölkerungsgruppe der über 15-Jährigen [40]. Die Amerikanische Region und die Europäische Region der WHO weisen die weltweit höchsten Raten tabakbedingter Todesfälle auf [41]. In Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens [42, 43]

TABAKKONSUM BEI ERWACHSENEN

Zwischen den Mitgliedstaaten der EU variiert der Anteil regelmäßiger Raucherinnen und Raucher unter den Erwachsenen beträchtlich, und nur in neun der 28 EU-Staaten liegt die Raucherquote bei den Erwachsenen unter 20 %. Die niedrigsten Prävalenzen melden Schweden, Dänemark, Finnland und Luxemburg. In Deutschland lag der Anteil der Rauchenden im Jahr 2012 bei 21,9 %. Die Länder mit den höchsten Raucherquoten sind Griechenland (38,9 %), Kroatien (35,0 %), Bulgarien (29,2 %) und Lettland (27,9 %).

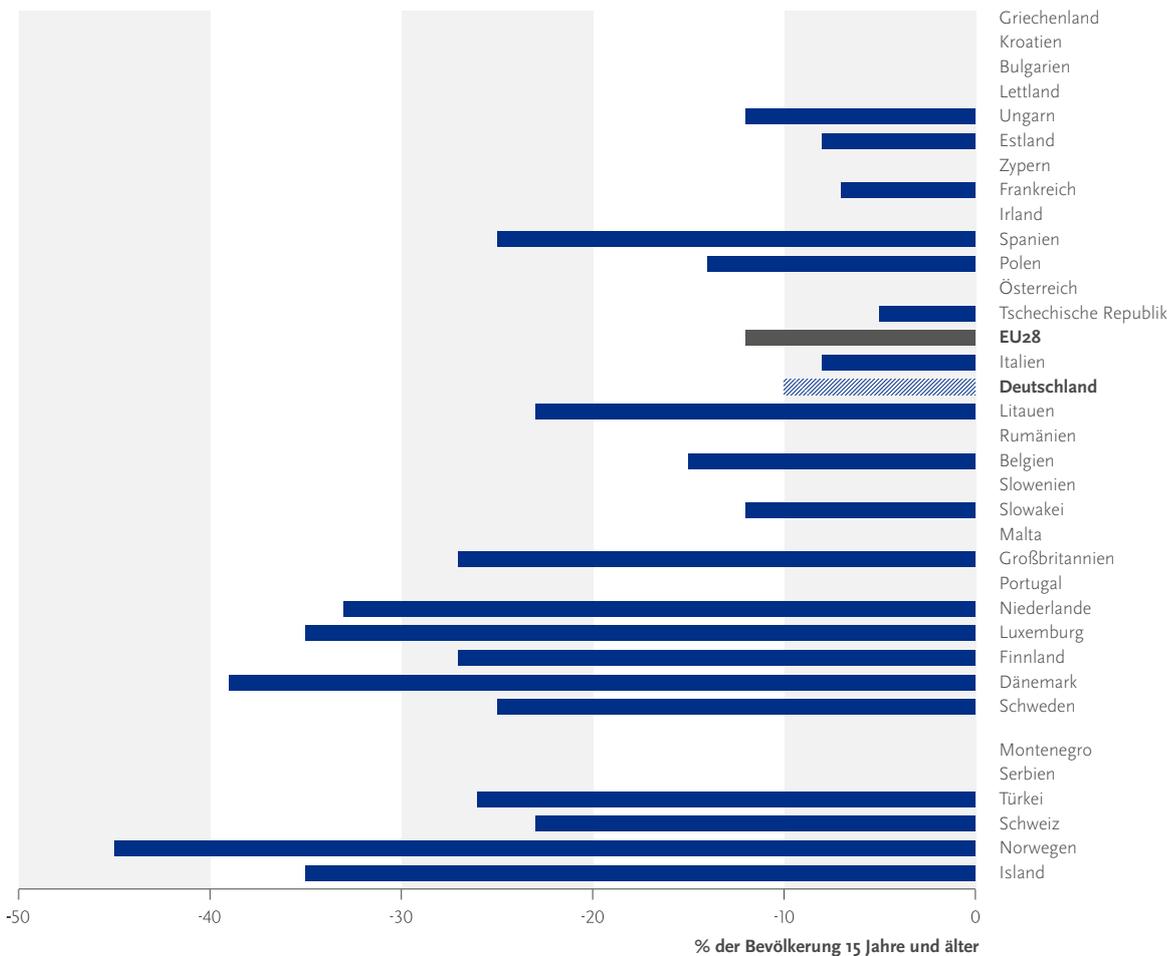
Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so ist in fast allen europäischen Ländern der Anteil an Rauchenden unter Männern höher als unter Frauen. Von dieser Verteilung weichen nur Schweden (13,4 % Frauen und 12,8 % Männer) und Norwegen (Männer und Frauen jeweils 16 %) ab. (Abb. 10.17). In Deutschland beträgt die Differenz fast 9 % zu Lasten der Männer.

Zwar bestehen zwischen den EU-Staaten große Unterschiede hinsichtlich der Raucherquoten, als gemeinsamer Trend ist jedoch zu beobachten, dass der Anteil von Tabakkonsumenten in den meisten dieser Länder zurückgeht (Abb. 10.18). So ist seit dem Jahr 2002 ein durchschnittlicher relativer Rückgang in der EU um 12 % zu verzeichnen; dies entspricht einem absoluten Rückgang von 25,8 % auf 22,8 % [16]. In Deutschland kam es im Zeitraum von 2003 bis 2009 zu einem relativen Rückgang um 10 %. Die stärkste Abnahme des relativen Raucher-Anteils in der EU kann in Dänemark (-39 %) beobachtet werden.

Der Rückgang des Raucher-Anteils fällt bei Männern deutlicher aus als bei Frauen. Die WHO spricht von einem alarmierenden Anstieg der Raucherquote bei Frauen und Mädchen [44]. Der Trend des Anstiegs ist in Deutschland in dieser Form nicht zu beobachten. Mit rund 18 % liegt der Anteil der Raucherinnen in Deutschland aktuell im Durchschnitt der EU-Staaten [16]. In der Gruppe der über 15-Jährigen stellt sich in den letzten Jahren in Deutschland darüber hinaus ein Rückgang des Anteils der Raucherinnen von 19,1 % (2003) auf 17,1 % (2013) dar [45].

TABAKKONSUM BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

International vergleichbare Daten über den regelmäßigen Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen werden in der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) [46] erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der 15-Jährigen, die mindestens einmal wöchent-



◀ **Abbildung 10.18**
Relative Änderung der
Raucherrate 2000 bis
2012 (oder zuletzt
verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]

lich rauchen, erheblich zwischen den teilnehmenden Staaten variiert (Abb. 10.19). Der höchste Prozentsatz unter den EU-Staaten findet sich in Litauen (Mädchen 21 %, Jungen 34 %), der niedrigste in Großbritannien (Mädchen 14 %, Jungen 10 %). In den Nichtmitgliedstaaten liegt Island am unteren Ende der Skala (Mädchen 7 %, Jungen 9 %), am höchsten ist der Anteil in Kroatien (Mädchen 25 %, Jungen 27 %). In Deutschland geben nach dieser Studie 15 % der 15-Jährigen an, regelmäßig mindestens einmal pro Woche zu rauchen. Sowohl der Gesamtanteil rauchender 15-Jähriger als auch die geschlechterbezogenen Anteile in Deutschland liegen somit leicht unter dem Durchschnittswert der Länder der HBSC-Studie (Gesamt 17 %, Mädchen 17 %, Jungen 19 %). Einige Länder berichten einen geringfügig höheren Anteil an rauchenden Mädchen. Allerdings beträgt diese Differenz nur in Spanien und der Tschechischen Republik mehr als 5 %. Insgesamt ist der Anteil regelmäßiger Konsumenten unter den 15-Jährigen bei den Jungen höher als bei den Mädchen. In Lettland, Litauen und Rumänien liegt die Differenz der geschlechtsspezifischen Prävalenzen bei 10 % und mehr.

10.4.2 ALKOHOLKONSUM

Übermäßiger Konsum von Alkohol geht mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl von körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen einher (siehe Kapitel 3.13). Alkoholkonsum gehört nach Angaben der WHO neben Tabakkonsum und Bluthochdruck zu den

größten Gesundheitsrisiken in Europa [47]. Vor diesem Hintergrund wird Alkoholkonsum als eines der wichtigsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken angesehen.

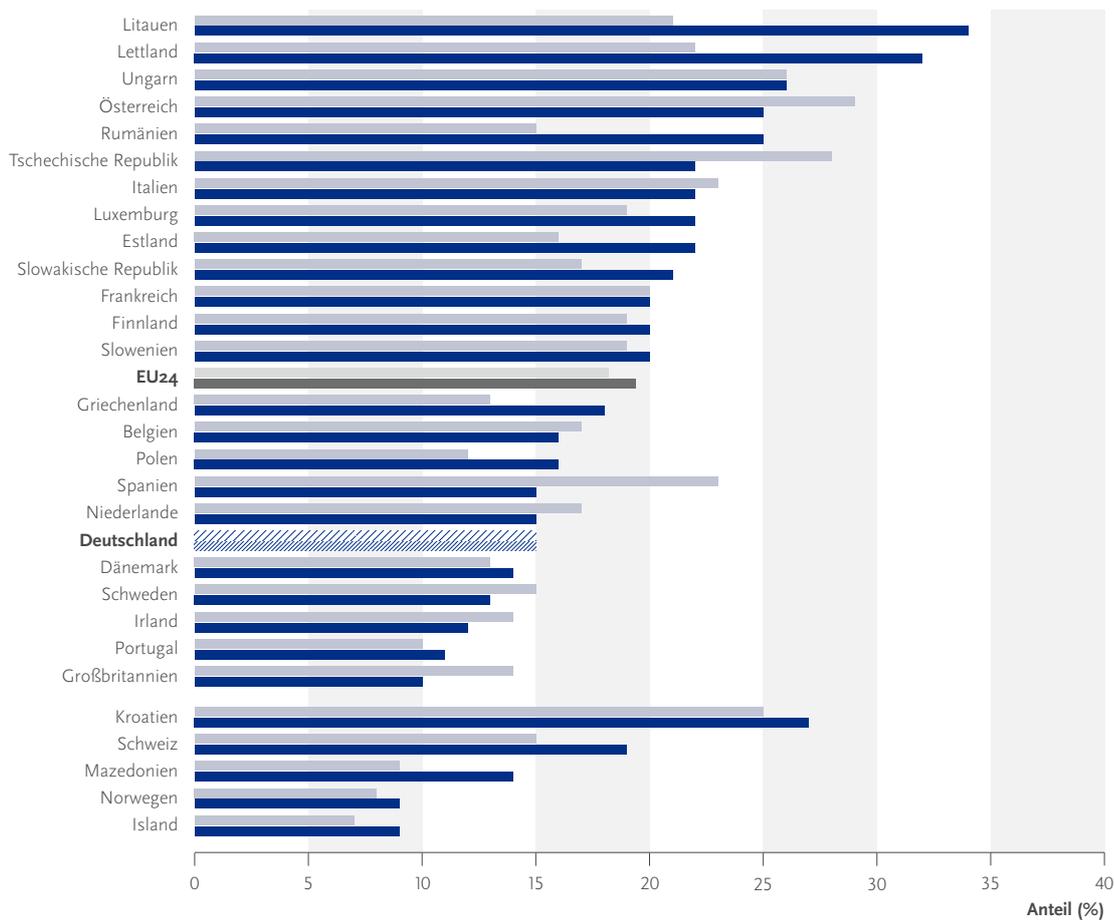
Die europäische Region der WHO zeichnet sich durch den höchsten Alkoholkonsum weltweit aus [16]. Als einer der wichtigsten Indikatoren zur Vorhersage alkoholbezogener gesundheitlicher und sozialer Probleme in der Bevölkerung gilt der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke [48]. Derzeit stehen für europäische Vergleiche nicht für alle Staaten Angaben zu Konsummengen aus Surveys zur Verfügung. Daher wird vorrangig Bezug auf Verkaufszahlen und aggregierte Informationen aus nationalen Datenquellen genommen. Diese Daten lassen jedoch keine differenzierten Auswertungen hinsichtlich einzelner Bevölkerungsgruppen zu.

ALKOHOLKONSUM BEI ERWACHSENEN

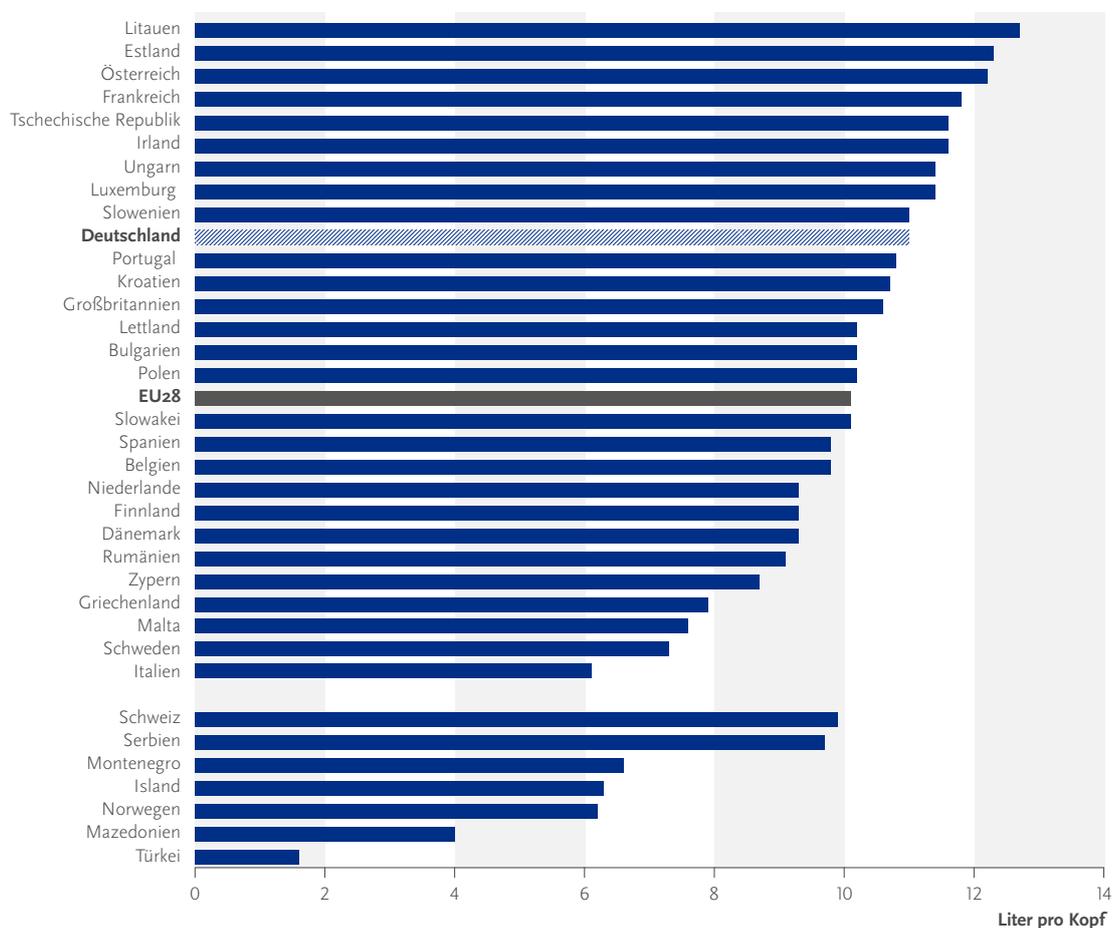
Der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum eines Erwachsenen in den EU-Mitgliedstaaten betrug nach Angaben der OECD im Jahr 2012 (oder letztes verfügbares Datenjahr) 10,1 Liter reinen Alkohol (Abb. 10.20). Deutschland liegt mit einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von 11 Litern über diesem Durchschnitt [16]. Der höchste Pro-Kopf-Konsum wurde mit ca. 13 Litern für Litauen beobachtet. Wesentlich niedrigere Konsummengen zeigen sich in Italien, Schweden, Malta und Griechenland mit unter 8 Litern. In der Gruppe der Nicht-EU-Länder (EU-Beitrittskandidaten, Länder der europäischen Freihandelsassoziation) sticht die Türkei mit einem besonders niedrigen Konsum von 1,4 Litern pro Kopf hervor.

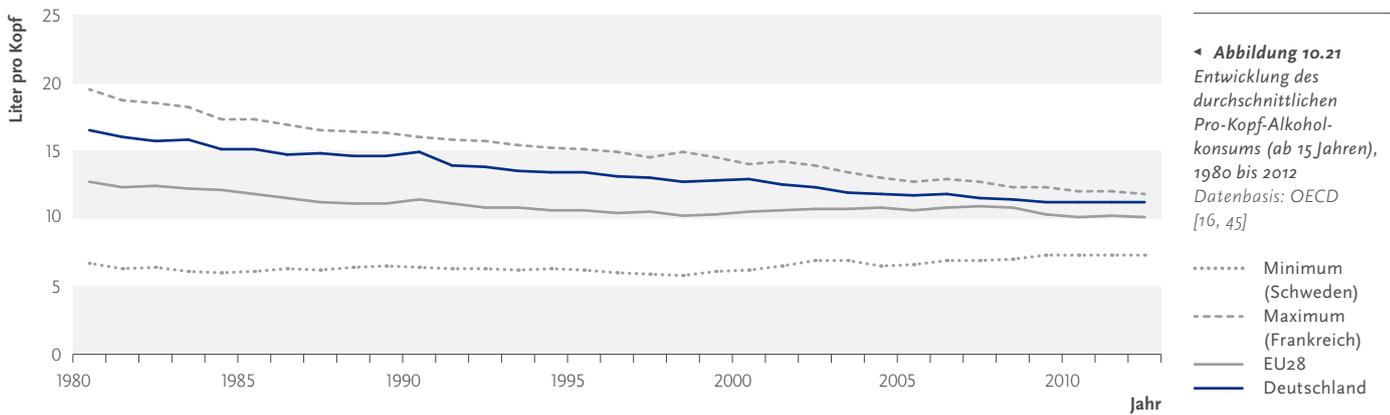
► **Abbildung 10.19**
 Anteil der 15-Jährigen,
 die mindestens einmal
 wöchentlich rauchen
 Datenbasis:
 HBSC-Studie [46],
 eigene Berechnungen

Mädchen ■
 Jungen ■



► **Abbildung 10.20**
 Durchschnittlicher
 Pro-Kopf-Alkoholkonsum
 (ab 15 Jahren),
 2012 (oder zuletzt
 verfügbares Jahr)
 Datenbasis: OECD [16]





◀ **Abbildung 10.21**
Entwicklung des durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums (ab 15 Jahren), 1980 bis 2012
Datenbasis: OECD [16, 45]

Im zeitlichen Verlauf hat sich der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in Deutschland, wie auch in den meisten anderen EU-Staaten in den letzten drei Jahrzehnten verringert (Abb. 10.21). So betrug der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in Deutschland im Jahr 1980 noch 16,5 Liter reinen Alkohol, in 2013 nur noch 11,0 Liter [45]. Am stärksten zeigt sich der Rückgang in Ländern mit einem sehr hohen Ausgangsniveau, wie z. B. in Frankreich, wo in den frühen 1980ern ein Pro-Kopf-Konsum von beinahe 20 Litern berichtet wurde. In Ländern wie Schweden, wo der Konsum mit ca. 6 Litern von jeher verhältnismäßig niedrig war, konnten nur geringe Veränderungen, teilweise jedoch sogar steigende Tendenzen (z. B. in Finnland und Irland) beobachtet werden [16].

Die Betrachtung des Pro-Kopf-Konsums erlaubt zwar die Beobachtung zeitlicher Trends im Konsumverhalten, lässt jedoch keine Identifizierung von Risikogruppen für schädlichen Konsum zu. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen bieten die Möglichkeit, verschiedene Trinkmuster in der Bevölkerung detailliert zu beschreiben und nach soziodemografischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht auszuwerten (siehe Kapitel 3.13). Ein wichtiger Indikator ist in diesem Zusammenhang das so genannte Rauschtrinken (definiert als exzessiver Alkoholkonsum bei einer Gelegenheit). Daten der WHO zufolge lag die Prävalenz des Rauschtrinkens im Jahr 2010 im Schnitt bei 16,5 % in den Staaten der WHO-Europaregion. Mit 12,5 % liegt Deutschland im internationalen Vergleich im unterdurchschnittlichen Bereich [47]. Rauschtrinken wurde hierbei definiert als der Konsum von 6 oder mehr Getränken zu einer Gelegenheit. Im epidemiologischen Suchtsurvey (ESA), auf den in Kapitel 3.13 eingegangen wird und der eine weitaus höhere Prävalenz des Rauschtrinkens in Deutschland berichtet, wurde eine andere Definition von Rauschtrinken verwendet (mindestens 5 Gläser an einem Tag). Dies kann zur Erklärung der unterschiedlichen Größenordnung der Ergebnisse beitragen und ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen [49].

ALKOHOLKONSUM BEI JUGENDLICHEN

Ein früher Einstieg und regelmäßiger Konsum von Alkohol im Jugendalter erhöhen die Wahrscheinlichkeit für problematischen Alkoholkonsum im späteren Leben. Jugendliche werden daher als wichtigste Zielgruppe der Alkoholprävention angesehen [50]. International vergleichbare Daten zur Verbreitung und zu Mustern

des Alkoholkonsums bei Jugendlichen liegen aus verschiedenen Befragungen vor.

Die HBSC-Studie ermittelt in 24 EU-Mitgliedstaaten sowie in weiteren europäischen Ländern (EU-Beitrittskandidaten, Länder der europäischen Freihandelsassoziation) den Anteil an Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren.

Bei den 15-Jährigen liegt Deutschland diesbezüglich mit 15 % der Mädchen und 28 % der Jungen im Bereich des Durchschnitts aller teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten (Mädchen 17 %, Jungen 25 %; Abb. 10.22). In den jüngeren Altersgruppen gehört Deutschland mit Prävalenzen unter 5 % (13-Jährige) bzw. unter 1 % (11-Jährige) zu den Ländern mit dem niedrigsten Konsum. Die Prävalenz des wöchentlichen Konsums ist bei den 13- und 15-Jährigen in der Tschechischen Republik und bei den 11-Jährigen in Rumänien am höchsten. In allen Ländern berichten Jungen häufiger als Mädchen, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren.

Ein weiterer Aspekt, der in der HBSC Studie untersucht wird, ist die Lebenszeitprävalenz von Rauscherfahrungen. Hierzu wird gefragt, ob die Teilnehmenden mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen seien [46].

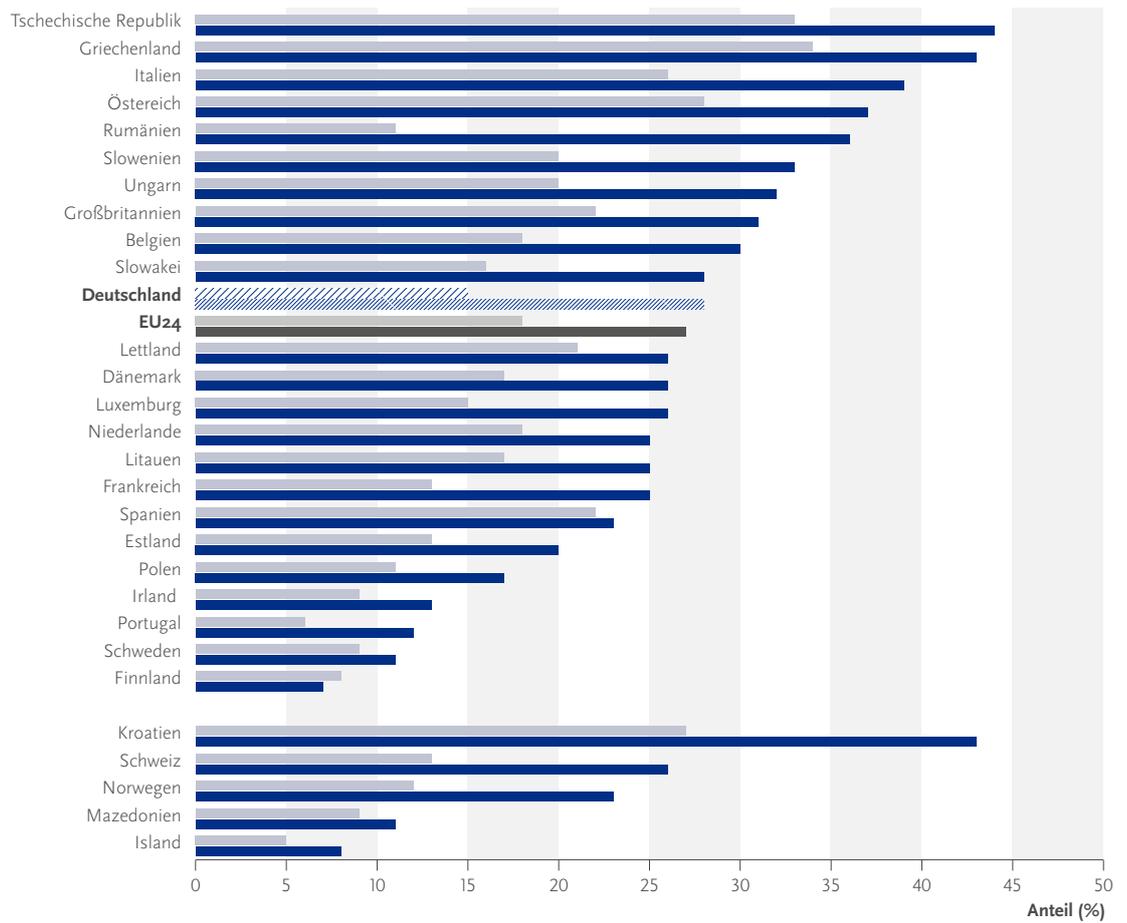
Bei den 15-Jährigen liegt der Anteil derjenigen mit Rauscherfahrungen bei beiden Geschlechtern bei 34 % und somit im Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten (Abb. 10.23). Deutschland liegt mit 31 % leicht unter diesem Wert. Die niedrigsten Prävalenzen (unter 20 %) wurden in Italien, den Niederlanden und Luxemburg beobachtet. Die höchsten Prävalenzen mit über 50 % zeigten sich in Dänemark und Litauen (Abb. 10.23). Unter den Nicht-Mitgliedstaaten war der Anteil derer, die bereits mehr als einmal betrunken waren, in Mazedonien am niedrigsten und in Kroatien am höchsten.

In Deutschland, wie auch in den meisten anderen Ländern war die Prävalenz bei Jungen mit 35 % (EU: 36 %) höher als bei Mädchen mit 27 % (EU: 31 %). Die größten Differenzen zwischen den Geschlechtern zeigen sich in Rumänien und Mazedonien, wo mehr als doppelt so viele Jungen wie Mädchen angaben, bereits Rauscherfahrungen gemacht zu haben. In Finnland, Schweden, Spanien und Großbritannien war das Geschlechterverhältnis umgekehrt. Dort gaben Mädchen rund 5 % häufiger Rauscherfahrungen an, als Jungen.

Laut der HBSC-Studie lässt sich seit 2002 in 20 von 28 Ländern mit verfügbaren Daten eine sinkende

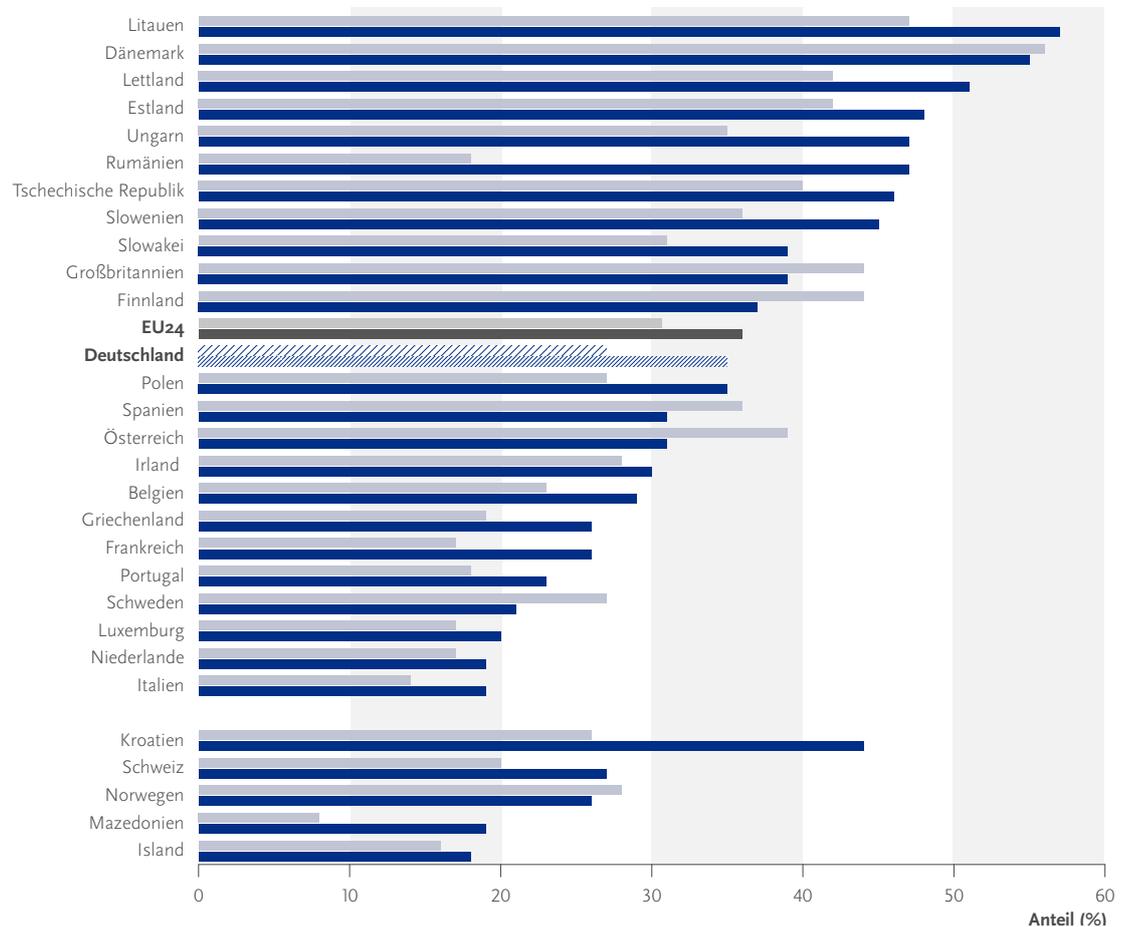
► **Abbildung 10.22**
 Prävalenz des
 wöchentlichen Konsums
 von mindestens einem
 Getränk bei 15-Jährigen
 Datenbasis: HBSC
 2009–2010 [46], eigene
 Berechnungen

Mädchen ■
 Jungen ■



► **Abbildung 10.23**
 Rauscherfahrung
 (bereits zweimal im
 Leben betrunken)
 bei 15-Jährigen
 Datenbasis: HBSC Studie
 2009–2010 [46], eigene
 Berechnungen

Mädchen ■
 Jungen ■



Tendenz hinsichtlich der Entwicklung des wöchentlichen Konsums von Alkohol in der Gesamaltersgruppe der 11- bis 15-Jährigen beobachten. Dies bestätigt sich auch in Deutschland, wo die altersstandardisierte Prävalenz von 13,3% im Jahr 2002 auf 6,5% im Jahr 2010 gesunken ist. Nationale Daten der BZgA zeigen den Trend einer sinkenden Prävalenz auch bezüglich des Rauschtrinkens bei Jugendlichen [51].

10.4.3

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Die Zunahme des Anteils Übergewichtiger oder Adipöser in der Bevölkerung ist ein Thema von großer Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung in der EU und in ganz Europa. Vor allem die Adipositas ist neben dem eigenen Krankheitswert ein bekannter Risikofaktor für zahlreiche Gesundheitsstörungen und Krankheiten, einschließlich Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen (siehe Kapitel 3.9). Da Übergewicht und Adipositas mit einem höheren Risiko für chronische Erkrankungen einhergehen, führen sie zu erheblichen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem.

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI ERWACHSENEN

Ausgehend von aktuell verfügbaren Daten ist mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in der EU übergewichtig. So überstieg der Anteil der übergewichtigen und adipösen Menschen im Jahr 2012 die 50% in 17 von 26 EU-Staaten [16].

Übergewicht und Adipositas werden in epidemiologischen Studien häufig anhand des so genannten Body Mass Index (BMI) bestimmt. Für den BMI wird das Gewicht ins Verhältnis zur Körpergröße gesetzt (Gewicht in kg / (Körpergröße in m)²). Die Ermittlung des BMI ist hierbei entweder über Messungen von Körpergröße und Gewicht oder über Selbstangaben zu diesen Werten möglich. Selbstberichtete Angaben zum Gewichtsstatus tendieren jedoch zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Werte, was bei der Betrachtung entsprechender Ergebnisse zu berücksichtigen ist (siehe Kapitel 3.9).

Für viele EU-Staaten liegen aktuell ausschließlich Daten zur selbstberichteten Größe und Gewicht vor. Gemessene Werte lieferten bisher Großbritannien, Ungarn, Irland, Tschechien, Luxemburg und die Slowakei [16]. Aus Deutschland gehen sowohl Informationen zum selbstberichteten als auch zum gemessenen Gewichtsstatus in internationale Vergleiche der OECD ein [45]. Die selbstberichteten Daten stammen hierbei aus dem Mikrozensus 2013, während die gemessenen Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts resultieren.

Nach Berechnungen aus dem DEGS sind ca. 15 Mio. Personen (ca. 7,7 Mio. Frauen und 7,4 Mio. Männer) in Deutschland von Adipositas betroffen. Somit liegt Deutschland mit einer Adipositasprävalenz von 23,9% bei Frauen und 23,3% bei Männern knapp über dem Durchschnitt aller sieben Länder, für die Messdaten vorliegen (Abb. 10.24). Dieser beträgt 23,1% für Frauen und 22,7% für Männer [45]. Die höchste Prävalenz zeigt sich mit über 25% bei beiden Geschlechtern in Ungarn.

Wie erwartet liegt die Prävalenz von Adipositas bei der Betrachtung der selbstberichteten Daten weit unter

der gemessenen Prävalenz. So ist der Durchschnitt über 21 EU-Mitgliedstaaten hier mit 14,8% (15,1% bei Männern, 14,7% bei Frauen) weitaus niedriger. Allerdings liegt Deutschland auch hier mit einem Anteil von 17,1% der Männer und 14,3% der Frauen bei den Männern leicht über und bei den Frauen im Bereich des europäischen Durchschnitts [45]. Mit mehr als 20% ist die Adipositasprävalenz unter den EU-Mitgliedstaaten in Malta, unter den weiteren europäischen Ländern in Island am höchsten (Abb. 10.24).

Daten aus der ersten EHIS-Welle sehen ähnlich aus: Auch hier liegt Deutschland im internationalen Vergleich mit einer Adipositasprävalenz von 15,8% für beide Geschlechter im Bereich des Durchschnitts aller an EHIS teilnehmenden Länder [17].

Eindeutige Muster hinsichtlich der Geschlechter sind weder für gemessene noch für selbstberichtete Daten zu identifizieren. So ist in beiden Gruppen in ungefähr der Hälfte der Länder der Anteil adipöser Frauen größer als der der Männer und umgekehrt [45].

Bezüglich der Entwicklung der Adipositashäufigkeit ist in den EU-Staaten eine deutliche Zunahme der Prävalenz in den letzten zehn Jahren zu beobachten. Ein besonders starker Anstieg ist hierbei in Frankreich, Luxemburg, Dänemark und Finnland sichtbar. Deutschland sowie Schweden, Italien und Belgien weisen zwar moderatere Veränderungen auf, die aber dennoch einen steigenden Trend bestätigen [16]. So lag der Anteil adipöser Personen basierend auf Messdaten im Jahr 2003 in Deutschland bei 12,9% und im Jahr 2013 bei 15,7% [45].

ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist ein gravierendes Gesundheitsproblem, da neben den unmittelbaren körperlichen und psychosozialen Auswirkungen für sie ein erhöhtes Risiko besteht, auch im Erwachsenenalter übergewichtig oder adipös zu sein (siehe Kapitel 3.9).

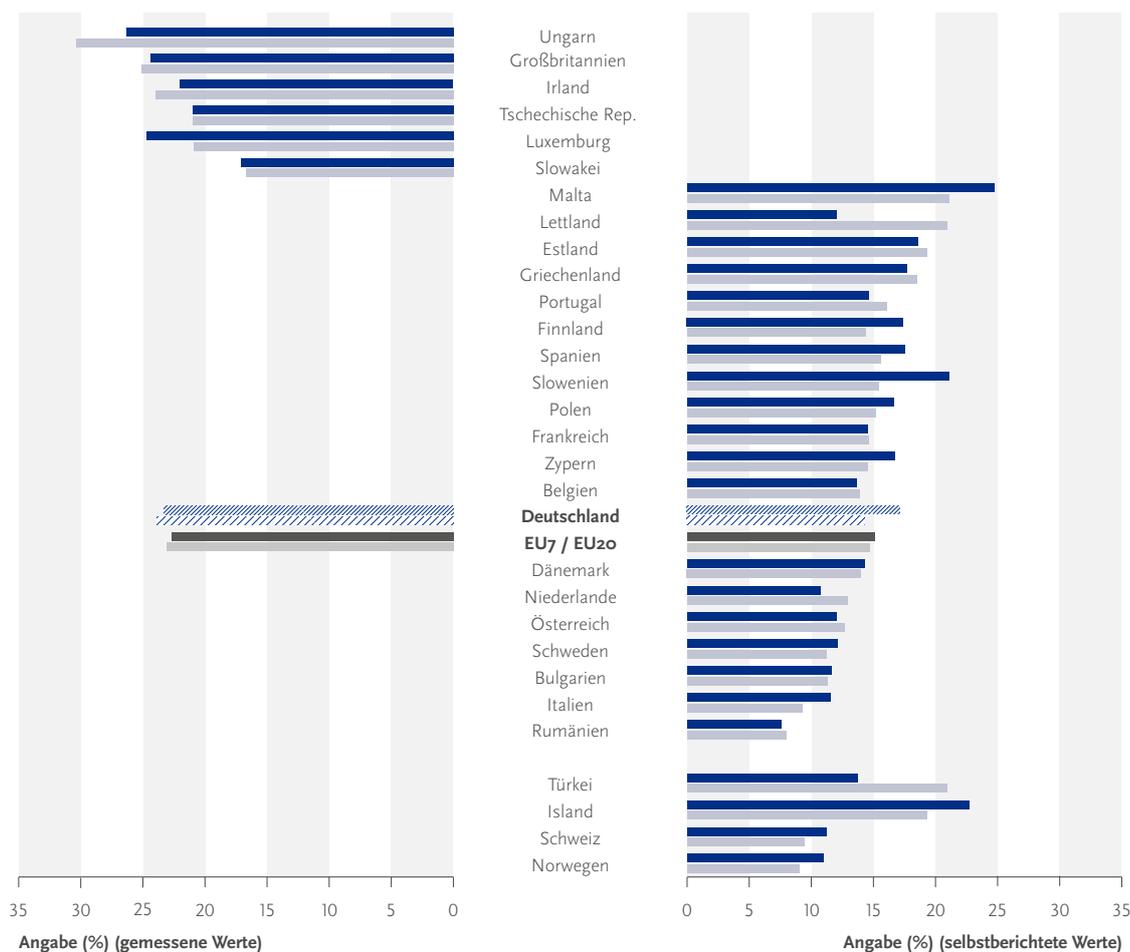
Die HBSC-Studie enthält Informationen zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas basierend auf Selbstangaben bei 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in 24 EU-Mitgliedstaaten sowie in weiteren europäischen Ländern (EU-Beitrittskandidaten, Länder der europäischen Freihandelsassoziation). Eine Differenzierung zwischen Übergewicht und Adipositas wird hierbei nicht vorgenommen [46].

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit einer Prävalenz von 10% der 15-jährigen Mädchen und 17% der Jungen in der entsprechenden Altersgruppe ungefähr im Durchschnitt der teilnehmenden Länder (Abb. 10.25). Dies gilt auch für die jüngeren Altersgruppen. In Griechenland und Portugal war der Anteil übergewichtiger und adipöser Schüler besonders hoch, die niedrigsten Prävalenzen zeigten sich in Dänemark und den Niederlanden. In allen Ländern waren Jungen häufiger übergewichtig oder adipös als Mädchen. Dieses Muster zeigt sich in allen Altersgruppen, die Differenz zwischen den Geschlechtern wird aber mit zunehmendem Alter ausgeprägter.

Das in der HBSC-Studie bei Jugendlichen beobachtete Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht kann auch bei jüngeren Kindern beobachtet

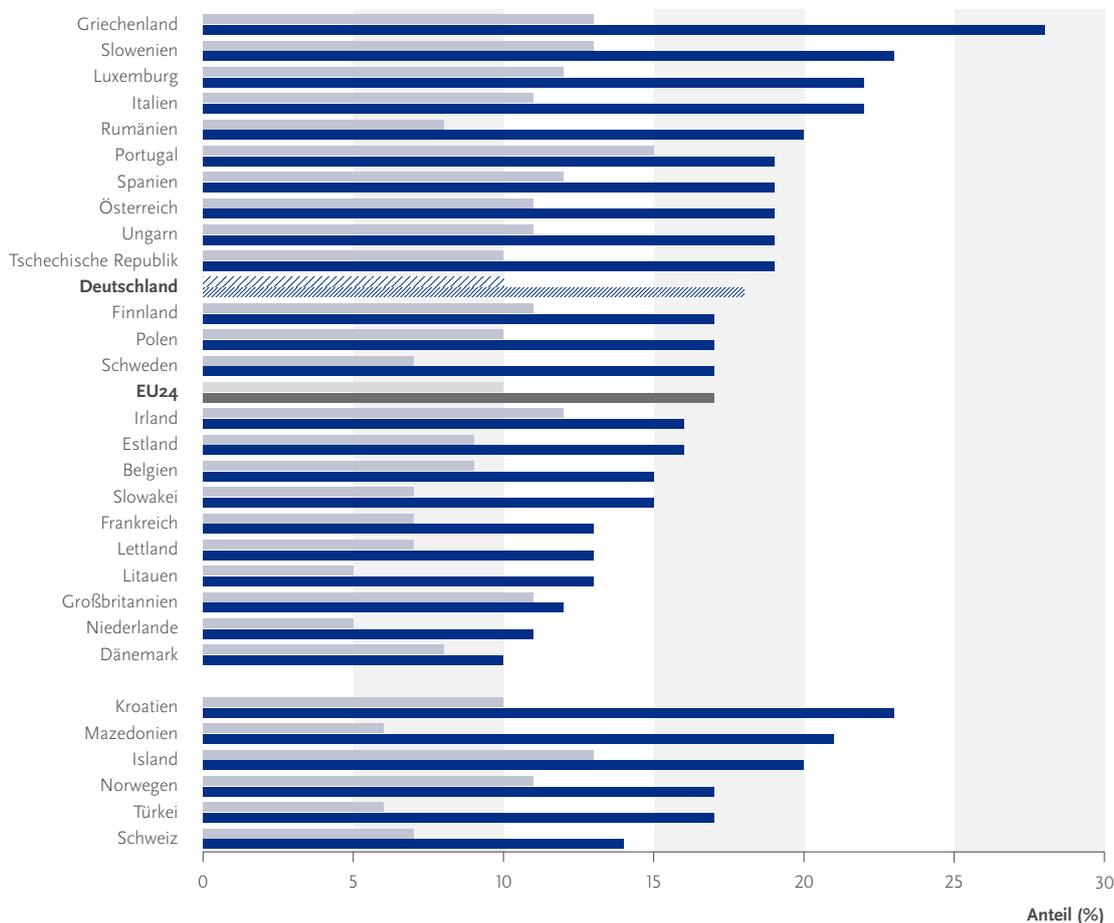
► **Abbildung 10.24**
 Prävalenz von Adipositas
 bei Erwachsenen
 (selbstberichtete und
 gemessene Werte),
 2013 (oder letztes
 verfügbares Jahr)
 Datenbasis: OECD [45],
 eigene Berechnungen

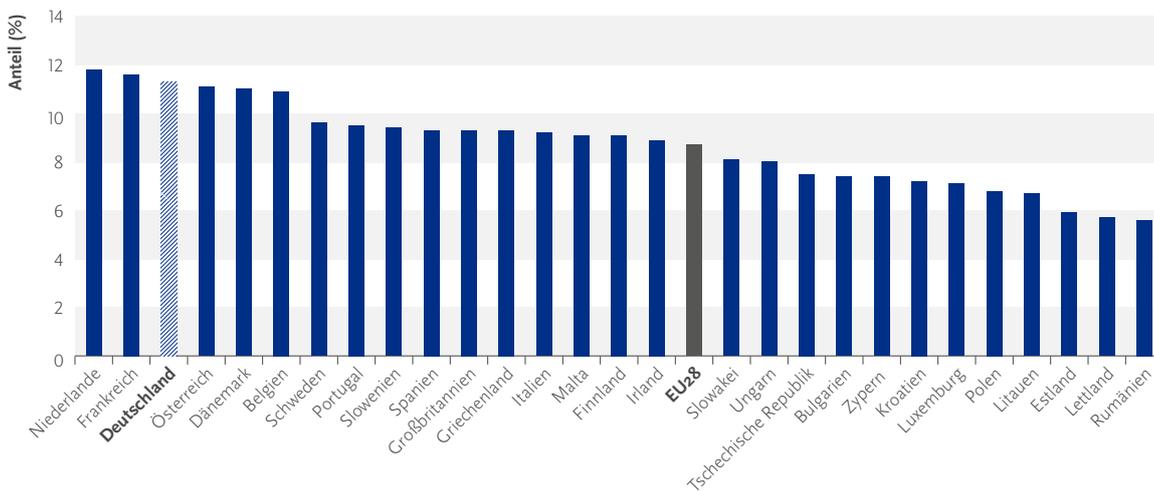
Frauen ■
 Männer ■



► **Abbildung 10.25**
 Übergewicht und Adipositas
 (Selbstangaben)
 bei 15-Jährigen
 Datenbasis:
 HBSC-Studie
 2009–2010 [46],
 eigene Berechnungen

Mädchen ■
 Jungen ■





◀ **Abbildung 10.26**
Gesamte Gesundheitsausgaben des Bruttoinlandsproduktes, 2012 (oder letztes verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]

werden. So zeigt die IDEFICS-Studie (Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants), in der Messdaten zum Gewichtsstatus aus acht europäischen Ländern miteinander verglichen werden ein ebensolches Muster bei Kindern im Alter von 2 bis 9 Jahren [52]. Auch hier liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld aller beteiligten Länder. Im Vergleich zu Ergebnissen aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006), die als erste bundesweit repräsentative Studie standardisierte Messungen von Körpergröße und Körpergewicht in Deutschland vorlegte (siehe Kapitel 3.9), liegen die deutschen Prävalenzen in IDEFICS ein wenig höher. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die IDEFICS Studie keine national repräsentativen Daten erhoben hat, was zur Erklärung dieser Unterschiede beitragen kann.

Was die Entwicklung des Auftretens von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Europa in den letzten Jahrzehnten betrifft, so deuten die Daten der HBSC-Studie auf eine zunächst leicht ansteigende, in den letzten Jahren jedoch stagnierende Entwicklung hin. Während in der Erhebung 2001/2002 bei den Mädchen 8,5% und 14,5% bei den Jungen als übergewichtig oder adipös eingestuft wurden, so war dies in den Erhebungen von 2005/2006 und 2009/2010 bei ca. 10% der Mädchen und ca. 18% der Jungen der Fall [46, 53, 54]. Der gleiche Trend ist in den HBSC Daten auch für Deutschland zu sehen und wird durch nationale Ergebnisse aus KiGGS bestätigt [55].

Aufgrund unterschiedlicher Methoden zu Berechnung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP weichen die internationalen berichteten Daten leicht von den berichteten 11,0% des Statistischen Bundesamtes ab.

Ein positiver Trend der Gesundheitsausgaben ist in allen Ländern zu erkennen. So zeigt sich im Durchschnitt der EU-Staaten ein Anstieg von 7,3% des BIP im Jahr 2000 auf 8,7% in 2012 (Abb. 10.27 zeigt die Entwicklung in ausgewählten Ländern). In Deutschland stieg der Ausgabenanteil im gleichen Zeitraum von 10,4% auf 11,3%. Durch die Wirtschaftskrise 2009 wuchsen simultan in fast allen Ländern die Gesundheitsausgaben überdurchschnittlich im Verhältnis zur Gesamtwirtschaft. Danach gingen die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP in vielen Ländern im Vergleich zum Vorjahr zurück. Deutschland liegt mit einem Rückgang um 0,3 Prozentpunkte von 2010 bis 2012 leicht über dem EU-Durchschnitt, während die Entwicklung in anderen Ländern wie z. B. Griechenland oder Estland besonders deutlich ausfiel.

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen im Durchschnitt der EU-Staaten bei 2.193 Euro. Deutschland befindet sich hierbei mit 3.829 Euro im internationalen Vergleich an dritter Stelle und weit über dem EU-Durchschnitt. Nur in den Niederlanden und Österreich waren die Ausgaben höher. Die niedrigsten Gesundheitsausgaben pro Kopf werden für Rumänien berichtet [16].

Nach einem Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in allen EU-Staaten seit dem Jahr 2000, sanken diese seit dem Beginn der Finanzkrise im Jahr 2008 im EU-Durchschnitt um 0,6% (inflationadjustiert) ab. In Deutschland war zwar keine Reduktion, aber eine verringerte Wachstumsrate zu beobachten, während sich in anderen Ländern wie z. B. Griechenland extrem starke negative Entwicklungen zeigten (Abb. 10.28).

10.5

10.5 GESUNDHEITSAUSGABEN, GESUNDHEITSVERSORGUNG UND INANSPRUCHNAHME

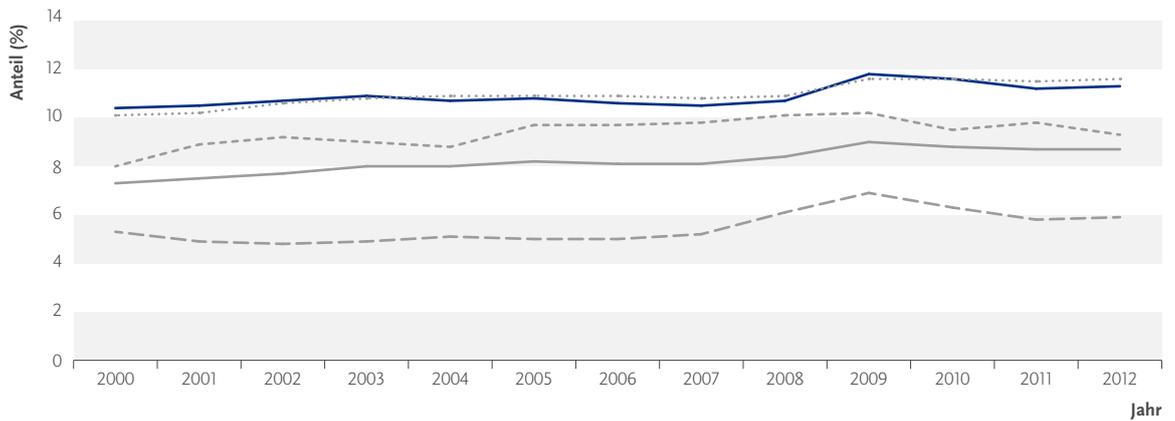
Nach einem Bericht der OECD betragen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2012 rund 8,7% ihres Bruttoinlandsproduktes (BIP) (Abb. 10.26). Die Länder mit dem geringsten BIP-Anteil waren Rumänien, Lettland und Estland mit jeweils unter 6%. Neben den Niederlanden und Frankreich zählt Deutschland mit 11,3% zu den EU-Ländern mit dem höchsten BIP-Anteil für Gesundheitsausgaben.

10.5.1 AMBULANTE VERSORGUNG

Deutschland zählt in der EU zu den Ländern mit einer hohen Ärztedichte. Mit bundesweit durchschnittlich 3,7 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner liegt es im oberen Drittel der EU-Staaten (EU-Durchschnitt: 3,4 pro 1.000) (Abb. 10.29). Höhere Zahlen werden unter anderem aus Griechenland (6,2 pro

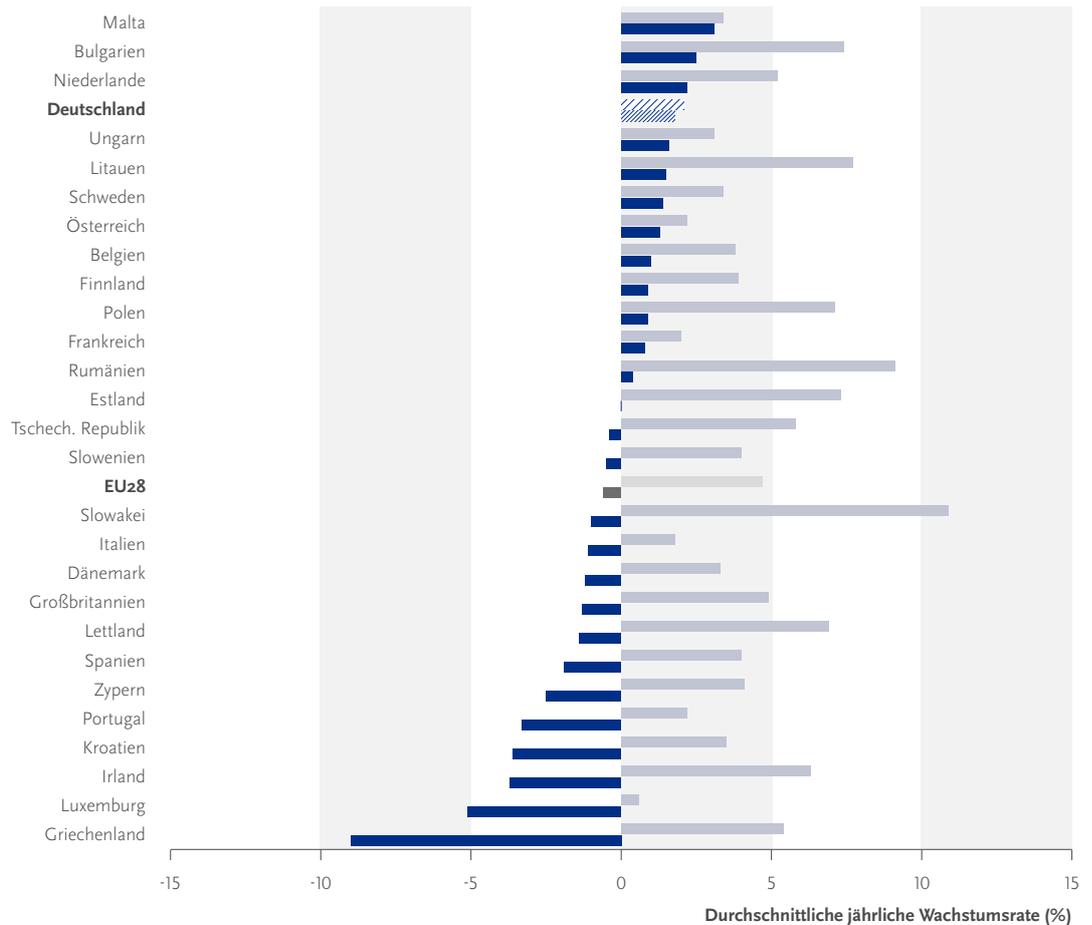
► **Abbildung 10.27**
Gesamtausgaben für
Gesundheit des Bruttoin-
landsproduktes,
2000 bis 2012
Datenbasis: OECD [16]

Frankreich
Griechenland - - - -
Estland - - - -
EU28 ———
Deutschland ———



► **Abbildung 10.28**
Jährliche Wachstumsrate
der Pro-Kopf-
Gesundheitsausgaben
(inflationsadjustiert),
2000 bis 2012
Quelle: OECD [16]

2000–2009 ■
2009–2012 ■



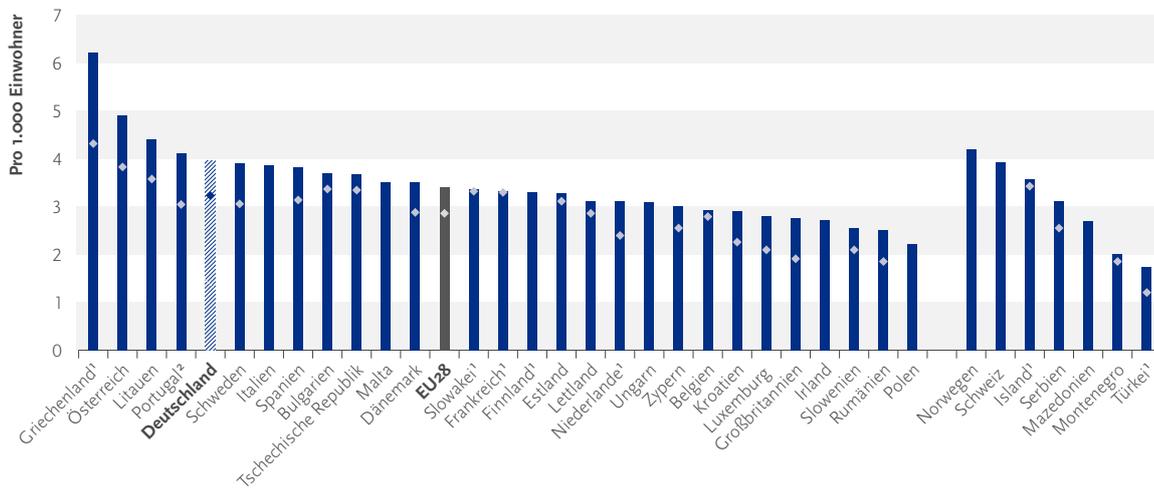
1.000) und Österreich (4,9 pro 1.000) berichtet, wobei die Werte aus Griechenland nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die niedrigste Ärztedichte in EU-Staaten weist Polen auf (2,2 pro 1.000).

Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohner in fast allen Staaten der EU zugenommen, nur in Estland und Polen war ein geringer Rückgang zu verzeichnen. Im Durchschnitt stieg die Ärztdichte in der EU von 2,9 pro 1.000 im Jahr 2000 auf 3,4 pro 1.000 im Jahr 2012 [16]. Der Vergleich der Ärztedichte pro 1.000 Einwohner auf der nationalen Ebene lässt allerdings keine Rückschlüsse auf gegebenenfalls bestehende regionale Verteilungsunterschiede zu. Diese zeigen sich aber in vielen EU-Staaten bei Vergleichen auf regionaler Ebene.

ARZTKONTAKTE

Kontakte mit einem Arzt oder einer Ärztin können in Arztpraxen, medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern oder bei Hausbesuchen erfolgen. In vielen Staaten der EU (zum Beispiel Dänemark, Italien und Großbritannien) sind Patientinnen und Patienten angehalten, im Fall einer neuen Erkrankung zunächst eine allgemeinmedizinische Praxis aufzusuchen. Diese kann sie, falls erforderlich, an eine Fachärztin oder einen Facharzt überweisen. In anderen Ländern wie Deutschland, Österreich und Tschechien können Patientinnen und Patienten sich direkt in eine fachmedizinische Behandlung begeben.

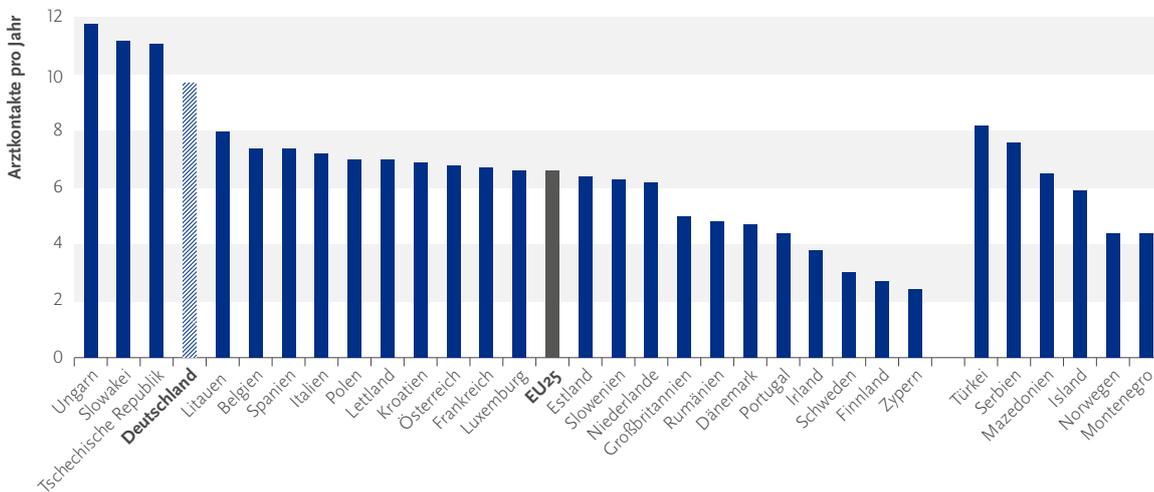
Die Häufigkeit von Arztbesuchen variiert beträchtlich zwischen den EU-Staaten (Abb. 10.30). Während in



◀ **Abbildung 10.29**
Praktizierende Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohner, 2012 und Veränderung zwischen 2000 und 2012 (oder letztes verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]

◆ 2000
■ 2012

¹ Daten beziehen sich nicht nur auf Ärztinnen und Ärzte mit direktem Patientenkontakt, sondern auch auf anderweitig im Gesundheitswesen tätige Ärztinnen und Ärzte (daraus entstehen zusätzliche 5–10%)
² Daten beziehen sich auf alle zugelassenen Ärztinnen und Ärzte



◀ **Abbildung 10.30**
Anzahl der Arztkontakte pro Einwohner, 2012 (oder letztes verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]

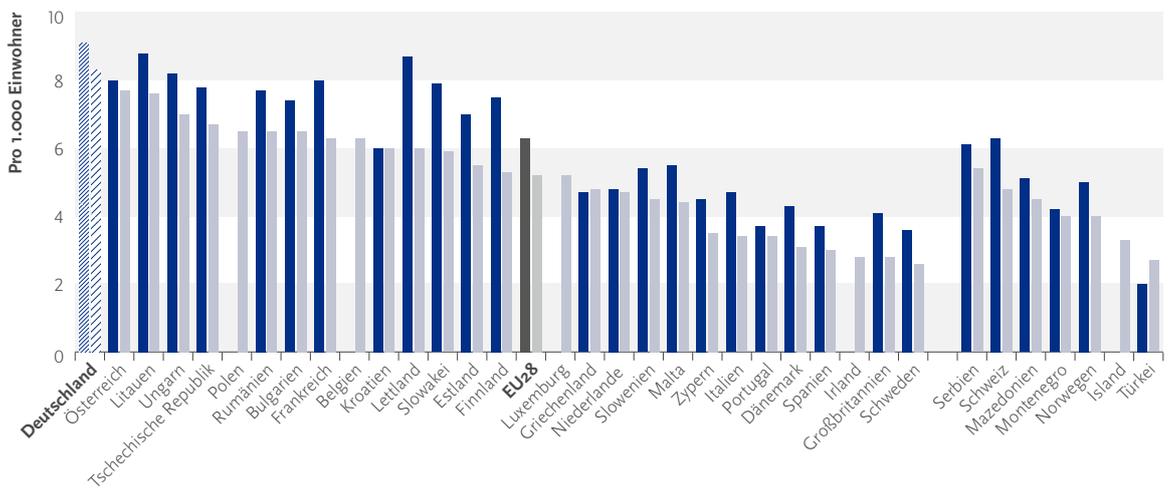
Ungarn, der Slowakei und in der Tschechischen Republik durchschnittlich rund elf Arztkontakte pro Jahr erfolgen, sind es in Malta und Schweden rund drei, in Zypern liegt der Wert mit 2.1 noch darunter [2]. Die durchschnittliche Kontakthäufigkeit in den EU-Staaten beträgt 6,6 Arztkontakte pro Jahr, wobei die meisten Länder zwischen vier bis sieben Arztkontakte pro Person und pro Jahr berichten. Deutschland liegt mit rund zehn Kontakten pro Jahr im oberen Drittel der EU-Staaten. Allerdings dürfte diese Zahl die Häufigkeit der Arztkontakte in Deutschland unterschätzen, weil in der Statistik nur die quartalsbezogenen Behandlungsfälle, also maximal ein Fall pro Quartal, erfasst werden, unabhängig davon, wie oft ein Patient oder eine Patientin im Quartal beim Arzt gewesen ist.

Um die Variation bei der Zahl der Arztkontakte zu erklären, werden sowohl kulturelle Einflüsse als auch Organisationsmerkmale der Gesundheitssysteme diskutiert. So werden in Ländern mit leistungsbezogenen Abrechnungssystemen (fee-for-service) über dem europäischen Durchschnitt liegende Kontaktzahlen beobachtet

(beispielsweise in Belgien und Deutschland). In Ländern, in denen vorwiegend angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sind (etwa Schweden und Finnland) liegt die Zahl der Kontakte pro Person und Jahr unter dem Durchschnitt. Darüber hinaus spielen in Schweden, Finnland und den Niederlanden weitere akademisch ausgebildete Gesundheitsfachkräfte eine wichtige Rolle in der Primärversorgung, wodurch der Bedarf an Arztkontakten verringert wird [2, 56].

In vielen EU-Staaten hat die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte pro Person und Jahr seit dem Jahr 2000 zugenommen. Dieser Anstieg ist konsistent mit der bereits berichteten Zunahme der Zahl von Ärztinnen und Ärzten in den meisten Ländern während der letzten zehn Jahre. In Deutschland und Malta hat die Zahl der Arztkontakte dabei überdurchschnittlich zugenommen, wobei die Kontaktrate in Malta zuvor auf einem geringeren Niveau lag. In Spanien, der Slowakei und Tschechien, in denen die Kontaktrate klar über dem EU-Durchschnitt liegt, hat sie in der letzten Dekade hingegen deutlich abgenommen.

► **Abbildung 10.31**
Krankenhausbetten
pro 1.000 Einwohner,
2012 und Veränderung
zwischen 2000 bis 2012
(oder letztes
verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]



10.5.2 STATIONÄRE VERSORGUNG

Die Zahl der Krankenhausbetten gilt als ein Indikator für die verfügbaren Ressourcen der stationären Versorgung in Krankenhäusern. Dabei wird nicht zwischen unterschiedlichen Krankhaustypen (Grund-, Maximal- und Spezialversorgung) unterschieden. Auch werden die Unterschiede in der Organisation der Gesundheitsversorgung in den Staaten der EU nicht berücksichtigt, so dass die Zahl der Krankenhausbetten keine qualitativen Rückschlüsse auf die Gesundheitsversorgung zulässt. 2010 wurden die höchsten Bettenzahlen mit rund acht Betten pro 1.000 Einwohner aus Deutschland und Österreich berichtet (Abb. 10.31). Die hohe Versorgungsdichte geht in beiden Ländern auch mit hohen Fallzahlen für Krankenhauseinweisungen und -entlassungen einher. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 hat die Zahl der Krankenhausbetten pro Einwohner in allen europäischen Staaten mit Ausnahme Griechenlands abgenommen (Abb. 10.31). Im Durchschnitt der EU-Staaten fiel die Zahl der Betten von 6,4 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2000 auf 5,2 pro 1.000 im Jahr 2012. Diese Abnahme der Bettenzahl ging einher mit einer stetigen Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern. Die Verringerung der Bettenzahl war besonders ausgeprägt in Lettland (von 8,7 Betten pro 1.000 Einwohner auf 6,0).

OPERATIONEN ZUM ERSATZ VON HÜFT- UND KNIEGELENKEN

Große Fortschritte bei der operativen Behandlung bieten heute effektive Möglichkeiten zur Verringerung von Schmerzen und Behinderungen durch Muskel-Skelett-Erkrankungen. Der operative Ersatz von Hüft- und Kniegelenken gilt dabei als der effektivste Eingriff bei schwerer Arthrose. Operationen zum Gelenkersatz werden hauptsächlich bei Personen über 60 Jahren durchgeführt. Bei Vergleichen muss daher beachtet werden, dass Länder mit einem höheren Anteil älterer Menschen auch höhere Operationsraten aufweisen.

Die höchsten Raten für den Ersatz des Hüftgelenks werden aus Deutschland, Österreich, Schweden und Finnland berichtet (Abb. 10.32). Für Österreich, Finnland und Deutschland werden auch die höchsten Raten von Kniegelenkersatzoperationen (Abb. 10.33) berichtet.

Wenngleich Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur einen Teil der Variation zwischen den Ländern erklären können, bleiben auch nach einer Altersstandardisierung deutliche Unterschiede bestehen. Zu deren Entstehung tragen zusätzliche Faktoren bei, wie Unterschiede in der Häufigkeit der Arthrose, der operativen Kapazitäten und finanziellen Ressourcen oder der klinischen Behandlungsleitlinien und Praxis.

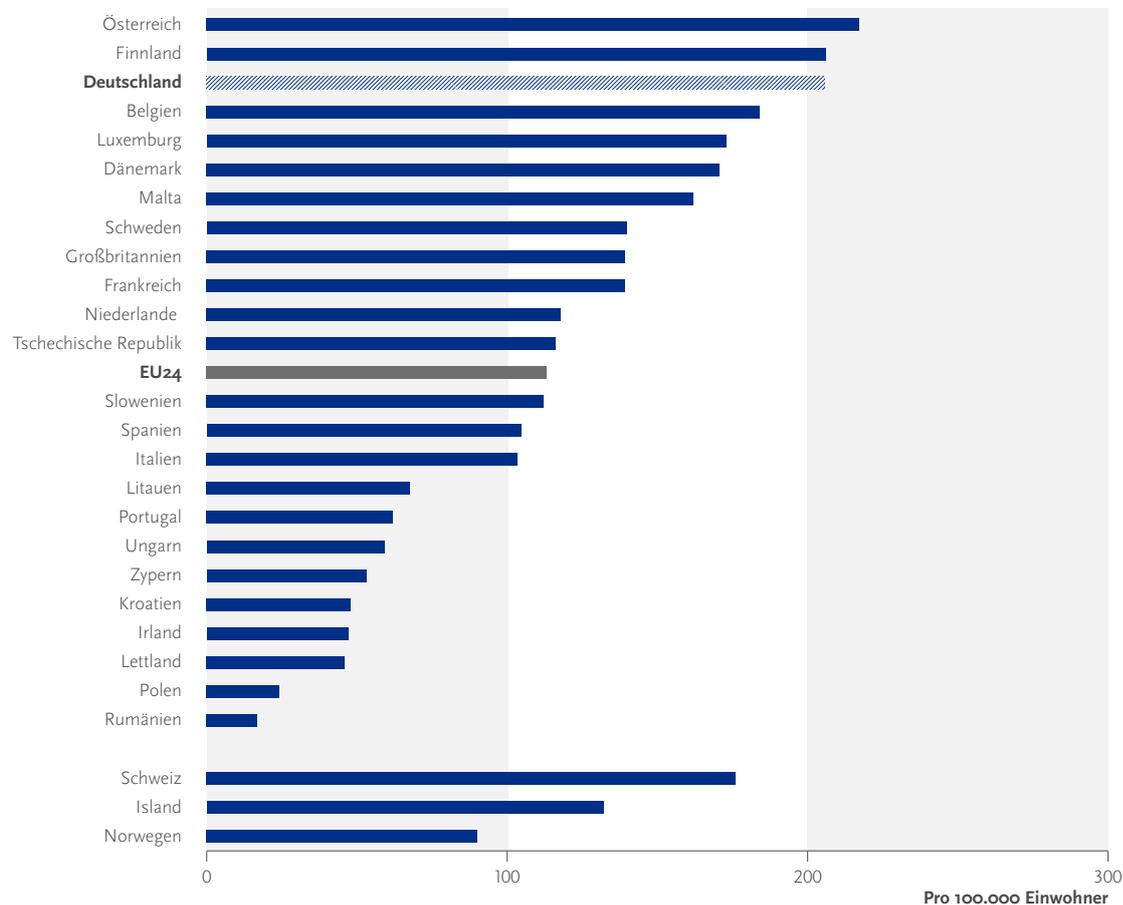
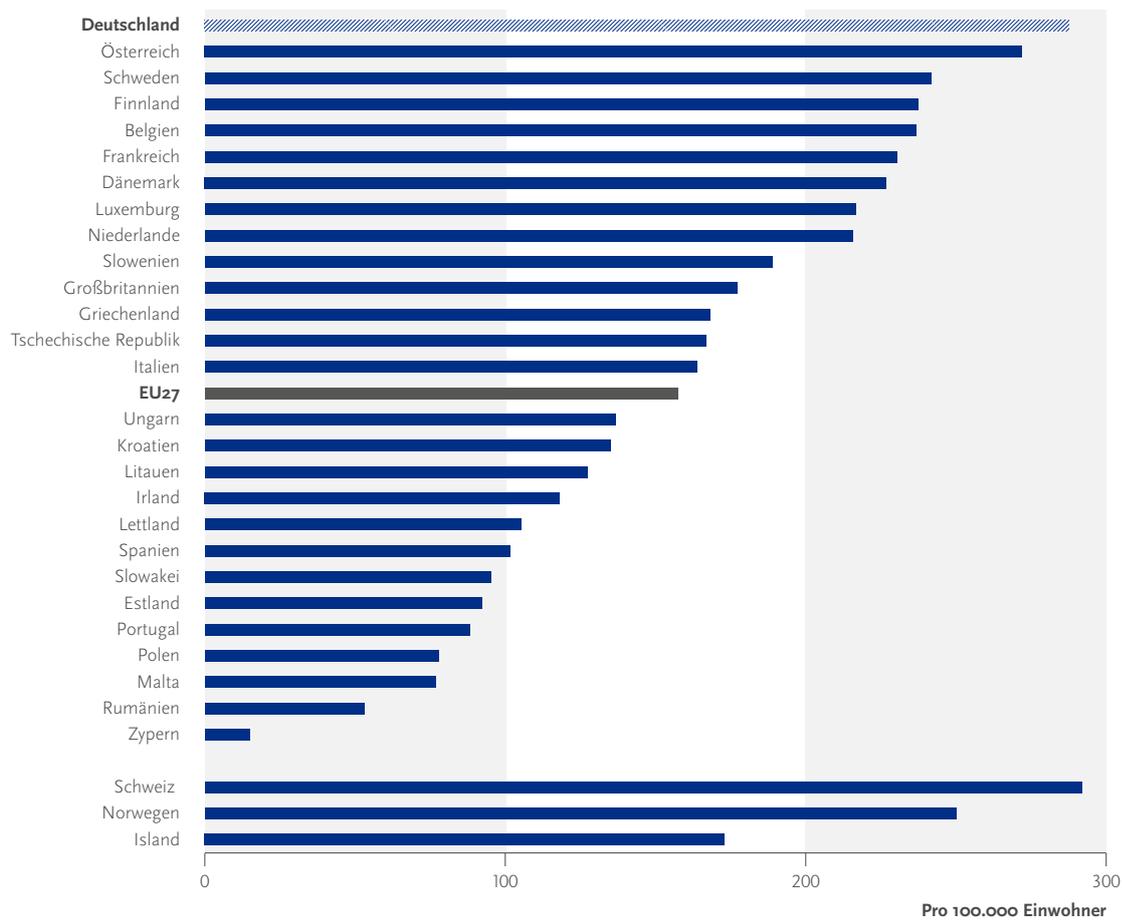
Die Raten für Hüft- und Kniegelenkersatz-Operationen haben in den vergangenen Jahren in vielen EU-Staaten zugenommen (Abb. 10.34 und 10.35). Maßgeblich werden dafür die voranschreitende Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Verbreitung von Übergewicht verantwortlich gemacht. So hat die Rate für Hüftgelenksoperationen in Dänemark zwischen 2000 und 2010 um 40 % zugenommen, die Rate für Kniegelenkersatz-Operationen hat sich im gleichen Zeitraum mehr als verdreifacht.

10.5.3 INANSPRUCHNAHME VON PRÄVENTIVEN LEISTUNGEN AM BEISPIEL DER GRIPPESCHUTZIMPFUNG

Die echte Grippe (Influenza) ist eine weit verbreitete virale Infektionskrankheit. Nach Informationen der WHO infizieren sich jedes Jahr fünf bis 15 % der Bevölkerung in der nördlichen Hemisphäre mit der saisonalen Influenza. Während sich ein Großteil der Betroffenen schnell von der Infektionskrankheit erholt, kann der Krankheitsverlauf bei älteren und chronisch kranken Menschen zu schweren Komplikationen und sogar zum Tod führen.

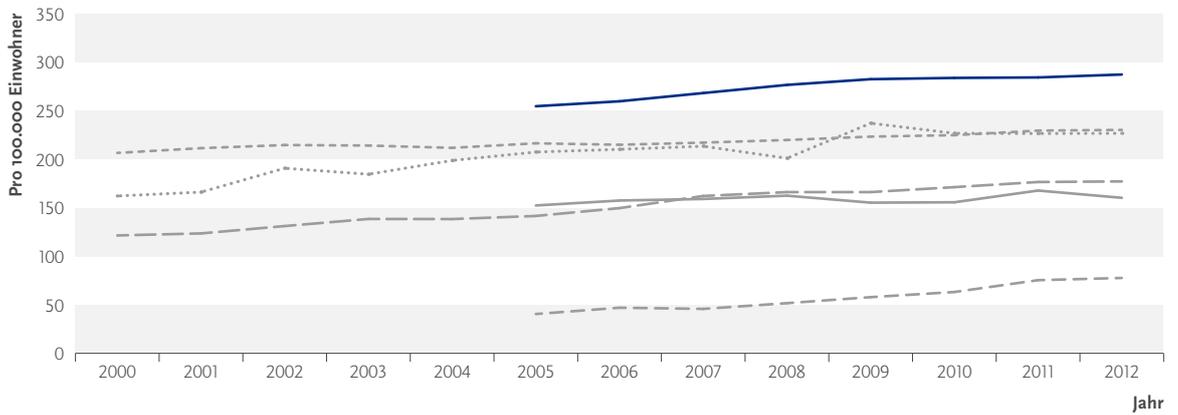
Die saisonale Gripeschutzimpfung bietet einen sicheren und effektiven Schutz vor einer Influenza-Erkrankung. Sie wird in den meisten EU-Staaten als präventive Leistung angeboten. In Deutschland wird die Schutzimpfung bereits für Personen ab 60 Jahren sowie für bestimmte Risikogruppen empfohlen [57]. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Influenza-Impfquote von 75 % bei älteren Menschen [58].

Die in der Abbildung 10.36 dargestellten Impfquoten für die saisonale Influenza-Schutzimpfung im Alter ab 65 Jahren zeigen eine beträchtliche Spanne: von 0,9 % Geimpfter in Estland bis zu 75,5 % in Großbritannien. Der Durchschnittswert aller 21 Länder, für die Daten



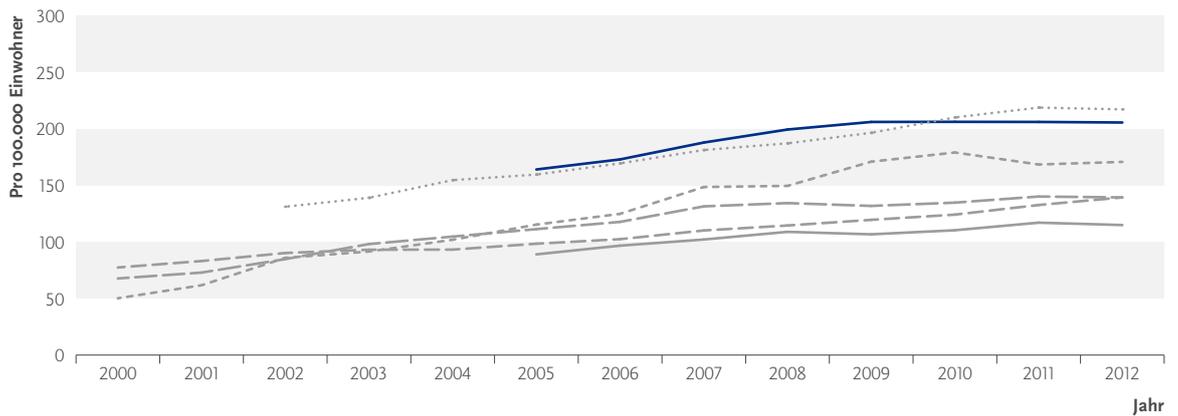
► **Abbildung 10.34**
Zeitliche Entwicklung bei
Operationen zum Ersatz
des Hüftgelenks 2000
bis 2012, ausgewählte
Länder
Datenbasis: OECD [16]

Dänemark
Frankreich - - - -
Polen - - - -
Großbritannien — — — —
EU27 — — — —
Deutschland — — — —

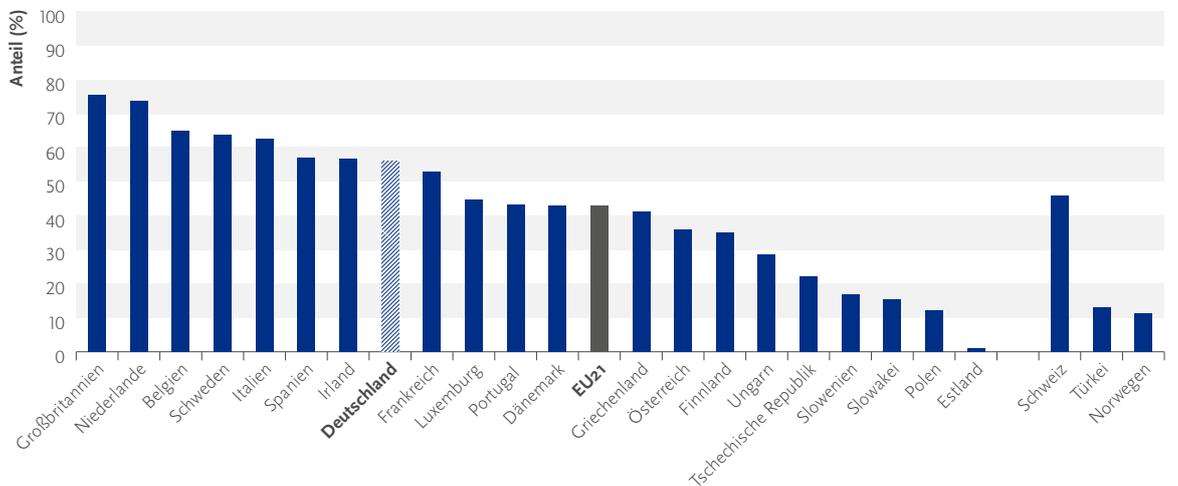


► **Abbildung 10.35**
Zeitliche Entwicklung bei
Operationen zum Ersatz
des Kniegelenks 2000
bis 2012, ausgewählte
Länder
Datenbasis: OECD [16]

Österreich
Dänemark - - - -
Frankreich - - - -
Großbritannien — — — —
EU24 — — — —
Deutschland — — — —



► **Abbildung 10.36**
Impfquote für die
saisonale Influenza-
Schutzimpfung im
Alter ab 65 Jahre im
Jahr 2012 (oder letztes
verfügbares Jahr)
Datenbasis: OECD [16]



vorliegen, beträgt 43,1%. Deutschland liegt mit einer Impfquote von 56,1% im oberen Drittel der EU-Staaten. Geschlechterspezifisch ergibt sich kein erkennbarer Trend; die durchschnittlichen Quoten der Männer liegen mit 35,9% knapp über denen der Frauen mit 34,6%.

Auffällig ist hierbei das Muster, das sich aus dem Vergleich der Influenza-Impfquoten der »alten« mit den »jungen« EU-Staaten ergibt. Ost- und südosteuropäische Staaten wie Estland, Lettland und Bulgarien weisen einstellige Impfquoten auf, Länder wie Polen, Rumänien und Tschechien Quoten zwischen 10% und

20%. In den »älteren« EU-Staaten liegen die Impfquoten mit beispielsweise 30% in Österreich und Finnland deutlich darüber.

Auch bei den Impfquoten in den Ländern der EU haben unterschiedliche Angebots- und Versorgungsstrukturen – zum Beispiel Ärztedichte, Zugangswege, Verfügbarkeit und Kostenübernahme von Vakzinen – sowie Unterschiede in der Organisation und Durchführung präventiver Maßnahmen offenbar einen maßgeblichen Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung bevölkerungsbezogener Präventionsmaßnahmen.

10.6 FAZIT

Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland und vielen Staaten der Europäischen Union haben sich im Laufe der letzten zehn Jahre kontinuierlich verbessert. Allerdings konnten diese Fortschritte nicht in allen Ländern und nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreicht werden. Hervorzuheben sind dabei insbesondere die osteuropäischen Staaten, die der EU seit 2004 beigetreten sind [1] und einige Staaten, in denen Ausgabenkürzungen im Gesundheitsbereich infolge der Finanz- und Staatsschuldenkrise seit 2007/2008 durchgeführt wurden [59]. Gleichzeitig liegen aus den meisten Staaten, wie auch aus Deutschland, Daten vor, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten belegen. Durchgehend zeigt sich dabei ein Gefälle zwischen Bevölkerungsgruppen mit hohem bzw. niedrigem Sozialstatus (siehe [60]). Dementsprechend werden die Themen soziale Ungleichheit und Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme als vorrangige Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitswesens betrachtet [59, 61, 62]. Sie bilden die Kernbereiche der Gesundheitsstrategien der Europäischen Kommission (EU Health for Growth Programme, [63]) und der WHO (WHO Strategie Health 2020 [64]).

Für die Bearbeitung dieser Aufgabenfelder und die Umsetzung der Strategien sind regelmäßige Datenerhebungen auf der Grundlage einheitlicher Indikatoren erforderlich. Während die erste Welle der europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS 1) noch auf einem Gentlemen's Agreement beruhte, ist die Beteiligung an der zweiten Welle (2013–2015) nun rechtsverbindlich für alle EU-Mitgliedstaaten. Die Analysen aus dieser Erhebung, die für die nächsten Jahre geplant sind, werden Antworten auf viele Public-Health-relevante Fragen im internationalen Kontext liefern, die derzeit auf Grund der Datenlage noch nicht befriedigend beantwortet werden können.

Ein weiterer wesentlicher Schritt hin zu einer umfassenden, differenzierten, vergleichbaren und politikvorbereitenden Abbildung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens in Europa ist die kontinuierliche (Weiter-)Entwicklung der europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (ECHI), auf die sich zahlreiche der hier berichteten Ergebnisse stützen. In mehreren Staaten (u. a. Zypern und Malta) wurden diese Indikatoren bereits für den Aufbau eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings genutzt [36]. In Frankreich und in den Niederlanden bildeten sie die Grundlage sogenannter Benchmarking-Berichte. Auf internationaler Ebene fließen die Daten in die europäische Ausgabe des Gesundheitsberichts der OECD ein. Auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes dienen die ECHI-Indikatoren der Erstellung internationaler Vergleiche. ECHI-konforme Indikatoren werden über das Informationssystem des Statistischen Bundesamtes bereitgestellt (www.gbe-bund.de).

Die Entwicklung der ECHI-Indikatoren erfolgte in den vergangenen Jahren in zeitlich begrenzten EU-Projekten [65]. Es ist das erklärte Ziel der EU-Kommission, die Nachhaltigkeit der Datenerhebungen, eine größere

Transparenz hinsichtlich der Entwicklung von Indikatoren und eine umfangreiche Beteiligung aller Mitgliedstaaten an diesem Prozess sicherzustellen [66]. Dies soll über den Aufbau eines europäischen Gesundheitsinformationssystems geschehen. Das EU-geförderte BRIDGE-Health-Projekt wird sich dazu unter Beteiligung von 31 Partnern aus 16 Ländern in den kommenden zwei Jahren (2015–2017) sowohl mit der Konzeptentwicklung für ein solches europäisches Gesundheitsinformationssystem als auch mit der Weiterentwicklung der in dieses System einzubettenden europäischen Kernindikatoren befassen. Das Robert Koch-Institut war und ist maßgeblich an diesen Projekten beteiligt. Neben der Verbesserung der Datenqualität ist entscheidend, dass für das europäische Gesundheitsmonitoring eine dauerhafte Implementierung sichergestellt wird.

LITERATUR

1. World Health Organization, Regional Office for Europe (2014) *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*. WHO, Kopenhagen
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (2014) *Mortality from cancer Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing, Paris
3. EUGLOREH 2007 (2009) *The Status of Health in the European Union: towards a healthier Europe*. EU Public Health Programme Project. *Global Report on the Health Status in the European Union*.
4. Mackenbach JP, McKee M (2013) *A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries*. *Eur J Public Health* 23(2):195-201
5. European Centre for Disease Prevention and Control (2014) *Annual epidemiological report 2014 – food-and waterborne diseases and zoonoses*. ECDC, Stockholm
6. European Centre for Disease Prevention and Control (2015) *Annual epidemiological report 2014 – Respiratory tract infections - tuberculosis*. ECDC, Stockholm
7. European Centre for Disease Prevention and Control (2014) *Annual epidemiological report 2014 – emerging and vector-borne diseases*. ECDC, Stockholm
8. European Centre for Disease Prevention and Control (2015) *Annual epidemiological report 2014 – Vaccine-preventable diseases - invasive bacterial diseases*. ECDC, Stockholm
9. European Centre for Disease Prevention and Control (2015) *Annual epidemiological report 2014 – Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses*. ECDC, Stockholm
10. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J et al. (2013) *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. *Lancet* 381(9874):1323-1331
11. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A et al. (2014) *Greece's health crisis: from austerity to denialism*. *Lancet* 383(9918):748-753
12. Rechel B, Grundy E, Robine JM et al. (2013) *Ageing in the European Union*. *Lancet* 381(9874):1312-1322
13. Eurostat (2015) *EU enlargements*. www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU-28 (Stand: 22.05.2015)
14. Europäische Kommission (2013) *Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS)*. *Amtsblatt der Europäischen Union* 2013(141)
15. World Health Organization (2000) *Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. WHO, Genf
16. Organisation for Economic Co-operation and Development (2014) *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en (Stand: 14.01.2015)
17. Eurostat (2015) *Eurostat Database*. www.ec.europa.eu/eurostat/data/database (Stand: 21.07.2015)

18. Robert Koch-Institut (2014) *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
19. Jürges H (2006) *True Health vs. Response Styles: Exploring Cross-country Differences in Self-reported Health*. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Discussion Papers 588. DIW, Berlin
20. Nowossadeck E (2012) *Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen*. GBE kompakt 3(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 22.05.2015)
21. Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CW et al. (2011) Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *Eur J Epidemiol* 26(12):903-914
22. Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
23. Bond J, Dickinson H, Matthews F et al. (2006) *Self-rated Health Status as a Predictor of Death, Functional and Cognitive Impairments: A Longitudinal Cohort Study*. *Eur J Ageing* 3:193-206
24. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P et al. (1997) *Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population*. *J Clin Epidemiol* 50(5):517-528
25. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) *Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis*. *J Gen Intern Med* 21(3):267-275
26. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB et al. (2005) *Predicting mortality and healthcare utilization with a single question*. *Health Serv Res* 40(4):1234-1246
27. Bjorner J, Kristensen T, Orth-Gomér K et al. (1996) *Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine*. *Forskningsrådsnämnden (Swedish Council for Planning and Coordination of Research)*. Stockholm, Sweden.
28. Harbers M, Verschuuren M, de Bruin A (2015) *Implementing the European Core Health Indicators (ECHI) in the Netherlands: an overview of data availability*. *Arch Public Health* 73(1):9
29. Suhrcke M, Nugent R, Stuckler D et al. (2006) *Chronic Disease: An Economic Perspective*. Oxford Health Alliance, London
30. Steliarova-Foucher E, O'Callaghan M, Ferlay J et al. (2012) *European Cancer Observatory: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in Europe*. Version 1.0. European Network of Cancer Registries, International Agency for Research on Cancer. <http://eco.iarc.fr/> (Stand: 15.04.2015)
31. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al. (2013) *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012*. *Eur J Cancer* 49(6):1374-1403
32. Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2013) *Krebs in Deutschland 2009/2010*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (2014) *Cancer incidence Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing, Paris
34. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al. (2013) *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11* [Internet], International Agency for Research on Cancer, Lyon, France. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (Stand: 22.05.2015)
35. Organisation for Economic Co-operation and Development (2014) *Screening, survival and mortality for breast cancer Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing, Paris
36. Thelen J, Kirsch N, Hoebel J (2012) *Gesundheit in Europa - Daten des Gesundheitsmonitorings der EU*. GBE kompakt 3(6). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
37. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J et al. (2011) (2011) *Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis*. *Int J Epidemiol* 40(3):804-818
38. Sacerdote C, Ricceri F, Rolandsson O et al. (2012) *Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: the EPIC-InterAct study*. *Int J Epidemiol* 41(4):1162-1173
39. Eurostat (2015) *People reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level (%)*, 2008. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_st1a&lang=en (Stand: 21.07.2015)
40. World Health Organization, Regional Office for Europe (2015) *Tobacco. Data and Statistics. Adults*. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics/who-is-smoking/adults (Stand: 20.07.2015)
41. World Health Organization (2012) *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. WHO, Genf
42. Mons U (2011) *Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Ländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik*. *Gesundheitswesen* 73:238-246
43. Wienecke A, Barnes B, Lampert T et al. (2014) *Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany, 1999-2008*. *Int J Cancer* 134(3):682-691
44. World Health Organization, Regional Office for Europe (2015) *Tobacco. Data and Statistics. Who is smoking?* www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics/who-is-smoking (Stand: 20.07.2015)
45. Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) *OECD Health Statistics*. www.oecd.org/health/health-data.htm (Stand: 20.07.2015)
46. Currie C et al. (2012) *Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
47. World Health Organization (2014) *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO, Genf
48. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. (2015) *Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2015*. Pabst, Lengerich, S. 39-71
49. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Rauschtrinken. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. www.geda-studie.de (Stand: 15.04.2015)
50. Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015) *Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends*. GBE kompakt 6(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 16.06.2015)
51. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. BZgA, Köln
52. Ahrens W, Pigeot I, Pohlhablen H et al. (2014) *Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10*. *Int J Obes (Lond)* 38(Suppl 2):99-107
53. Currie C et al. (2004) *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/2002 Survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
54. Currie C et al. (2008) *Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). International Report from the 2005/2006 Survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
55. Brettschneider AK, Schaffrath-Rosario A, Kuhnert R (eingereicht) *Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports*.
56. Delamare M, Lafortune G (2010) *Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. OECD Health Working Papers, No. 54. OECD Publishing, Paris
57. Robert Koch-Institut (2014) *Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014*. *Epidemiologisches Bulletin* (34)
58. World Health Organization (2015) *Influenza*. www.who.int/influenza/en/ (Stand: 21.07.2015)
59. Organisation for Economic Co-operation and Development (2014) *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators. The crisis and its aftermath*. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en (Stand: 14.01.2015)
60. Europäische Kommission (2013) *Health inequalities in the EU. Final report of a consortium*. Consortium lead: Sir Michael Marmot. Europäische Kommission, Brüssel
61. Lampert T, Kroll LE (2014) *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung*. GBE kompakt 5(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)

62. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 358(23):2468-2481
63. Europäische Kommission (2015) Programm »Gesundheit« (2014–2020). www.ec.europa.eu/health/programme/policy/index_de.htm (Stand: 21.07.2015)
64. World Health Organization, Regional Office for Europe (2014) Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden. Über »Gesundheit 2020« www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020 (Stand: 22.05.2015)
65. European Community Health Indicators Monitoring (2012) ECHIM - European Community Health Indicators Monitoring. www.echim.org (Stand: 21.07.2015)
66. Europäische Kommission (2015) Expert Group on Health Information (EGHI) Meeting. Europäische Kommission, Luxemburg www.ec.europa.eu/health/strategy/docs/ev_20150128_sr_en.pdf (Stand: 21.07.2015)

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

**Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel:
Wo steht Deutschland im europäischen Vergleich?**

IMPRESSUM

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)
PD Dr. Thomas Lampert
Dr. Franziska Prütz
Stefanie Seeling
Anne Starker
Dr. Lars E. Kroll
Alexander Rommel
Dr. Livia Ryl
Dr. Thomas Ziese

Redaktionsassistentz

Gisela Dugnus
Kerstin Möllerke

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsbericht
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Gestaltung

SHORT CUTS GmbH, Berlin

Umschlaggestaltung

WEBERSUPIRAN.berlin

Druck

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-10

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Gesundheit