Gesundheitsberichterstattung - GBE

langweilige oder lohnende Lektüre?

Peter Lederer

19. 10. 2016

Gesundheitsberichterstattung - GBE

- Was ist GBE ?
- Wozu GBE ?
- Quellen der GBE
- Einige Aussagen in der GBE

Ziele der GBE

- einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in der Region zu geben, nach Möglichkeit im Vergleich mit anderen Regionen bzw. dem Landesdurchschnitt,
- zeitliche Entwicklungstrends aufzuzeigen,
- die Versorgungslage zu beschreiben,
- prioritäre Probleme zu benennen,
- Gesundheitsziele und Handlungsmöglichkeiten, vor allem hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung, aufzuzeigen
- und damit zugleich auch eine Grundlage für ein gemeinsames Handeln der relevanten Akteure zu liefern.

Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie		
	Epidemiologie	**GBE**
Ziel	Neues entdecken	Verhältnisse beobachten, Transparenz herstellen, Diskussion anregen
Datenauswahl	Wissenschaftliche Fragen, Forschungsfinanzierung	Politische Schwerpunktsetzung
Regionalbezug	Gelegentlich	Immer
Adressaten	Wissenschaft, Auftraggeber	Politik, Bürger, Verwaltung
Sprache	Wissenschaftlich exakt, mit ausführlichen methodischen Erläuterungen	Allgemeinverständlich
Produzenten	Forschungsgruppen	Verwaltung

Daten
AOLG-
Standardindikatoren
zusätzliche
Landesindikatoren
Berichte
Kurzberichte
Fokusberichte
eigene Untersuchungen
Studien
Surveys
Veröffentlichung im Internet

Einige Quellen

Eine umfassende Datenbasis und eine darauf aufbauende fundierte Gesundheitsberichterstattung sind unverzichtbare Grundlagen einer rationalen Gesundheitspolitik. Sie ermöglichen die notwendigen Informationen und die Herstellung von Transparenz über die bestehende Situation, über vorhandene Defizite oder Handlungsbedarf und ermöglichen damit auch die Feststellung und die Bewertung der Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Arbeitsgemeinschaft der Obersten
Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder

Arbeitsgemeinschaft der Obersten
Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder

Indikatorensatz für die GBE der Länder, 2003

Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003

Als Themenfelder soll der Indikatorensatz im Wesentlichen umfassen:

- demografische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen,
- allgemeiner Gesundheitszustand der Bevölkerung,
- ausgewählte Krankheiten/gesundheitliche Beschwerden,
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, einschließlich Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesen,
- Gesundheitsdeterminanten,
- Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens,
- Ausgaben und Finanzierung.

Arten von Indikatoren

Wir unterscheiden folgende Arten von Indikatoren:

1. Determinanten (determinants): z. B. Lebensweise, Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren, Umweltfaktoren. Determinanten wie Rauchverhalten haben erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage. Bevölkerungsangaben zählen zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.
2. Ergebnisindikatoren (outcome indicators): z. B. Inzidenz, Behandlungsergebnis, Tod.
3. Prozessindikatoren (process indicators): z. B. stationäre Behandlungen, Verweildauer, ärztliche Konsultationen, Kosten.

Themenfelder und Anzahl von Indikatoren

Themenfeld 1	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	25
Themenfeld 2	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	29
Themenfeld 3	Gesundheitszustand der Bevölkerung	79
	I. Allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität	84
	II. Krankheiten/Krankheitsgruppen	186
Themenfeld 4	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	359
Themenfeld 5	Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	389
Themenfeld 6	Einrichtungen des Gesundheitswesens	427
Themenfeld 7	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung	483
Themenfeld 8	Beschäftigte im Gesundheitswesen	571
Themenfeld 9	Ausbildung im Gesundheitswesen	641
Themenfeld 10	Ausgaben und Finanzierung	653
Themenfeld 11	Kosten	717

Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung

Systematik der Indikatoren des Themenfeldes 3

I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität		
	Ia Mortalität	• allgemein
	Ib abgeleitete Indikatoren	• Lebenserwartung • verlorene Lebensjahre • vermeidbare Sterblichkeit
	Ic Allgemeine Morbidität	• subjektive Morbidität • ambulante Morbidität • stationäre Morbidität • Arbeitsunfähigkeit • Arbeitsunfälle u. Berufskrankh. • Med. Leistungen zur Reha. • Rentenzugänge u. -bestand • Schwerbehinderte • Pflegebedürftigkeit

Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung

II. Krankheiten/ Krankheitsgruppen	**ICD-10**	
Gesundheitszustand von Säuglingen u. Vorschulkindern		
Infektionskrankheiten	Kap. I	• Zeitreihe • Inzidenz/Prävalenz • stationäre Morbidität • Arbeitsunfähigkeit • Med. Leistungen zur Reha. • Rentenzugänge u. –bestand • Sterblichkeit
Bösartige Neubildungen	Kap. II	
Stoffwechselkrankheiten	Kap. III	
Psych./Verhaltensstörungen	Kap. V	
Krankheiten des Kreislaufsystems	Kap. IX	
Krankheiten des Atmungssystems	Kap. X	
Krankheiten des Verdauungssystems	Kap. XI	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Kap. XIII	
Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen	Kap. XIX	

3.19

Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr

Datenhalter

- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Datenquelle

- ADT-Panel

Periodizität

Jährlich

Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsepisoden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem.ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle		
			insg.	darunter:	
				Männer	Frauen
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	37,9	38,7	37,3
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	25,9	27,3	24,8
3	M54	Rückenschmerzen	16,0	15,3	16,6
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	13,9	16,0	12,4
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	10,9	5,7	15,0
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	10,6	13,9	8,0
7	E66	Adipositas	9,8	9,6	9,9
8	F32	Depressive Episode	9,1	6,2	11,3
9	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,4	9,4	7,6
10	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7,8	7,3	8,1
11	K29	Gastritis und Duodenitis	7,6	7,0	8,1
12	I83	Varizen der unteren Extremitäten	7,4	4,5	9,6
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7,0	7,7	6,5
14	J45	Asthma bronchiale	6,6	5,9	7,1
15	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	6,4	8,4	4,9
16	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,2	5,2	7,1
17	E03	Sonstige Hypothyreose	5,7	2,6	8,2
18	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5,7	6,0	5,4
19	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u.d. Rückens, anderenorts nicht klassif.	5,7	4,6	6,5
20	J06	Akute Infektionen an mehreren od. nicht näher bezeich. Lokalis. d. ob. Atemwege	5,5	6,0	5,1

3.15 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

Datenhalter

- Robert Koch-Institut (RKI)
- Gesundheitsministerium Bayern
- Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichproben Bayern und Nordrhein-Westfalen

Periodizität

Mehrjährlich

Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstrichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2).

3.16 Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

3.17 Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden innerhalb der letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

3.18 Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:765–771 DOI 10.1007/s00103-012-1661-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S. Krug · S. Jordan · G.B.M. Mensink · S. Müters · J.D. Finger · T. Lampert

Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:786–794 DOI 10.1007/s00103-012-1656-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

G.B.M. Mensink · A. Schienkiewitz · M. Haftenberger · T. Lampert · T. Ziese · C. Scheidt-Nave

Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:668–677 DOI 10.1007/s00103-012-1662-5
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

C. Heidemann · Y. Du · I. Schubert · W. Rathmann · C. Scheidt-Nave

Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:795–801 DOI 10.1007/s00103-013-1669-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

H. Neuhauser · M. Thamm · U. Ellert

Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:650–655 DOI 10.1007/s00103-013-1666-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Gößwald · A. Schienkiewitz · E. Nowossadeck · M.A. Busch

Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:749–754 DOI 10.1007/s00103-013-1690-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Hapke · U.E. Maske · C. Scheidt-Nave · L. Bode · R. Schlack · M.A. Busch

Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:733–739 DOI 10.1007/s00103-013-1688-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M.A. Busch · U.E. Maske · L. Ryl · R. Schlack · U. Hapke

Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:740–748 DOI 10.1007/s00103-013-1689-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

R. Schlack · U. Hapke · U. Maske · M.A. Busch · S. Cohrs

Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:809–813 DOI 10.1007/s00103-013-1699-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Hapke · E. v. der Lippe · B. Gaertner

Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:698–706 DOI 10.1007/s00103-012-1652-7
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Langen · R. Schmitz · H. Steppuhn

Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Beispiele anderer Quellen

Gesamtdatenbestand Klinisches Krebsregister

Klinisches Krebsregister des Tumorzentrums Erlangen-Nürnberg
ED bis 1997 66.134
ED 1998-2007 **130.449**
Gesamt 196.583

Patienten des Uniklinikums
ED bis 1997 63.966
ED 1998-2007 **34.418**

Patienten aus Kliniken und Praxen in Mfr.
ED 1998-2007 **74.727**

DCO
(= Ausschließlich Todesbescheinigung)
1998-2007 21.304

Wohnort Mfr. **18.867**

Wohnort nicht Mfr. 15.551

Wohnort Mfr. **61.038**

Wohnort nicht Mfr. 13.689

Qualitätsbericht Mfr.
ED 1998-2007 **79.905**

Scand J Public Health. 2007;35(1):48-54.

Obesity in young adulthood and later disability pension: a population-based cohort study of 366,929 Swedish men.

Karnehed N, Rasmussen F, Kark M.

Child and Adolescent Public Health Epidemiology Group, Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Sweden.

BACKGROUND: The prevalence of obesity has increased threefold among Swedish men during recent decades. Knowledge from Sweden on how obese men manage in working life and become disability pensioners is sparse. The aim of this nationwide and population-based cohort study was to investigate to what extent body mass index (BMI) in young adulthood predicts later disability pension. METHOD: All Swedish men born 1952-59, who had their weight and height measured at age 18 years in the compulsory military conscription examinations, were followed up longitudinally from 1990 to 2001 with regard to receiving disability pension. Data on own socioeconomic position (1985), education and marital status (1990), parental socioeconomic position (1960), and education (1970) were obtained from censuses. For 366,929 men (81% of the eligible men) the hazard ratio for receiving disability pension was calculated with Cox regression controlling for own education, parental education, childhood and adult socioeconomic position, marital status, morbidity, and type of municipality. RESULTS: Obesity in young adulthood increased the risk for disability pension later in life (1.35, 95% CI 1.19, 1.52) compared with men of normal weight. The relationship between BMI and disability pension was J-shaped with higher risks for underweight (1.14, 95% CI 1.09, 1.20) and obese men. CONCLUSIONS: Obese men in Sweden are at higher risk of receiving disability pension. The relationship between BMI and disability pension is J-shaped. An important future task is to estimate the societal costs due to disability pension of obese people.

Die NAKO Gesundheitsstudie (kurz: NAKO) ist eine Langzeit-Bevölkerungsstudie (Dauer 20-30 Jahre). Sie wird von einem Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen, bestehend aus der Helmholtz-Gemeinschaft, den Universitäten und der Leibniz-Gemeinschaft, organisiert und durchgeführt. Ziel ist es, den Ursachen für die Entstehung von Volkskrankheiten auf den Grund zu gehen

Die NAKO Gesundheitsstudie (kurz NAKO) ist eine bundesweite Gesundheitsstudie mit 200.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Ziel des Forschungsprojektes ist es, die Entstehung von Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Demenz, Herzinfarkt und anderen besser zu verstehen, um Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung in Deutschland zu verbessern. Warum wird der eine krank, der andere aber bleibt gesund?

Einige Aussagen

Heft 10, Tabelle 2: Effekte bekannter Risikofaktoren auf ausgewählte Krankheiten [Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte]

Unterschiedliche Effekte bekannter Risikofaktoren und medikamentöser/ diätischer Interventionen auf die klinische Manifestation von vier ausgewählten Krankheiten

Quelle: Bundesärztekammer 1998

Risikofaktoren	KHK	CVI	OPO	OAR
Arterieller Hypertonus	+	+	O	O
Hyperlipidämien	+	+	O	O
Rauchen	+	+	+	O
Alkohol (unter 50g/d)	(-)	+	(+)	O
Früher Östrogenmangel	+	+	+	O
Diabetes mellitus	+	+	+	O
Adipositas	+	+	+	+
Bewegungsarmut	+	(+)	+	+

KHK= koronare Herzkrankheit
CVI= zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall)
OPO= Osteoporose
OAR= Ostroarthrose
+ bedeutet erhöhtes Risiko
O bedeutet kein eindeutiger Effekt
- bedeutet verringertes Risiko

Häufigkeitsverteilung

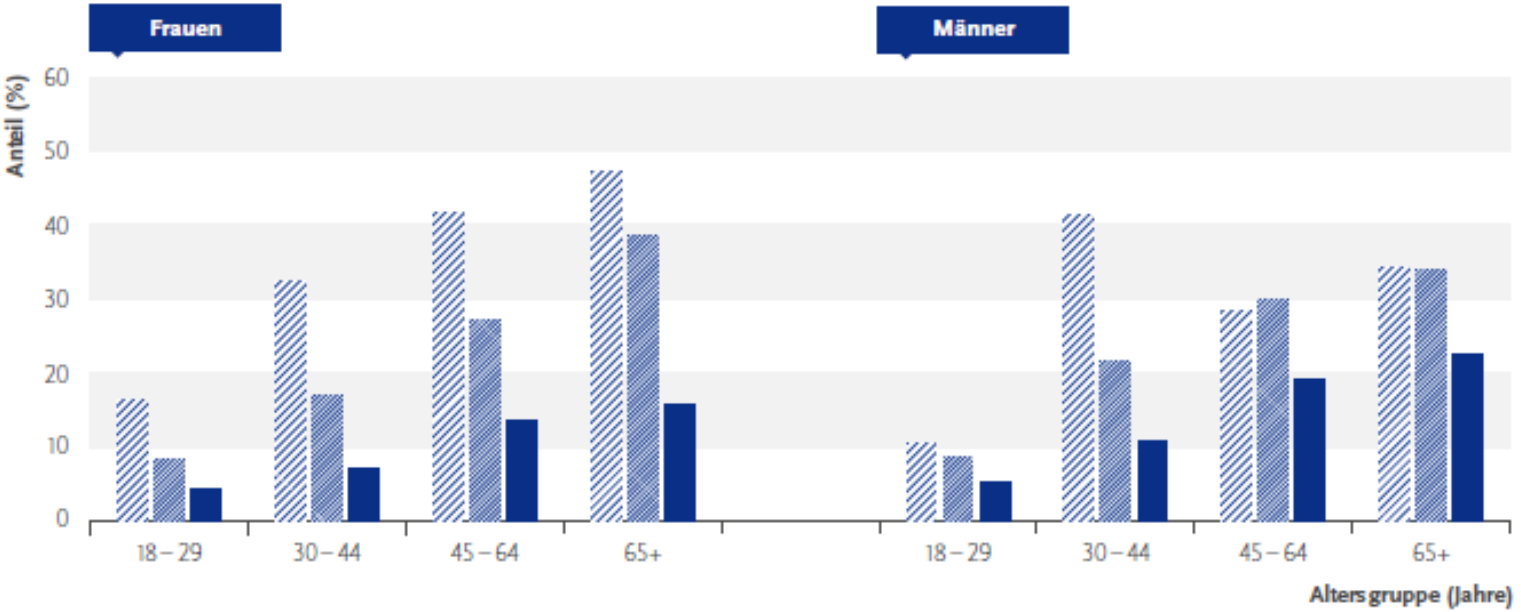
Frauen	Kein Sport	
	%	(95 %-KI)
Gesamt	36,1	(35,2–37,0)
Frauen gesamt	36,0	(34,8–37,2)
18–29 Jahre	21,8	(19,6–24,1)
Untere Bildungsgruppe	24,1	(19,5–29,4)
Mittlere Bildungsgruppe	20,9	(18,5–23,6)
Obere Bildungsgruppe	18,7	(14,2–24,2)
30–44 Jahre	34,7	(32,8–36,6)
Untere Bildungsgruppe	50,6	(42,5–58,6)
Mittlere Bildungsgruppe	35,7	(33,4–38,2)
Obere Bildungsgruppe	23,3	(21,0–25,7)
45–64 Jahre	33,8	(32,9–35,7)
Untere Bildungsgruppe	48,2	(42,0–54,4)
Mittlere Bildungsgruppe	32,9	(30,8–35,1)
Obere Bildungsgruppe	21,3	(19,3–23,5)
ab 65 Jahre	48,2	(45,4–51,0)
Untere Bildungsgruppe	54,4	(49,5–59,3)
Mittlere Bildungsgruppe	44,5	(41,5–47,6)
Obere Bildungsgruppe	29,0	(25,2–33,0)

Männer	Kein Sport	
	%	(95 %-KI)
Gesamt	36,1	(35,2–37,0)
Männer gesamt	36,2	(34,9–37,6)
18–29 Jahre	15,4	(13,3–17,7)
Untere Bildungsgruppe	13,9	(10,1–18,9)
Mittlere Bildungsgruppe	16,5	(13,9–19,4)
Obere Bildungsgruppe	13,8	(9,5–19,5)
30–44 Jahre	33,0	(30,6–35,5)
Untere Bildungsgruppe	51,5	(40,2–62,7)
Mittlere Bildungsgruppe	37,5	(34,4–40,7)
Obere Bildungsgruppe	17,8	(15,5–20,4)
45–64 Jahre	40,1	(37,8–42,4)
Untere Bildungsgruppe	57,6	(46,9–67,7)
Mittlere Bildungsgruppe	43,1	(40,1–46,2)
Obere Bildungsgruppe	28,3	(26,0–30,8)
ab 65 Jahre	52,8	(49,6–56,0)
Untere Bildungsgruppe	65,3	(53,1–75,7)
Mittlere Bildungsgruppe	56,7	(52,5–60,8)
Obere Bildungsgruppe	37,9	(34,6–41,4)

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS
Gesundheit in Deutschland

Sozialer Status und Übergewicht

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



Häufigkeitsverteilung

Frauen	12-Monats-Prävalenz von Diabetes		Lebenszeitprävalenz von Diabetes	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	7,3	(6,8–7,9)	8,8	(8,2–9,4)
Frauen gesamt	7,5	(6,8–8,3)	9,3	(8,5–10,2)
18–29 Jahre	1,1	(0,7–2,0)	2,1	(1,4–3,2)
Untere Bildungsgruppe	1,8	(0,7–4,4)	3,7	(1,9–6,8)
Mittlere Bildungsgruppe	0,9	(0,5–1,7)	1,6	(0,9–2,5)
Obere Bildungsgruppe	0,4	(0,1–2,9)	0,4	(0,1–2,9)
30–44 Jahre	1,7	(1,2–2,4)	4,2	(3,4–5,2)
Untere Bildungsgruppe	2,5	(0,8–7,6)	6,5	(3,2–12,5)
Mittlere Bildungsgruppe	1,9	(1,3–2,6)	4,1	(3,2–5,1)
Obere Bildungsgruppe	0,9	(0,5–1,6)	3,2	(2,3–4,4)
45–64 Jahre	6,8	(5,8–7,9)	7,7	(6,7–8,9)
Untere Bildungsgruppe	11,4	(8,0–16,0)	12,0	(8,5–16,6)
Mittlere Bildungsgruppe	6,1	(5,1–7,3)	7,2	(6,1–8,4)
Obere Bildungsgruppe	3,9	(3,0–5,0)	4,8	(3,8–6,0)
ab 65 Jahre	17,4	(15,3–19,7)	20,1	(17,8–22,6)
Untere Bildungsgruppe	21,9	(18,2–26,3)	26,2	(22,1–30,7)
Mittlere Bildungsgruppe	12,9	(11,1–15,0)	13,9	(11,9–16,0)
Obere Bildungsgruppe	12,0	(9,5–15,2)	14,1	(11,4–17,3)

Häufigkeitsverteilung

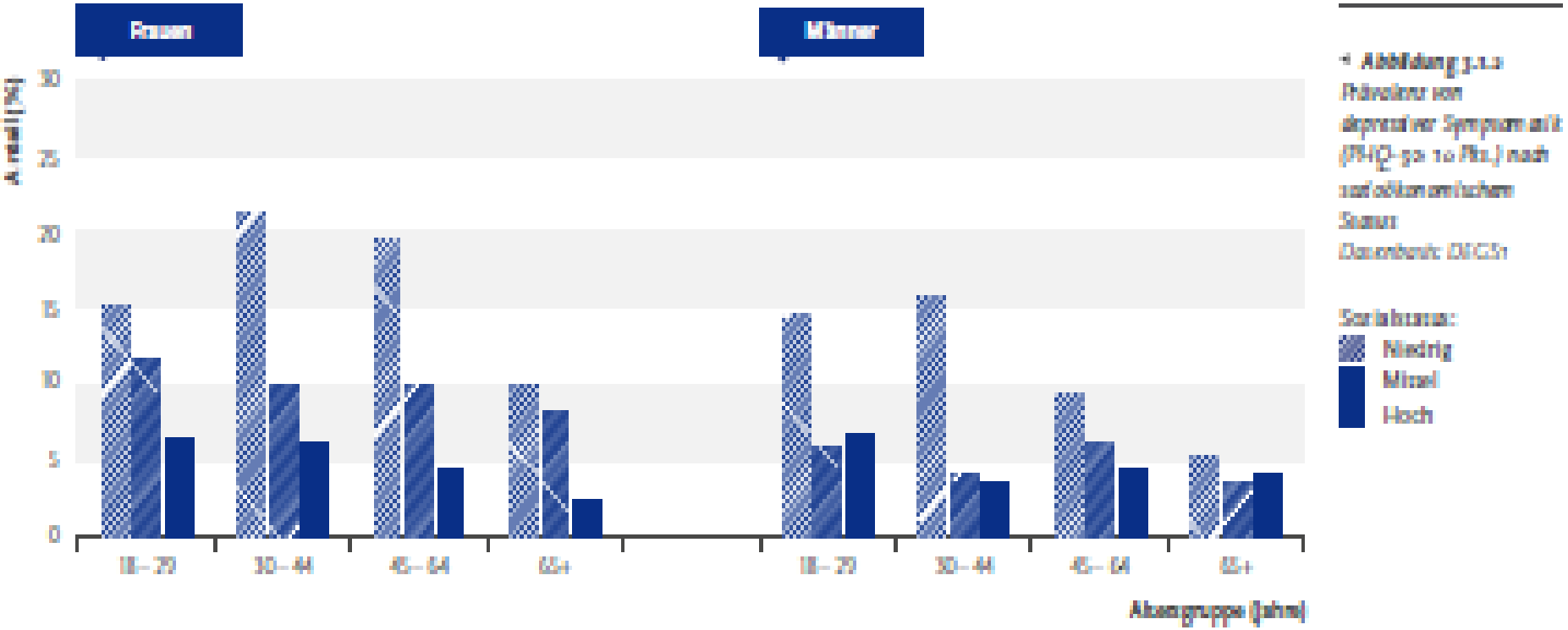
Frauen	Lebenszeitprävalenz von koronarer Herzerkrankung	
	%	(95 %-KI)
Gesamt	7,8	(7,3–8,4)
Frauen gesamt	6,5	(5,8–7,3)
18–29 Jahre	0,5	(0,2–1,0)
Untere Bildungsgruppe	0,2	(0,0–1,3)
Mittlere Bildungsgruppe	0,7	(0,3–1,6)
Obere Bildungsgruppe	0,3	(0,0–2,4)
30–44 Jahre	0,7	(0,4–1,1)
Untere Bildungsgruppe	0,9	(0,2–3,9)
Mittlere Bildungsgruppe	0,7	(0,4–1,2)
Obere Bildungsgruppe	0,5	(0,2–1,2)
45–64 Jahre	3,5	(2,8–4,4)
Untere Bildungsgruppe	5,6	(3,4–9,1)
Mittlere Bildungsgruppe	3,0	(2,3–3,9)
Obere Bildungsgruppe	2,8	(2,1–3,7)
ab 65 Jahre	19,1	(16,9–21,5)
Untere Bildungsgruppe	23,3	(19,4–27,8)
Mittlere Bildungsgruppe	15,0	(13,0–17,3)
Obere Bildungsgruppe	14,5	(11,6–17,8)

Männer	Lebenszeitprävalenz von koronarer Herzerkrankung	
	%	(95 %-KI)
Gesamt	7,8	(7,3–8,4)
Männer gesamt	9,2	(8,4–10,0)
18–29 Jahre	0,5	(0,2–0,9)
Untere Bildungsgruppe	0,4	(0,1–1,4)
Mittlere Bildungsgruppe	0,3	(0,1–0,7)
Obere Bildungsgruppe	1,7	(0,5–5,4)
30–44 Jahre	1,4	(0,9–2,1)
Untere Bildungsgruppe	0,9	(0,1–6,0)
Mittlere Bildungsgruppe	1,9	(1,1–3,0)
Obere Bildungsgruppe	0,7	(0,3–1,4)
45–64 Jahre	8,6	(7,[illegible]–10,0)
Untere Bildungsgruppe	13,6	(7,7–22,8)
Mittlere Bildungsgruppe	8,6	(7,1–10,5)
Obere Bildungsgruppe	6,7	(5,[illegible]–8,0)
ab 65 Jahre	[illegible]	(25,3–31,2)
Untere Bildungsgruppe	26,0	(16,8–37,9)
Mittlere Bildungsgruppe	30,1	(26,3–34,2)
Obere Bildungsgruppe	25,8	(22,9–29,0)

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheit in Deutschland

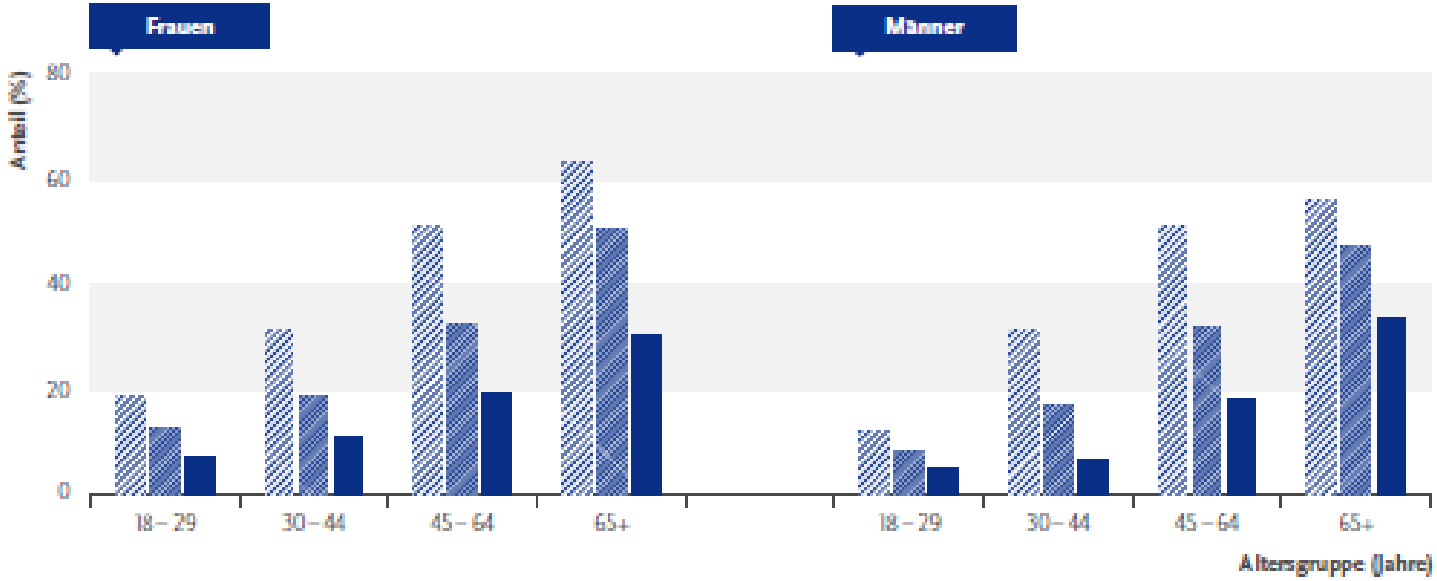
Prävalenz depressiver Symptome



Subjektive Gesundheit

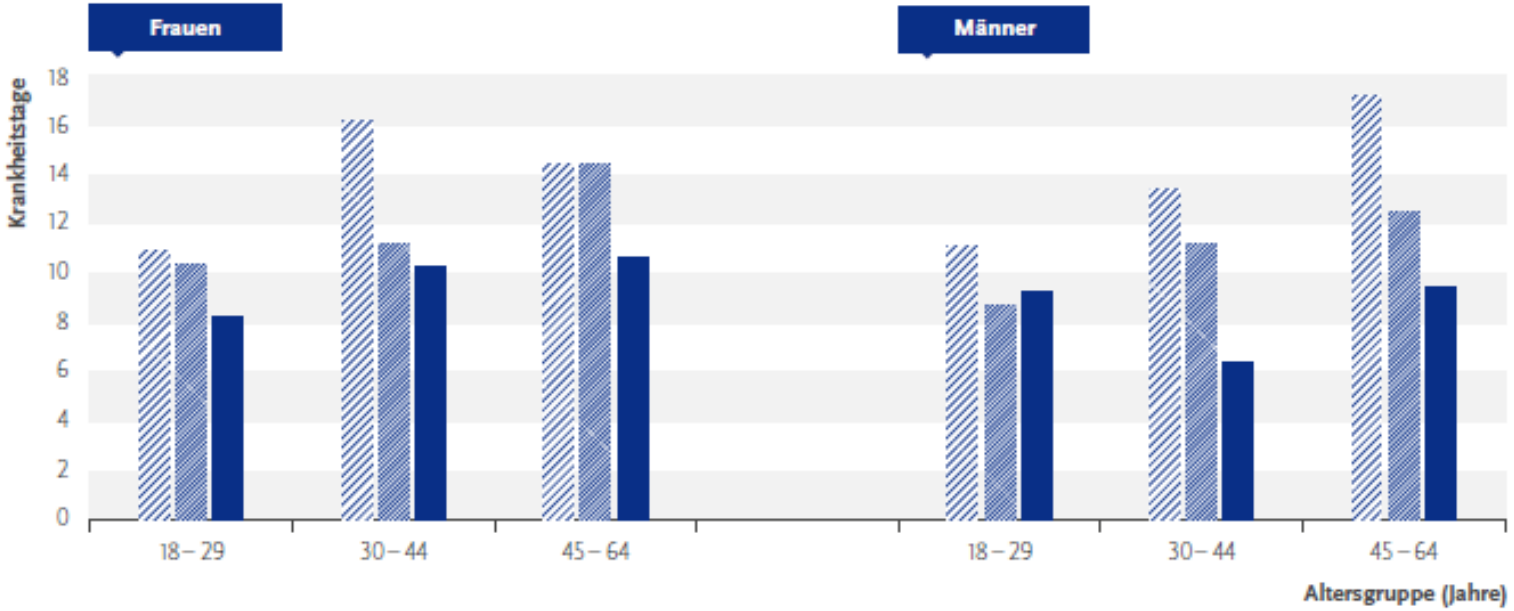
GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS
Gesundheit in Deutschland

▸ **Abbildung 3.1.1**
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) nach sozioökonomischem Status
Datenbasis: GEDA 2009/2010

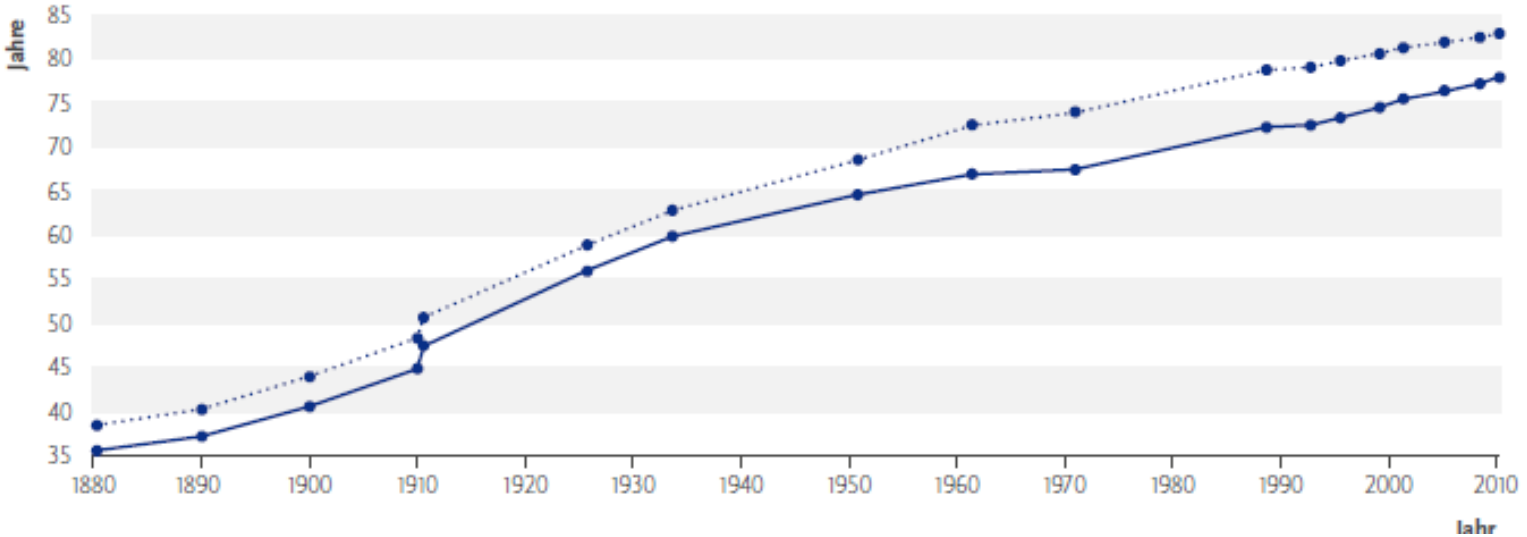


Arbeitsunfähigkeitstage und beruflicher Status

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



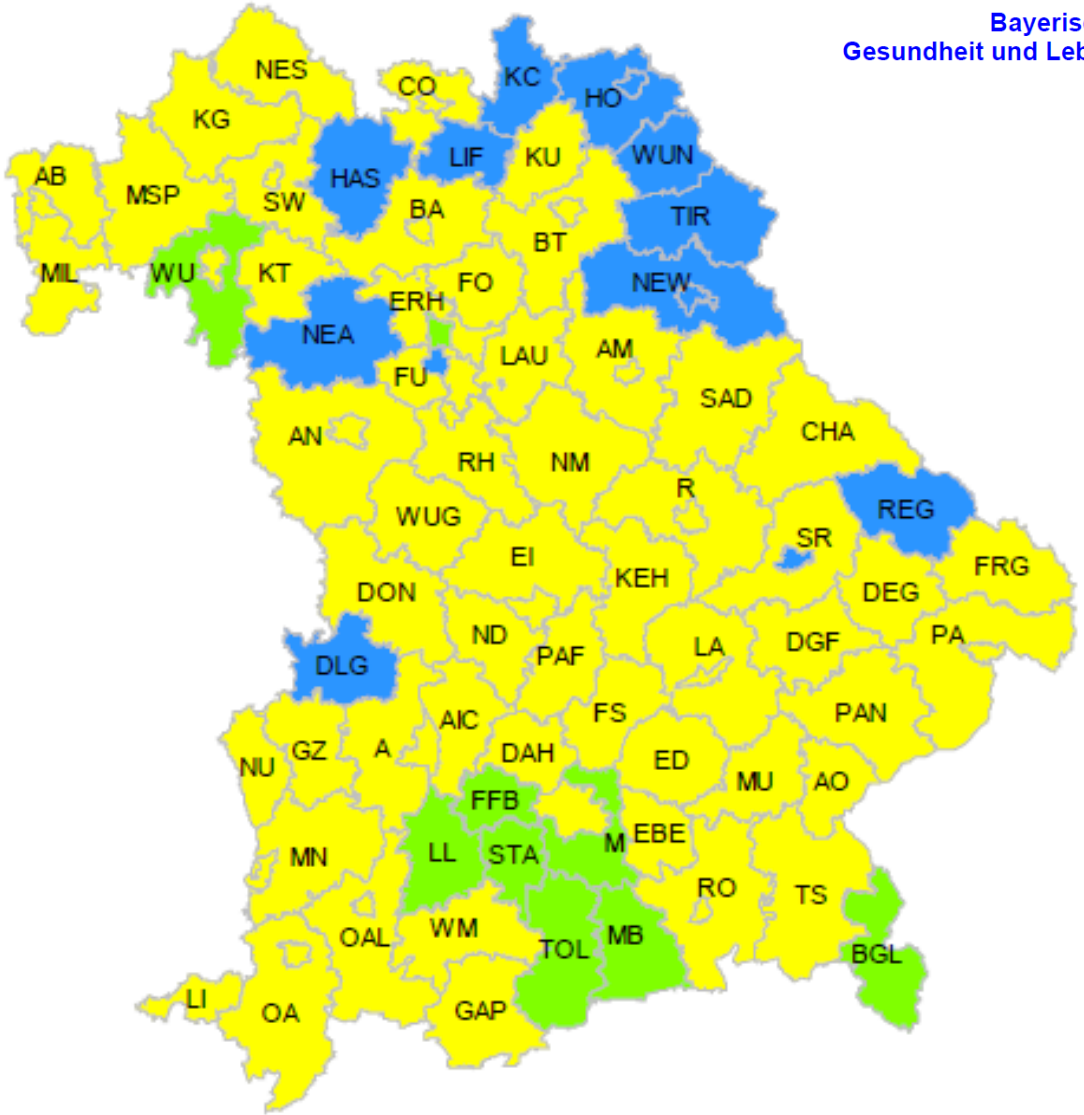
▸ **Abbildung 2.1.1**
Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt seit 1880
Datenbasis: Periodensterbetafeln 1880–2011 [6, 7]*



Regionale Sterblichkeit in Bayern

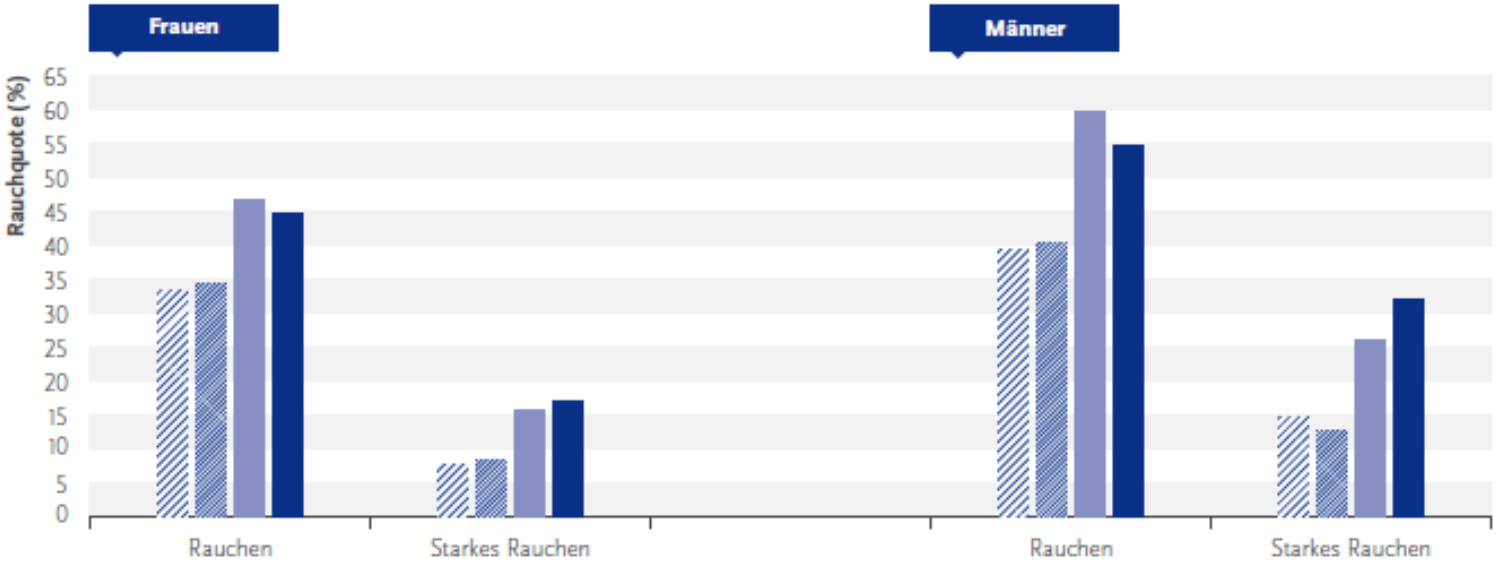
10 % - Abweichung vom Landesdurchschnitt,
Bevölkerung insgesamt

Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Rauchen und Berufssicherheit

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS
Gesundheit in Deutschland



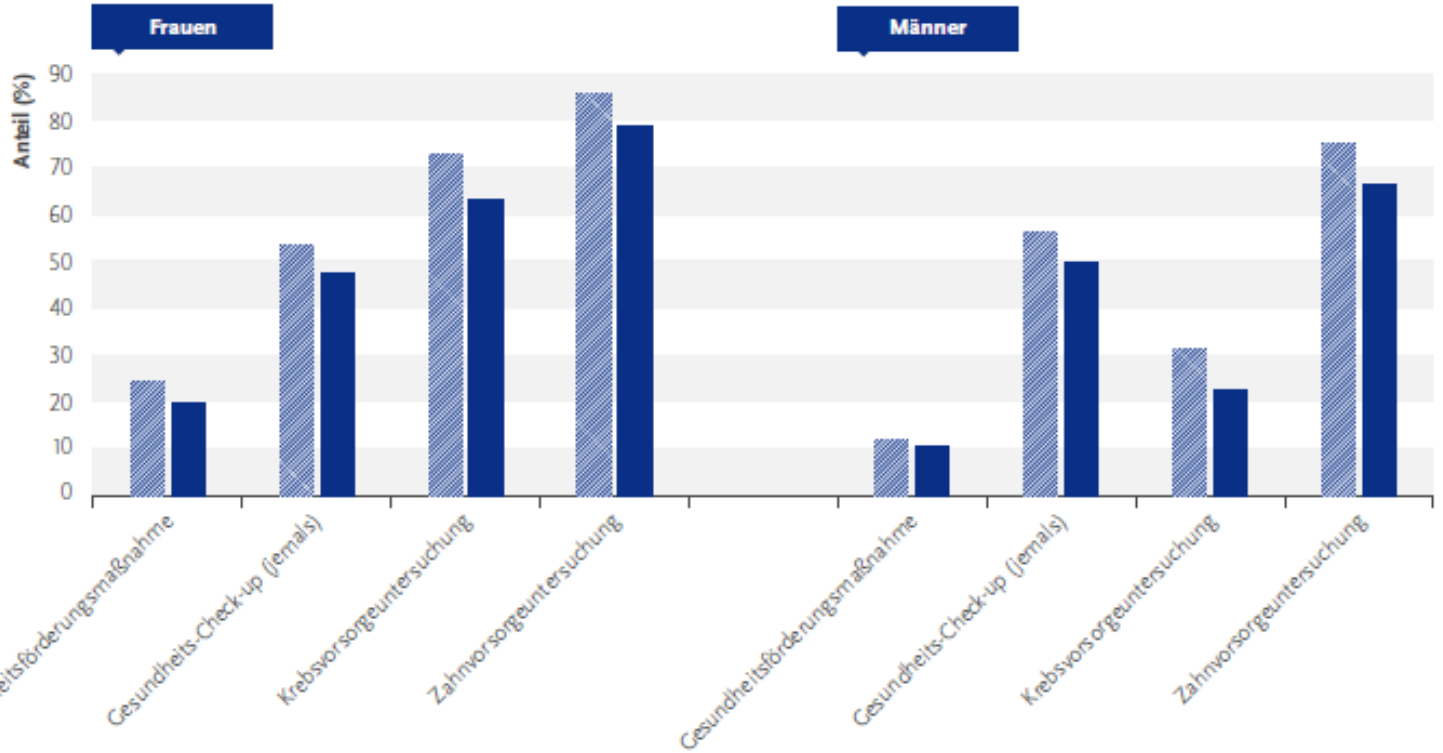
◂ ***Abbildung 3.3.2***
Rauchquote nach Erwerbsstatus für Erwerbspersonen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren
Datenbasis: GEDA 2010 [4]

Erwerbstätigkeit:
- Sicher beschäftigt
- Prekär beschäftigt
- Arbeitslos
- Langzeitarbeitslos

Vorsorge und Arbeitslosigkeit

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS
Gesundheit in Deutschland

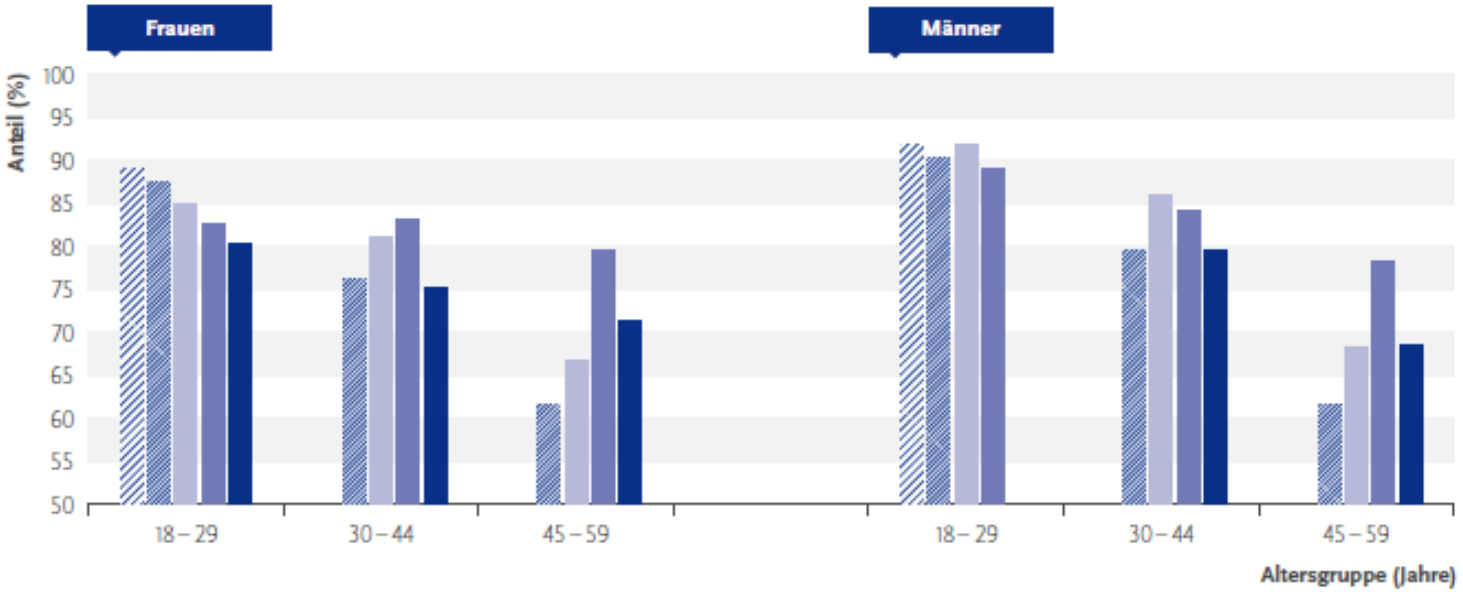
▸ ***Abbildung 3.3.3***
Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen nach Arbeitslosigkeitserfahrungen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren
Datenbasis: GEDA 2009, 2010



Gesundheit und „Familienstand“

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS
Gesundheit in Deutschland

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



Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Zielstellung

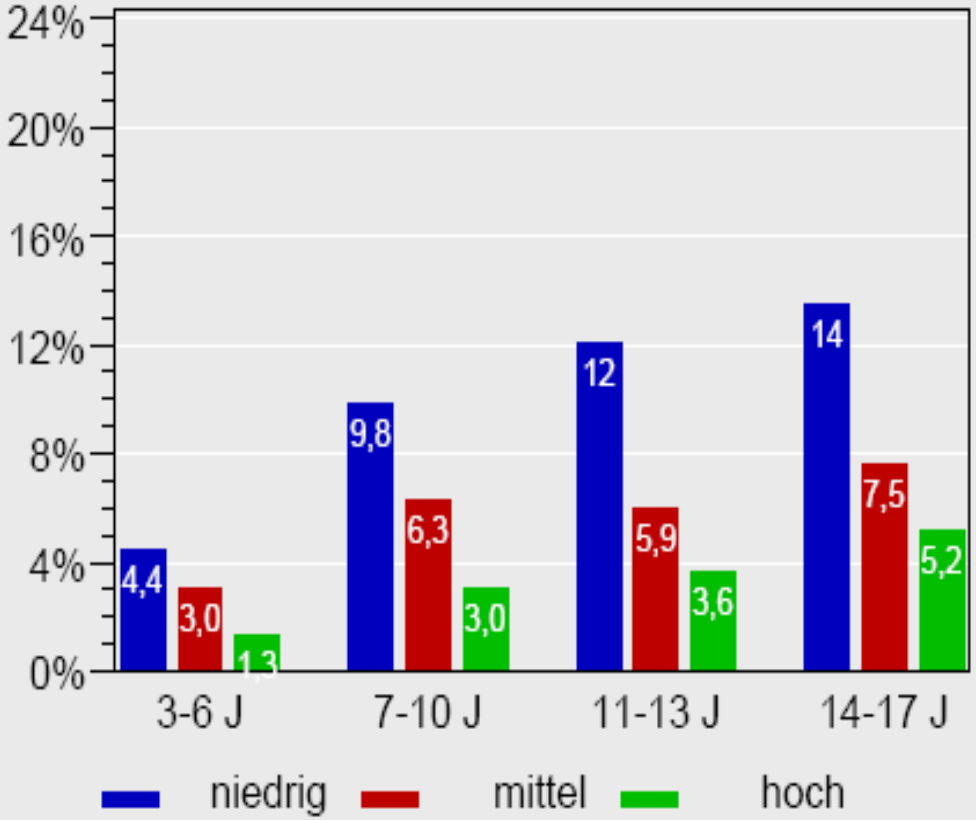
Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das Robert Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) durchgeführt.

Ziel dieser bundesweiten Studie war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu erheben.

Neben soziodemographischen Angaben wurden vor allem die folgenden Themenbereiche erfasst:

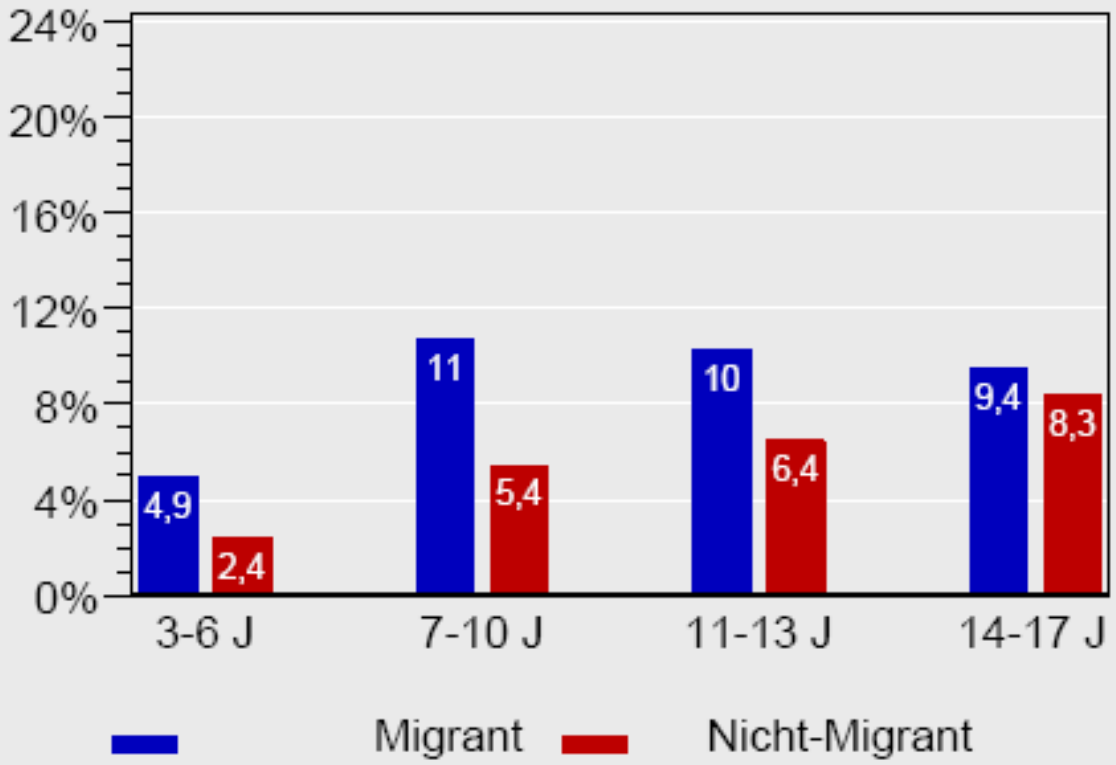
- Körperliche Beschwerden und Befindlichkeit
- Akute und chronische Krankheiten
- Behinderungen
- Gesundheitsrisiken, Unfälle
- Psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten
- Subjektive Gesundheit (Lebensqualität)
- Soziale Kontakte, soziales Netz, Unterstützungssysteme
- Personale Ressourcen (Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung)
- Ernährung, Essstörungen, Adipositas
- Schilddrüsengesundheit, Jodversorgung
- Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten
- Medikamentenkonsum, Impfstatus
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus



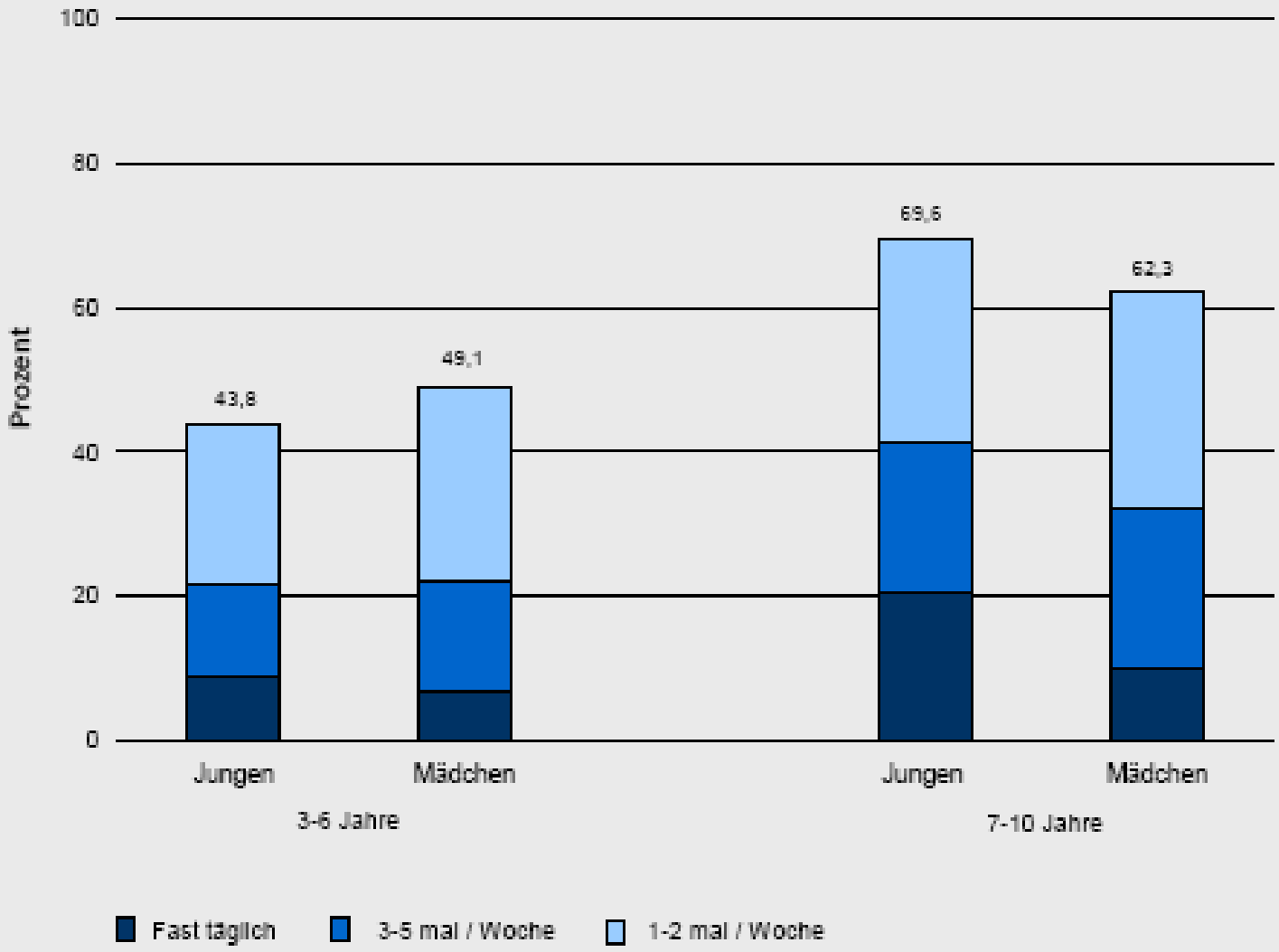
Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Migrantenstatus



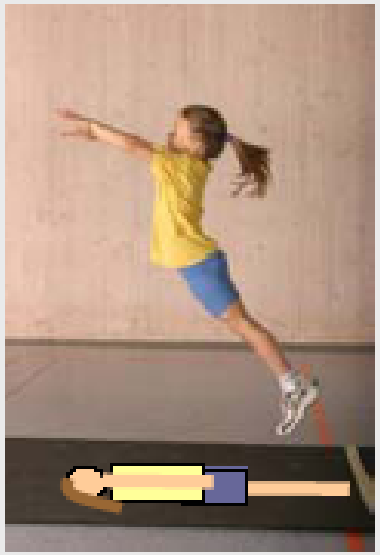
Bei Kindern aus Migrantenfamilien liegt die Adipositasrate höher.

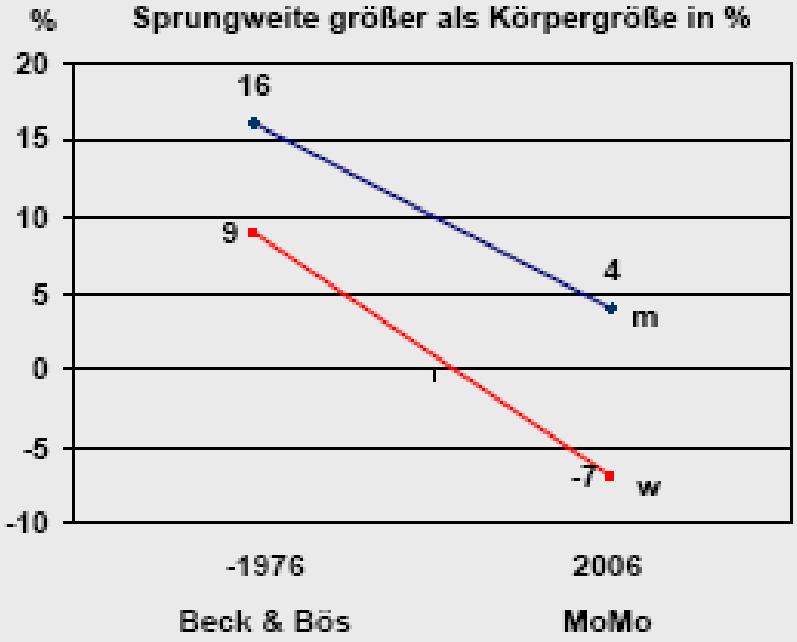
Sportliche Aktivität im oder außerhalb eines Vereins
(mindestens einmal pro Woche)



Hat sich die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verändert?

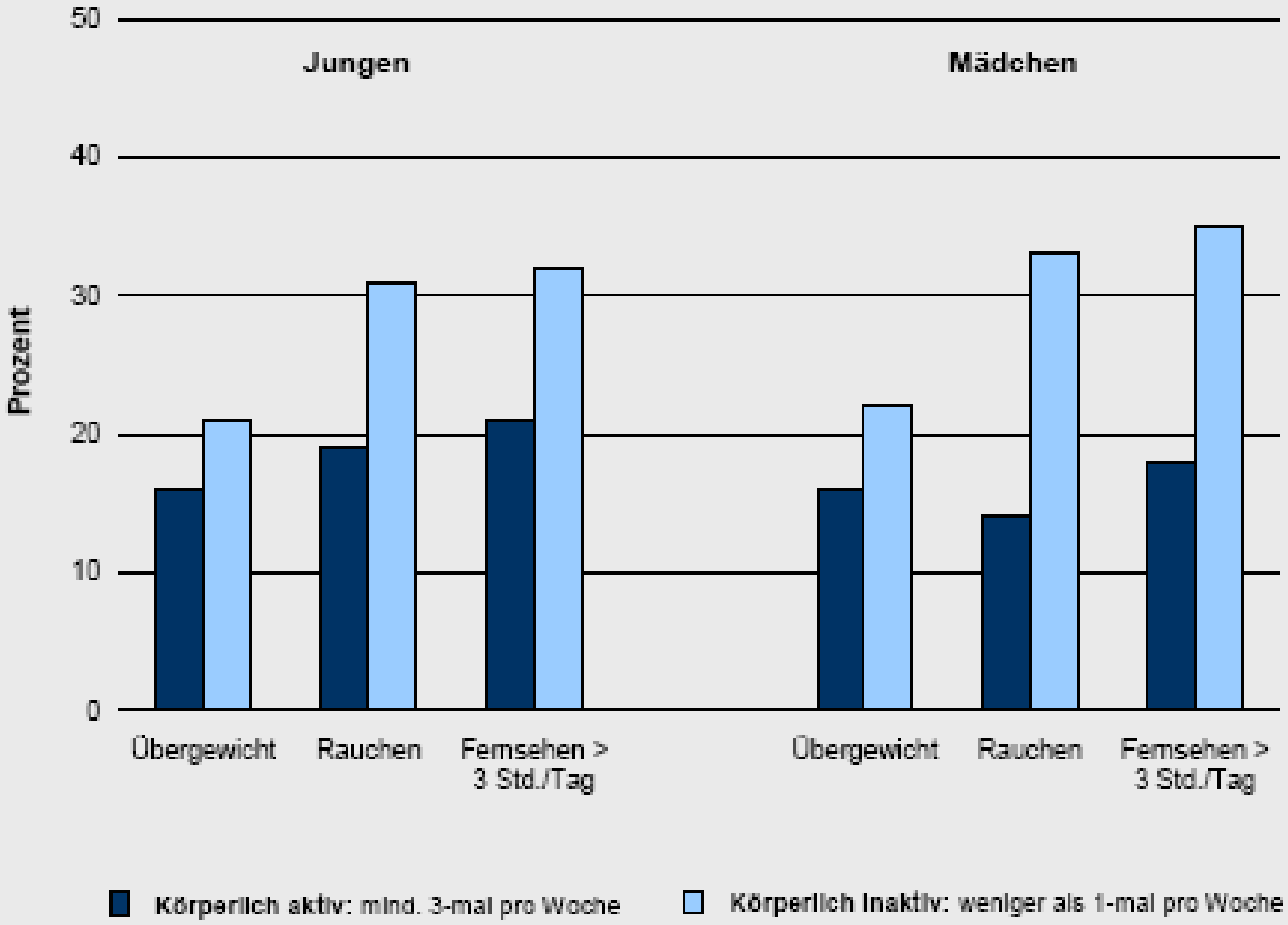
Kriterium ist der Quotient von Sprungweite : Körpergröße





Kinder und Jugendliche haben sich von 1976 bis 2006 hinsichtlich ihrer Leistungen im Standweitsprung um ca. **14%** verschlechtert.

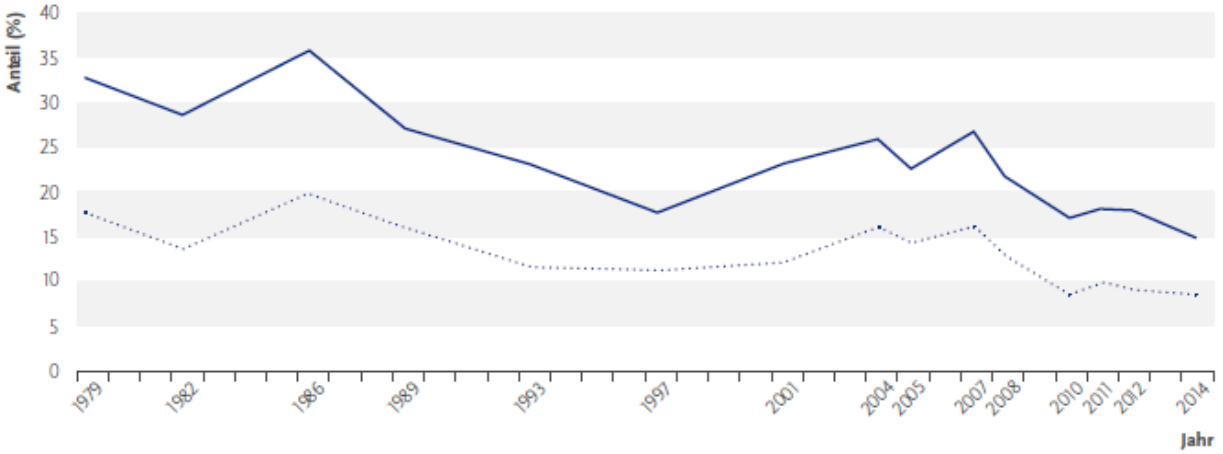
Übergewicht, Rauchen und Fernsehkonsum körperlich aktiver und inaktiver Jugendlicher



Jugendliche und Suchtmittel

Abbildung 3.13.3
Entwicklung des regelmäßigen Alkoholkonsums[1] bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren
Datenbasis: BZgA-Repräsentativerhebungen 1979–2014 [23]

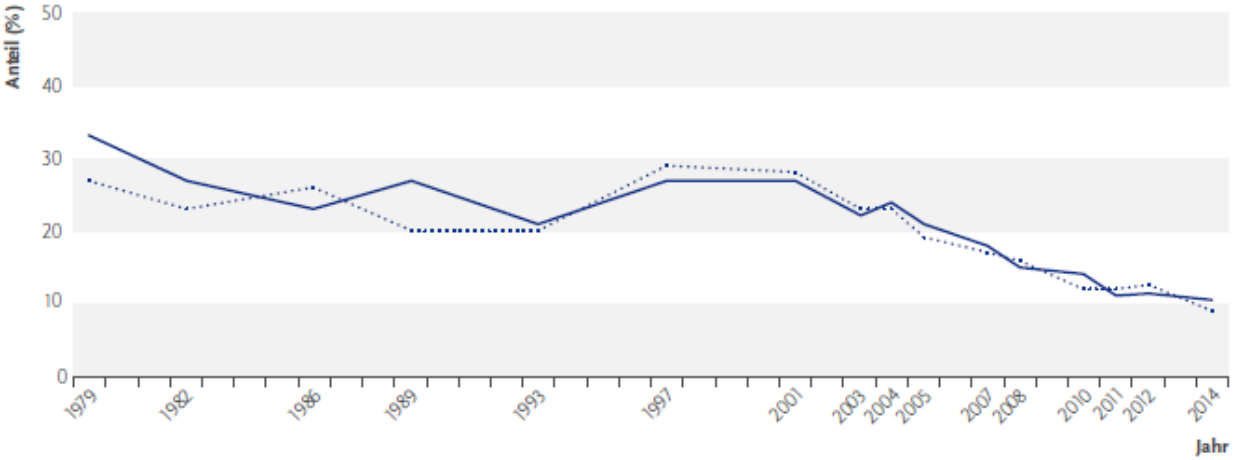
Mädchen ·····
Jungen ——



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

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

Mädchen ·····
Jungen ——



Stadt Erlangen

Gesundheit in der Stadt Erlangen - auf einen Blick

Erste Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung

Teil A Gesundheitsprofil

Teil B Unter der Lupe: Bewegung

LANDKREIS
ERLANGEN-HÖCHSTADT

Gesundheit im Landkreis - auf einen Blick

Erste Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung

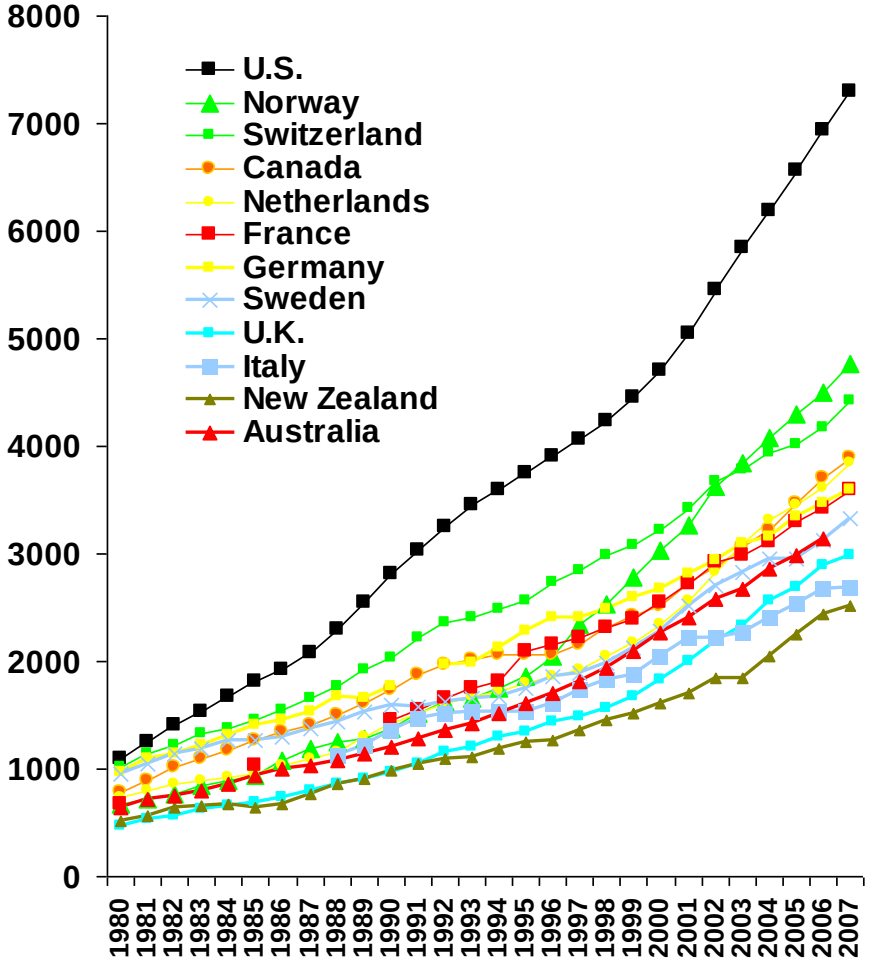
Teil A Gesundheitsprofil

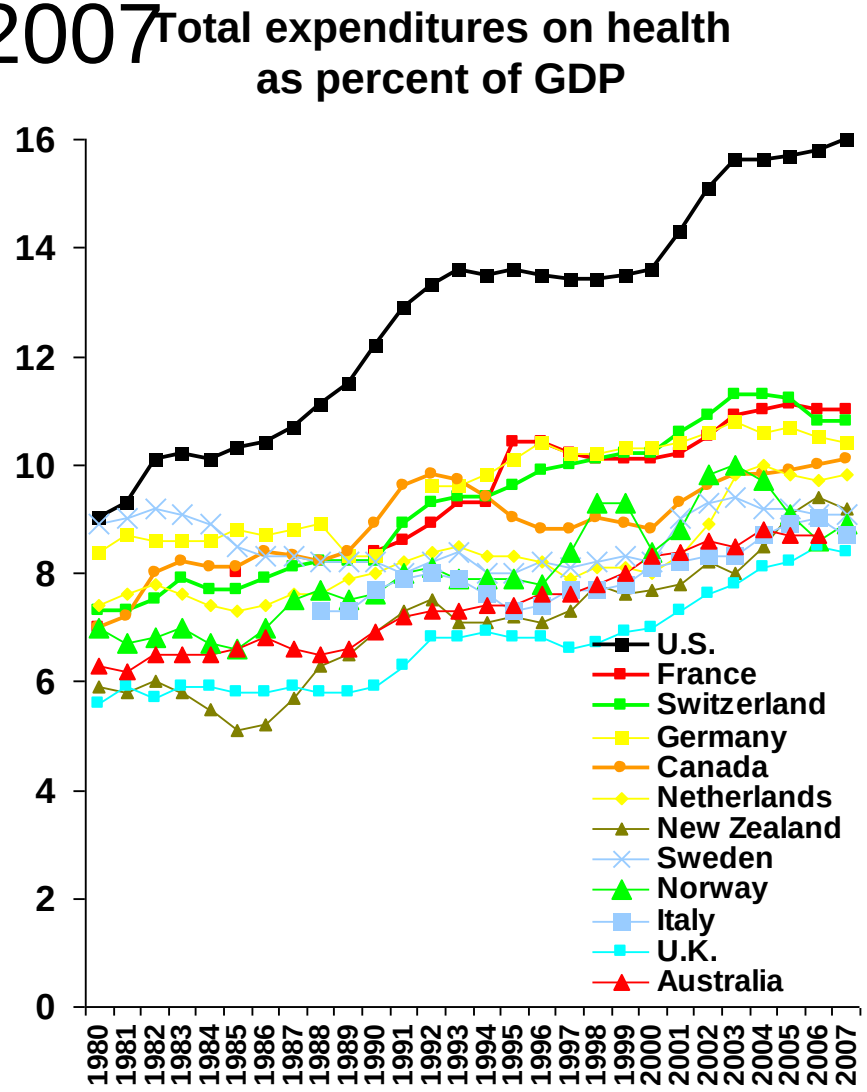
Teil B Unter der Lupe: Seelische Gesundheit/psychische Erkrankung

GBE

Ge- oder Missbrauch?

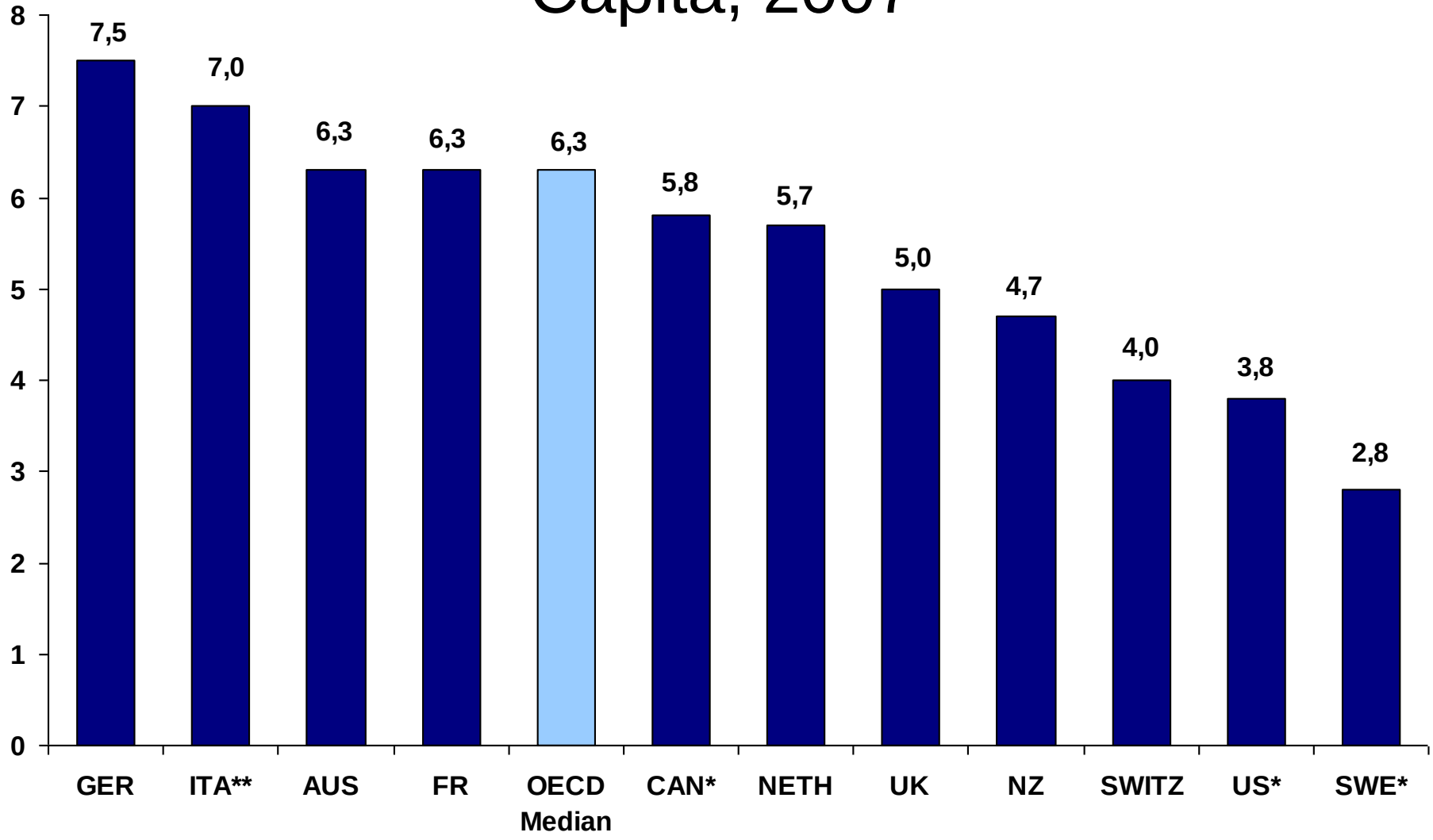
International Comparison of Spending on Health, 1980–2007



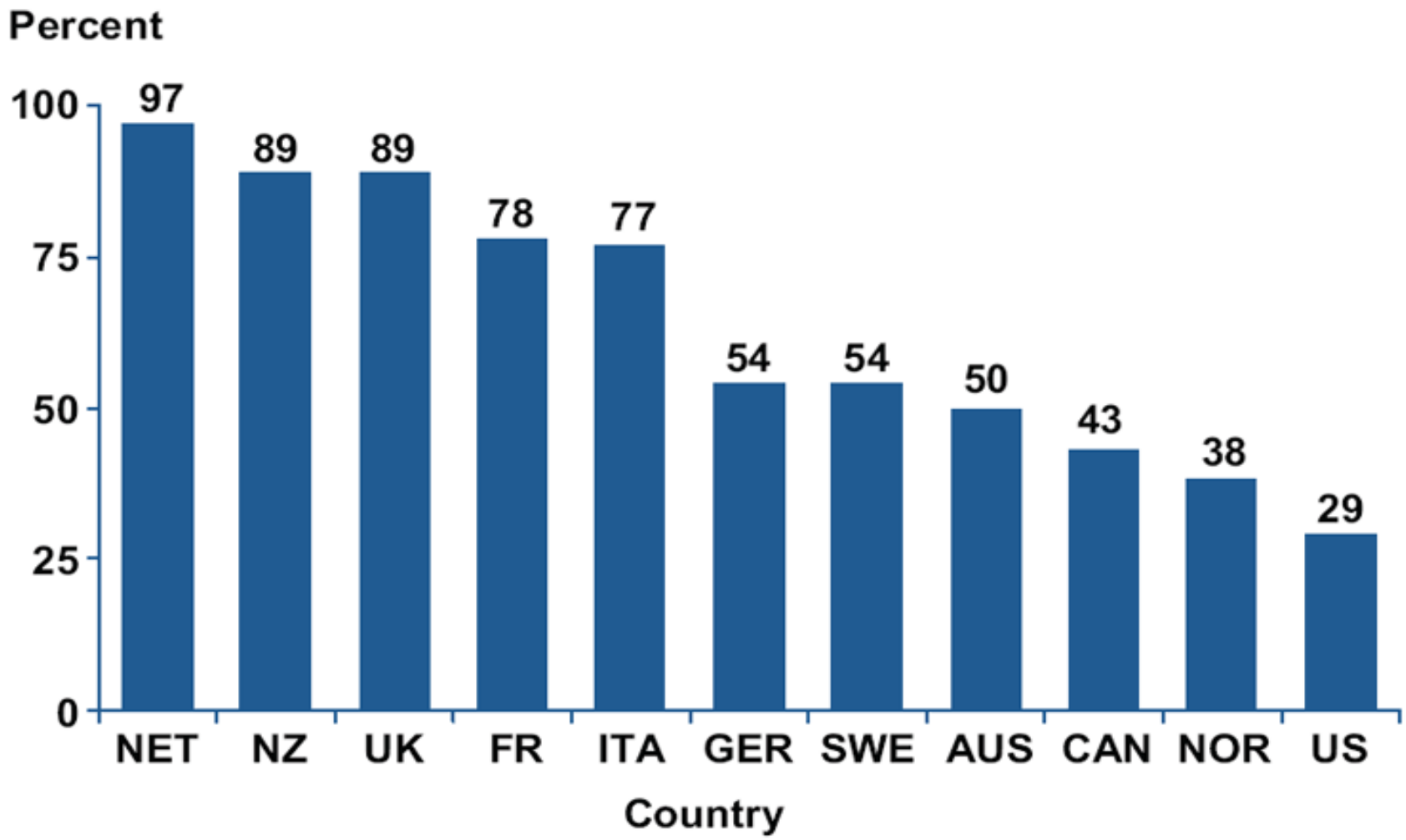


Source: OECD Health Data 2009 (June 2009).

Average Annual Number of Physician Visits per Capita, 2007

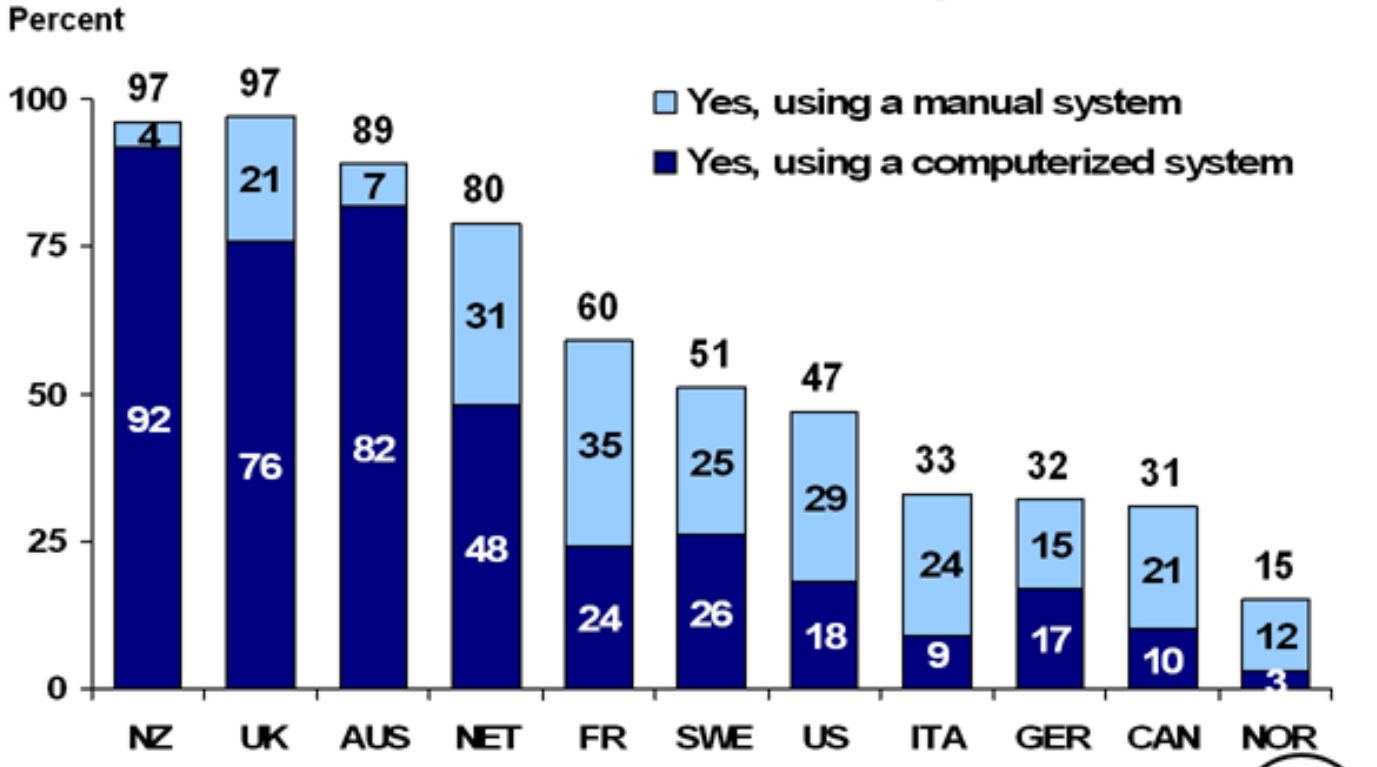


* 2006
** 2005
Source: OECD Health Data 2009 (June 2009).



Source: Adapted from C. Schoen, R. Osborn, M. Doty, D. Squires, J. Peugh, and S. Applebaum, "A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences," *Health Affairs* Web Exclusive, Nov. 5, 2009, w1171–w1183.

Practice Routinely Sends Patients Reminders for Preventive or Follow-Up Care

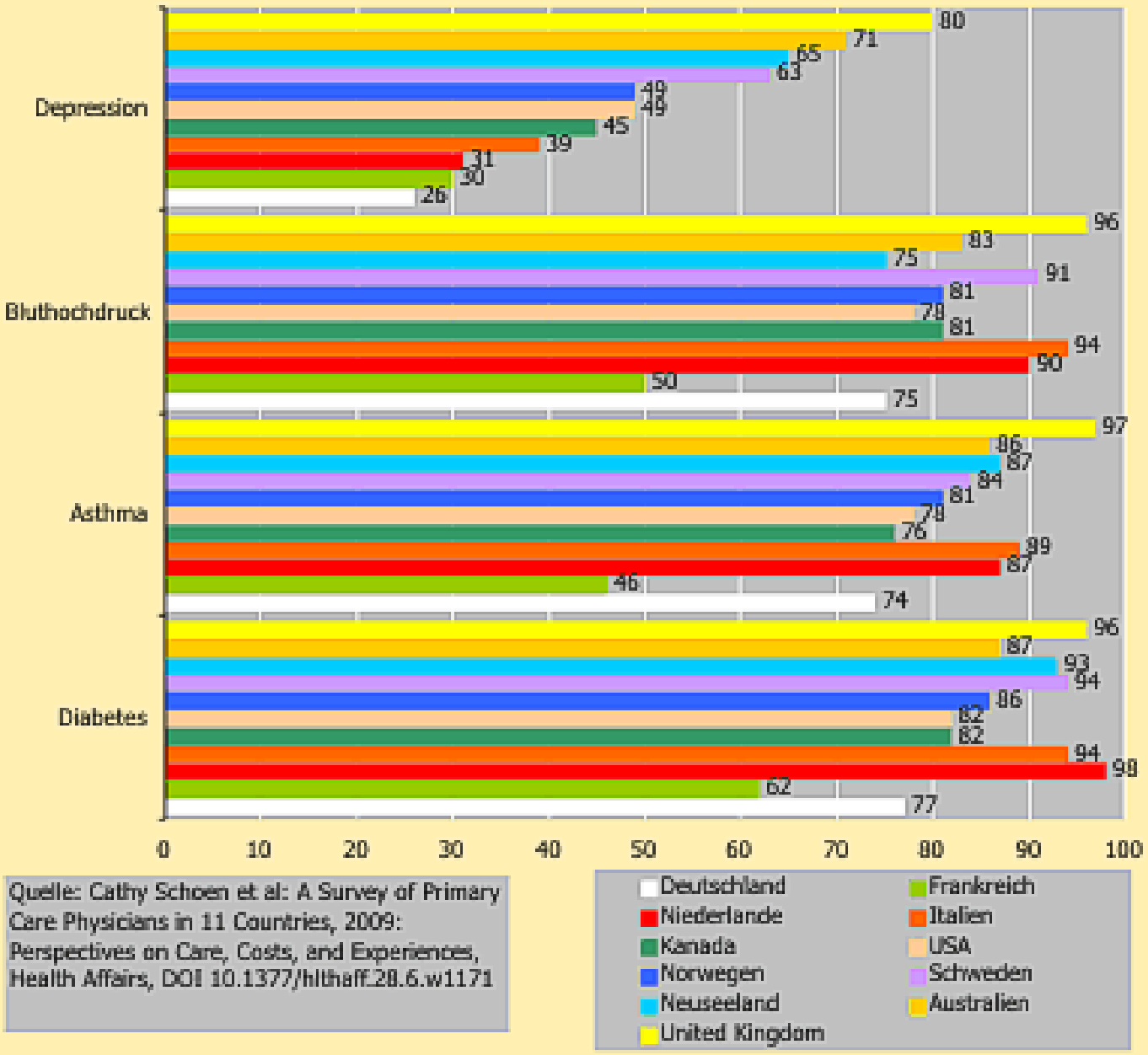


Percentages may not sum to totals because of rounding.

Source: 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.

THE COMMONWEALTH FUND

Beachtung von Leitlinien bei der Versorgung chronisch Erkrankter: Ärzte in Prozent, die diese Frage bejahen



Quelle: Cathy Schoen et al: A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences, Health Affairs, DOI 10.1377/hlthaff.28.6.w1171

Zugang zu medizinischer Versorgung

Land in %	D	AUS	CAN	F	NL	NZ	UK	USA
Haben Sie einen Hausarzt, den Sie regelmäßig aufsuchen, wenn Sie krank sind?								
ja, hat Hausarzt	95	89	89	98	99	92	91	78
kein Hausarzt, aber feste Praxis, Ambulanz oder Klinik	3	6	7	1	1	4	8	10
weder Hausarzt, noch feste Praxis, Ambulanz oder Klinik	2	5	4	2	0	5	1	11
geht schon fünf Jahre oder länger zu diesem Hausarzt oder dieser Einrichtung	77	63	66	73	78	59	74	51
Wie einfach ist es, in der Praxis Ihres Hausarztes während der Sprechzeiten eine telefonische Beratung zu erhalten?*[3]								
sehr einfach	29	53	44	40	36	66	52	42
ziemlich einfach	39	32	33	44	46	25	31	38
ziemlich schwierig/sehr schwierig	31	13	21	15	17	8	16	19

Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Die Perspektive der Patienten

Klaus Koch, Christoph Schürmann, Peter Sawicki

KERNAUSSAGEN

- In die Versorgung schwerer Erkrankter sind in Deutschland mehr Ärzte eingebunden als in anderen Ländern.
- Probleme der Koordination werden in allen Ländern regelmäßig berichtet, insbesondere beim Austausch zwischen Facharzt/Hausarzt, Krankenhaus/Hausarzt und bei der Information von Patienten.
- Trotz ähnlicher Erfahrungen und ähnlicher Koordinationsprobleme ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen international stark unterschiedlich.
- In Deutschland bewerten nur 34 % der Befragten die Qualität der Versorgung als „ausgezeichnet" oder „sehr gut". In anderen Ländern war dieser Anteil höher (bis zu 66 %).
- 50 % der deutschen Befragten halten grundlegende Änderungen am Gesundheitssystem für notwendig, 25 % sind für eine komplette Reformierung.