



Gesundheit im Schlaglicht: Deutschland 2004

Gesundheit im Schlaglicht gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand eines Landes. Es werden neue Daten zu Mortalität, Morbidität und zu den wichtigsten Risikobelastungen sowie Trendangaben vorgestellt. In den Berichten sind die länderspezifischen Befunde mit konzeptionellen Überlegungen zur Gesundheit der Bevölkerung verknüpft, wie sie im WHO-Regionalbüro für Europa und durch andere maßgebliche Organisationen angestellt wurden. *Gesundheit im Schlaglicht* wird in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten erarbeitet. Es ist keine offizielle statistische Veröffentlichung.

Jeder Bericht stellt das betreffende Land zudem – soweit möglich – in den Bezug zu einer Vergleichsgruppe. Als Referenz dienen die 27 Länder mit sehr niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, die von der WHO in der Gruppe Eur-A zusammengefasst wurden. Es sind dies die Länder Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich, Zypern. Im Interesse eines möglichst validen Vergleichs sind die Daten in der Regel nur einer einzigen Quelle entnommen. Dadurch ist sichergestellt, dass sie in einigermaßen konsistenter Form erhoben wurden. Sofern nicht anders vermerkt, entstammen diese Daten der Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa. Andere Daten und Informationen sind mit entsprechenden Quellenangaben versehen.

Schlüsselwörter

GESUNDHEITZUSTAND
LEBENSWEISE
ERBRINGUNG VON GESUNDHEITVERSORGUNG
VERGLEICHSTUDIE
DEUTSCHLAND

EUR/05/5058520
<http://www.euro.who.int/highlights>

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa sind an das Referat Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Weltgesundheitsorganisation 2006

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugswweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Alle Rechte vorbehalten. Das Informationsmaterial ist nur für einen begrenzten Nutzerkreis bestimmt. Es darf in keiner Form und durch keinen Informationsträger auszugsweise oder ganz rezensiert, wiedergegeben, zitiert, vervielfältigt, übertragen, verbreitet oder bearbeitet werden.

Contents

	<i>Seite</i>
Zusammenfassung: Befunde und konzeptionelle Überlegungen	1
Ausgewählte demographische Daten	5
Bevölkerungsprofil	5
Gefährdete Bevölkerungsgruppen	6
Krankheitslast	8
Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung	8
Sterblichkeit	10
Kinder- und Neugeborenensterblichkeit	10
Relative Sterblichkeit	11
Die wichtigsten Todesursachen	12
Behinderungsbereinigte Lebensjahre	15
Die wichtigsten Risikofaktoren	16
Tabak	16
Alkohol	18
Übergewicht	20
Körperliche Verzehr von Obst und Gemüse	22
Körperliche Betätigung	22
Ausgewählte Krankheitsursachen	23
Krebs	23
HIV	24
Hepatitis C	25
TB	26
Gesundheitszustand laut Eigenangabe	27
Gesundheitssystem	28
Die Organisationsstruktur des Gesundheitssystems	28
Gesundheitsfinanzen und -ausgaben	28
Gesundheitsversorgung	30
Entwicklungen und anstehende Fragen	30
Literatur	31
Anhänge	36
Anhang. Alterspyramide	36
Anhang. Mortalität ausgewählter Bereiche	37
Anhang. Mortalitätsdaten	38
Anhang. Gesamtausgaben pro Kopf für Gesundheit	40
Anhang. Ausgewählte Ressourcen der Gesundheitsversorgung	41
Anmerkungen zu den Fachbegriffen	42
Glossar	44

Zusammenfassung: Befunde und konzeptionelle Überlegungen

Lebenserwartung

Die Menschen in Deutschland leben länger – Frauen 81,6 Jahre, Männer 75,6 Jahre – obgleich die Lebenserwartung insgesamt leicht unter dem Durchschnitt der Eur-A-Länder liegt. Zwischen 1990 und 2000 gewannen die Deutschen annähernd 3 Lebensjahre hinzu. Bis 2030 dürfte einer von vier Menschen in Deutschland 65 Jahre oder älter sein.

Da sich die Lebensspanne erweitert, können ältere Menschen ihre Lebensweise so verändern, dass ihnen mehr Lebensjahre in Gesundheit bleiben. Folglich müssen sich die Gesundheitssysteme stärker auf geriatrische Versorgung, Prävention und Behandlung von chronischen Krankheiten sowie auf mehr institutionell geregelte langfristige Versorgung einstellen. Da die Menschen länger leben, müssen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Vorbeugung gegen Krankheiten auf Personen im arbeitsfähigen Alter ausgerichtet werden.

Ageing and employment policies (OECD, 2004a)

Welches sind die Hauptrisikofaktoren für Behinderung im Alter und wie lassen sie sich verhindern? (Health Evidence Network, 2003a)

Kleinkindersterblichkeit

Die Sterblichkeitsraten für Neugeborene und Kleinkinder in Deutschland liegen unter dem Eur-A-Durchschnitt.

Die Schwangerschaftsfürsorge gehört zu den wichtigsten Leistungen der Gesundheitsversorgung. Sie ist jedoch u.U. teuer und kann übermäßige, unnötige und im Nutzen strittige Interventionen umfassen. Es existiert ein vereinfachtes Modell für Schwangerschaftsfürsorge, dessen Nutzen nachgewiesen ist.

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (WHO, 2003b)

Wie sieht es mit der Effizienz bzw. Effektivität der Schwangerschaftsfürsorge aus? (Health Evidence Network, 2003b)

Die wichtigsten Todesursachen

Auf nichtübertragbare Krankheiten entfallen mehr als vier Fünftel aller Sterbefälle in Deutschland. vier von 10 Sterbefälle geht auf kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD) zurück, zwei von 10 auf Krebs und etwa einer von 10 auf äußere Ursachen (beabsichtigte und unbeabsichtigte Verletzungen).

Sterbefälle aufgrund von CVD sind in Deutschland häufiger als im Eur-A-Durchschnitt, wenngleich Deutschlands Rate seit 1990 um ein Drittel gesunken ist. Die ischämische Herzkrankheit ist die wichtigste einzelne Todesursache im Land: Die Sterblichkeit liegt für Männer um 25% und für Frauen um rund 40% über dem Eur-A-Durchschnitt.

Seit den 1990-er Jahren ist die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Verdauungstraktes in allen Eur-A-Ländern gesunken. In den Altersgruppen 35 bis ungefähr 65 Jahre jedoch liegen die Sterberaten für Männer und Frauen über dem Eur-A-Durchschnitt. Für die jüngeren Altersgruppen sind die Unterschiede dramatisch: Die Raten für Männer und Frauen zwischen 35 und 44 Jahren sind 40% höher als in Eur-A insgesamt.

Präventionsmaßnahmen als Leistung der primären Gesundheitsversorgung in einem Land können sich günstig auf die Gesamtsterblichkeit und auf die vorzeitige Sterblichkeit auswirken, insbesondere auf die Mortalität durch kardiovaskuläre Krankheiten.

A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision (WHO- Regionalbüro für Europa, 2004e)

Für eine europäische Strategie für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004h)

Was spricht für bzw. gegen eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Primäre Gesundheitsversorgung? (Health Evidence Network, 2004a)

Übergewicht und körperliche Betätigung

Rund die Hälfte aller Erwachsenen in Deutschland sind übergewichtig und ungefähr ein Fünftel ist adipös. Unter den 15-Jährigen ist fast einer von 7 Jungen und eins von 18 Mädchen präadipös, rund 2% der Jungen und 1% der Mädchen sind adipös.

Einer 1998 bei Stadt- und Landbevölkerung im Alter von 18–79 Jahren durchgeführten Erhebung zufolge betrieben etwa 44% der Männer und 50% der Frauen keinerlei Sport.

Bessere Ernährungsgewohnheiten können den vorzeitigen Tod durch kardiovaskuläre Krankheiten verhindern. Eine gesunde Ernährung hängt jedoch davon ab, welche Nahrungsmittel verfügbar und bezahlbar sind. Die Ernährungs- und Nahrungsmittelpolitik muss in dem Sinne Sektoren übergreifend und so koordiniert sein, dass die Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens der öffentlichen Gesundheit Priorität einräumen. Entsprechendes gilt für körperliche Betätigung: Auch die Anregungen für eine aktive Lebensweise in der gesamten Lebensspanne müssen sektorübergreifend gegeben werden.

CINDI dietary guide (WHO-Regionalbüro für Europa, 2000)

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (WHO, 2003a)

Ernährung und Gesundheit in Europa: Eine neue Grundlage zum Handeln (Robertson et al., 2004)

The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union (Joffe & Robertson, 2001)

Tabak

Die Menschen in Deutschland haben üblicherweise weniger geraucht als im Eur-A-Durchschnitt, jüngsten Erhebungen zufolge jedoch wird unter den männlichen wie weiblichen 15-Jährigen zunehmend mehr geraucht. Seit 1990 steigt die Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen von 35 Jahren und älter. In allen Altersgruppen haben die deutschen Frauen annähernd dieselben Raten wie die Frauen der Eur-A-Länder. Eine Ausnahme bildet jedoch die Altersgruppe 45-54 Jahre, in der die Rate seit Mitte der 1990-er Jahre schneller angestiegen ist als im Eur-A-Durchschnitt. Im Jahr 2001 lag sie 17% höher.

Um den Tabakkonsum in der gesamten Bevölkerung zu reduzieren, ist durch fortlaufende Steuererhöhungen für steigende Tabakpreise zu sorgen. Entwöhnungsstrategien müssen auf die Risikogruppen abzielen. Eine Entwöhnung vom Tabak bei zunehmend mehr Erwachsenen ist für die öffentliche Gesundheit kurz- und mittelfristig kostenwirksam.

WHO-Strategie für ein tabakfreies Europa (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002b)

Datenbank über Anti-Tabak-Maßnahmen [online-Datenbank] (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004f)

Was sind die wirksamsten und kostenwirksamsten Maßnahmen zur Tabakbekämpfung? (Health Evidence Network, 2003c)

WHO-Europäische Strategie zur Tabakentwöhnung (WHO-Regionalbüro für Europa, 2003)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO, 2003d)

Psychische Gesundheit

Die Sterberaten durch Suizid sind in Deutschland seit 1990 gefallen und folgten damit dem Abwärtstrend in den Eur-A-Ländern. Trotz dieses Rückgangs haben in Deutschland Männer im Alter von 35 und älter höhere Raten für vollendeten Suizid als Männer der Eur-A-Gruppe desselben Alters. Bei den deutschen Frauen setzen die relativ höheren Raten ab dem Alter von 55 Jahren ein.

Neuropsychiatrische Krankheiten verursachen in der deutschen Bevölkerung, aufgrund der damit einhergehenden Behinderung im Alltag, anteilig die größte Krankheitslast im Verlauf des Lebens.

Eine bessere Diagnostik und begleitende Beobachtung von depressiven Störungen kann positive Auswirkungen haben, bis hin zur Reduktion der Suizidraten. Der Erfolg von umfassenden

Behandlungsprogrammen mit Ausrichtung auf Abhängigkeit und Depression als Merkmalen des Alkoholmissbrauchs ist nachgewiesen.

Psychische Gesundheit in Europa: Länderberichte des WHO-Europäischen Netzwerks für psychische Gesundheit (WHO-Regionalbüro für Europa, 2001a)

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study (Knapp et al., 2004)

Project Atlas: mapping mental health resources in the world (WHO, 2003c)

Weltgesundheitsbericht: new understanding, new hope (WHO, 2001)

Verletzungen durch Verkehrsunfälle

Zwar verursachen Straßenverkehrsunfälle in Deutschland relativ wenige Sterbefälle, aber die Verletzungsrate liegt um annähernd 40% über dem Eur-A-Durchschnitt.

Die gesellschaftlichen Kosten für Verletzungen aufgrund von Verkehrsunfällen werden auf 2% des Bruttoinlandproduktes (BIP) geschätzt. Es wurden wirkungsvolle Präventionsstrategien erarbeitet. Sie müssen im Zuge multisektoraler Ansätze im Kontext einer nachhaltigen Mobilität angewandt werden.

Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe (Racioppi et al., 2004)

Alkohol

In den vergangenen 10 Jahren ist der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol gesunken. Er folgt damit dem Eur-A-Trend, liegt jedoch weiterhin über dem Durchschnitt.

Der Alkoholkonsum variiert zwischen den Ländern und zwischen den Bevölkerungsgruppen in den einzelnen Ländern. Das unterschiedliche Trinkverhalten hat Auswirkungen auf die Rate der im Zusammenhang mit Alkohol entstehenden Probleme sowie Implikationen für die gewählten Vorgehensweisen zur Eindämmung des Alkoholkonsums. Unter die im Allgemeinen wirksamen Maßnahmen gegen den Alkoholkonsum und die damit einhergehenden Schäden fallen Preisgestaltung und Besteuerung, Kontingentierung von Alkohol, Sperrstunden für dessen Verkauf und eine gesetzliche Altersfestsetzung für den Alkoholkonsum. Die meisten Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer haben ebenfalls Wirkung gezeigt. Internationale Handelsabkommen und gemeinsame Märkte erschweren es den Entscheidungsträgern auf Länderebene, für ihre Länder eine Alkoholpolitik durchzusetzen. Besonders bemerkenswert sind die in einigen Ländern der Europäischen Union gleichförmigen Tendenzen bei der Besteuerung von alkoholischen Getränken.

Datenbank Alkoholbekämpfung [online-Datenbank] (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004a)

Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy (Babor et al., 2003)

Wie lässt sich der Alkoholkonsum am wirksamsten und kostenwirksamsten steuern? (Health Evidence Network, 2004b)

HIV/AIDS

Etwa 50% der HIV-Infizierten in Deutschland sind Männer, die mit Männern Sex haben. Seit dem Ende der 1990-er Jahre steigen in dieser Bevölkerungsgruppe die Raten für HIV und Syphilis, was auf ein gesteigertes Risikoverhalten deutet. Ungefähr 20% der Infektionen treten bei Immigranten aus Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz auf. Weitere 18% werden heterosexuellen Kontakten infiziert.

Die zweitgrößten Fallzahlen wurden bei Menschen festgestellt, die sich bei heterosexuellen Kontakten infiziert hatten. Ungefähr 20% der Infektionen treten bei Immigranten aus Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz auf.

Die Programme zur Prävention, Behandlung und Betreuung müssen alle von HIV / AIDS betroffenen Personen erreichen, insbesondere diejenigen, deren Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund ihrer Sprache, ihrer Kultur oder ihres Immigrantenstatus' möglicherweise eingeschränkt ist.

Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe (Broring et al., 2003)

AIDS-Epidemie: Aktualisierung Dezember 2003 (UNAIDS & WHO, 2003)

Die HIV/AIDS-Epidemie in Europa und Zentralasien (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004d)

Drogen und Hepatitis C

Begrenzte Tests auf Hepatitis C, die in den Jahren zwischen 1998 und 2001 in Drogentherapiezentren und Haftanstalten durchgeführt wurden, ergaben eine Infektionsrate von 66-97% bei injizierenden Drogenabhängigen.

Ausschlaggebend für eine wirkungsvolle Prävention von Hepatitis C sind die Senkung der Anzahl der Neueinsteiger unter den injizierenden Drogenabhängigen und die Anleitung zur Schadensbegrenzung unter jungen und erstmalig Injizierenden. Ein Großteil der Personen mit den gravierendsten Formen von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit lebt in Haftanstalten. Die Koordination aller Anstrengungen innerhalb der Länder und zwischen den Ländern ist ein ganz wesentlicher Bestandteil einer effizienten Drogenpolitik in der Europäischen Region der WHO.

Jahresbericht 2003: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen (EBDD, 2003)

Erklärung: Gesundheit im Strafvollzug ist Teil der Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens. Moskau, 24. Oktober 2003 (HIPP, 2003)

Geschlechtszugehörigkeit und Gesundheit

Zwar gehen in Deutschland die Sterbefälle durch das Zervixkarzinom zurück, die Rate liegt jedoch seit 1990 weiterhin über dem Eur-A-Durchschnitt. Im Jahr 2000 war sie für deutsche Frauen um annähernd ein Drittel höher.

Für Frauen und Männer sind nicht dieselben Faktoren bestimmend, die über gute oder defizitäre Gesundheit entscheiden. Mit Blick auf die bestmöglichen Gesundheitsstandards in der Bevölkerung muss die Gesundheitspolitik zur Kenntnis nehmen, dass bei Frauen und Männern aufgrund ihrer unterschiedlichen biologischen Ausstattung und ihrer Geschlechtsrollen unterschiedliche Bedürfnisse, Hemmnisse und Chancen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden zum Tragen kommen. Chancengleichheit der Geschlechter in Sachen Gesundheit beruht gleichermaßen auf politischen wie auf fachlichen Prozessen, die sowohl bei der Organisationskultur als auch in den Denkweisen eine Umorientierung voraussetzen.

Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward (WHO-Regionalbüro für Europa, 2001c)

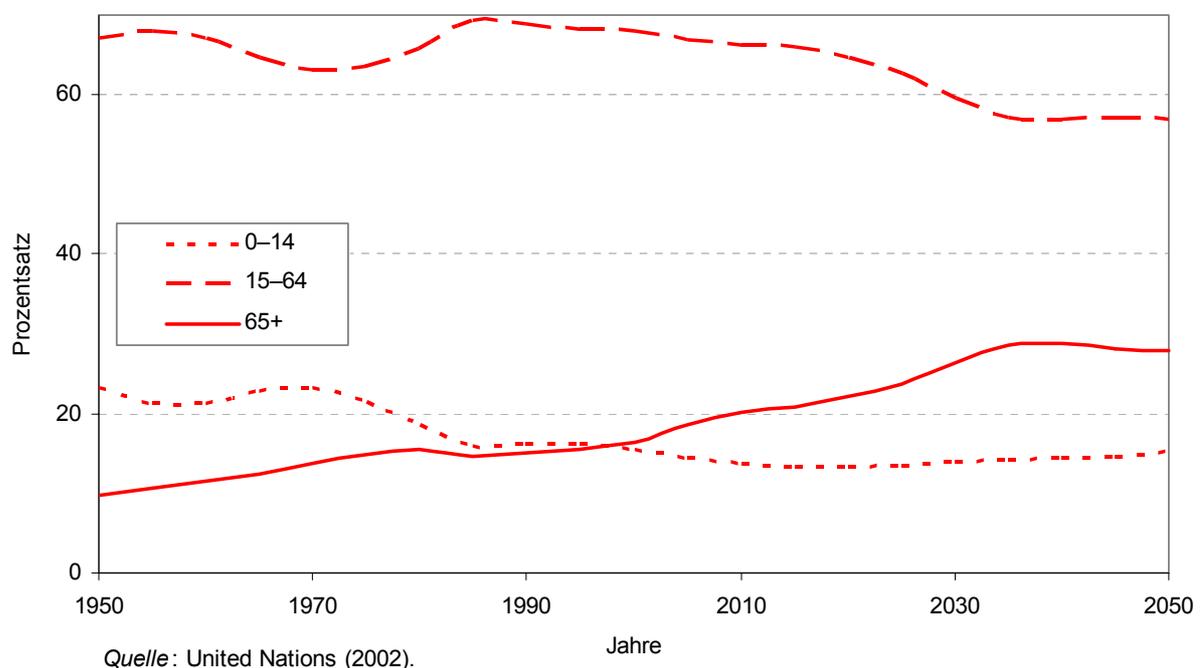
Ausgewählte demographische Daten

Bevölkerungsprofil

Ende 2002 zählte Deutschlands Bevölkerung 82 536 700 Menschen, die zu annähernd 88% in städtischen Zentren lebten.

Das auffallendste demographische Merkmal in Deutschland ist, wie in den meisten Eur-A-Ländern, der zunehmende Anteil älterer Menschen. Die großen Geburtskohorten der späten 1940-er Jahre nähern sich dem Rentenalter, und damit dürfte der Anteil der Menschen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter von 17,5% im Jahr 2003 (Europarat, 2003) auf geschätzte 26,4% im Jahr 2030 anwachsen (Anhang. Alterspyramide).

Altersgruppen d. Bevölkerung in Prozent: 0–14 J., 15–64 J. and 65+ J., Deutschland, 1950 bis 2050 (projiziert)



Deutschland hat unter den Eur-A-Ländern die zweitniedrigste Geburtenrate. Seit 1990 ist die Rate um 21% gesunken und folgt damit dem Trend in Eur-A. Deutschlands natürliche Zuwachsrates ist negativ und die dritt niedrigste in Eur-A. Die Nettomigration dagegen ist positiv. Auch das Bevölkerungswachstum insgesamt ist positiv, wenngleich es in Eur-A eine der niedrigeren Raten aufweist.

Ausgewählte sozioökonomische Indikatoren in Deutschland und Eur-A,
2002 oder letzte verfügbare Angabe

Indikatoren	Deutschland	Eur-A		
	Wert	Durchschnitt	Minimum	Maximum
Bevölkerung (in 1000) ^a	82 536.7	–	–	–
0–14 Jahre (%)	15.4	–	–	–
15–64 Jahre (%)	67.7	–	–	–
65+ Jahre (%)	16.9	–	–	–
Städtische Bevölkerung (%) ^b	87.7	79.5	49.2	100.0
Lebendgeburten (pro 1000) ^{c, d}	8.7	11.3	8.7	21.2
Natürliches Bevölkerungswachstum (pro 1000)	-1.1	1.1	-2.4	15.5
Nettomigration (pro 1000) ^{c, d}	2.7	3.5	-9.6	17.3

^a 1 Januar 2003.

^b Einschließlich Andorra und Monaco.

^c 2002.

^d Einschließlich Andorra.

Quelle: Council of Europe (2003), WHO Regional Office for Europe (2004c); Central Bureau of Statistics of Israel (2003) für Daten zu Israel.

Gefährdete Bevölkerungsgruppen

Einkommen

Der Beweislage zu den Determinanten der Gesundheit zufolge tragen sozioökonomisch benachteiligte Menschen die größte Krankheitslast. Es besteht eine Beziehung zwischen Einkommen und der Akkumulation von Faktoren mit Beziehung zur Sterblichkeit (Martikainen et al., 2001), z.B. bestehen Wechselwirkungen mit Bildung/Ausbildung und Erwerbstätigkeit.

Selbst in den wohlhabendsten Mitgliedstaaten der Europäischen Region ist der Reichtum nicht gleich verteilt, und es gibt Nischen mit relativer Armut (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002a; WHO, 2002). Besondere Relevanz hat in Europa die Verbindung von Armut und städtischen Gebieten. In dem Maße, in dem Bevölkerungsgruppen migrieren und sich urbanisieren, steigt auch die Anzahl der städtischen Armen, deren Wohn- und Arbeitsbedingungen und Ernährungsweise ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Defizite und Krankheit bergen. (WHO-Regionalbüro für Europa, 2001b). Je nach Geschlechtszugehörigkeit und Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe können sich Art und Auswirkungen der Armut unter den Betroffenen ungleichmäßig manifestieren (Ziglio et al., 2003).

Nach dem GINI-Index wurde die Einkommensungleichheit in Deutschland im Jahr 2000 mit 28,3 beziffert und lag damit unter dem Eur-A-Durchschnitt von 30,8. Im Zeitraum 1990–2000 lebten etwa 8% der deutschen Bevölkerung unter dem mit 50% angesetzten mittleren Einkommensniveau, was annähernd dem Eur-A-Durchschnitt entspricht (UNDP, 2004).

Die Erwerbslosigkeit belief sich im Jahr 2002 auf insgesamt 8,7%, während der Durchschnitt für 25 Eur-A-Länder bei 6,5% lag (UNSD, 2004). Im Jahr zuvor hatte die Arbeitslosenrate für junge Menschen (15–24 Jahre) 9,1% für Männer und 7,5% für Frauen betragen. Im Jahr 2000 hatten 82% der arbeitslosen Deutschen eine Sekundarschulbildung abgeschlossen, 5% hatten eine Primarschul- oder geringere Ausbildung. Die Hälfte der Arbeitslosen war seit 12 Monaten oder länger ohne bezahlte Beschäftigung (UNECE, 2003).

Soziale Ausgrenzung

Soziale Ausgrenzung wirkt sich in umfassender Weise auf die Gesundheit aus. Sie betrifft die relative Stellung eines Individuums oder einer Gruppe innerhalb der Gesamtgesellschaft. Die eine soziale Ausgrenzung begleitenden oder daraus resultierenden Prozesse wie Diskriminierung, Stigmatisierung und feindliche Abwehr versperren Menschen Bildungs- und Ausbildungschancen sowie den Zugang zu sozialen Diensten und staatsbürgerlichen Aktivitäten, was ihre Anfälligkeit gegenüber gesundheitlichen Risiken und Krankheiten erhöht.

Am Rand der Gesellschaft befinden sich z.B. ethnische oder religiöse Minderheiten, die Bewohner geographisch benachteiligter Gebiete, arbeitslose oder ältere Menschen, in einigen Ländern auch die Ureinwohner. Auch Neueinwohner eines Landes, etwa Flüchtlinge, Einwanderer oder Arbeitsmigranten, können sozial ausgegrenzt sein.

Die Tabelle zeigt die gesamten Bevölkerungszahlen für verschiedene gefährdete, in Deutschland lebende Gruppen. Zu den Einwanderern zählen Personen mit deutscher und anderer Staatsangehörigkeit aus der Europäischen Region und von außerhalb. Die Bundesländer stützen sich zur Bestimmung des Immigrantenstatus' auf unterschiedliche Datenquellen und administrative Definitionen.

Gefährdete Bevölkerungsgruppen in Deutschland

Bevölkerung	1992	1995	1998	2001	2003 (projiziert)
Einwanderer	1 502 198	1 096 048	802 456	879 217	
Flüchtlinge	–	–	–	903 000	
Inhaftierte (pro 100 000 Landesbevölkerung)	71	81	96	96	96

Quelle: EUROSTAT (2004), UNDP (2003) und International Centre for Prison Studies (2004).

Die Tabelle gibt außerdem Angaben zu inhaftierten Personen. Hierbei handelt es sich insofern um eine besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe, als sie typischerweise aus einer Bevölkerungsminderheit stammt und einen geringeren sozioökonomischen und Bildungsstatus hat als der Durchschnitt der Bevölkerung. Durch die Inhaftierung sind sie u.U. unmittelbaren Gesundheitsgefahren ausgesetzt, insbesondere wenn die Anzahl der Inhaftierten die Kapazitäten der betreffenden Institution übersteigt. Die daraus resultierende Überbelegung verursacht und fördert viele gesundheitliche Probleme. Besonders zu erwähnen sind psychische Störungen und übertragbare Krankheiten. Vor allem Drogen und damit zusammenhängende Infektionskrankheiten ziehen in allen Ländern der Europäischen Region erhebliche Probleme nach sich und bergen ein Übertragungsrisiko nicht nur für andere Inhaftierte, sondern auch für die Beschäftigten in den Haftanstalten und für Kontaktpersonen außerhalb der Institutionen (EBDD, 2002).

Im Jahr 2003 waren deutsche Haftanstalten zu 100,5% belegt, berechnet nach offiziellen Kapazitätsangaben. Zwischen 1992 und 2003 stieg die Inhaftierungsrate um ungefähr 35% an (International Centre for Prison Studies, 2004).

Krankheitslast

Als Krankheitslast lässt sich die Kluft zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und einer idealen Situation verstehen, in der jedermann bis ins hohe Alter frei von Krankheit und Behinderung lebt. Ursächlich für diese Kluft sind vorzeitige Sterblichkeit, Behinderung und bestimmte zu gesundheitlichen Defiziten beitragende Risikofaktoren. Die nachstehenden analytischen Ausführungen beleuchten die Krankheitslast in der Bevölkerung.

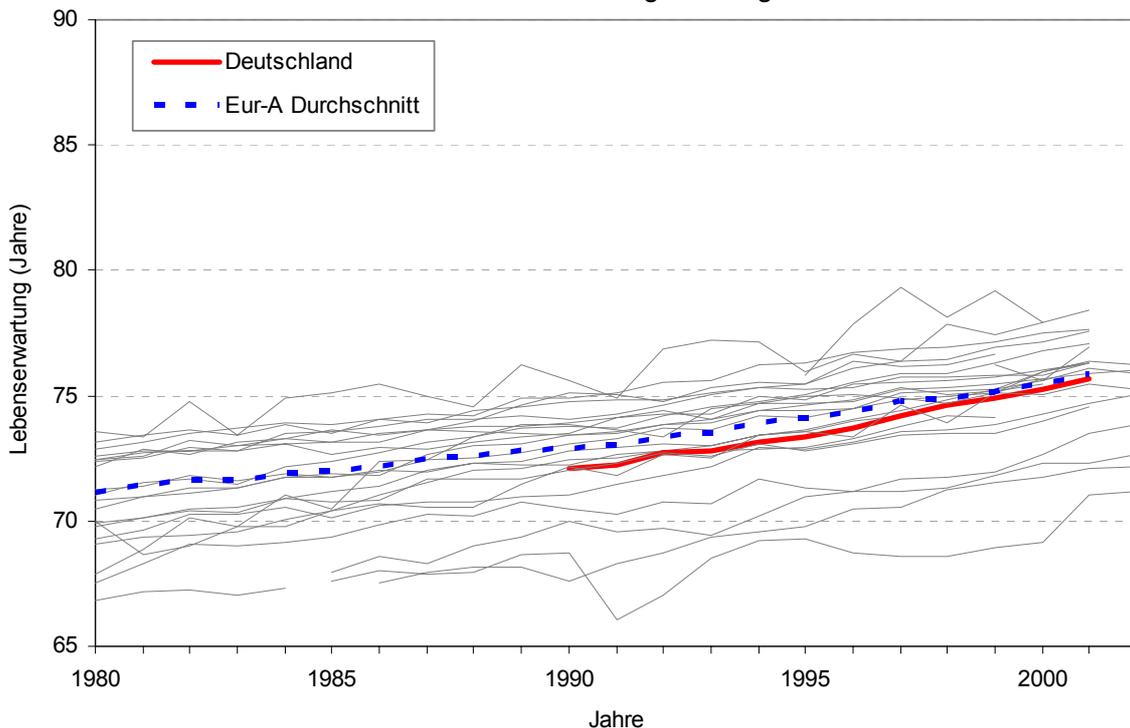
Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung

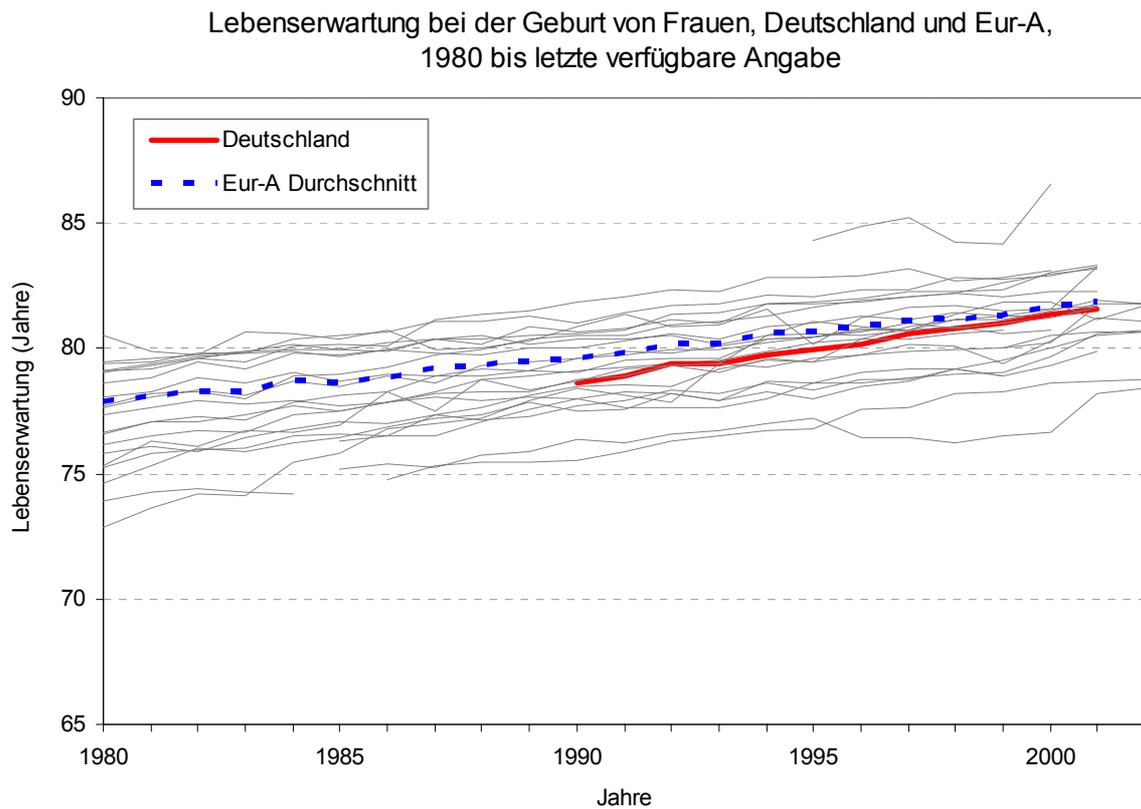
Ein im Jahr 2002 in Deutschland geborener Mensch kann, Schätzungen der WHO zufolge (WHO, 2003f), mit durchschnittlich 78,7 Lebensjahren rechnen: im Falle einer weiblichen Person mit 81,6, im Falle einer männlichen mit 75,6 Jahren.

Zwischen 1990 und 2001 erhöhte sich, deutschen Schätzungen zufolge, die Lebenserwartung (LE) der Deutschen um 3,2 Jahre, bei den Männern stärker als bei den Frauen, nämlich um 3,6 bzw. 2,9 Jahre. Der Zugewinn für Männer (4,3%) entspricht der Entwicklung für alle Männer in Eur-A in diesem Zeitraum, aber deutsche Männer haben eine etwas geringere LE als Eur-A-Männer im Durchschnitt.

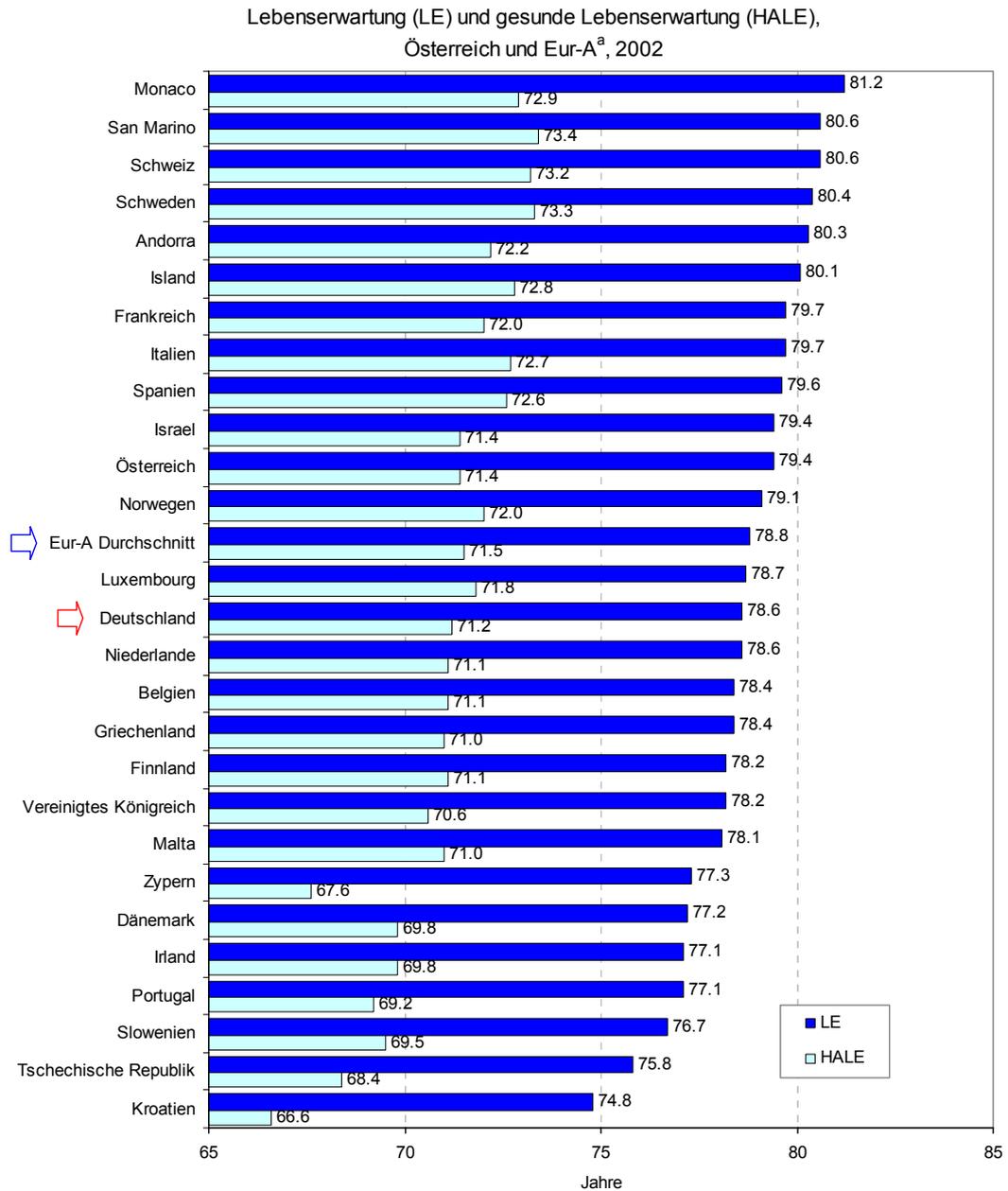
In diesem Zeitraum steigerte sich die LE deutscher Frauen prozentual stärker als im Eur-A-Durchschnitt, nämlich um 3,7% gegenüber 2,8%. Ähnlich wie bei den Männern jedoch liegt ihre durchschnittliche LE geringfügig unter dem Durchschnitt für Frauen in Eur-A.

Lebenserwartung bei der Geburt von Männern, Deutschland und Eur-A,
1980 bis letzte verfügbare Angabe





Zudem kann die deutsche Bevölkerung, laut Schätzung der WHO (2003f), damit rechnen, durchschnittlich 91% ihrer Lebenszeit bei guter Gesundheit zu verbringen. Es gehen annähernd 7 Jahre an gesundheitliche Defizite verloren, woraus sich der Unterschied zwischen LE und gesunder Lebenserwartung (HALE) erklärt. Da Frauen länger leben als Männer und der Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter eher schlechter wird, verlieren Frauen mehr gesunde Lebensjahre (7,6 Jahre) als Männer (6,3 Jahre). Trotzdem erleben deutsche Frauen aufgrund ihrer längeren LE ungefähr 1 Jahr mehr bei guter Gesundheit als deutsche Männer.

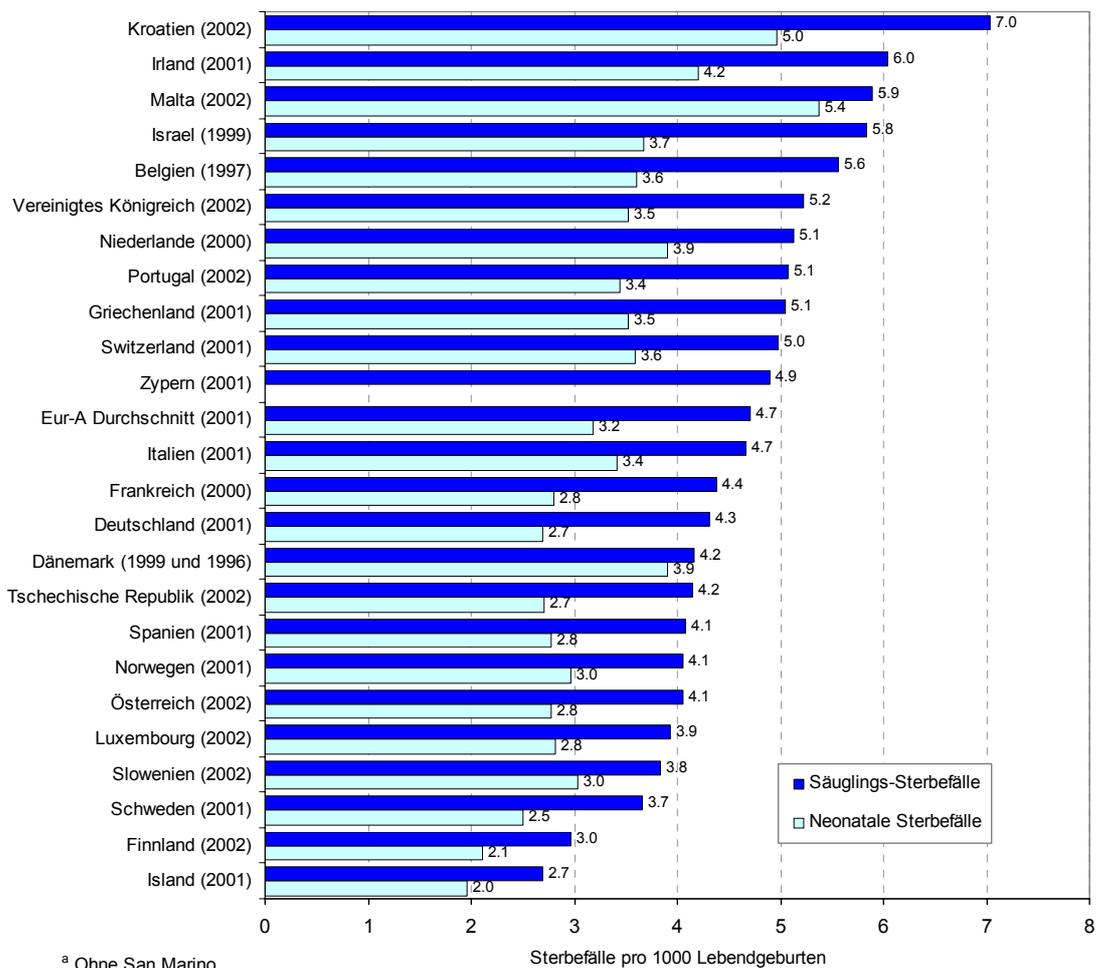


Sterblichkeit

Kinder- und Neugeborenensterblichkeit

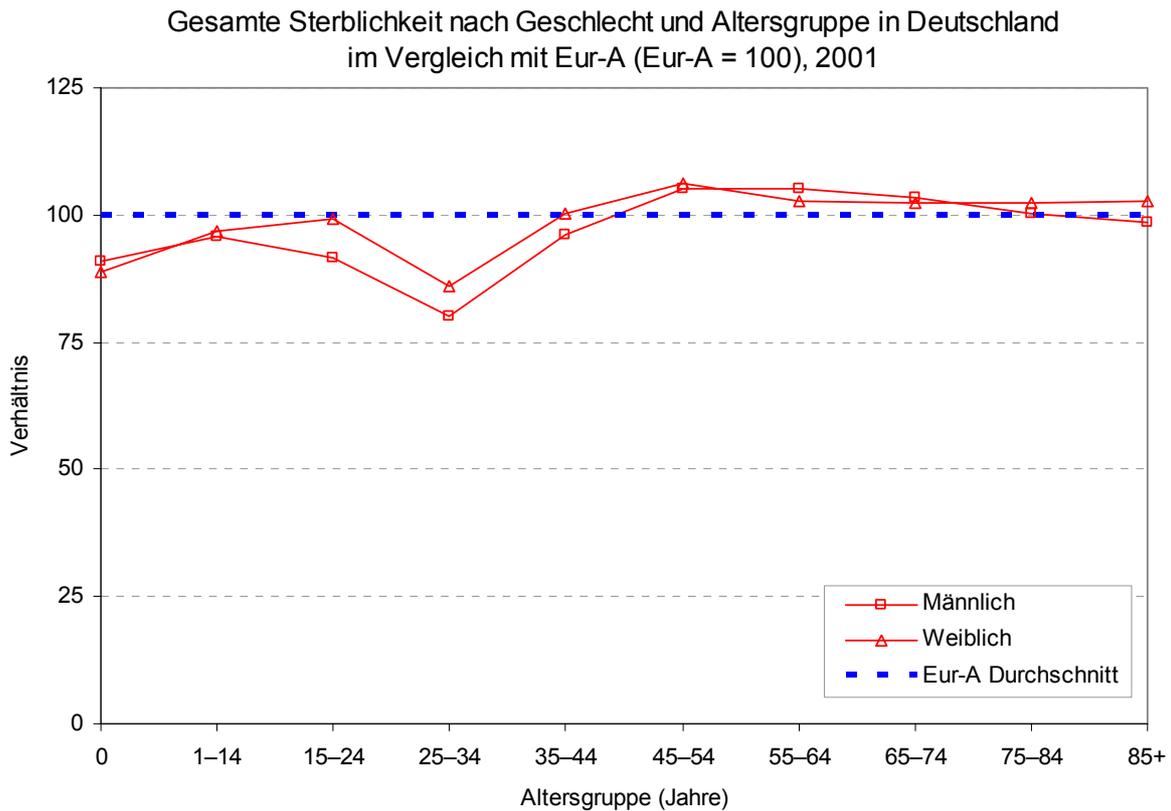
Im Jahr 2001 lagen die Sterblichkeitsraten für Kleinkinder und Neugeborene in Deutschland um 8% und 15% unter dem Eur-A-Durchschnitt.

Sterbefälle bei Kleinkindern und Neugeborenen pro 1000 Lebendgeburten,
Deutschland und Eur-A^a, letzte verfügbare Angabe



Relative Sterblichkeit

Im Allgemeinen haben die Deutschen gegenüber anderen Menschen in Eur-A um 4–5% niedrigere Sterblichkeitsraten. Eine leicht erhöhte relative Sterblichkeit wird nur für Männer der Altersgruppe 45–64 Jahre und für Frauen von 45–74 Jahren und für 85-Jährige und Ältere verzeichnet.



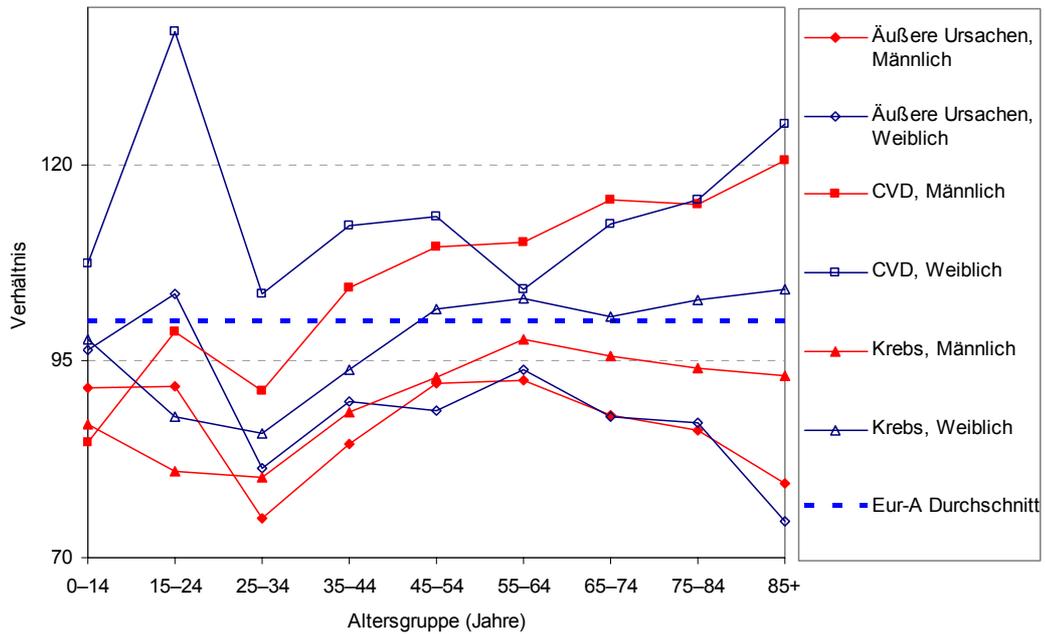
Die wichtigsten Todesursachen

Auf nichtübertragbare Krankheiten entfielen 2001 ungefähr 84% der Sterbefälle in Deutschland, knapp mehr als 5% auf äußere Ursachen und ungefähr 1% auf übertragbare Krankheiten (Anhang. Mortalität ausgewählter Bereiche).

Relativ zum Eur-A-Durchschnitt sind die kardiovaskulären Krankheiten (CVD) die wichtigste einzelne Todesursache bei Männern und Frauen in Deutschland. Obleich die Mortalität zwischen 1990 und 2001 sank (um fast 30% für Männer und 28% für Frauen), lagen die deutschen Raten im Jahr 2001 weiterhin über dem Eur-A-Durchschnitt (insgesamt sowie um 6% für Männer und 15% für Frauen), wobei die Rate für Frauen zwei Drittel derjenigen für Männer betrug. Frauen haben im Vergleich mit den Eur-A-Ländern über alle Altersgruppen hinweg eine höhere relative Sterblichkeit. Die Raten für Männer übersteigen ab der Altersgruppe 35–44 Jahre die Eur-A-Durchschnittswerte. Deutsche Männer wie Frauen von 65 Jahren und älter hatten die sechsthöchste Sterblichkeit in Eur-A.

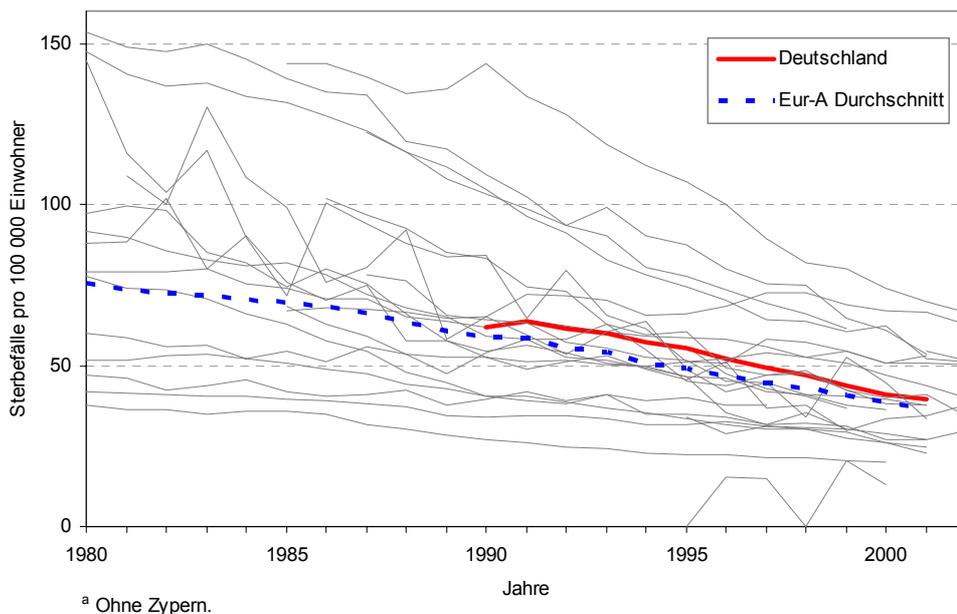
Bei Krebs übersteigt die Sterblichkeitsrate für deutsche Frauen in der Altersgruppe 45–54 Jahre den Eur-A-Durchschnitt.

Wichtigste Todesursachen nach Geschlecht und Altersgruppe in Deutschland im Vergleich mit Eur-A (Eur-A = 100), 2001

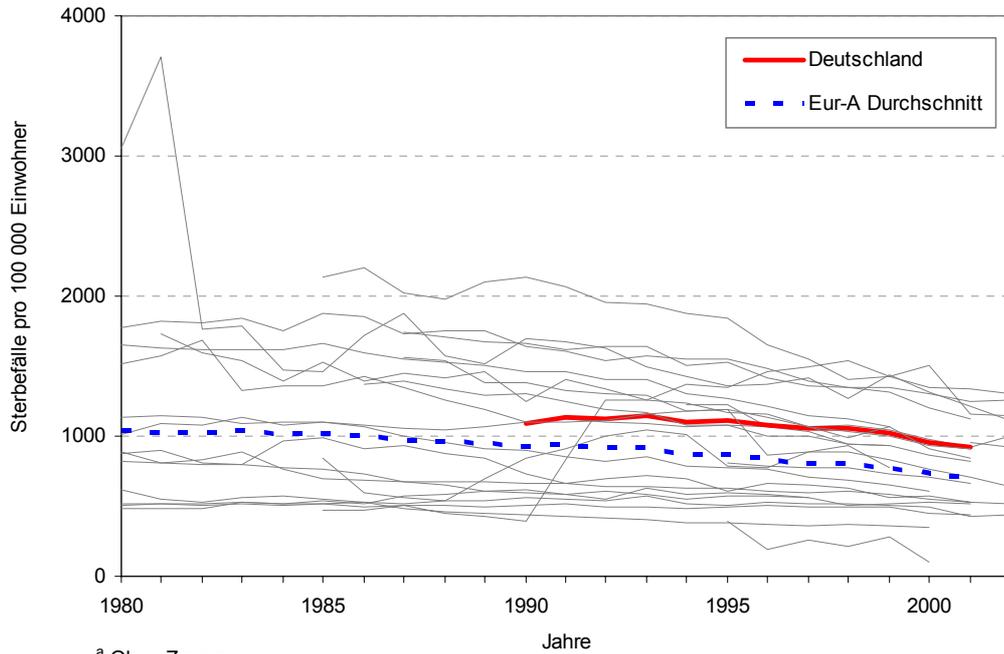


In der Kategorie CVD ist die ischämische Herzkrankheit weiterhin die wichtigste einzelne Todesursache der Deutschen. Auf sie entfielen im Jahr 2001 19% aller Sterbefälle, wenngleich die Sterblichkeitsrate für die Gesamtbevölkerung seit 1990 um 20% gesunken ist. Deutsche Männer haben die siebthöchste, deutsche Frauen die sechshöchste Sterblichkeit in der Eur-A-Gruppe. Die Rate der deutschen Männer ist fast doppelt so hoch wie die der deutschen Frauen.

SDR für ischämische Herzkrankheit in der Altersgruppe 25 bis 64 Jahre, Deutschland und Eur-A^a, 1980 bis letzte verfügbare Angabe



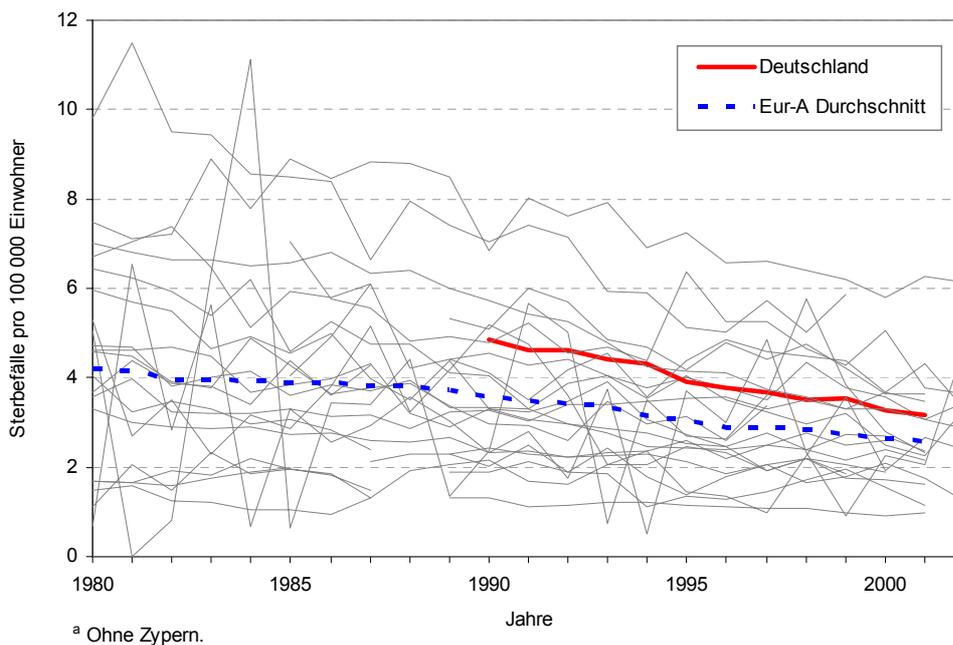
SDR für ischämische Herzkrankheit in der Altersgruppe über 65 Jahre,
Deutschland und Eur-A^a, 1980 bis letzte verfügbare Angabe



Seit 1990 steigt in Eur-A und auch in Deutschland die Sterblichkeitsrate an Lungenkrebs bei Frauen im Alter von 35 Jahren und älter. Über die Altersgruppen hinweg liegen die Raten für deutsche Frauen im Eur-A-Bereich, ausgenommen die Altersgruppe 45–54 Jahre. Seit Mitte der 1990-er Jahre ist die Rate für diese Gruppe schneller angestiegen als im Eur-A-Durchschnitt und lag 2001 um 17% darüber (Anhang. Mortalitätsdaten).

Während in Eur-A seit 1990 die Sterblichkeit durch Gebärmutterhalskrebs gesunken ist, blieb sie in Deutschland konstant höher. Im Jahr 2001 lag sie ungefähr 30% über dem Eur-A-Durchschnitt.

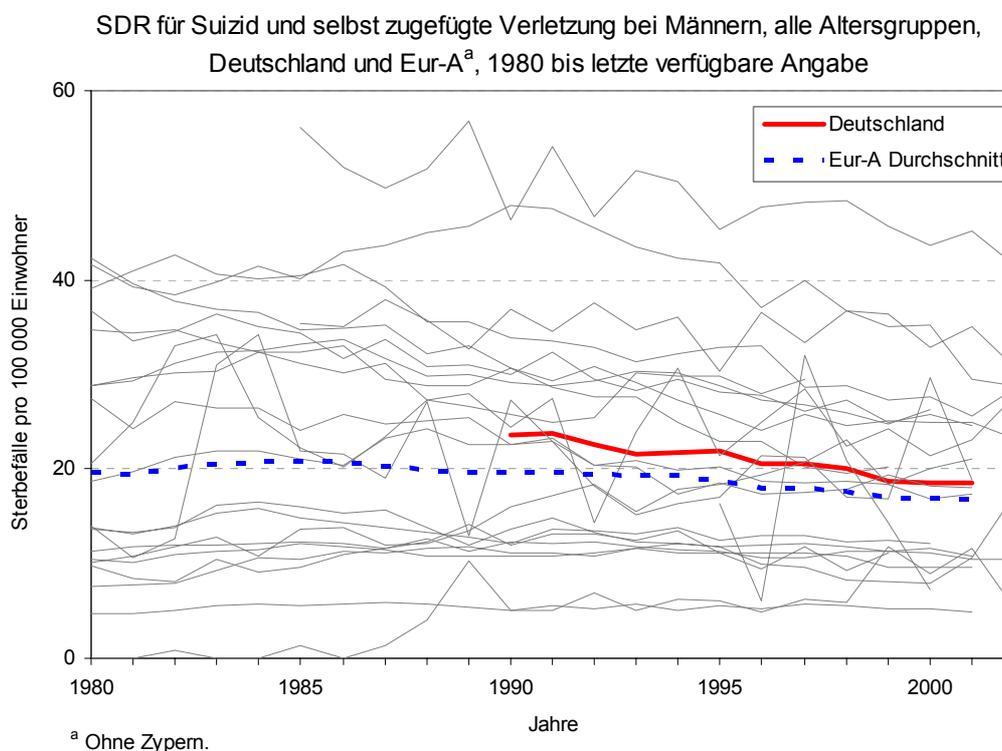
SDR für Krebs des Gebärmutterhalses bei Frauen aller Altersgruppen,
Deutschland und Eur-A^a, 1980 bis letzte verfügbare Angabe



Seit 1990 ist die Sterblichkeit an Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Eur-A-Ländern stark zurückgegangen, für Deutsche im Alter zwischen 35 und 65 Jahren jedoch liegen die Raten über dem Eur-A-Durchschnitt. Die Unterschiede für die jüngeren Altersgruppen sind dramatisch: Für deutsche Männer und Frauen der Altersgruppe 35-44 Jahre liegen die Sterblichkeitsraten jeweils um rund 40% über dem Eur-A-Durchschnitt.

Die Sterblichkeit durch absichtliche und unbeabsichtigte Verletzungen liegt in Deutschland allgemein unter dem Eur-A-Durchschnitt und zeigt denselben rückläufigen Trend wie in anderen Eur-A-Ländern. Die Anzahl der Sterbefälle durch Straßenverkehrsunfälle ist in Deutschland relativ gering, dafür liegt die Rate für Verletzungen fast 40% über dem Eur-A-Durchschnitt.

Seit 1990 sind in Deutschland die Sterbeziffern durch Suizid ebenso wie in anderen Eur-A-Ländern gesunken. Ab dem Alter von 35 Jahren jedoch liegen die Raten für vollendeten Suizid bei deutschen Männern über dem Eur-A-Durchschnitt. Besonders hoch sind die Raten für die Altersgruppen 45-54 Jahre und 65-74 Jahre. Für Frauen setzen die relativ höheren Raten ab dem Alter von 55 Jahren ein.



Behinderungsbereinigte Lebensjahre

Behinderungsbereinigte Lebensjahre (disability-adjusted life-year - DALY) ist ein summarischer Messwert, der die Auswirkungen von gesundheitlichen Defiziten, Behinderung und Sterblichkeit auf die Bevölkerung zusammenfasst. Die Tabelle zeigt die 10 häufigsten gesundheitlichen Störungen bei Männern und Frauen in Deutschland, in DALY ausgedrückt.

Die 10 häufigsten Kategorien von Behinderung als Prozentsatz der gesamt-DALYs für beide Geschlechter in Deutschland

Rang	Männlich		Weiblich	
	Behinderungs-Kategorien	Prozentsatz der gesamt-DALYs (%)	Behinderungs-Kategorien	Prozentsatz der gesamt-DALYs (%)
1	Neuropsychiatrische Erkrankungen	24.3	Neuropsychiatrische Erkrankungen	28.1
2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20.8	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	18.8
3	Krebs	17.7	Krebs	17.0
4	Krankheiten des Verdauungssystems	6.1	Sinnesorganerkrankungen	5.5
5	Unbeabsichtigte Ereignisse	5.6	Muskel-Skelett-Erkrankungen	5.5
6	Atemwegserkrankungen	5.6	Atemwegserkrankungen	5.2
7	Sinnesorganerkrankungen	4.5	Krankheiten des Verdauungssystems	5.0
8	Muskel-Skelett-Erkrankungen	3.3	Unfallverletzungen	3.0
9	Vorsätzliche Verletzungen	2.9	Diabetes mellitus	2.0
10	Diabetes mellitus	1.9	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.6

Quelle: WHO-Hintergrunddaten (2003d).

Aus neuropsychiatrischen Krankheiten ergibt sich der größte Teil der gesundheitlichen Defizite für die Deutschen. Die Sterblichkeit aufgrund dieser Krankheiten ist vergleichsweise gering, daher machen die Behinderungen im Alltagsleben den Großteil der gesundheitlichen Belastung aus.

Die wichtigsten Risikofaktoren

Die Tabelle zeigt die 10 häufigsten gesundheitlichen Risikofaktoren in entwickelten Ländern, in DALY ausgedrückt. Wie auch in der Tabelle „Die wichtigsten Kategorien für Behinderung“ wird davon ausgegangen, dass Risikofaktoren in unterschiedlicher Weise zu Krankheitslast und Sterbefällen in einer Bevölkerung beitragen. Der Grad der Belastung der deutschen Bevölkerung mit fünf dieser Risiken ist nachstehend dargestellt.

Zehn ausgewählte wichtigste Risikofaktoren als Ursache der Krankheitslast, gemessen in DALYs in entwickelten Ländern

Risikofaktoren	Total DALYs (%)
Tabak	12.2
Bluthochdruck	10.9
Alkohol	9.2
Cholesterin	7.6
Übergewicht	7.4
Geringer Verzehr an Obst und	3.9
Bewegungsmangel	3.3
Drogen	1.8
Unsicherer Sex	0.8
Eisenmangel	0.7

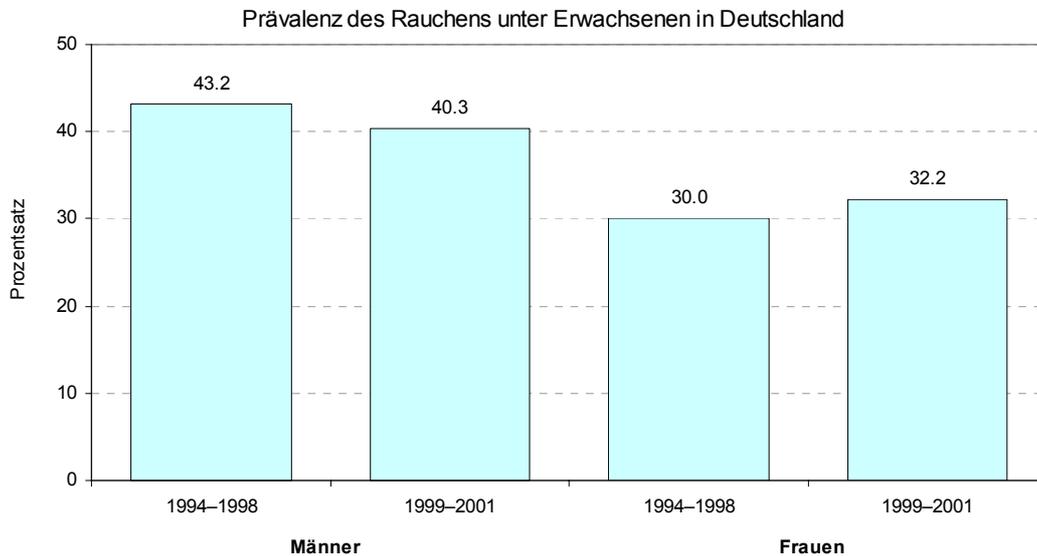
Quelle: WHO (2002).

Tabak

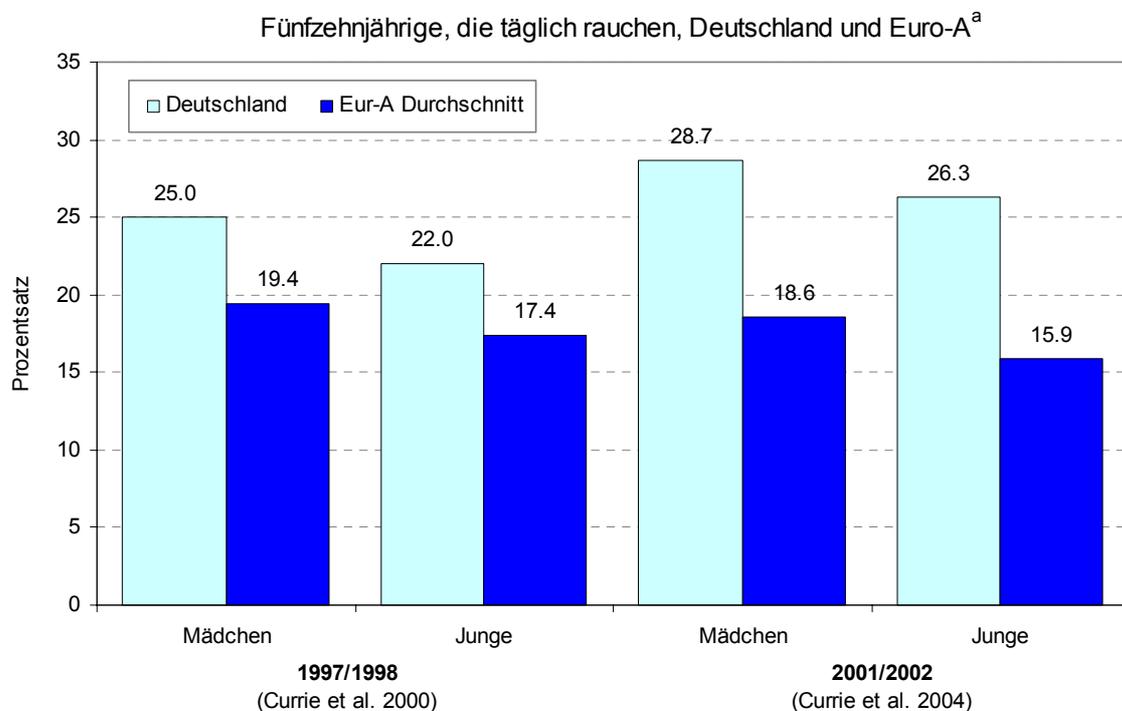
In der Europäischen Region leben nur 15% der Weltbevölkerung, aber sie weist annähernd 33% der weltweiten Belastung durch Krankheiten auf, die dem Tabakkonsum zugeschrieben werden können (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004g). Einer kürzlich vorgenommenen Schätzung zufolge gehen in der Region jährlich 1,2 Millionen Sterbefälle auf den Konsum von Tabakprodukten zurück, und etwa 40% davon ereignen sich in Eur-A-Ländern (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002a). Ungefähr die Hälfte der Sterbefälle entfällt auf Menschen im mittleren Lebensalter. Typischerweise beginnen die wohlhabenderen Bevölkerungskreise früher mit dem Rauchen, aber sie geben es auch als Erste wieder auf. Daher zählen zur Gruppe der Raucher zunehmend Personen mit geringerem Bildungsniveau und geringerem Einkommen (Bostock, 2003).

Pro Kopf werden in Deutschland im Allgemeinen ungefähr so viele oder etwas weniger Zigaretten geraucht als im Eur-A-Durchschnitt, wie der offizieller Statistik für Produktion,

Import und Export zu entnehmen ist. (Nicht eingeschlossen ist der Konsum von Zigaretten, die inoffiziell zur Verfügung stehen, z.B. durch Schmuggel und Schwarzmarktangebote.) Zwar rauchen mehr Männer als Frauen, aber Surveys aus den Jahren zwischen 1994 und 2001 zufolge sank die Prävalenz bei Männern und stieg bei Frauen an. Wie Surveys aus dem Zeitraum 1997–2002 zeigen, rauchen 15-Jährige zunehmend.



Quelle: WHO Regional Office for Europe (2004f).

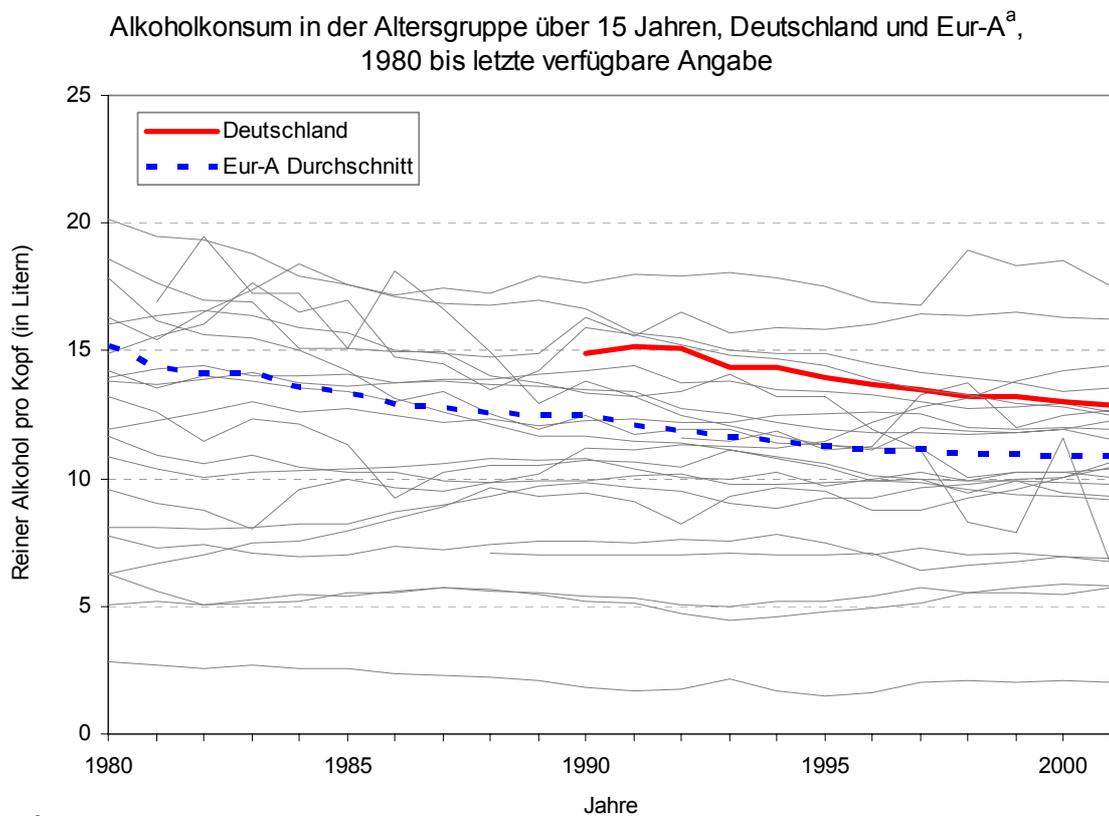


^a Ohne Zypern, Island, Luxemburg und San Marino.

Alkohol

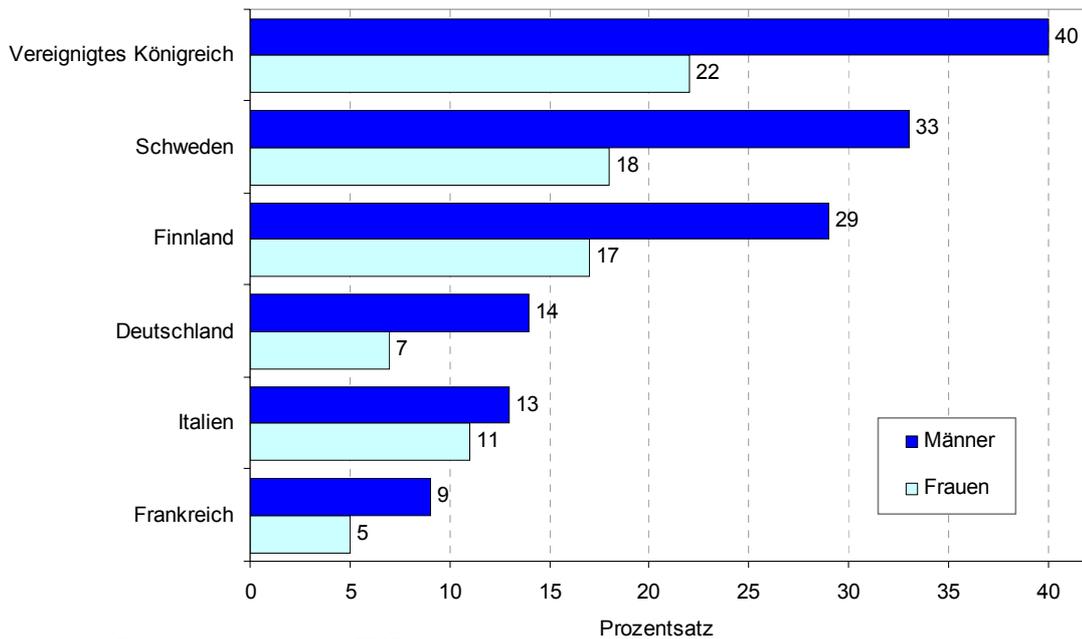
Für die öffentliche Gesundheit sind im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum besonders bedenklich: Der regelmäßige Konsum von mehr als kleinen Mengen sowie schädliche Gewohnheiten wie das Binge-Trinken (wobei eine Person eine Flasche Wein oder Entsprechendes auf einmal konsumiert, oder der Konsum von fünf und mehr der „üblichen“ Drinks nacheinander). Beide Gewohnheiten verursachen oder verschärfen die Verletzungsgefahr für den Trinker und andere Personen (Europäische Kommission, 2003).

Zwischen 1991 und 2000 reduzierte die 15-jährige und ältere Bevölkerung in Deutschland den Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol um 14%, wie aus offiziellen Statistiken zu heimischer Produktion, Verkäufen, Import und Export hervorgeht. (Nicht-registrierter Konsum nicht eingeschlossen.) Im Jahr 2001 lag der Konsum jedoch immer noch rund 19% über dem Eur-A-Durchschnitt. Berechnet auf Basis einer kleinen Länder-Stichprobe, machen Alkoholexzesse 14% des Trinkverhaltens von Männern und knapp über 5% des Trinkverhaltens von Frauen aus.



^a Ohne San Marino.

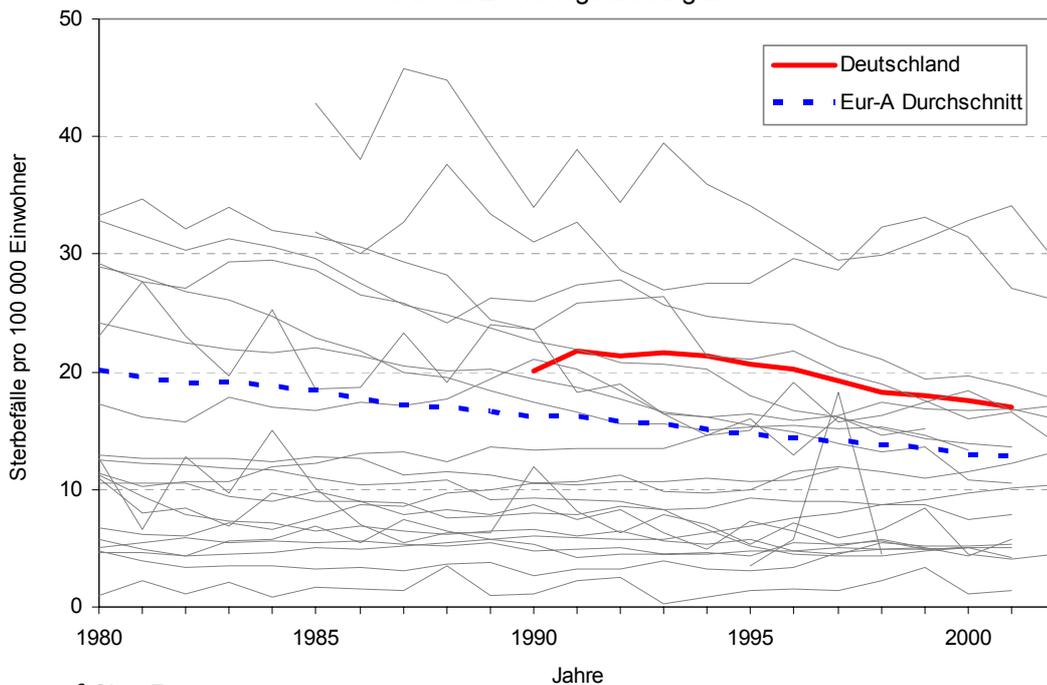
Prozentualer Anteil von Alkoholexzessen am Gesamtkonsum in den vergangenen 12 Monaten, ausgewählte Länder in Eur-A, 2000



Quelle: Hemström et al. (2002).

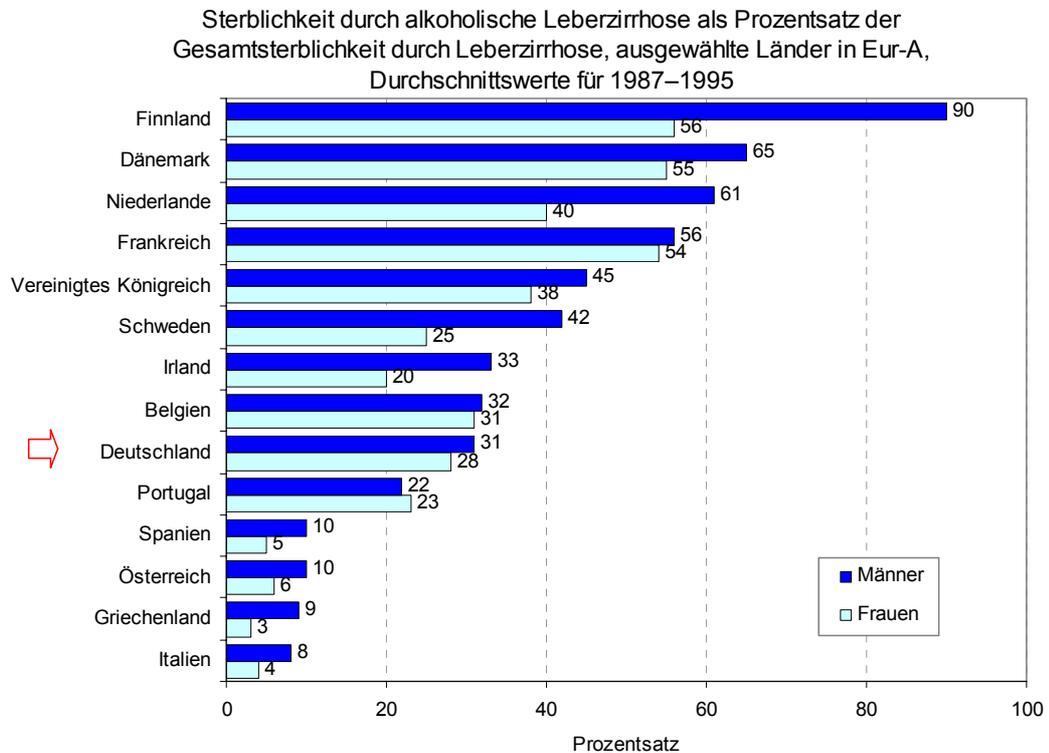
Die Sterblichkeit aufgrund von Leberzirrhose ist der klassische Indikator für eine Schädigung durch chronisches oder exzessives Trinken. Parallel zum abnehmenden Konsum von reinem Alkohol sind auch die Sterbefälle durch die chronische Leberkrankheit in Deutschland rückläufig (entsprechend dem Eur-A-Verlaufsmuster), liegen aber weiterhin über dem Eur-A-Durchschnitt.

SDR für chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose in der Gesamtbevölkerung, Deutschland und Eur-A^a, 1980 bis letzte verfügbare Angabe



^a Ohne Zypern.

Die ausdrücklich alkoholbedingte Sterblichkeit durch Leberzirrhose ist ein weiterer Indikator für Alkoholschädigung, doch aufgrund der unterschiedlichen Kodierung von Sterbefällen, die als alkoholbedingte Zirrhose klassifiziert sind, ist ein Länder übergreifender Vergleich unzuverlässig. Die Angabe ist daher deskriptiv und zeigt nur, wo Alkohol bei Sterbefällen aufgrund von Leberzirrhose in einem bestimmten Land den wichtigsten Risikofaktor darstellte. In der Bundesrepublik Deutschland (vor Oktober 1990) wurden rund 30% der Sterbefälle durch Leberzirrhose bei Männern und Frauen auf Alkohol zurückgeführt (European Commission, 2003; Hemström et al., 2002).

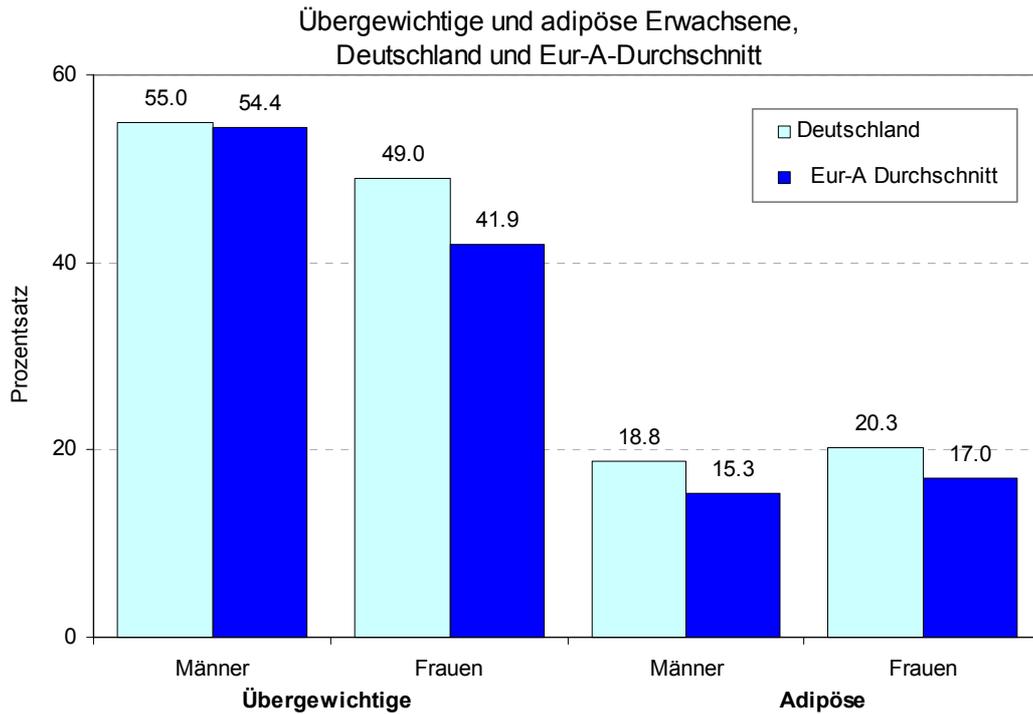


Bemerkung: Die Daten für Deutschland beziehen sich auf das Gebiet der BRD am 3. Oktober 1990.
Quelle: Hemström et al. (2002).

Übergewicht

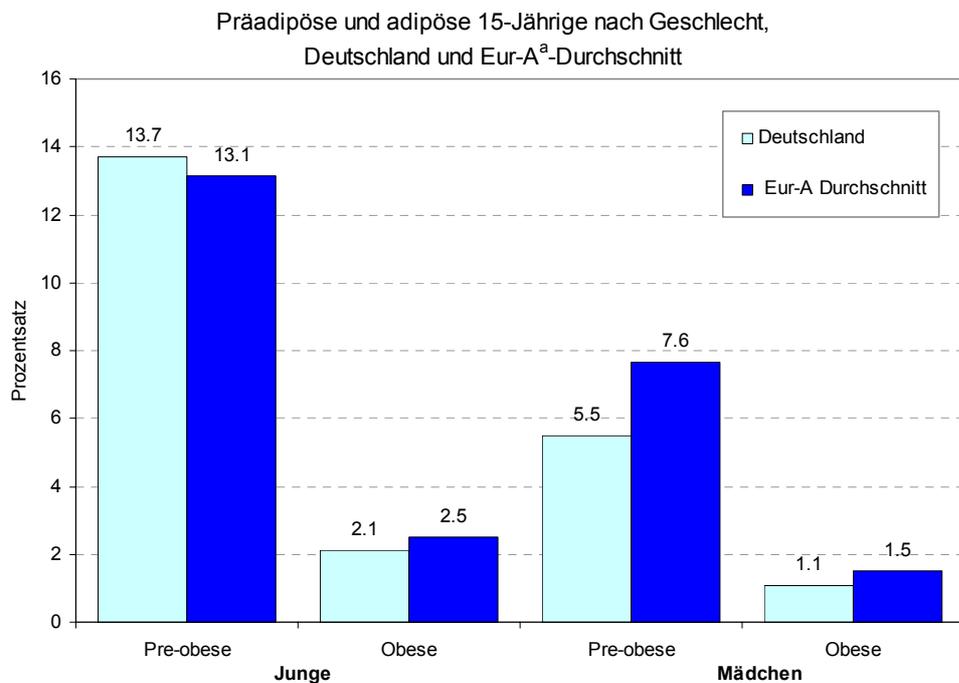
Wie in Studien gezeigt werden konnte, trägt Übergewicht zu kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs bei. In den 15 Ländern, die vor Mai 2004 zur Europäischen Union gehörten, ist Übergewicht der Forschung zufolge für 5% aller Krebsfälle (3% bei Männern und 6% bei Frauen) und insgesamt für annähernd 300 000 Sterbefälle jährlich verantwortlich (Banegas, 2002; Bergstrom et al., 2001). Für Kinder und Jugendliche liegt das Hauptproblem bei Übergewicht und insbesondere Fettleibigkeit in dessen Fortbestand bis ins Erwachsenenalter und dem assoziierten Risiko für Diabetes und CVD (Stark et al., 1981).

Ungefähr die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist übergewichtig: 55% der Männer und 49% der Frauen haben einen Body-Mass-Index (BMI) von 25,0–29,9. Ungefähr ein Fünftel der Bevölkerung ist adipös: 19% der Männer und 20% der Frauen haben einen BMI von 30 oder mehr.



^a Ohne Österreich, Kroatien, Zypern, Island, Irland, Luxemburg, San Marino und Slowenien.
Quelle: Robertson et al. (2004), the Danish Nutrition Council (2003) für Daten zu Dänemark und Israeli Center for Disease Control (2003) für Daten zu Israel.

Laut Eigenangaben zu Körpergröße und –gewicht, die in Schulen erhoben und im Hinblick auf den BMI von Erwachsenen bereinigt wurden, gelten in Deutschland ungefähr 14% der Jungen und 6% der Mädchen im Alter von 15 Jahren als präadipös, und 2% der Jungen sowie 1% der Mädchen als adipös.



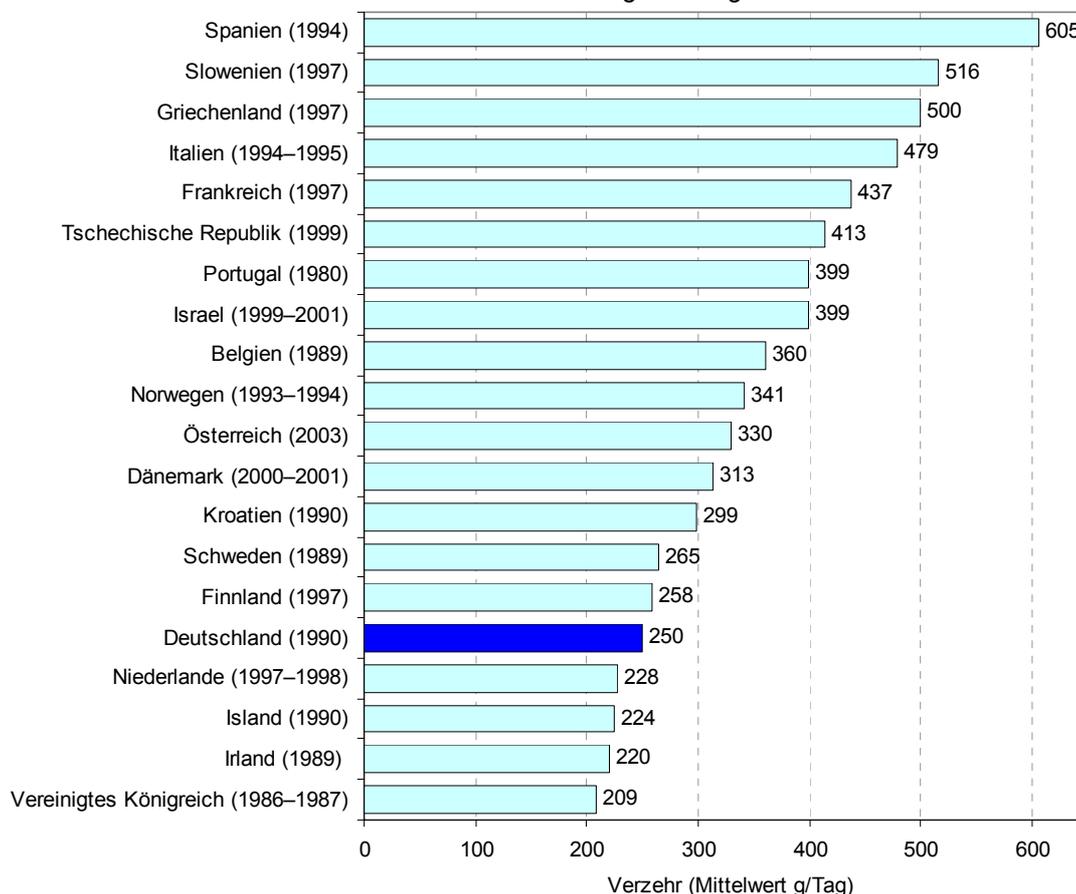
^a Ohne Zypern, Island, Luxemburg und San Marino.
Quelle: Mulvihill et al. (2004) und Danish Nutrition Council (2003) für Daten zu Dänemark.

Körperliche Verzehr von Obst und Gemüse

Sowohl für CVD wie auch für Krebs spielt die Ernährung eine wesentliche Rolle. Konservativen Schätzungen zufolge könnten bessere Ernährungsgewohnheiten weltweit rund ein Drittel der kardiovaskulären Erkrankungen und ein Drittel aller Sterbefälle durch Krebs verhüten (Robertson et al., 2004). Beitragende Risikofaktoren sind Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht und Fettleibigkeit und ein ungenügender Verzehr von Obst und Gemüse. Für den großen Nichtraucheranteil in der Bevölkerung ist die Ernährung eine der wichtigsten beeinflussbaren Determinanten des Krebsrisikos.

Aufgrund des geringen Verzehrs von Obst und Gemüse kommt es in der Europäischen Region schätzungsweise zu rund 18% der Krebserkrankungen des Verdauungstraktes, zu etwa 28% der ischämischen Herzerkrankungen und zu 18% der Schlaganfälle. Die WHO empfiehlt den Verzehr von mehr als 400g Obst und Gemüse pro Person und Tag. Durchschnittsangaben zum Konsum messen jedoch nur unzulänglich, wie sich der Verzehr auf die Bevölkerung verteilt. Daten aus den Ländern der Europäischen Union vor Mai 2004 belegen, dass Personen aus den höheren Einkommensgruppen typischerweise mehr Obst und Gemüse zu sich nehmen als solche mit geringerem Einkommen (Joffe & Robertson, 2001).

Verzehr von Obst und Gemüse, ausgewählte Länder in Eur-A,
letzte verfügbare Angabe



Quelle: WHO Regional Office for Europe (2004b), Robertson et al. (2004) für Daten zu Deutschland, Griechenland, Irland und Spanien, IFEW (2003) für Daten zu Österreich, Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004) für Daten zu Dänemark und Israeli Center for Disease Control (2003) für Daten zu Israel.

Körperliche Betätigung

Laut Empfehlung der WHO und anderer nationaler und internationaler Stellen sollte sich jedermann täglich mindestens 30 Minuten lang körperlich betätigen, womit jede Art der Körperbewegung gemeint ist, die zu einer Steigerung des Energieumsatzes führt. Die Anregung und Ermunterung zu körperlicher Betätigung ist wahrscheinlich eine der geeignetsten Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen.

Hierdurch wird das Risiko für verschiedene Krankheiten und gesundheitliche Störungen gesenkt, darunter kardiologische Erkrankungen, nicht-insulinpflichtiger Diabetes und Adipositas, und es wird ein Beitrag zu körperlicher Koordination, Kraft und psychischem Wohlbefinden geleistet. Körperliche Betätigung ist mehr als Sport. Es ist ein Eckstein einer gesunden Lebensweise, integraler Bestandteil des Alltagslebens. In Europa bleiben mehr als 30% der Erwachsenen unter der von der WHO empfohlenen Marke von 30 Minuten körperlicher Betätigung täglich (Racioppi et al., 2002).

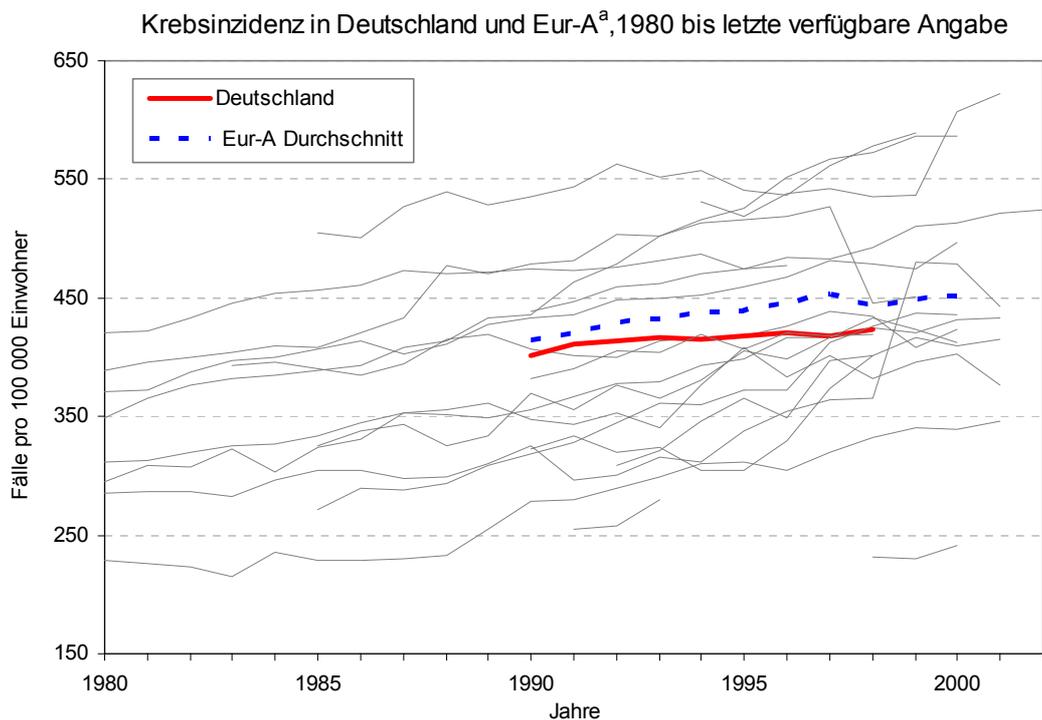
Im Jahr 1998 ergab eine landesweite Erhebung bei 18–79-jährigen Bewohnern von ländlichen wie städtischen Gebieten in Deutschland, dass 43,8% der Männer und 49,5% der Frauen sich nicht sportlich betätigten. Je nach Alter lagen die Zahlen zwischen 11,7% und 73,3% für Männer und 25,1% und 75% für Frauen (WHO, 2004a).

Ausgewählte Krankheitsursachen

Krebs

Auf Krebs entfielen in Deutschland 2001 rund 27% der Sterbefälle. Der Kombination aus Tod und Krankheit durch Krebs, ausgedrückt als DALY (vgl. Tabelle. Behinderungen nach Kategorien), sind 18% der Krankheitslast für Männer und 17% für Frauen zuzurechnen. Die beiden Indikatoren zusammen zeigen, dass die Belastung durch Krebs im Wesentlichen auf Sterbefälle und weniger auf langfristiges Siechtum zurückgeht.

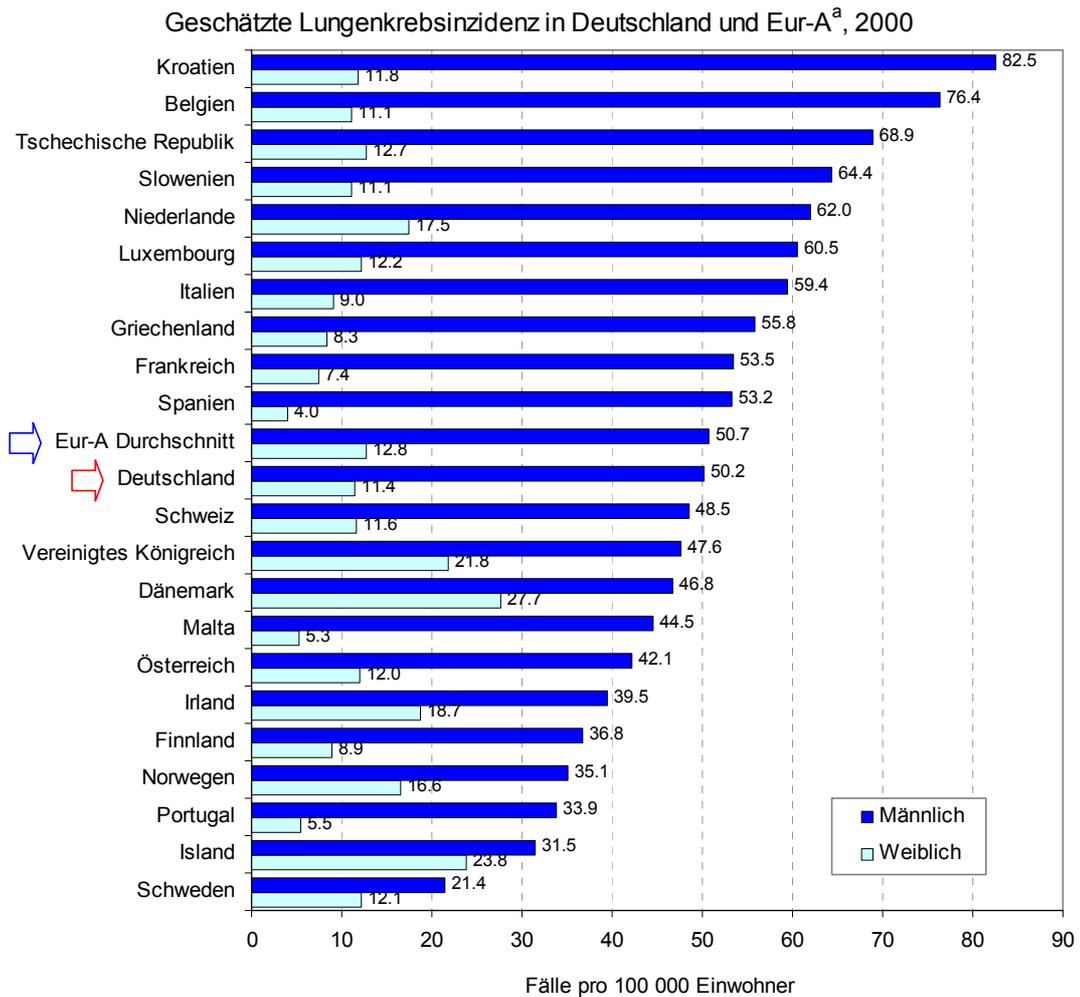
Zwischen 1990 und 1998 stieg die Krebsinzidenz in Deutschland um 5% an, ähnlich also dem 4%-igen durchschnittlichen Anstieg in Eur-A.



^a Ohne Griechenland, San Marino, Spanien und Schweiz.

Lungenkrebs ist in der Region und weltweit die häufigste Krebserkrankung. Tabak ist der wichtigste Risikofaktor (Tyczynski et al., 2002).

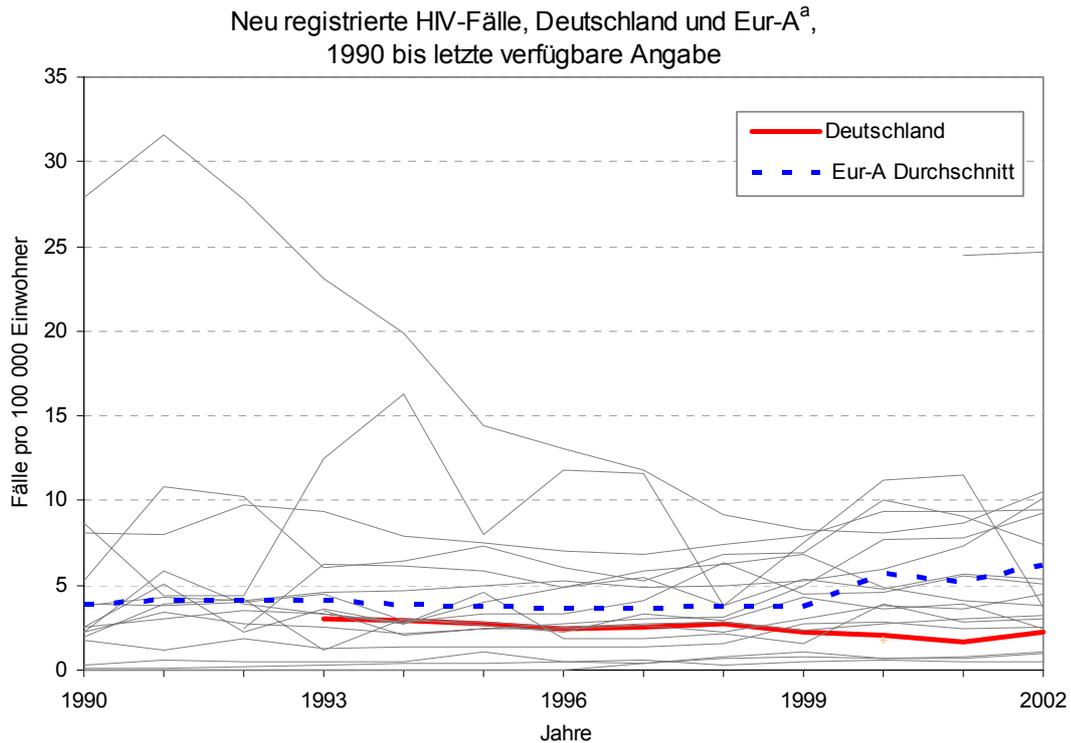
Die geschätzte Lungenkrebsinzidenz in Deutschland lag im Jahr 2000 für Männer deutlich über, für Frauen dagegen unter dem geschätzten Eur-A-Durchschnitt.



HIV

Die Ausweitung von Handel und Bevölkerungsbewegungen innerhalb der Europäischen Region haben der Ausbreitung von Infektionskrankheiten Vorschub geleistet. Die Surveillance für übertragbare Krankheiten in Westeuropa ist nach wie vor unvollständig, insbesondere die Tests und die Berichterstattung zu HIV. Daten zu neu diagnostizierten HIV-Infektionen und insbesondere Vergleichszahlen für einzelne Länder sollten zurückhaltend interpretiert werden (EuroHIV, 2003a,b).

Seit 1999 zeigt die Rate der HIV-Neuinfektionen in Deutschland, die pro 100 000 Einwohner gemeldet wurden, rückläufige Tendenz, während der Eur-A-Durchschnitt ansteigt. Im Jahr 2002 betrug Deutschlands Rate etwas mehr als ein Drittel des Eur-A-Durchschnittswertes.



Ende 2003 hatte Deutschland eine kumulative Gesamtzahl von 21 063 HIV-Fällen. In Deutschland leben schätzungsweise zwischen 40 000 und 45 000 Menschen mit HIV/AIDS. Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere außerhalb der Metropolen, ist gering.

Etwa die Hälfte aller Fälle betrifft Männer, die Sex mit Männern haben. Seit dem Ende der 1990-er Jahre sind in dieser Gruppe ansteigende Raten für HIV und Syphilis zu beobachten, was auf eine gestiegene Risikobereitschaft hinweist.

Etwa 20% der Infektionen betreffen Immigranten aus Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz. Weitere 18% infizieren sich durch heterosexuelle Kontakte.

Anzahl und Prozentsatz der HIV-infizierten injizierenden Drogenabhängigen ging in den 1990-er Jahren zurück. Derzeit sind die Zahlen gleich bleibend. Injizierende Drogenabhängige machen rund 9% der HIV-Infizierten aus (UNAIDS & WHO, 2004).

Hepatitis C

Seit in den Ländern, die vor Mai 2004 zur Europäischen Union gehörten, Blut und Blutprodukte auf Hepatitis C überprüft werden, ist diese Virusübertragung einschneidend rückläufig. Injizierende Drogenabhängige stellen jetzt die Gruppe mit dem höchsten Risiko dar. Auf sie entfallen 60–90% der Neuinfektionen. Junge Injizierende und Neueinsteiger sind gerade zu Beginn dieser Praxis stark gefährdet.

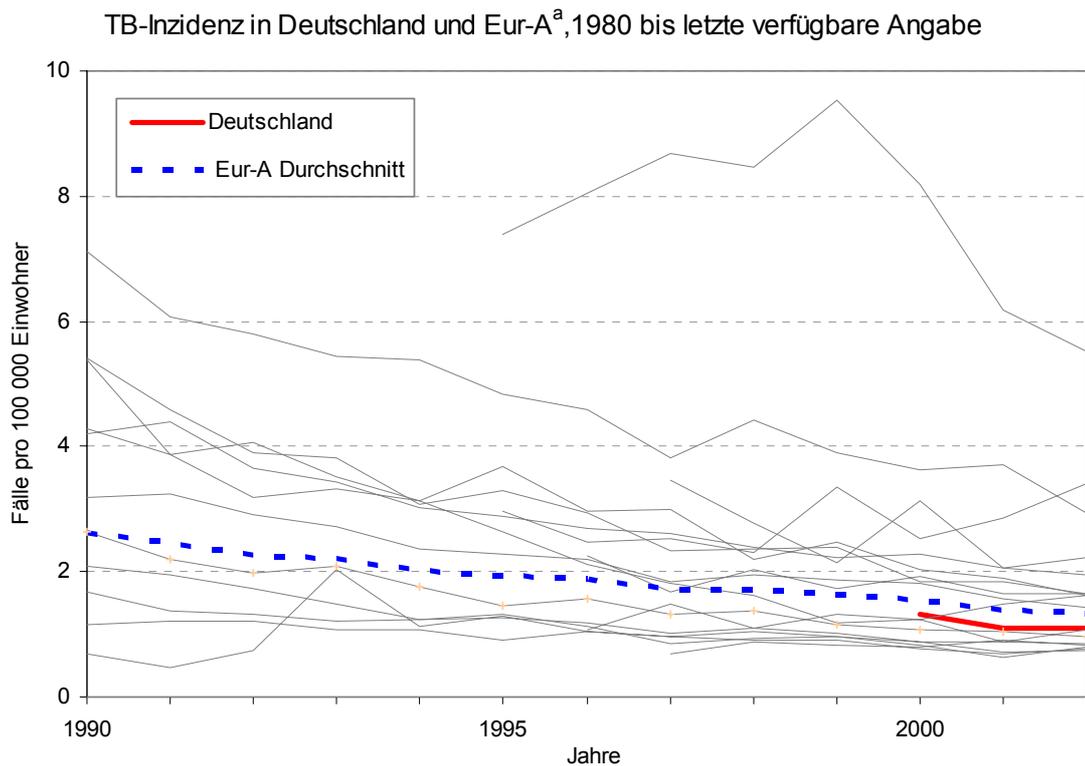
Wo immer mit einer Zunahme der injizierenden Drogenabhängigen zu rechnen ist, sind auch neue Hepatitis-C-Epidemien zu erwarten. Soziale Ausgrenzung ist ein Faktor und ein Charakteristikum bei der Ausbreitung der Infektion (EMCDDA, 2004). Eine Hepatitis C hat prognostisch langfristige Folgen sowohl hinsichtlich der Gesundheitskosten als auch des persönlichen Leidens.

Zwischen 1998 und 2001 wurde im Rahmen von lokal begrenzten Tests in Drogentherapiezentren und Haftanstalten in Deutschland bei 66–97% der injizierenden Drogenabhängigen eine Infektion mit Hepatitis C festgestellt (EBDD, 2003).

TB

Zwischen 1995 und 2001 wurden in Gesamt-Westeuropa immer weniger Fälle von TB aufgefunden. Die Arzneimittelresistenz ist in den meldenden Ländern weiterhin relativ niedrig, was auf eine insgesamt wirkungsvolle TB-Bekämpfung schließen lässt (EuroTB, 2003). Höhere Vorkommen finden sich im Allgemeinen in Risikogruppen der Bevölkerung (z.B. Einwanderer und Flüchtlinge aus Gebieten mit hoher TB-Inzidenz) sowie bei der einheimischen verarmten Bevölkerung, unter Obdachlosen und Inhaftierten. Höhere Fallzahlen sind auch bei HIV anzutreffen.

Zwischen 1995 und 2002 sank in Deutschland die TB-Inzidenz um rund 43% und in Eur-A um 26%. Im Jahr 2002 lag die deutsche Rate ungefähr 20% unter dem Eur-A-Durchschnitt. Die Raten betragen 8,45 bzw. 10,9 pro 100 000 Personen.



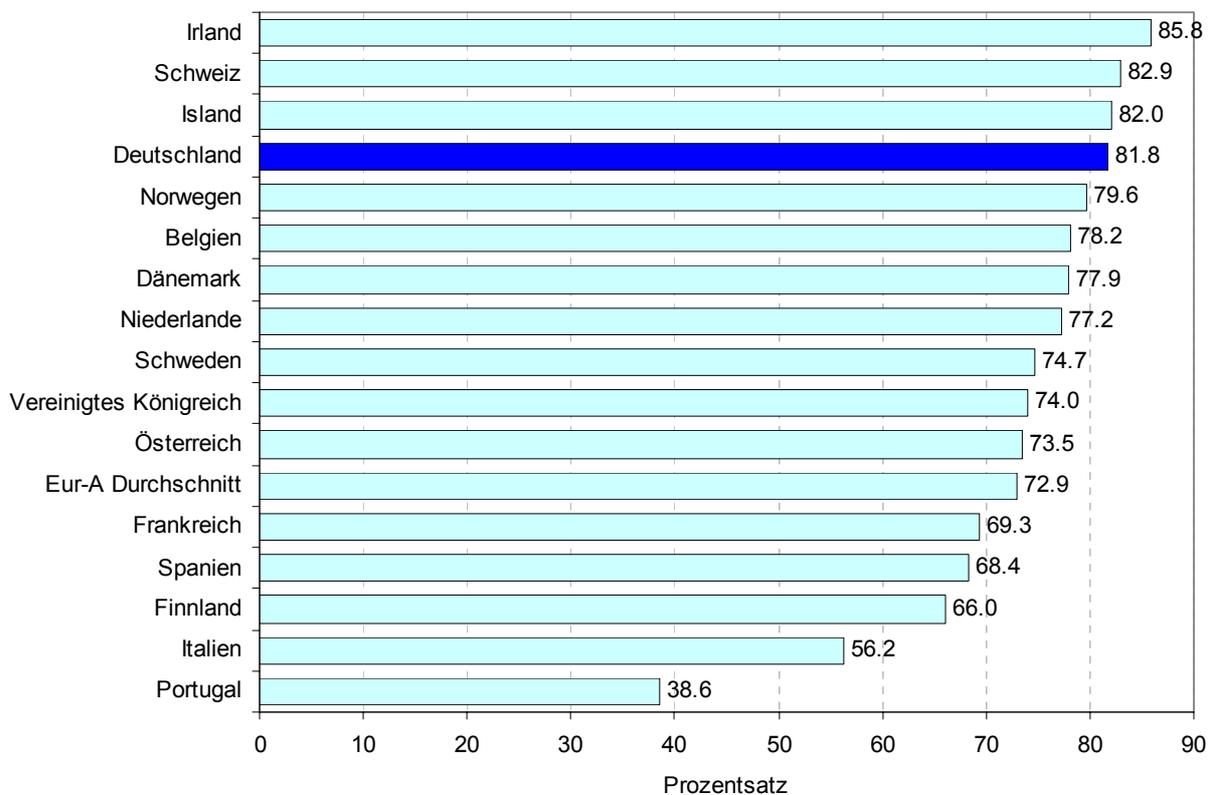
^a Ohne Zypern.

Gesundheitszustand laut Eigenangabe

Im Allgemeinen sind sich die Menschen über ihren Gesundheitszustand gut im Klaren, desgleichen über die positiven und negativen gesundheitlichen Auswirkungen ihres Verhaltens und darüber, wie sie die Gesundheitsdienste nutzen. Ihre Eigenwahrnehmung kann jedoch von dem abweichen, was administrative und auf körperliche Untersuchungen gestützte Daten über den Grad gesundheitlicher Defizite in einer Bevölkerung erkennen lassen. Haushaltssurveys auf Grundlage von Eigenangaben können daher andere Daten zum Gesundheitszustand und zur Nutzung der Dienste ergänzen.

Achtzig Prozent der erwachsenen Deutschen halten ihren Gesundheitszustand für gut oder sehr gut.

Menschen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut wahrnehmen, ausgewählte Länder in Eur-A, 1997–2000



Quelle: European Commission (2003) und Kasmel et al. (2004) für Daten zu Finnland.

Gesundheitssystem¹

Die Organisationsstruktur des Gesundheitssystems

Die Wurzeln des deutschen Gesundheitssystems reichen in das Jahr 1883 zurück, als auf Landesebene die Kranken-Pflichtversicherung eingeführt wurde. Das heutige System beruht auf einer sozialen Krankenversicherung und ist durch drei koexistente Versicherungsformen gekennzeichnet. Im Jahr 2003 waren rund 87% der Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert. Abhängig vom Einkommen handelte es sich für etwa 77% der Versicherten um eine Pflicht- und für 10% um eine freiwillige Versicherung. Weitere 10% der Bevölkerung waren privat versichert, 2% wurden durch staatliche Vorkehrungen erfasst, und 0,2% hatten keinerlei von dritter Seite finanzierten Versicherungsschutz.

Das Gesundheitssystem ist dezentralisiert aufgebaut. Kennzeichnend sind Föderalismus und die Delegation an nichtstaatliche korporatistische Institutionen als den Hauptakteuren des Sozialversicherungssystems: Auf Seiten der Leistungserbringer sind das die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, auf Seiten der Ausgabenträger die Krankenkassen und deren Verbände. Krankenhäuser sind nicht durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern durch privatrechtlich organisierte Organisationen repräsentiert. Die Akteure sind sowohl auf Bundes- wie auf Länderebene organisiert.

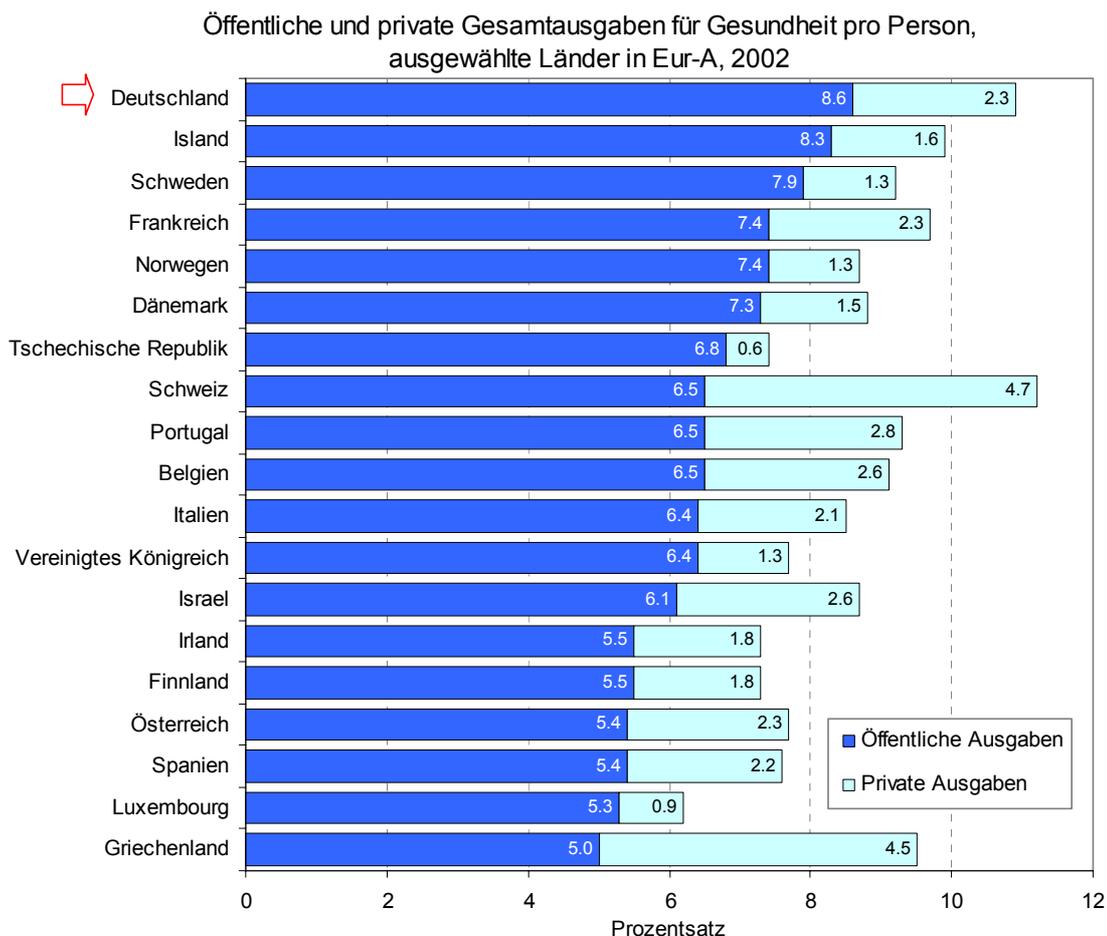
Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet die gesundheitsrelevanten Gesetze, die – sofern sie vom Parlament verabschiedet werden – den gesetzlichen Rahmen des Sozialversicherungssystems definieren. Außerdem obliegen ihm die Aufsicht über die korporatistischen Institutionen sowie – unterstützt durch eine Reihe von nachgeordneten Behörden – verschiedene Lizenzierungs- und Aufsichtsfunktionen, wissenschaftliche Beratungstätigkeit und Informationsdienste.

Die 292 Krankenkassen ziehen Beiträge ein und kaufen entweder vorab oder bezahlen retrospektiv Gesundheits- und langfristige Versorgungs- und Pflegedienste für ihre Mitglieder. Seit 1996 besteht für annähernd alle Versicherten Krankenkassen-Wahlfreiheit, während diese jeden Bewerber akzeptieren müssen. Seit 2004 liegt die Entscheidungsfindung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem sektorübergreifenden Bundesausschuss, unterstützt von einem unabhängigen Institut für Qualitäts- und Effizienzicherung.

Gesundheitsfinanzen und -ausgaben

Im Jahr 2002 beliefen sich die Gesundheitsausgaben Deutschlands auf 10,9% des BIP, wovon 79% aus Fonds der öffentlichen Hand gestellt wurden. Damit lag es unter den Eur-A-Ländern auf einem hohen Rang und innerhalb der Mitglieder der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) auf Rang drei. Im selben Jahr beliefen sich die Pro-Kopf-Gesamtausgaben auf US\$ 2817, und bezogen auf die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben lag das Land in der Gruppe der OECD-Länder auf Platz fünf (Anhang. Gesamtausgaben pro Kopf für Gesundheit).

¹ Die nachstehenden Ausführungen basieren auf Veröffentlichungen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme (2000, 2002a–c)



Die Gesamtausgaben schlüsseln sich folgendermaßen auf: Gesetzliche Krankenversicherung: 57%, gesetzliche langfristige und Pflegeversicherung: 7%, andere gesetzliche Versicherungsformen: 4%, staatliche Mittel: 8%. Private Versicherer trugen 8%, Arbeitgeber 4% und nicht gewinnorientierte Organisationen und private Haushalte 12% bei. Die meisten Selbstzahlungen dienten dem Einkauf von rezeptfrei erhältlichen Arzneimitteln oder wurden als Zuzahlungen zu verschriebenen Präparaten geleistet. Seit dem 1. Januar 2004 werden Zuzahlungen für den ambulanten Arztbesuch und für praktisch alle anderen Leistungen erhoben.

Mithilfe des Risiko-Strukturausgleichs zwischen den Krankenkassen sollen Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur und dem Gesundheitszustand der in den verschiedenen Modellen Versicherten ausgeglichen werden. Flankierend wurde 2001 ein Hochrisikopool eingerichtet, und seit 2003 gibt es Anreize für die Beteiligung an Disease Management Programmen für chronisch Kranke.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung handelt ein regionaler Ärzteverband mit einer einzelnen Krankenkasse einen Kollektivvertrag in Form eines Quasibudgets für ärztliche Leistungen aus. Der Verband teilt die Mittel unter den niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten auf, die hauptsächlich eine Vergütung nach erbrachter Leistung beziehen. Es gilt eine Höchstbegrenzung für den Leistungsumfang.

Krankenhäuser haben eine duale Finanzierungsbasis: Investitionen werden von den 16 Bundesländern geplant und nachfolgend von diesen und dem Bund kofinanziert, während die Krankenkassen laufende und Erhaltungskosten bestreiten. Seit Deutschland 2004 das australische Diagnosefallgruppensystem (DFG) übernahm, werden die laufenden Krankenhausaussgaben ausschließlich nach diesem System abgerechnet, ausgenommen die psychiatrische Versorgung, die weiterhin nach Tagessätzen abgerechnet wird.

Gesundheitsversorgung

Die ambulante Versorgung liegt überwiegend in Händen von allgemeinmedizinischen Vertragsärzten und niedergelassenen Fachärzten. Die Patienten können Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Apotheker und die Notfallversorgung frei wählen. Es gibt kein formelles Torhütersystem durch Hausärzte (etwa die Hälfte der ambulant tätigen Ärzte), wengleich deren Koordinationsbefugnisse in jüngster Zeit gestärkt wurden und die Krankenkassen seit Januar 2004 verpflichtet sind, ihren Mitgliedern ein entsprechendes Modell anzubieten.

Stationäre Akutversorgung wird sowohl von öffentlichen wie von privaten Anbietern geleistet. Im Jahr 2001 stellten der öffentliche Sektor 53%, nicht gewinnorientiert arbeitende Organisationen 39% und der private Sektor 8% der Akutbetten in Krankenhäusern. Zwar wurden die Bettenzahl und die Verweildauer erheblich gesenkt – im Jahr 2001 auf 6,3 Betten pro 1000 Einwohner und 9,3 Tage – doch bezüglich dieser Indikatoren nimmt Deutschland unter den 15 Ländern, die vor Mai 2004 der europäischen Union angehörten, einen der vorderen Plätze ein (Anhang. Ausgewählte Ressourcen der Gesundheitsversorgung). Die traditionell strikte Trennung zwischen ambulanter und Versorgung im Krankenhaus wurde in letzter Zeit gelockert, und es wurde die Einrichtung von Tageskliniken an Krankenhäusern sowie die Einführung von sektorübergreifenden Disease- Management-Programmen und Netzwerken für Leistungserbringung angeregt.

Zwischen 1990 und 2002 stieg die Anzahl der Ärzte um 20%, entsprechend dem Eur-A-Durchschnitt. Die Anzahl der Pflegefachkräfte erhöhte sich 2001 um 8%. Diese Anzahl liegt über dem Eur-A-Durchschnitt aber unter dem Bestand z.B. in den skandinavischen Ländern (Anhang. Ausgewählte Ressourcen der Gesundheitsversorgung). Im Jahr 2001 stellten Erwerbstätige in der stationären Versorgung etwa die Hälfte aller in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten.

Entwicklungen und anstehende Fragen

Seit 1990 wurde das Gesundheitssystem im östlichen Teil Deutschlands zügig von einem zentralistischen in ein Modell der Vertragsleistung umgewandelt.

Im internationalen Vergleich verfügt das deutsche Gesundheitssystem über große finanzielle Ressourcen und physische Kapazitäten. Die Bevölkerung hat gleichen und leichten Zugang zu einem Gesundheitssystem, das sehr umfassende Leistungsangebote auf allen Versorgungsebenen bereit hält. Wartelisten und explizite Rationierungen sind praktisch unbekannt. Es ist jedoch strittig, ob den hohen Gesundheitsausgaben auch eine ausreichend kosteneffizienten Ressourcennutzung gegenübersteht.

Mithilfe verschiedener Kostendämpfungsmaßnahmen – einschließlich einer Budgetierung für die Sektoren, der Einführung von Richtpreisen, einer rationalen Verschreibungspraxis und von Zuzahlungen der Konsumenten – konnten die gesetzlichen Gesundheitsausgaben auf dem Niveau des BIP-Wachstums gehalten werden. Doch da die Einnahmen geringer waren als die Ausgaben, verbuchten die Krankenkassen in den meisten Jahren ein Defizit und mussten im folgenden Jahr die Beiträge erhöhen: von 12,4% des Bruttoeinkommens im Jahr 1991 auf 14,3% im Jahr 2003.

Im Zentrum der aktuellen Diskussion stehen zwei alternative Konzepte zur Reform der Einnahmen: Die Einführung einer Kopfpauschale für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei eine steuerliche Unterstützung der Einkommensschwächeren vorgesehen ist, oder die Ausweitung der beitragspflichtigen Versicherung auf die gesamte Bevölkerung, einschließlich z.B. der Beamten und selbständig Beschäftigten.

Literatur

- Babor T et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Banegas JR (2002). *A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union*. Madrid, Department of Preventive Medicine and Public Health, Autonomous University of Madrid.
- Bergstrom A et al. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, 91:421–430.
- Bostock Y (2003). *Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe*. London, Health Development Agency, National Health Service.
- Broring G et al., eds. (2003). *Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe*. Woerden, NIGZ European Project AIDS & Mobility (http://212.206.44.60/systeem3/pdf/Country_report_oct031.pdf, eingesehen am 8. Juni 2004).
- Central Bureau of Statistics of Israel (2003). *Statistical abstract of Israel 2003, No. 54*. Jerusalem, Central Bureau of Statistics of Israel (<http://www1.cbs.gov.il/reader>, eingesehen am 1. September 2004).
- Europarat (2003). *Recent demographic developments in Europe 2003*. Straßburg, Europarat.
- Currie C et al., Hrsg. (2000). Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (*Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, eingesehen am 8. Juni 2004).
- Currie C et al., Hrsg. (2004). Die Gesundheit junger Menschen im Kontext. Internationale Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (*Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*). Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Health Policy for Children and Adolescents, No.4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040518_1?language=German, eingesehen am 8. Juni 2004).
- Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004). *Udviklingen i danskernes kost 1985–2001 med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for sund livsstil* [Ernährungstrends in Dänemark zwischen 1985 und 2001 mit Schwerpunkt auf dem Verzehr von Zucker und Alkohol sowie auf Motivation und Widerstand gegen eine gesunde Lebensweise]. Søborg, Danish Institute of Food and Veterinary Research (http://www.dfvf.dk/Files/Filer/Ernæring/kostundersøgelser/Danskernes_kost_1985_til_2001.pdf, eingesehen am 15. September 2004).
- Danish Nutrition Council (2003). Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats [Denmark's obesity epidemic. Proposal for preventive efforts]. Søborg, Danish Nutrition Council (http://www.ernaeringsraadet.dk/pdf/Fedme_2003.PDF, eingesehen am 30. September 2004).
- EBDD (2002) *2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (<http://ar2002.emcdda.eu.int/de/home-de.html>, eingesehen am 8. Juni 2004).
- EBDD (2003) *Jahresbericht 2003: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (<http://ar2003.emcdda.eu.int/de/home-de.html>, eingesehen am 25. Juni 2004).
- EMCDDA (2004). Hepatitis C: die "verborgene Epidemie" (*Hepatitis C: the "hidden epidemic"*). Lissabon, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (News Release, No. 1, <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=6771&sLanguageISO=DE>, eingesehen am 12. Januar 2005).
-

EuroHIV (2003). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (Jahres-Abschlussbericht 2002, No. 68; <http://www.eurohiv.org/>, eingesehen am 28. Mai 2004).

Eurpäische Kommission (2003). *Health in Europe: results from 1997–2000 surveys*. Luxemburg, Europäische Kommission (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1073,1135281,1073_1135295&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-57-03-184, eingesehen am 7. Juni 2004).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000). *Gesundheitssysteme im Wandel: Länderprofile – Deutschland*. Brüssel, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Health care systems in transition profiles; <http://www.euro.who.int/document/e68952g.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2004).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2002a). *Funding health care: options for Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (Policy Briefs, No. 4; <http://www.euro.who.int/document/obs/Fhcpolbrief4.pdf/>, eingesehen am 25. Juni 2004).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2002b). *Hospitals in a changing Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Policy Briefs, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/obs/hosbrief170202.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2004).

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2002c). *Regulating entrepreneurial behaviour in Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Policy Briefs, No. 2; <http://www.euro.who.int/document/obs/regbrief170202.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2004).

EUROSTAT (2004). NewCronos: EUROSTAT's reference database [Online-Datenbank]. Luxemburg, Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1, eingesehen am 13. Januar 2004).

EuroTB (2003). *Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2001*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (http://www.eurotb.org/rapports/2001/etb_2001_full_report.pdf, eingesehen am 7. Juni 2004).

Health Evidence Network (2003a). *Welches sind die Hauptrisikofaktoren für Behinderung im Alter und wie lassen sie sich verhindern?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=German, eingesehen am 28. Mai 2004).

Health Evidence Network (2003b). *Wie sieht es mit der Effizienz bzw. Effektivität der Schwangerschaftsfürsorge aus?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=German, eingesehen am 28. Mai 2004).

Health Evidence Network (2003c). *Was sind die wirksamsten und kostenwirksamsten Maßnahmen zur Tabakbekämpfung?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=German, eingesehen am 28. Mai 2004).

Health Evidence Network (2004a). *Was spricht für bzw. gegen eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Primäre Gesundheitsversorgung?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=German, eingesehen am 28. Mai 2004).

Health Evidence Network (2004b). *Wie lässt sich der Alkoholkonsum am wirksamsten und kostenwirksamsten steuern?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=German, eingesehen am 28. Mai 2004).

Hemström O et al. (2002). The ECAS survey on drinking patterns and alcohol related problems. In: Norström T, Hrsg. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, Almqvist and Wiksell International.

- HIPP (2003). *Erklärung: Gesundheit im Strafvollzug ist Teil der Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens. Moskau, 24. Oktober 2003*. London, Health in Prisons Project (http://www.hipp-europe.org/news/moscow_declaration_ger04.pdf, eingesehen am 25. Juni 2004).
- IFEW (2003). *Der Österreichische Ernährungsbericht. (Zusammenfassung in Englisch)*. Wien, Institut für Ernährungswissenschaft, Universität Wien (http://www.univie.ac.at/Ernaehrungswissenschaften/oeeb/OEB2003_sum.pdf, eingesehen am 24. November 2004).
- International Centre for Prison Studies (2004). *World prison brief*. London, International Centre for Prison Studies (<http://www.prisonstudies.org>, eingesehen am 8. Juni 2004).
- Israeli Center for Disease Control (2003). *MABAT – First Israeli national health and nutrition survey 1999–2001. Part I – General findings*. Tel Hashomer, Israeli Ministry of Health (Publication No. 225).
- Joffe M, Robertson A (2001). The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union. *Public Health Nutrition*, 4(4):893–901.
- Kasmel A et al. (2004). Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14:32–36.
- Knapp M et al. (2004). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021104_4, eingesehen am 8. Juni 2004).
- Martikainen P et al. (2001). Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30(6):1397–1405.
- Mulvihill C et al. (2004). Body image, weight control and body weight. In: Currie C, Roberts C, Morgan A et al., Hrsg. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa:120–129 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 8. Juni 2004).
- OECD (2004a). *Ageing and employment policies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, eingesehen am 19. August 2004).
- OECD (2004b). OECD Gesundheitsdaten 2004 [Online-Datenbank]. Paris, Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (http://www.oecd.org/statisticsdata/0,2643,en_2649_34631_1_119656_1_1_1,00.html, eingesehen am 25. Juni 2004).
- Racioppi F et al. (2002). *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf> eingesehen am 30. August 2004).
- Racioppi F et al. (2004). *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, eingesehen am 7. Juli 2004).
- Robertson A et al., eds. (2004). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, eingesehen am 28. Mai 2004).
- Stark D et al. (1981). Longitudinal study of obesity in the National Survey of Health and Development. *British Medical Journal*, 283:12–17.
- Tyczynski JE et al. (2002). Lung cancer in Europe. *ENCR Krebs Faktenblätter*, 1.
-

UNAIDS, WHO (2003). *AIDS-Epidemie: Aktualisierung Dezember 2003* Genf, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS und Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epi2003/en/index.html>, eingesehen am 8. Juni 2004).

UNAIDS, WHO (2004). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, 2004 update [Online-Datenbank]. Genf, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>, eingesehen am 28. Juni 2004).

UNDP (2003). *Human development report 2003. Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (2004). *Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world*. New York, United Nations Development Programme.

UNECE (2003). *Trends in Europe and North America. The statistical yearbook of the United Nations Economic Commission for Europe 2003*. Genf, Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa: Kapitel4 (http://www.unece.org/stats/trend/trend_h.htm, eingesehen am 25. Mai 2004).

United Nations (2002). World population prospects: the 2002 revision population database [Online-Datenbank]. New York, United Nations (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, eingesehen am 8. Juni 2004).

UNSD (2004). United Nations Statistics Division [Online-Datenbank]. New York, United Nations (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/default.htm>, eingesehen am 19. August 2004).

WHO (2001). *Weltgesundheitsbericht 2002: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, eingesehen am 8. Juni 2004).

WHO (2002). *Weltgesundheitsbericht 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Genf, Weltgesundheitsorganisation:248 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, eingesehen am 25. Mai 2004).

WHO (2003a). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (WHO Technical Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, eingesehen am 28. Mai 2004).

WHO (2003b). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp//mnp.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2004).

WHO (2003c). *Project Atlas: mapping mental health resources in the world*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas, eingesehen am 24. November 2004).

WHO (2003d). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/tobacco/areas/framework/en/>, eingesehen am 28. Mai 2004).

WHO (2003e). *The WHO reproductive health library, version 6*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>, eingesehen am 25. Juni 2004).

WHO (2003f). *Weltgesundheitsbericht 2003 – Shaping the future*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/whr/2003/en>, eingesehen am 25. Mai 2004).

WHO (2004a). WHO global NCD infobase [Online-Datenbank]. Genf, Weltgesundheitsorganisation (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.aspx, eingesehen am 30. August 2004).

WHO (2004b). *Weltgesundheitsbericht 2004 – Changing history*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/whr/2004/en>, eingesehen am 6. September 2004).

WHO Regional Office for Europe (2000). *CINDI dietary guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e70041.pdf>, eingesehen am 28. Mai 2004).

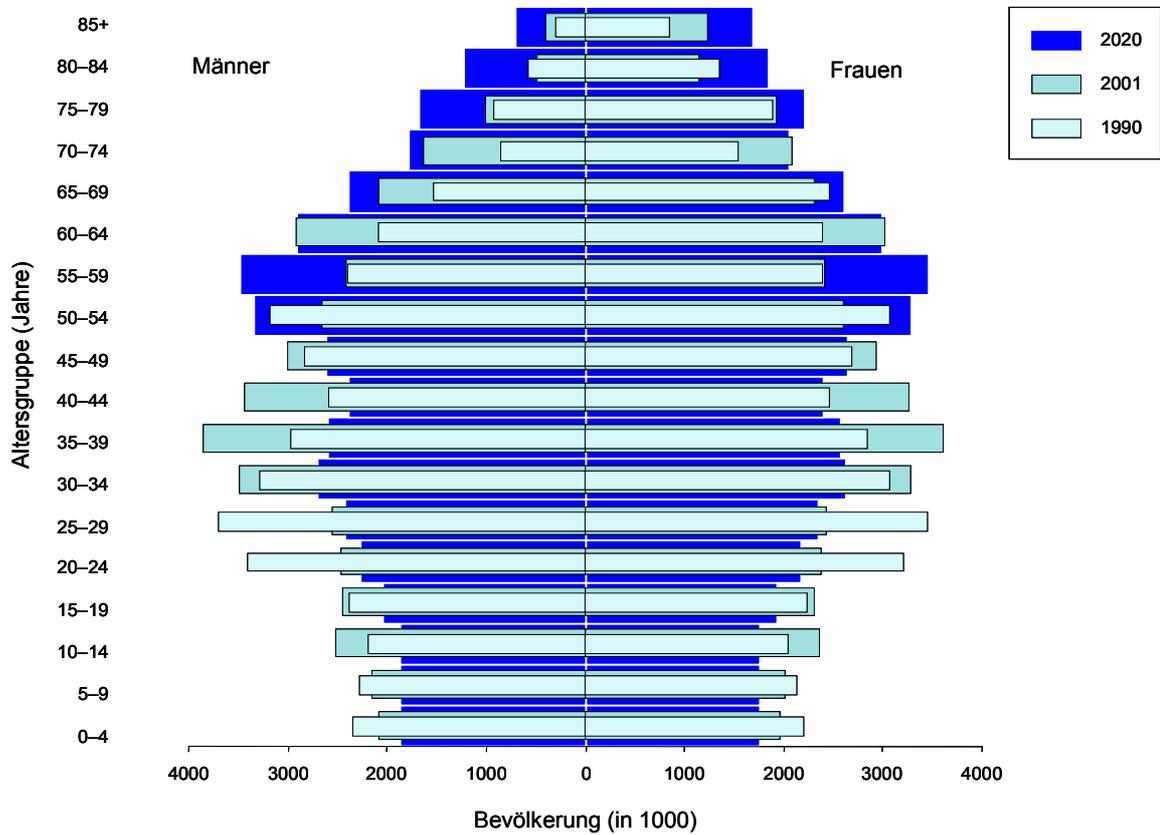
WHO Regional Office for Europe (2001a). *Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E76230.pdf>, eingesehen am 8. Juni 2004).

- WHO-Regionalbüro für Europa (2001b). *Gesundheit und Armut (Poverty and health – Evidence and action by WHO's European Region)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/SocioEconomicDeterminants/poverty/20030530_5, eingesehen am 25. August 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2001c). *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Madrid Statement*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2002a). *Der europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa:156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=German>, eingesehen am 28. Mai 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2002b). *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3, eingesehen am 28. Mai 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2003). *WHO European strategy for smoking cessation policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_5, accessed 28 May 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2004a). *Alkohol-Datenbank [Online-Datenbank]*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://data.euro.who.int/alcohol/>, eingesehen am 15. November 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2004b). *Vergleichende Analyse der Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO: vollständiger Bericht (Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States: full report)*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/document/e81506.pdf>, eingesehen am 27. Mai 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2004c). *Europäische Datenbank Gesundheit für alle (HFA-DB) [Online-Datenbank]*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 20. Juli 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004d). *The HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/aids/20040326_1, accessed 25 November 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004e). *A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e83057.pdf>, eingesehen am 20. Juli 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004f). *Tobacco control database [online database]*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco/>, eingesehen am 8. Juni 2004).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2004g). *Tabakfreies Europa. Aktionsplan*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20040614_1, eingesehen am 19. August 2004).
- WHO Regionalbüro für Europa (2004h). *Für eine europäische Strategie für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (EUR/RC54/8; <http://www.euro.who.int/document/rc54/gdoc08.pdf>, eingesehen am 11 November 2004).
- Ziglio E et al., eds. (2003). *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Public Health Fallstudien, Nr. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, eingesehen am 25. August 2004).
-

Anhänge

Anhang. Alterspyramide

Alterspyramide für Deutschland



Quelle: WHO Regional Office for Europe (2004c) und United Nations (2002).

Anhang. Mortalität ausgewählter Bereiche

Sterblichkeit in Deutschland, im Vergleich mit dem Eur-A-Durchschnitt

Krankheit	SDR pro 100 000 Personen		Sterblichkeit in Deutschland (%)	Sterbefälle insgesamt in Deutschland (%)	Sterbefälle insgesamt in Eur-A (%)
	Deutschland (2001)	Eur-A Durchschnitt (2001)			
Ausgewählte Nichtübertragbare Krankheiten	541.5	519.5	4.2	82.3	79.9
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	286.1	246.3	16.2	43.5	37.9
Ischämische Herzkrankheiten	122.9	97.3	26.3	18.7	15.0
Zerebrovaskuläre Krankheiten	56.3	62.0	- 9.2	8.6	9.5
Krankheiten des Lungenkreislaufes und sonstigen Herzkrankheiten	71.0	57.0	24.6	10.8	8.8
<i>Krebs</i>	176.6	181.8	- 2.9	26.8	28.0
Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs	34.4	37.0	- 6.9	5.2	5.7
Brustkrebs bei Frauen	27.5	27.1	1.5	4.2	4.2
Krebs in Kolon, Rektum und Anus	22.9	20.7	10.7	3.5	3.2
Prostatakrebs	24.4	25.0	- 2.5	3.7	3.8
<i>Krankheiten des Atmungssystems</i>	36.2	47.7	- 24.2	5.5	7.3
Chronische Krankheiten der unteren Atemw.	18.3	20.0	- 8.7	2.8	3.1
Pneumonie	12.5	16.5	- 24.2	1.9	2.5
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	35.2	30.7	14.4	5.3	4.7
Chronische Leberkrankheit und Zirrhose	17.0	12.8	33.0	2.6	2.0
<i>Neuropsychiatrische Erkrankungen</i>	7.5	13.0	- 42.2	1.1	2.0
					0.0
Ausgewählte Übertragbare Krankheiten	8.7	8.1	7.8	1.3	1.2
HIV/Aids	0.6	0.9	- 32.6	0.1	0.1
Äußere Ursachen	34.3	39.5	- 13.2	5.2	6.1
<i>Ausgewählte unbeabsichtigte Ereignisse</i>	13.3	16.1	- 17.2	2.0	2.5
Unfälle im motorisierten Verkehr	7.9	10.0	- 21.3	1.2	1.5
Sturzunfälle	5.4	6.1	- 10.4	0.8	0.9
<i>Ausgewählte mit Absicht zugefügte Ereignisse</i>	12.4	11.4	8.6	1.9	1.8
Suizid und selbst zugefügte Verletzung	11.7	10.5	12.0	1.8	1.6
Mord und tätliche Angriffe	0.7	1.0	- 28.1	0.1	0.1
Ungenau bezeichnete Ursachen	19.7	21.3	- 7.3	3.0	3.3
Alle Ursachen	657.6	650.1	1.2	100.0	100.0

Anhang. Mortalitätsdaten

Tabelle 1. Ausgewählte Mortalitätsdaten in der Altersgruppe 1 bis 14 Jahre nach Geschlecht
in Deutschland und Eur-A Durchschnitt:
SDR pro 100 000 Einwohner und prozentuale Veränderung 1995 bis letzte vorliegende Jahresangaben

Todesursachen	Geschlecht	Deutschland (2001)		Eur-A (2001)			
		Rate	Veränderung (%)	Durchschnitt	Veränderung (%)	Minimum	Maximum
Alle Ursachen	Both	16.4	-18.8	17.0	-20.4	12.9	28.2
	M	18.4	-18.9	19.2	-20.3	12.6	32.2
	F	14.3	-18.6	14.8	-20.4	4.9	24.1
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	M	1.0	-29.4	0.9	-26.0		1.8
	F	1.2	41.7	1.0	-21.8		1.6
Ischämische Herzkrankheiten	M	0.0			-75.0		0.6
	F	0.0			-66.7		0.2
Zerebrovaskuläre Krankheiten	M	0.2	-25.8	0.2	-44.4		0.4
	F	0.2	-4.5	0.2	-39.4		0.7
<i>Krebs</i>	M	2.9	-14.8	3.3	-15.4		5.1
	F	2.6	-2.2	2.7	-10.4		4.9
	M	0.0	-66.7		-80.0		0.2
Lungenkrebs	F	0.0					0.3
	F	0.0			-100.0		0.1
Brustkrebs	F	0.0					0.1
	F	0.0					0.1
<i>Krankheiten des Atmungssystems</i>	M	0.9	12.5	0.8	-13.7		3.0
	F	0.7	1.5	0.7	-11.9		2.4
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	M	0.3	20.8	0.3	-21.6		0.7
	F	0.3	38.9	0.2	-25.0		2.6
<i>Äußere Ursachen</i>	M	5.9	-35.4	6.4	-30.7	3.5	20.3
	F	3.8	-32.1	4.0	-24.3		7.0
	M	1.9	-43.5	2.7	-30.3		8.0
Unfälle im motorisierten Verkehr	F	1.5	-45.5	1.8	-29.3		4.1
	F	1.5	-45.5	1.8	-29.3		4.1
Suizid	M	0.5	-7.0	0.4	-11.9		0.7
	F	0.2	-27.3	0.1	0.0		0.6

Tabelle 2. Ausgewählte Mortalitätsdaten in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre nach Geschlecht
in Deutschland und Eur-A Durchschnitt:
SDR pro 100 000 Einwohner und prozentuale Veränderung 1995 bis letzte vorliegende Jahresangaben

Todesursachen	Geschlecht	Deutschland (2001)		Eur-A (2001)			
		Rate	Veränderung (%)	Durchschnitt	Veränderung (%)	Minimum	Maximum
Alle Ursachen	All	49.75	-19.5	53.1	-13.2	37.4	69.7
	M	71.13	-19.3	77.8	-13.0	59.4	110.2
	F	27.48	-19.2	27.7	-13.2	13.9	34.8
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	M	3.23	-11.0	3.3	-12.1		5.7
	F	2.45	8.9	1.8	-13.1		2.9
Ischämische Herzkrankheiten	M	0.4	-42.9	0.3	-15.0		1.6
	F	0.13	18.2	0.1	-7.7		0.7
Zerebrovaskuläre Krankheiten	M	0.74	2.8	0.7	-13.6		1.4
	F	0.72	38.5	0.4	-24.1		1.4
<i>Krebs</i>	M	4.34	-17.3	5.4	-7.9		15.5
	F	3.27	-12.1	3.7	-7.9		7.0
	M	0.04	-77.8	0.1	-50.0		0.3
Lungenkrebs	F	0.04	-55.6	0.0	-33.3		0.3
	F	0.04	-63.6	0.1	-16.7		0.3
Brustkrebs	F	0.04	-63.6	0.1	-16.7		0.3
	F	0.04	-63.6	0.1	-16.7		0.3
<i>Krankheiten des Atmungssystems</i>	M	0.73	-33.0	1.1	-25.7		4.5
	F	0.66	-32.7	0.8	-18.8		2.0
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	M	0.44	18.9	0.5	-28.8		1.2
	F	0.31	-47.5	0.3	-30.4		1.1
<i>Äußere Ursachen</i>	M	50.38	-20.5	54.9	-12.0	33.0	96.5
	F	14.79	-20.7	14.3	-14.8	6.9	23.5
	M	28.51	-29.0	30.2	-9.3	14.9	71.1
Unfälle im motorisierten Verkehr	F	9.08	-22.9	8.1	-10.7	2.6	14.3
	F	9.08	-22.9	8.1	-10.7	2.6	14.3
Suizid	M	12.43	-5.1	11.2	-11.5		36.7
	F	2.71	-30.2	2.5	-24.3		7.5

k.A. = keine Angabe. leer= Rate < 0,1

Tabelle 3. Ausgewählte Mortalitätsdaten in der Altersgruppe 25 bis 64 Jahre nach Geschlecht
in Deutschland und Eur-A Durchschnitt:
SDR pro 100 000 Einwohner und prozentuale Veränderung 1995 bis letzte vorliegende Jahresangaben

Todesursachen	Geschlecht	Deutschland (2001)		Eur-A (2001)			
		Rate	Veränderung (%)	Durchschnitt	Veränderung (%)	Minimum	Maximum
Alle Ursachen	All	324.77	-17.0	315.4	-13.1	218.8	449.7
	M	435.64	-18.3	425.4	-14.3	276.0	661.7
	F	214.01	-14.2	208.4	-11.0	128.0	322.5
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	M	120.66	-24.1	110.6	-20.8	72.2	225.0
	F	40.97	-24.5	38.2	-21.3	23.4	74.7
Ischämische Herzkrankheiten	M	64.2	-28.2	59.8	-24.6	35.2	108.6
	F	14.98	-29.7	13.6	-28.0	5.4	28.6
Zerebrovaskuläre Krankheiten	M	15.57	-28.8	17.4	-22.0	7.5	56.6
	F	9.03	-30.5	10.5	-20.2	5.2	27.0
Krebs	M	142.04	-13.0	148.8	-9.8	91.0	217.2
	F	103.53	-10.5	102.4	-7.7	76.1	155.2
Lungenkrebs	M	40.65	-16.9	43.9	-12.8	18.5	71.0
	F	14.32	26.6	13.3	11.7	6.9	32.8
Brustkrebs	F	27.5	-17.1	27.5	-14.3	14.7	37.2
<i>Krankheiten des Atmungssystems</i>	M	14.71	-25.6	15.8	-19.2	8.5	29.7
	F	6.67	-14.8	7.9	-12.3	3.7	22.6
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	M	40.73	-18.7	31.8	-9.6	3.1	67.0
	F	17.47	-14.3	13.4	-7.5	4.2	26.2
<i>Äußere Ursachen</i>	M	51.45	-16.1	59.9	-10.5	28.2	120.7
	F	15.82	-14.5	17.8	-10.6		33.1
Unfälle im motorisierten Verkehr	M	11.15	-24.2	15.8	-7.8	6.5	34.0
	F	3.42	-24.3	4.3	-14.4		7.4
Suizid	M	22.99	-14.1	21.2	-9.0	6.6	56.4
	F	6.96	-19.4	6.8	-11.1		15.8

k.A. = keine Angabe. leer= Rate < 0,1

Tabelle 4. Ausgewählte Mortalitätsdaten in der Altersgruppe über 65 Jahre nach Geschlecht
in Deutschland und Eur-A Durchschnitt:
SDR pro 100 000 Einwohner und prozentuale Veränderung 1995 bis letzte vorliegende Jahresangaben

Todesursachen	Geschlecht	Deutschland (2001)		Eur-A (2001)			
		Rate	Veränderung (%)	Durchschnitt	Veränderung (%)	Minimum	Maximum
Alle Ursachen	All	4258.6	-12.5	4199.5	-11.5	3714.4	6010.0
	M	5397.9	-15.6	5328.5	-13.2	4658.1	7580.8
	F	3567.1	-12.3	3460.2	-11.5	2937.7	5088.6
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	M	2635.7	-18.9	2232.9	-23.4	1614.4	4272.2
	F	1927.8	-14.6	1613.4	-21.7	1027.5	3314.3
Ischämische Herzkrankheiten	M	1237.8	-19.5	948.2	-20.3	517.5	1702.7
	F	739.7	-15.8	539.5	-17.4	244.7	1084.7
Zerebrovaskuläre Krankheiten	M	504.2	-29.6	536.2	-35.9	324.8	1302.3
	F	416.3	-28.0	457.0	-32.6	170.4	1018.5
Krebs	M	1405.4	-11.8	1482.9	-12.1	1175.1	1900.6
	F	769.5	-9.9	749.8	-9.4	589.1	1088.5
Lungenkrebs	M	347.3	-12.2	371.8	-22.0	196.0	615.4
	F	74.4	10.3	81.7	15.6	13.8	213.2
Brustkrebs	F	117.5	-8.1	113.9	-10.1	83.3	164.1
<i>Krankheiten des Atmungssystems</i>	M	436.1	-22.0	545.9	-13.6	371.8	1115.6
	F	192.4	-13.8	266.5	-13.9	157.9	716.3
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	M	213.9	-8.5	205.0	-10.5	117.8	342.9
	F	151.7	-3.4	143.3	-20.3	77.8	196.0
<i>Äußere Ursachen</i>	M	130.4	-12.7	152.6	2.0	80.6	282.8
	F	75.0	-18.0	91.0	0.7	41.3	157.3
Unfälle im motorisierten Verkehr	M	13.1	-25.2	20.4	-15.3	8.7	46.0
	F	5.9	-27.2	7.9	5.4	0.0	15.5
Suizid	M	41.3	-20.3	34.3	-13.5	8.8	86.1
	F	13.3	-24.6	9.9	-17.6	1.1	23.6

*Anhang. Gesamtausgaben pro Kopf für Gesundheit***Öffentliche und private Gesamtausgaben für
Gesundheit pro Person, ausgewählte Länder in
Eur-A, 2002**

Länder	Ausgaben (in US\$ Kaufkraft)
Österreich	2220
Belgien	2515
Tschechische Republik	1118
Dänemark	2580
Finnland	1943
Frankreich	2736
Deutschland	2817
Griechenland	1814
Island	2807
Irland	2367
Israel	1622
Italien	2166
Luxembourg	3065
Niederlande	2643
Norwegen	3083
Portugal	1702
Spanien	1646
Schweden	2517
Schweiz	3445
Vereinigtes Königreich	2160
Eur-A Durchschnitt	2348

Quelle : OECD (2004) und WHO Regional Office for Europe (2004c) für 2001 Daten für Israel.

Anhang. Ausgewählte Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Ausgewählte Ressourcen für Gesundheitsversorgung pro 100 000 Einwohner in Eur-A, letzte verfügbare Angabe

Eur-A	Pflegekräfte		Ärzte		Krankenhaus-Akutbetten	
	Number	Year	Number	Year	Number	Year
Andorra	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Österreich	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Belgien	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Kroatien	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Zypern	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
Tschechische Republik	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Dänemark	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Finnland	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
Frankreich	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Deutschland	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Griechenland	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Island	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Irland	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Israel	598.4	2002	371.3	2002	218.0	2002
Italien	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Luxembourg	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Malta	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Monaco	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Niederlande	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Norwegen	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Portugal	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
San Marino	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Slowenien	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Spanien	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Schweden	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Schweiz	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Vereinigtes Königreich	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Eur-A Durchschnitt	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Quelle: WHO Regional Office for Europe (2004c) und OECD (2004) für Daten für Ärzte und Krankenhaus-Akutbetten in dem Vereinigten Königreich.

Anmerkungen zu den Fachbegriffen

Berechnung von Durchschnittswerten

Durchschnittswerte für die Referenzgruppe, sofern sie auf Daten der Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa basieren, sind nach Bevölkerung gewichtet. Einige Länder mit unzureichender Datenlage können für diese Berechnung ausgenommen sein. Andernfalls und sofern die Daten aus anderen Quellen stammen, wurden bei Bedarf einfache Durchschnittswerte berechnet.

Um Fluktuationen in den Jahresraten auszugleichen, die durch kleine Anzahlen hervorgerufen werden, wurden gegebenenfalls Durchschnittswerte aus drei Jahren benutzt. So wurde für Müttersterblichkeit, die für gewöhnlich nur eine geringe Größe ist, für alle Länder ein gleitender Durchschnittswert über drei Jahre berechnet. Sofern extreme Fluktuationen bekanntermaßen auf Bevölkerungsanomalien zurückgehen, wurden die Daten gegebenenfalls gelöscht.

Quellen

Im Interesse eines möglichst validen Vergleichs sind die Daten zu den einzelnen Indikatoren in der Regel nur einer einzigen Quelle entnommen. Dadurch ist sichergestellt, dass sie in einigermaßen konsistenter Form erhoben wurden. Sofern nicht anders vermerkt, entstammen diese Daten der Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa in der Version vom Juni 2004. Die Datenbank „Gesundheit für alle“ verzeichnet die verschiedenen Primärquellen.

Kodierung von Krankheiten

Die Art und Weise der Fallbestätigung, Dokumentation und Klassifikation (anhand der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme: ICD-9 bzw. ICD-10), zusammen mit Eigenheiten von Kultur und Sprache können die Daten und damit die Vergleichbarkeit der Länder beeinflussen.

Gesunde Lebenserwartung (HALE) und behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY)

HALE und DALY sind summarische Messwerte für die Gesundheit einer Bevölkerung. Hier fließen Daten zur Sterblichkeit und zum nicht-tödlichen Ausgang von gesundheitlichen Vorkommnissen ein, sodass die Gesundheit der Bevölkerung in einer einzigen Zahl dargestellt ist. Durch Schätzung des relativen Beitrags unterschiedlicher Ursachen für den Verlust an Gesundheit insgesamt in der Bevölkerung ergänzen sie die Sterblichkeitsindikatoren.

Die DALY-Daten basieren auf Angaben zu Todesursachen für jede Region der WHO sowie auf regionalen Einschätzungen zur Epidemiologie wichtiger behinderungsträchtiger Erkrankungen. Zum Zweck der Schlaglichter wurden die regionalen Schätzwerte für die einzelnen Mitgliedstaaten disaggregiert.

Die nationalen HALE-Schätzungen beruhen auf den Sterbetafeln für jeden Mitgliedstaat, auf repräsentativen Surveys, bei denen körperliche und geistige Behinderung und der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung erhoben wurden, sowie auf detaillierten Daten zur Epidemiologie wichtiger behinderungsträchtiger Erkrankungen in jedem Land.

Weitere Erläuterungen im statistischen Anhang und in den Anmerkungen zum World health report 2003¹.

Haushaltssurveys

Haushaltssurveys sind derzeit die einzige Quelle für Angaben zum Gesundheitszustand auf individueller Ebene. Die hierbei erhobenen Informationen sind subjektiv und beruhen auf eigener Angabe. Sie ergänzen die offiziellen aggregierten Statistiken zu Sterberaten, Lebenserwartung und Morbidität. Mithilfe des vorhandenen Instrumentariums können sowohl Surveys konzipiert als auch der Gesundheitszustand analytisch abgeschätzt werden — bereinigt für unterschiedliche kulturelle Normen und Gesundheitserwartungen — sodass sich Surveyergebnisse zwischen Bevölkerungen und Personengruppen vergleichen lassen.

¹WHO (2003). *The world health report 2003 – shaping the future*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/whr/2003/en>, eingesehen am 10. Juni 2005).

Begrenzte Aussagekraft von Daten auf Länderebene

In Durchschnittswerten für das einzelne Land, insbesondere wenn sie relativ gute Gegebenheiten oder Tendenzen für die Gesundheitslage erkennen lassen, wie im Falle der meisten entwickelten Länder, verbergen sich Problem-Nischen. Sofern der Gesundheitszustand einer kleinen Bevölkerungsfraction nicht so grundlegend von der Norm abweicht, dass er sich auf den landesweiten Indikator auswirkt, werden gesundheitliche Risiken und dürftigere gesundheitliche Resultate für kleine Gruppen nur anhand von subnationalen Daten offensichtlich.

Referenzgruppen zu Vergleichszwecken

Soweit möglich, werden internationale Vergleiche herangezogen, um die vergleichbaren Stärken und Schwächen eines Landes abzuschätzen und um summarisch zu bewerten, was bisher erreicht wurde und was künftig zu verbessern ist. Aufgrund von Unterschieden zwischen Ländern und Durchschnittswerten lassen sich Hypothesen über ursächliche Zusammenhänge aufstellen, oder sie implizieren Verknüpfungen und Gegenmaßnahmen, die zu weiteren Nachforschungen anregen.

Die zum Vergleich herangezogenen Ländergruppen werden als Referenzgruppen bezeichnet. Sie umfassen

- Länder, deren gesundheitliche und sozioökonomische Tendenz oder deren Entwicklungsstand ähnlich ist, und/oder
- geopolitische Gruppen.

Die 27 europäischen Länder mit sehr geringer Sterblichkeit bei Kindern und Erwachsenen, die von der WHO¹ in der Gruppe Eur-A zusammenfasst wurden, dienen im vorliegenden Bericht als Referenzgruppe. Es sind dies die Länder Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich und Zypern. Für zwei dieser 27 Länder, nämlich Andorra und Monaco, sind jedoch für den Großteil der Indikatoren keine Daten verfügbar. Sofern nicht anders angegeben, bezieht sich Eur-A oder ein Eur-A-Durchschnittswert auf die 25 Länder, deren Daten vorliegen.

Vergleichsdaten sollten sich möglichst auf denselben Zeitpunkt beziehen, aber die letzten verfügbaren Daten aus den Ländern stammen nicht alle aus demselben Jahr. Dies ist zu bedenken, denn die Position eines Landes kann sich nach Vorlage aktuellere Daten ändern.

Im Allgemeinen wurden die Tendenzen seit 1980 mithilfe von Graphiken dargestellt. Diese Graphiken zeigen nach Maßgabe die Trends in allen Referenzländern. Lediglich das jeweils im Blickpunkt stehende Land und die Gruppen-Durchschnittswerte sind hervorgehoben und in der Abbildungslegende benannt. Dadurch können die Trends in einem Land in Beziehung zu denen in allen anderen Referenzländern verfolgt werden, und die Entwicklung in Bezug zu erkennbaren Mustern und/oder zu dem Haupttrend oder Durchschnitt sticht schneller ins Auge.

¹ WHO (2004). *The world health report 2004 – changing history*. Genf, Weltgesundheitsorganisation (<http://www.who.int/whr/2004/en>, eingesehen am 26. August 2004).

Glossar

<i>Todesursachen</i>	<i>CD-10-Kodierung</i>
Brustkrebs der Frau	C50
Chronische Lebererkrankung und Leberzirrhose	K70, K73, K74, K76
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	J40–J47
Erkrankungen des Lungenkreislaufs und andere Herzkrankheiten	I26–I51
Ischämische Herzkrankheit	I20–I25
Gewalteinwirkung	X85–Y09
Kolon-/Rektum-/Analkrebs	C18–C21
Luftröhren-/Bronchial-/Lungenkrebs	C33–C34
Neuropsychiatrische Störungen	F00–99, G00–99, H00–95
Pneumonie	J12–J18
Prostatakrebs	C61
Selbst verursacht (Suizid)	X60–X84
Straßenverkehrsunfälle	V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89
Stürze	W00–W19
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	I60–I69

Fachterminologie

Behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY)	DALY gibt in einer einzigen Messzahl die Lebenszeit mit einer Behinderung an sowie die durch vorzeitige Sterblichkeit verlorene Zeit. Ein DALY entspricht demnach einem verlorenen gesunden Lebensjahr.
GINI-Index	Misst die gesamte Ungleichheit bei der Verteilung von Einkommen oder Konsum. Ein Wert von 0 bedeutet vollständige Gleichheit, ein Wert von 100 vollständige Ungleichheit. In der Europäischen Region der WHO liegen die niedrigen Werte zwischen 23 und 25, die hohen Werte zwischen 35 und 36. ¹
Gesunde Lebenserwartung (HALE)	HALE gibt die gesamte Lebenserwartung in gelebten Jahren bei umfassender Gesundheit an. Die Berechnung ist bereinigt auf die Jahre, die aufgrund von Krankheiten und Verletzungen in weniger als umfassender Gesundheit gelebt werden.
Einkommensbedingte Armutsgrenze (50% des mittleren Einkommens)	Prozentsatz der Bevölkerung, der unterhalb einer spezifizierten Armutsgrenze lebt, in diesem Falle mit weniger als 50% des mittleren Einkommens.
Lebenserwartung bei der Geburt	Die durchschnittliche Anzahl von Lebensjahren, die ein Neugeborenes erwarten kann, sofern die zum Zeitpunkt seiner Geburt vorherrschenden Sterblichkeitsmuster während seiner gesamten Lebenszeit fortbestehen.

¹WHO Regional Büro für Europa (2002). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, Weltgesundheitsorganisation, Regional Büro für Europa:156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=German>, eingesehen am 28. Mai 2004).

Natürliches Bevölkerungswachstum	Die Geburtenrate abzüglich der Sterberate
Neuropsychiatrische Störungen	Psychische, neurologische und durch Substanzenmissbrauch hervorgerufene Störungen
Bevölkerungswachstum	$(\text{Geburtenrate abzüglich Sterberate}) + (\text{Einwanderung abzüglich Auswanderung})$
Standardisierte Sterberate (SDR)	Die altersstandardisierte Sterberate, berechnet nach der direkten Methode: Sie zeigt die nicht aufgeschlüsselte Sterberate bei einer hypothetischen, mit der europäischen Standardbevölkerung übereinstimmenden Altersverteilung.
