



LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

Gesundheit im Bodenseekreis

Analyse der Todesursachen- und
Krankenhausdiagnosestatistik



September
2013

IMPRESSUM

Ausgabe: November 2013

Herausgeber: Landratsamt Bodenseekreis
Gesundheitsamt

Autoren: Laura Arnold, Nina Fassnacht, Anita Gäng, Alina Hartter, Jasmin Lissandrello,
Sabine Schall, Angelina Schemm, Birgit Keller, Prof. Dr. Bertram Szagun,
Hochschule Ravensburg-Weingarten

Verantwortlich: Angela Gotzmer-Groß, Landratsamt Bodenseekreis

E-Mail: gesundheitsfoerderung@bodenseekreis.de

Telefon: 07541 204-5854

Gesundheit im Bodenseekreis - Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

was ist Gesundheit ...? Gerhard Uhlenbruck, deutscher Aphoristiker, hat die Gesundheit sehr zutreffend als „die Summe aller Krankheiten, die man nicht hat“, bezeichnet. Alles rund um das Thema „Gesundheit“ finden Sie auch im neuen, vierten Gesundheitsbericht „Analyse der Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik“, der nach den Themen „Lebenserwartung und Todesursachen“, „Impfschutz“ sowie „Männerkrankheiten“ vom Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Hochschule Ravensburg-Weingarten erarbeitet wurde.

Die Ergebnisse der Analysen zeigen erfreulicherweise, dass sich die hohe Lebensqualität am Bodensee auch in einer überdurchschnittlichen Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger niederschlägt. Die Menschen leben hier lange und sind von den meisten Erkrankungen, die einen frühen Tod verursachen können, weniger betroffen als der Durchschnitt Baden-Württembergs. Ein Blick auf einzelne Ergebnisse zeigt natürlich aber auch, dass wir zukünftig noch weitere Maßnahmen für noch mehr Gesundheit im Bodenseekreis umsetzen werden.

Gerade in Zeiten knapper Ressourcen ist es besonders wichtig, bedarfsorientiert zu arbeiten. Hierzu leistet die Gesundheitsberichterstattung einen wichtigen Beitrag, indem sie die vorliegenden Gesundheitsdaten analysiert und daraus entsprechende Handlungsempfehlungen ableitet.

Mein Dank gilt all denjenigen, die bei der Erstellung dieses Berichtes beigetragen haben. Für die gute Zusammenarbeit bedanke ich mich insbesondere bei den Studentinnen der Hochschule Ravensburg-Weingarten und deren Betreuern, dem Statistischen Landesamt sowie den Nachbarkreisen Ravensburg, Sigmaringen und Konstanz.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre dieses Gesundheitsberichtes und erhoffe mir gleichzeitig, dass von diesem Bericht wichtige Impulse für die Gesundheit in unserem Landkreis ausgehen. Bleiben Sie gesund!



Lothar Wölfle
Landrat des Bodenseekreises

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Einleitung	2
1. Gesundheit überregional	3
1.1 Gesundheit in Deutschland	3
1.2 Lebenserwartung in Baden-Württemberg	4
1.3 Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg	6
2. Gesundheit im Bodenseekreis	8
2.1 Todesursachenstatistik	8
2.2 Krankenhausstatistik	9
2.3 Rahmenbedingungen	10
2.4 Bewertung	12
3. Lebenserwartung	13
3.1 Lebenserwartung in Baden-Württemberg	13
3.2 Verlust an Lebensjahren	14
4. Krebserkrankungen, Neubildungen (ICD-10: C00-D48)	16
4.1 Bewertung	18
4.2 Krebs der Verdauungsorgane (ICD-10: C15-C26)	18
4.3 Bewertung	19
4.4 Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39)	20
4.5 Bewertung	21
4.6 Brustkrebs (ICD-10: C50)	21
4.7 Bewertung	23
5. Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99)	24
5.1 Bewertung	25
5.2 Ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25)	25
5.3 Bewertung	26
5.4 Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I60-I69)	26
5.5 Bewertung	28
6. Psychische Störungen (ICD-10: F00-F99)	29
6.1 Bewertung	30
6.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10)	31
6.3 Bewertung	32
6.4 Suizide (ICD-10: X60-X84)	32
6.5 Bewertung	33
7. Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77)	33
7.1 Bewertung	34
8. Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen (ICD-10: S00-T98)	35
8.1 Bewertung	36
8.2 Stürze (ICD-10: W00-W19)	36
8.3 Bewertung	37
8.4 Straßenverkehrsunfälle (ICD-10: V01-V99)	37
8.5 Bewertung	38
9. Kindergesundheit	38
9.1 Übergewicht	38
9.2 Bewertung	39
9.3 Masernimpfung	39
9.4 Bewertung	40
10. Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14)	41
10.1 Bewertung	42

Abkürzungsverzeichnis.....	43
Abbildungsverzeichnis.....	44
Tabellenverzeichnis	46
Literaturverzeichnis	47
Danksagung	54

Zusammenfassung

Im vorliegenden vierten Gesundheitsbericht für den Bodenseekreis werden Kennzahlen zu Krankenhausbehandlungen, einzelnen vermeidbaren Todesursachen und der Lebenserwartung dargestellt. Zusätzlich werden wichtige Kennzahlen und Rahmenbedingungen zur Gesundheit im Landkreis beleuchtet. Die entsprechenden Kennwerte des Bodenseekreises werden mit denen der angrenzenden Landkreise verglichen, um entsprechende Maßnahmen zur gezielten Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort abzuleiten.

Es zeigt sich, dass sich die Menschen im Bodenseekreis einer besonders hohen Lebenserwartung und einer ausgesprochen guten Gesundheit erfreuen. Was unter anderem auf den Einfluss der guten sozialen Lage und die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung im Bodenseekreis zurückgeführt werden kann.

Bei einzelnen Krankheiten zeigen sich jedoch Abweichungen von diesem positiven Bild. So liegen die Krankenhausbehandlungen sowie die Sterblichkeit an Brustkrebserkrankungen, entgegen dem sonst erfreulichen Befund bei Krebserkrankungen, über dem baden-württembergischen Durchschnitt. Dieser Trend zeichnete sich bereits im ersten Gesundheitsbericht im Jahr 2001 ab. Allerdings wurden in den letzten Jahren schon einige Präventionsmaßnahmen eingeführt:

2004 startete ein deutschlandweites Mammographie-Screening-Programm und seit 2006 gibt es ein Brustzentrum im Bodenseekreis. 2009 hat Baden-Württemberg als letztes Bundesland ein zentrales Krebsregister aufgebaut. Die genannten Veränderungen haben Einfluss auf den Zeitpunkt der Diagnose und auf die Behandlung von Brustkrebs. Daher empfiehlt es sich, die Entwicklung der Brustkrebserkrankungen weiter zu beobachten.

Auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen findet sich im Bodenseekreis eine geringe Sterblichkeit und niedrige Behandlungsrate. Ausnahme sind die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen und Bluthochdruck, die deutlich über dem baden-württembergischen Durchschnitt liegen. Da hier vor allem der Schlaganfall eine häufige Todesursache darstellt, ist eine Optimierung der Erstversorgung anzustreben. Durch die erst kürzlich stattgefundenene Integration Baden-Württembergs in das Zertifikationsverfahren der deutschen Schlaganfall-Gesellschaft wurde schon eine gute Grundlage geschaffen.

Im Bereich der Verletzungen liegt der Bodenseekreis sowohl bei den Behandlungsfällen als auch bei den Sterbefällen geringfügig über den Raten des Bundeslandes. Da Todesfälle durch Verletzungen in allen Altersgruppen vermeidbar sind, besteht auch hier die Möglichkeit, Präventionsmaßnahmen auszubauen.

Einleitung

Das Thema Gesundheit ist in Deutschland derzeit in aller Munde. So berichtete die Zeitschrift Stern Mitte Dezember 2012 ausführlich über die gesundheitliche Lage der deutschen Bevölkerung. Gesundheit ist nicht länger nur ein Thema der Politik, sondern gewinnt auch für die Gesellschaft zunehmend an Bedeutung: Sie ist die zentrale Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität jedes Einzelnen und hat zudem enormes wirtschaftliches Potenzial.

Wie aber verteilen sich Gesundheit und Krankheit in einer Bevölkerung? Unterschiede im Gesundheitszustand liefern sowohl Fragen nach den Ursachen als auch nach erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands (KURTH, ZIESE 2006: 483). Um gesundheitsförderliche Maßnahmen sinnvoll umzusetzen, ist ein zielorientiertes und zielgruppenspezifisches Vorgehen naheliegend: Vor der Planung einzelner Projekte oder Maßnahmen müssen folglich entsprechende Ziele definiert werden (ebd.).

Gerade ein zielorientiertes Vorgehen erfordert genaue Kenntnisse über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. In Deutschland existieren jedoch nur wenige Datenquellen, die darauf ausgelegt sind in regelmäßigen Abständen die gesundheitliche Lage zu erfassen. Zu den zuverlässigen Informationsquellen zählen Daten der amtlichen Statistik und Verwaltungsprozessdaten, wie die Krankenhausdiagnosestatistik oder auch die Todesursachenstatistik (ebd.). Anhand dieser Daten können Aussagen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und auch über die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen getroffen werden.

Die Aufbereitung dieser Informationen ist die zentrale Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitliche Maßnahmen können nur dann gelingen, wenn regionale Unterschiede möglichst kleinräumig dargestellt und in Angriff genommen werden (SM BW 2010: 9).

Der vorliegende Gesundheitsbericht für den Bodenseekreis soll somit als Planungsgrundlage dienen. Er knüpft an bereits vorhandene Berichte an, wodurch Veränderungen im zeitlichen Verlauf sichtbar gemacht werden können.

Der Gesundheitsbericht gliedert sich in drei Teile: Im ersten Kapitel werden historische sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheit kurz erläutert. Die genutzten Methoden sowie Rahmenbedingungen der Gesundheit im Bodenseekreis werden im zweiten Kapitel dargestellt. Im Hauptteil des Berichts folgt schließlich die separate Betrachtung einzelner Krankheiten und deren Bedeutung. Diesbezüglich werden einzelne Todesursachen und Krankenhausbehandlungen näher betrachtet. Um positive oder auch negative Abweichungen interpretieren zu können, werden die Ergebnisse des Bodenseekreises mit den Ergebnissen der angrenzenden Landkreise Konstanz, Sigmaringen und Ravensburg sowie des Landes Baden-Württemberg verglichen.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine Verschriftlichung der weiblichen Form verzichtet. Sofern nicht explizit erwähnt, ist sowohl das weibliche als auch das männliche Geschlecht gemeint.

1. Gesundheit überregional

Im vergangenen Jahrhundert haben sich die Lebensbedingungen in Europa wesentlich verändert, ebenso wie das Spektrum der wichtigsten Krankheiten. Die Zeit vor der industriellen Revolution war gekennzeichnet durch häufigen Nahrungsmangel, ansteckende Krankheiten und Seuchen. Die industrielle Produktionsweise verbesserte die Versorgung der Menschen mit Nahrung und anderen Gütern. Auch wissenschaftliche Fortschritte in der Hygiene und in der Medizin, wie beispielsweise die Entwicklung von Impfstoffen, führten zu erheblichen Verbesserungen (KRÖHNERT, KARSCH 2011).

Durch die veränderten Lebensbedingungen, den Wandel der Krankheiten und ihrer Verläufe stieg die Lebenserwartung erheblich an: 1870 starb noch jedes dritte Neugeborene vor seinem ersten Geburtstag und jedes zehnte vor seinem fünften Geburtstag, heute hingegen ist der Tod vor dem 60. Lebensjahr in den Industrienationen sehr selten geworden.

Die Menschen in der Industriegesellschaft leben länger und sterben an anderen Erkrankungen. In den Industrieländern hat ein neugeborenes Kind heute (2005 bis 2010) nach Daten der Vereinten Nationen eine Lebenserwartung von fast 77 Jahren, während es in den am wenigsten entwickelten Ländern im Schnitt 20 Jahre weniger sind (ebd.).

Die Lebenserwartung steigt jedoch nicht in allen Ländern an. In einigen Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in Teilen Afrikas nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung seit einigen Jahren wieder ab (Abb. 1). Die Gründe dafür sind Infektionskrankheiten wie Aids und Tuberkulose und, vor allem in Russland, der zunehmend schlechte Zustand des Gesundheitssystems (ebd.).

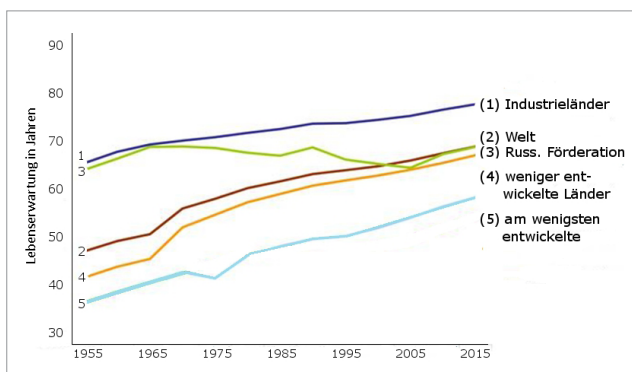


Abb. 1 - Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt weltweit von 1950 bis 2015 in Jahren (modifiziert nach KRÖHNERT, KARSCH 2011)

Auch das Krankheitspanorama in den Industrieländern (Abb. 2) hat sich seit 1900 stark verändert. So haben in der Mitte des 20. Jahrhunderts die Zivilisationskrankheiten, wie etwa Herzinfarkt oder Krebs, die Infektions-

krankheiten als häufigste Todesursache abgelöst. Die sind nun bereits wieder etwas rückläufig, da sie zunehmend behandelt werden können. Hinzugekommen sind die Krankheiten alter Menschen, wie altersbedingtes Versagen von Körperfunktionen, und die so genannte „Neue Morbidität“ im Kindes- und Jugendalter. Sie bedeutet eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und von körperlichen zu psychischen und verhaltensbedingten Störungen (ADHS, Übergewicht) (SCHLACK 2004).

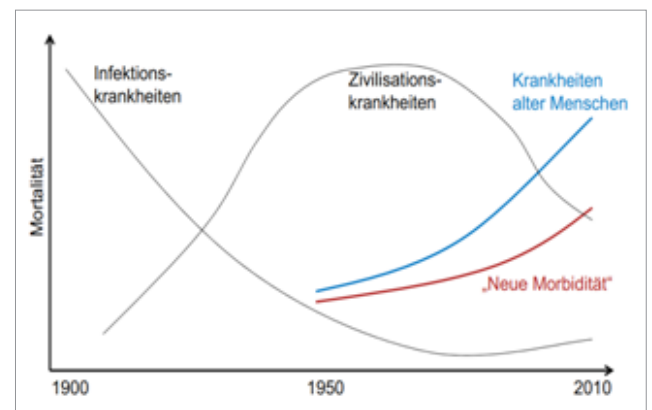


Abb. 2 - Die vier Wellen der Krankheitslast in Industrieländern (entnommen aus HJORT 1994 erweitert nach SZAGUN 2012)

1.1 Gesundheit in Deutschland

In Deutschland erfreut sich eine große Mehrheit der Bevölkerung an einer guten Gesundheit. Die gesundheitliche Lage in den alten und neuen Bundesländern hat sich seit der Wiedervereinigung vor 20 Jahren insgesamt deutlich angenähert. Zwischen einzelnen Bundesländern bestehen jedoch nach wie vor deutliche Unterschiede. Diese lassen sich insbesondere an Armut oder Reichtum einer Region festmachen (RKI 2009: 271). Derzeit ist diesbezüglich vor allem ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten. 69 % der Frauen und 75 % der Männer bewerten in der Studie des Robert-Koch-Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA-Studie 2010)“ ihre Gesundheit als sehr gut oder gut (RKI 2012a: 7). Die GEDA-Studie erfasst den subjektiven Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung (ebd.).

Trotz der mehrheitlich guten Gesundheit in der Bevölkerung gibt es zahlreiche Einschränkungen der Gesundheit und des Wohlbefindens. So geben etwa 40 % der Befragten in der GEDA-Studie 2010 an, eine oder mehrere chronische Krankheiten zu haben. Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Zu diesen chronischen Erkrankungen zählen Asthma, Diabetes mellitus, Muskel-Skeletterkrankungen und koronare Herzerkrankungen. Es ist zu beobachten, dass Asthma bei Frauen und

Männern zunimmt. Jede zehnte Frau und jeder zwölfte Mann geben an, schon einmal an Asthma erkrankt gewesen zu sein (a. a. O.: 7 f). Bei Diabetes mellitus ist die Anzahl der Erkrankten ab 65 Jahren noch größer: jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann sind zuckerkrank. Muskel- und Skeletterkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Die koronare Herzerkrankung betrifft mehr Männer als Frauen. Besonders groß ist der Geschlechtsunterschied bei den ab 65-Jährigen (a. a. O.: 7 f).

Gut ein Zehntel der Befragten fühlt sich gesundheitlich erheblich eingeschränkt und mehr als die Hälfte darunter war an mehr als 50 Tagen im Jahr krank. Ebenfalls ein Zehntel der Befragten leidet unter psychischen Belastungen. Frauen sind häufiger in ihrem seelischen Wohlbefinden beeinträchtigt als Männer (a. a. O.: 7).

Die Ursachen der Erkrankungen sind vielfältig, einerseits werden genetische Faktoren angenommen, andererseits erworbene Faktoren (a. a. O.: 15). Viele Erkrankungen hängen mit Verhaltensweisen zusammen, die beeinflussbar sind oder haben Vorstadien, die der Prävention zugänglich sind, wie zum Beispiel hoher Blutdruck und überhöhte Blutfettwerte, Übergewicht und Fettleibigkeit (ebd.), die zu den wichtigsten Risikofaktoren in Deutschland zählen. Diese werden unter anderem mit einem ungesunden Ernährungsstil in Verbindung gebracht: der Konsum von Obst und Gemüse liegt deutlich unter den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, während der Alkoholkonsum deutlich erhöht ist, besonders bei Männern. Das Risikoprofil für Männer unterscheidet sich von dem der Frauen bereits in jungen Jahren: etwa jeder fünfte Mann zwischen 18 und 29 Jahren hat innerhalb eines Jahres einen Unfall erlitten, der ärztlich behandelt werden musste (a. a. O.: 7). Die Zahl der Unfälle junger Männer ist nach jahrelangem Rückgang von 2009 auf 2010 um über ein Drittel gestiegen (a. a. O.: 83).

Neben Lebensstilfaktoren spielen auch andere Rahmenbedingungen eine Rolle. So empfindet rund ein Sechstel der erwerbstätigen Männer und Frauen die eigenen Arbeitsbedingungen als stark oder sehr stark gesundheitsgefährdend. Bei Männern ist dies häufiger der Fall als bei Frauen (a. a. O.: 9).

Die Ergebnisse der GEDA-Studie 2010 zeigen, dass in Deutschland zum einen chronische Erkrankungen im mittleren und höheren Alter zunehmen und sich zum anderen die Schwerpunkte bei den verhaltensbedingten Schädigungen in jüngeren Jahren verschieben (Abb. 2). Hierbei wirkt sich positiv aus, dass weniger Menschen rauchen und mehr Menschen Sport treiben (a. a. O.: 8). Angesichts dieser Entwicklungen im Krankheitsspek-

trum und den Lebensstilen sowie der immer älter werdenden Bevölkerung wurden in einer Zusammenarbeit vieler Akteure des Gesundheitswesens sieben bis heute gültige Gesundheitsziele für Deutschland entwickelt (GVG 2012). Die Gesundheitsziele lassen sich unterteilen in krankheitsbezogene Ziele, Präventionsziele und strukturbezogene Ziele. Die krankheitsbezogenen Ziele betreffen Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs und Depressionen. Die Präventionsziele sind, den Tabakkonsum zu reduzieren, „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“, wobei es sich bei den beiden Letztgenannten teilweise auch um strukturbezogene Ziele handelt. Ein weiteres strukturbezogenes Ziel ist die gesundheitliche Kompetenz der Bevölkerung zu erhöhen und die Patientensouveränität zu stärken (ebd.).

Gesundheitsziele stellen eine wichtige politische Handlungsempfehlung dar und sind eine Grundlage für die langfristige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Das Land hat die folgenden Gesundheitsziele des Bundes übernommen: „Diabetes mellitus-Typ-II Risiko senken und dessen Folgen reduzieren“, „Gesund aufwachsen“, „Gesund und aktiv älter werden“, „Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung verhindern“, „Reduzierung des Konsums legaler Drogen“, „Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen und Patientensouveränität stärken“. Als weiteres Gesundheitsziel hat sich das Land Baden-Württemberg zusätzlich auch die „Gesundheit von Arbeitslosen“ gesetzt (SM BW 2011a: 6).

1.2 Lebenserwartung in Baden-Württemberg

Heute haben immer mehr Menschen die Möglichkeit nicht nur alt, sondern sehr alt zu werden (SM BW 2003: 9). Zu Beginn des neuen Jahrhunderts lebten in Baden-Württemberg erstmals mehr ältere (61- bis 75-Jährige) als jüngere Menschen. Damit hat ein historisch neuer Zeitabschnitt begonnen (SM BW 2006: 21). Seit 1970 (Abb. 3) ist die Lebenserwartung um rund neun Jahre bei den Frauen und knapp elf Jahre bei den Männern gestiegen. In Baden-Württemberg betrug sie laut den Sterbetafelberechnungen von 2009/2011 für neugeborene Jungen durchschnittlich 79,2 Jahre und für Mädchen 83,6 Jahre. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich der Unterschied der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen verringert. Die steigende Lebenserwartung lässt sich auf einen deutlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit zurückführen. Zudem hat die Sterblichkeit im hohen Alter aufgrund der besseren Vorsorge und Gesundheitsversorgung abgenommen (STALA BW

2012a). Die Gesundheitspolitik muss sich aufgrund des demographischen Wandels neu ausrichten. Neben der Bildung wird die Gesundheit erwerbstätiger und älterer Bürger zum wirtschaftlichen Standortfaktor.

Baden-Württemberg stellt eine der wirtschaftsstärksten und innovativsten Regionen Europas dar. Die Menschen sind im rohstoffarmen Baden-Württemberg die wichtigste wirtschaftliche Ressource. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (SM BW 2011a: 4).

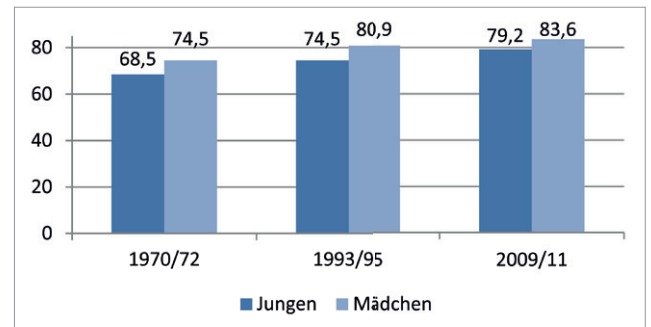


Abb. 3 - Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg (Daten: STALA BW 2012; eigene Darstellung)

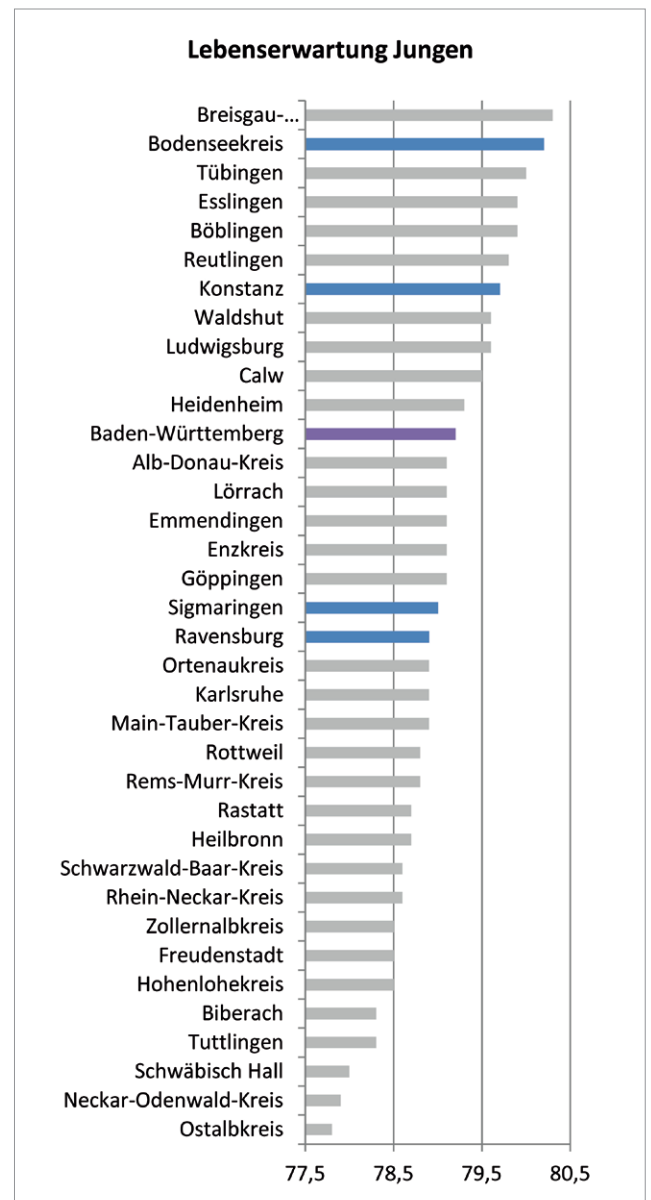
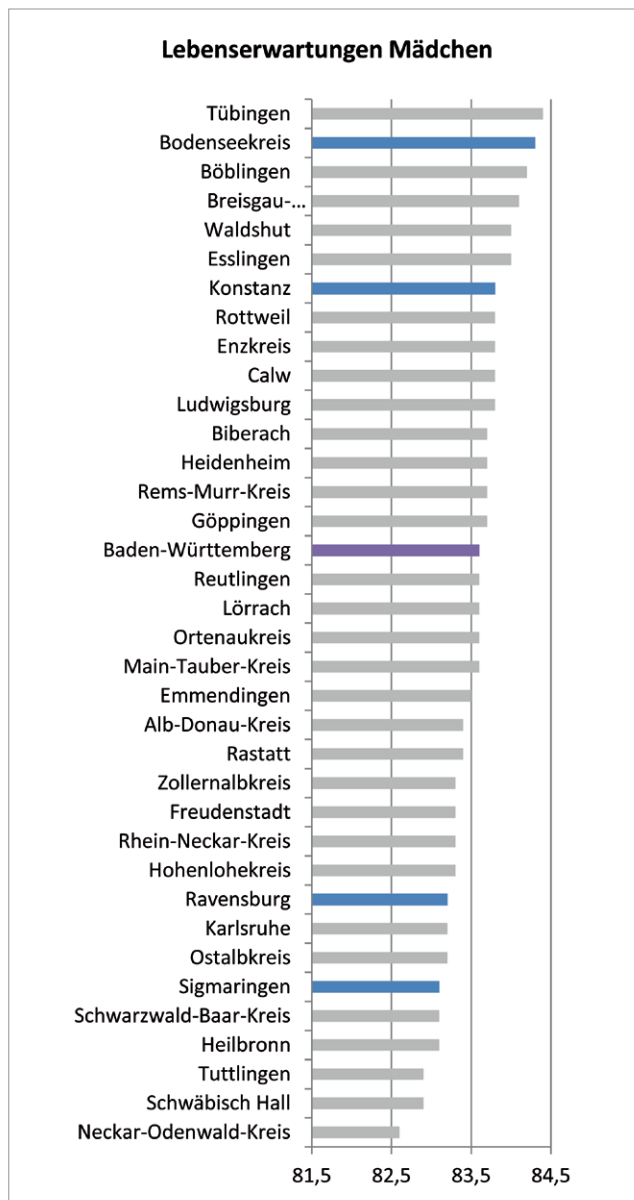


Abb. 4 - Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in den Landkreisen in Baden-Württemberg in Jahren (STALA BW 2012a anhand der Sterbetafelberechnungen 2009/11; eigene Darstellung)

Im bundesweiten Vergleich hat Baden-Württemberg seit Beginn der 1970er-Jahre fortwährend die höchste Lebenserwartung zu verzeichnen. Jungen haben dabei aktuell in Baden-Württemberg Aussicht auf eine um 18 Monate längere und Mädchen um 11 Monate längere Lebensdauer als im Bundesdurchschnitt (STALA BW 2012a).

Neugeborene Mädchen weisen innerhalb Baden-Württembergs im Landkreis Tübingen die höchste Lebenserwartung auf (Abb. 4) gefolgt vom Bodenseekreis und Böblingen. Am niedrigsten liegt derzeit die Lebenserwartung im Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis (STALA BW 2012a).

Neugeborene Jungen weisen im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald die höchste Lebenserwartung auf. Auch die Jungen im Bodenseekreis stehen an zweiter Stelle der Lebenserwartung im Landkreisvergleich, die niedrigste Lebenserwartung haben Jungen im Ostalbkreis.

Übertragbare Krankheiten wie Infektionen spielen als Erkrankungs- oder Todesursache in Baden-Württemberg eine nachrangige Rolle. Dagegen sind chronische Erkrankungen und nicht übertragbare Krankheiten die Hauptgründe für vorzeitig verlorene Lebensjahre. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebsleiden sind hierbei die vorherrschenden Todesursachen in Baden-Württemberg (SM BW 2011c: 6).

Ein wichtiger Faktor für Lebensqualität sind gute Wohnbedingungen. Wohnen prägt das Wohlbefinden und die Lebensverhältnisse. Es ermöglicht Schutz, Geborgenheit, Ruhe und Gewohnheit. In Deutschland lebt die Mehrzahl älterer Menschen in Städten. Das Umland hat in den letzten Jahren jedoch auch als Wohnraum an Bedeutung gewonnen. Eine Studie des Deutschen Zentrums für Altersforschung ergab, dass ältere Menschen in ländlicheren Regionen mit ihren Wohnverhältnissen zufriedener sind als die Gleichaltrigen in den Städten (SM BW 2006: 111 f).

In Baden-Württemberg lebt der größte Teil der über 65-Jährigen im eigenen Haushalt. Erst im höheren Alter gewinnt das Leben im Heim an Bedeutung. Die über 65-jährigen Frauen in Baden-Württemberg leben wesentlich häufiger allein als die Männer (SM BW 2006: 113 f). Nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben folgt häufig die Rückbesinnung auf die Familie, da in der zweiten Lebenshälfte die Mehrheit der Menschen regelmäßige Beziehungen zu Menschen pflegen, die ihnen wichtig sind. Lediglich eine kleine Minderheit erlebt keinerlei soziale Kontakte.

1.3 Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

Die Zunahme chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellt sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar. Auch auf Landesebene bedarf es eines langfristigen strategischen Ansatzes wie der Konzeption „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“. Die Entwicklung von Gesundheitszielen findet im Rahmen dieser Gesundheitsstrategie statt (siehe auch Kapitel 1.1) (SM BW 2011a: 5). In dieser Konzeption wird eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik aufgezeigt und die Gesundheitsstrategie als Gemeinschaftsaufgabe definiert. Sie ist darauf ausgerichtet, den Gesundheitszustand der baden-württembergischen Bevölkerung zu erhalten bzw. zu verbessern und die Wettbewerbsfähigkeit des Landes zu stärken (ebd.). Folgende langfristig wirkende Ziele werden im Rahmen der Gesundheitskonzeption verfolgt (MAS o. J.: 8 ff):

Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern

Der Gesundheitsstatus der baden-württembergischen Bevölkerung soll weiter verbessert und auf einem hohen Niveau gehalten werden. Insbesondere chronische Krankheiten sollen möglichst früh erkannt und vermieden werden. Dadurch sollen beschwerdefreie Lebensjahre gewonnen werden.

Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern

Die Gesundheitsstrategie zielt auf Prävention und Gesundheitsförderung ab. Beide Aspekte sollen neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege als gleichwertige Säule des Gesundheitswesens etabliert werden. Da die Gesundheitsstrategie als Querschnittsaufgabe verstanden wird, sind alle Politikbereiche bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie einzubeziehen.

Durch Prävention die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs sichern

Wenn durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Auswirkungen chronischer Krankheiten gemildert werden können, gewinnen die Menschen in Baden-Württemberg zum einen an Lebensqualität und zum anderen kann die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs gestärkt werden (ebd.). Außerdem können mit Umsetzung der Gesundheitsstrategien neue Kompetenzen, Dienstleistungen und Produkte gefördert werden, was zu einer weiteren Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit beitragen kann.

Abb. 5 stellt die Zusammenhänge der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg dar. Die Risiken der chronischen Erkrankungen verursachen kurz-, mittel- und langfristige negative Folgen für die Gesellschaft. Es ergeben sich gesamtwirtschaftliche Folgen: Das frühe Auftreten von chronischen Erkrankungen etwa hat negative Folgen, wie steigende Kosten für das soziale System. Positiv wirkt sich die Gesundheitsförderung und Prävention bei

den chronischen Krankheiten mit einem Gewinn für die Allgemeinheit, durch hohe Lebensfähigkeit und damit verbundener hoher Wettbewerbsfähigkeit aus.

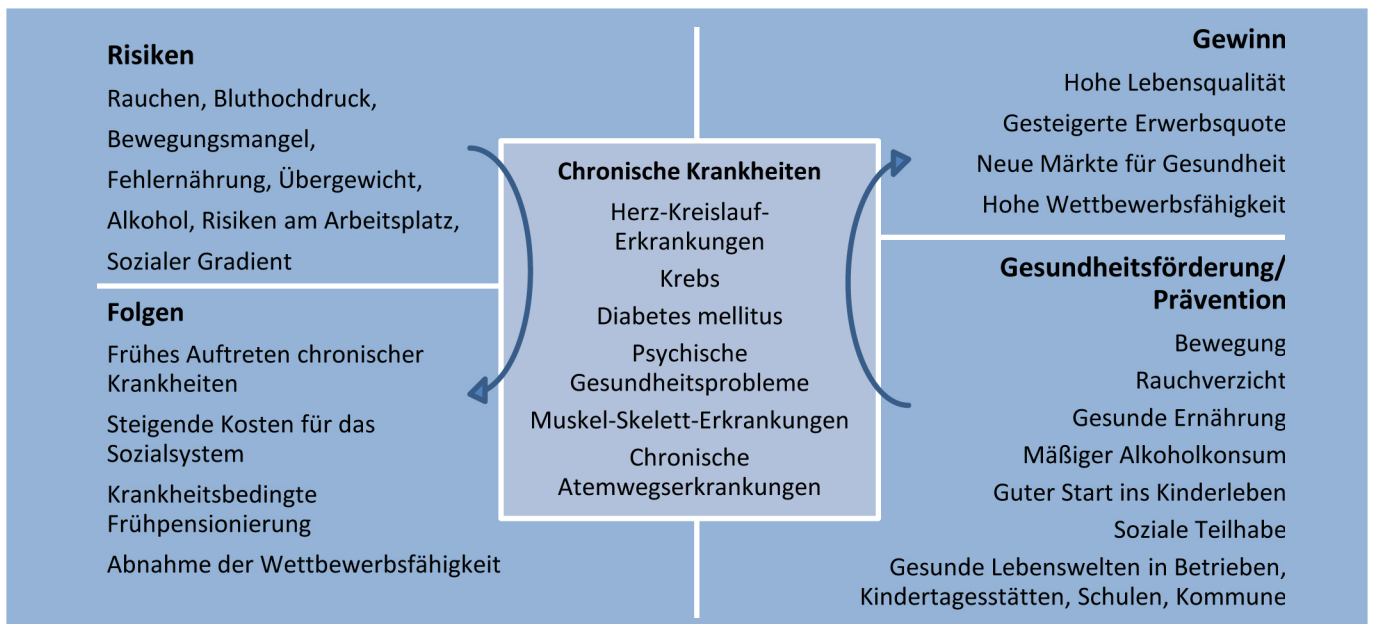


Abb. 5 - Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg (eigene Darstellung nach: SM BW (2011: 11))

2. Gesundheit im Bodenseekreis

Im Fokus der Gesundheitsberichterstattung steht die Aufarbeitung möglichst aktueller Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (SM BW 2011b: 6). Differenzierte und regelmäßig aktualisierte Daten zur Gesundheit spielen eine zentrale Rolle für die Planung im Gesundheitswesen (KROLL, LAMPERT 2012: 51). Gesundheitsberichte dienen als datengestützte Informationsgrundlage, sind bei der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen behilflich und tragen zur Weiterentwicklung und Evaluation von Gesundheitszielen bei (RKI 2011: 4). Daher wurden im vorliegenden Gesundheitsbericht regionale Statistiken analysiert und miteinander verglichen, um differenzierte Aussagen zur Gesundheit im Bodenseekreis machen zu können.

Während auf Bundesebene in der Regel ein ausreichend großer Datenbestand vorhanden ist, besteht auf Kreisebene oftmals ein Defizit (KROLL, LAMPERT 2012: 51). Regionale Zahlen an Neuerkrankungen, Krankheitshäufigkeiten und Häufigkeiten gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sind für kleinräumige Regionen oftmals nicht ausreichend vorhanden. Um den Gesundheitsstatus der Bodenseeregion dennoch objektiv darzustellen, werden im Folgenden auf Kreisebene vorhandene Datenquellen, wie Todesursachenstatistik, Krankenhausstatistik, Ergebnisse der letzten Einschulungsuntersuchungen und Auszüge der Versorgungsstatistik näher betrachtet.

Da Krankheitshäufigkeiten meist abstrakt in Form von Erkrankungsraten angegeben werden, ist ein Vergleichsmaßstab erforderlich. Sofern möglich werden daher im Folgenden die Raten und Zahlen des Bodenseekreises direkt mit denen Baden-Württembergs und der Nachbarkreise Konstanz, Ravensburg und Sigmaringen verglichen. Der Landkreis Lindau grenzt zwar direkt an den Bodenseekreis, befindet sich aber im Bundesland Bayern und wird daher nicht als Vergleichsmaßstab verwendet.

Neben dem Regionalvergleich quantitativer Daten werden gesundheitspolitische Rahmenbedingungen anhand der ärztlichen Versorgung und die demographische Entwicklung im Bodenseekreis anhand der Bevölkerungsprognosen dargestellt. Einen Überblick über die gesundheitliche Lage im Landkreis liefern die Indikatoren „Lebenserwartung“ und „verlorene Lebensjahre“, sowie die Todesursachenstatistik und die Krankenhausstatistik (SM BW 2010: 9).

2.1 Todesursachenstatistik

Aussagen zu Sterblichkeit, Lebenserwartung und Todesursachen erlauben wertvolle Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung und deren Entwicklung. Diese Informationen geben Hinweise auf nachhaltige Veränderungen im Gesundheitssystem bzw. der -versorgung (RKI 2011: 7). Die Todesursachenstatistik ist ein grundlegender Gesundheitsindikator, welcher auf vielfache Weise interpretiert werden kann: Eine Häufung bestimmter Todesfälle lässt beispielsweise auf ein erhöhtes Gesundheitsrisiko schließen (AOLG 2003: 84). Gesundheitsrisiken können sowohl auf das Verhalten einer einzelnen Person oder einer Gruppe zurückzuführen sein, als auch auf die Verhältnisse einer Region. Im Folgenden wird auf verschiedene Risikofaktoren noch genauer eingegangen.

Eine Analyse der Lebenserwartung im Bodenseekreis zeigt, dass die rund 210.000 Einwohner eine hohe Lebenserwartung aufweisen. Im Bodenseekreis treten vergleichsweise wenige Todesfälle innerhalb eines Jahres auf, was zur Folge hat, dass einzelne Jahre der Todesursachenstatistik starken Zufallsschwankungen ausgesetzt sind. Daher basieren alle Auswertungen auf dem aktuellsten vorliegenden Fünf-Jahres-Zeitraum der Todesursachenstatistik von 2006 bis 2010. Datengrundlage hierfür ist die auf Landesebene zusammengeführte und anonymisierte Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg.

Die Daten der auch regional verfügbaren Todesursachenstatistik beruhen auf den ärztlich ausgestellten Todesbescheinigungen. In dieser Statistik werden Verstorbene lediglich nach ihrem Grundleiden erfasst. Die Kausalkette bis hin zum tödlichen Ausgang wird nicht beachtet, was unter anderem das systematische Außerachtlassen von Mehrfacherkrankungen zur Folge hat (LGL 2006: 16 f). Dennoch liefert sie wertvolle Hinweise darüber, welche tödlichen Erkrankungen oder Ereignisse regional vermehrt auftreten, da die Sterbefälle nach Diagnose, Alter, Geschlecht und Wohnort erfasst werden (ebd.). Den Gesundheitsämtern liegen in der Regel lediglich die Todesbescheinigungen derjenigen Personen vor, die in ihrem Zuständigkeitsbereich verstorben sind.

Um dennoch alle verstorbenen Personen zum jeweiligen Wohnort zuordnen zu können, findet ein bundesweiter Datenaustausch über die Statistischen Landesämter statt (a. a. O.: 14). So werden Personen, die im Norden Deutschlands versterben, aber beispielsweise im Bodenseekreis ihren Hauptwohnsitz haben, dennoch in der Todesursachenstatistik dem Bodenseekreis zugeordnet.

Die Daten der Todesursachenstatistik haben eine große Bedeutung für die Erstellung von Gesundheitsberichten, weisen zugleich aber auch Schwachstellen auf. Die Qualität der Todesursachenstatistik wird oft kritisiert, was mitunter mit einer zu geringen Obduktionsrate begründet wird. Die Obduktionsrate von 5 % in Deutschland ist eine der niedrigsten weltweit (HÜTTEMANN 2011).

Durch eine innere Leichenschau lässt sich zum einen die tatsächliche Todesursache sicher feststellen, zum anderen können definitive Aussagen bezüglich etwaiger Grund- und Nebenerkrankungen gemacht werden. Die Bundesärztekammer (BÄK) geht davon aus, dass bei Ausbleiben einer Obduktion die Todesursachenstatistik durch fehlerhafte Diagnosen verfälscht wird (ebd.). Diese Unsicherheit fällt je nach Erkrankungsart unterschiedlich aus und muss bei der Interpretation der folgenden Analyse einzelner Krankheiten berücksichtigt werden. Trotz dieser Unsicherheiten liefert die Todesursachenstatistik wichtige Hinweise über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Ein großer Vorteil ist, dass die Statistik regional gegliedert ist und somit Vergleiche zwischen Landkreisen zulässt (LGL 2006: 15).

Zur differenzierten Beschreibung und Analyse der Sterblichkeitsverhältnisse und Todesursachenstatistik gibt es verschiedene Kennziffern bzw. Indikatoren, die auf unterschiedliche Art und Weise die Sterblichkeit einer Bevölkerung darstellen (RKI 2011: 7). Da die meisten Erkrankungen stark altersabhängig sind, bestehen je nach Alter und Geschlecht große Unterschiede in der Sterblichkeit. Daher werden Indikatoren zur Sterblichkeit in der Regel nach Geschlecht differenziert und altersstandardisiert. Dadurch können die Daten zwischen den verschiedenen Landkreisen besser miteinander verglichen werden. Darüber hinaus können Veränderungen, wie beispielsweise ein Anstieg bestimmter Erkrankungen, über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden (LGL 2004: 18).

Um Unterschiede zwischen den Landkreisen analysieren zu können wird im Folgenden auf das Verfahren der direkten Altersstandardisierung zurückgegriffen. Dadurch können die Raten von Populationen mit unterschiedlichen Altersstrukturen miteinander verglichen werden. Um den Einfluss eines unterschiedlichen Bevölkerungsaltersaufbaus auszuschalten, werden bei der direkten Altersstandardisierung die entsprechenden Sterberaten an einer vorab festgelegten Standardbevölkerung relativiert (AOLG 2003: 741). In der Regel werden altersstandardisierte Todesfälle pro 100.000 Personen angegeben, als Standardbevölkerung dient in diesem Gesundheitsbericht die mittlere Bevölkerung Baden-Württembergs von 2006 bis 2010.

Neben der direkten Altersstandardisierung orientiert sich der vorliegende Bericht an dem weit verbreiteten Konzept der „vermeidbaren Todesfälle“. Demnach sind Sterbefälle unter 65 Jahren von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen (AOLG 2003: 90). Das Konzept der vermeidbaren Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als zumindest teilweise vermeidbar für die jeweils näher betrachtete Altersgruppe eingeschätzt werden (HELLMEIER 2008: 1).

Prinzipiell vermeidbare Todesfälle geben indirekt Auskunft über die Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung (ebd.). Daher ist es sinnvoll, bei der Analyse der Sterblichkeit nur ausgewählte Altersgruppen zu betrachten. Der vorliegende Bericht orientiert sich diesbezüglich an den ausgewählten Todesursachen der Gruppe der vermeidbaren Sterbefälle der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (ebd.). Je nach Diagnose empfiehlt die AOLG die Verwendung unterschiedlicher Altersgruppen, einzelne Krankheiten weichen dabei von der üblichen Altersspanne von 0 bis unter 65 Jahren ab.

2.2 Krankenhausstatistik

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung mit Auskunftspflicht in allen Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (BÖLT, GRAF 2012: 112).

Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik dienen als statistische Basis für zahlreiche gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder (DESTATIS 2012b). Aktuell stehen nur Zahlen aus dem Jahr 2010 zur Verfügung. Daher beziehen sich in diesem Bericht alle Auswertungen auf diesen Zeitraum. Die Behandlungsfälle werden in Raten pro 10.000 Einwohner angegeben. So können unterschiedliche Landkreise miteinander verglichen werden und es kann aufgezeigt werden, wie viele stationäre Behandlungen aufgrund einer bestimmten Diagnose im Jahr 2010 durchgeführt wurden. Neben der Diagnose werden auch noch demografische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Wohnort notiert. Die erhobenen Daten sind also wie die Todesursachenstatistik wohnortbezogen. Hat eine Person mehrere Diagnosen erfolgt die Zuordnung nach derjenigen Diagnose, die hauptsächlich für den Krankenhausaufenthalt verantwortlich ist (Hauptdiagnose) (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010: 11). In der Krankenhausstatistik wird folglich erfasst, wie häufig Einwohner eines Landkreises 2010 deutschlandweit behandelt wurden.

Die Behandlungsraten des Bodenseekreises sollen ebenfalls mit denen Baden-Württembergs sowie der angrenzenden Landkreise Konstanz, Ravensburg und Sigmaringen verglichen werden. Um eine Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Landkreisen zu ermöglichen, wird eine direkte Standardisierung über alle Altersklassen auf die entsprechende stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes Baden-Württemberg vorgenommen (AOLG 2003: 136).

Die Analyse der Krankenhausstatistik ermöglicht eine näherungsweise Einschätzung über die Schwere einer Erkrankung, da sie nur die Personen erhebt, die stationär aufgenommen werden. Die absoluten Zahlen der Krankenhausstatistik sind aber vorsichtig zu bewerten. So wird beispielsweise jeder ununterbrochene Krankenhausaufenthalt als ein Fall erfasst. Dies kann dazu führen, dass auf eine Person mehrere Fälle kommen, da sie mehrfach im Jahr vollstationär behandelt worden ist.

Die Daten der dargestellten Krankenhaus- bzw. Diagnosefälle dürfen somit nicht mit behandelten Personen gleichgesetzt werden. Aus den Angaben lassen sich folglich keine altersspezifischen „Pro-Kopf“-Wahrscheinlichkeiten berechnen. Dies trifft speziell in den höheren Altersklassen zu, da es dort aufgrund von Mehrfacherkrankungen häufig zu mehreren Krankenhauseinweisungen innerhalb eines Jahres kommen kann (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010: 11).

Allgemeinen Aussagen über die Gesundheit eines Landkreises, die auf Krankenhausdaten basieren, sind Grenzen gesetzt. Zum einen muss beachtet werden, dass die gesetzlich vorgeschriebene Kodierung einzelner Krankheiten auch zu Abrechnungszwecken verwendet wird. Zum anderen wird in der Krankenhausstatistik die soziale Lage, welche direkten Einfluss auf die Gesundheit hat, nicht erfasst (SASS 2008: 3).

Somit ist eine Interpretation rein aufgrund der Daten der Krankenhausstatistik schwierig. Um dennoch gültige Aussagen bezüglich der Gesundheit des Bodenseekreises treffen zu können, werden in diesem Bericht sowohl die Daten aus dem Todesursachenregister als auch aus der Krankenhausstatistik parallel betrachtet.

2.3 Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Lage im Bodenseekreis mit denen Baden-Württembergs und der umliegenden Landkreise Ravensburg, Konstanz und Sigmaringen verglichen.

Die hier ausgewählten Indikatoren orientieren sich am Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) aus dem Jahr 2003 (AOLG 2003: 9). Anhand dieses Indikatorenansatzes soll die gesundheitliche Lage der Bevölkerung beschrieben werden und gesundheitspolitische Ableitungen erfolgen. Es soll ein Überblick über alle relevanten Bereiche des Gesundheitswesens wie beispielsweise die demografische Entwicklung und die soziale bzw. ökonomische Umwelt gegeben werden, um Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen (a. a. O.: 13, 18). Das Kapitel beinhaltet eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage im Bodenseekreis sowie die dafür relevanten Bedingungen und trägt so zu mehr Transparenz für die Einwohner, die Fachöffentlichkeit und die Politik bei. Weiterhin ermöglicht die Orientierung am genannten Indikatorenansatz den Vergleich der gesundheitlichen Situation in den Ländern (AOLG 2003: 9).

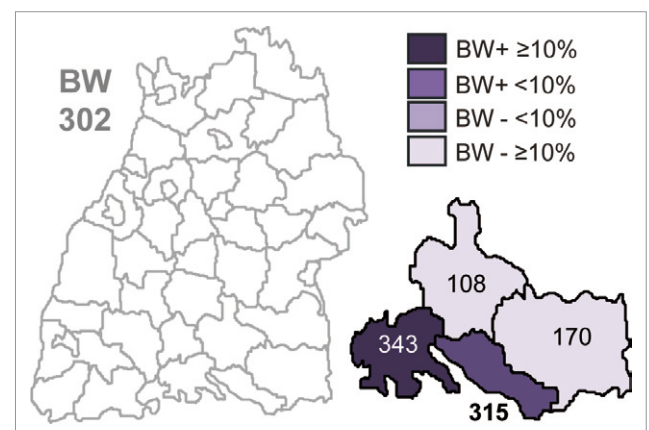


Abb. 6 - Bevölkerungsdichte 2011 (Einwohner pro Quadratkilometer; Daten: STALA BW; eigene Darstellung)

2011 lebten im Bodenseekreis insgesamt 209.733 Personen auf einer Fläche von 66.479 ha. Somit bewohnten 315 Personen einen Quadratkilometer, was über der Bevölkerungsdichte von Baden-Württemberg (302 Einw./km²) liegt (Abb. 6). Im Vergleich zu den umliegenden Landkreisen weist der Bodenseekreis nach Konstanz die höchste Bevölkerungsdichte auf. Die Landkreise Ravensburg und Sigmaringen sind weit weniger dicht besiedelt. Die Bevölkerungsdichte kann sowohl die Wohnsituation als auch die gesundheitliche Lage der Einwohner beeinflussen (z. B. durch eine erhöhte Anzahl an Straßenverkehrsunfällen). Zudem kann der Bodenseekreis im Vergleich zu den Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg mit 7,3 % den größten Bevölkerungszuwachs in den Jahren 1997 bis 2011 verzeichnen (Tab. 1) (STALA BW 2011c). Die hohe Bevölkerungsdichte und der große Bevölkerungszuwachs im Bodenseekreis spiegeln die große Attraktivität dieses Landkreises wider.

	BW	BSK	RV	KN	SIG
Bevölkerungswachstum 1997 - 2011	+3,75	+7,31	+5,16	+7,11	-1,4

Tab. 1 - Bevölkerungswachstum im BSK, den umliegenden Landkreisen und BW von 1997 bis 2011 in Prozent (Daten: STALA BW 2011c; eigene Darstellung)

Der Gesundheits- oder Krankheitsstatus einer Gesellschaft lässt sich nicht ausschließlich an der Krankheitslast oder der Krankheitshäufigkeit messen, sondern wird auch durch gesellschaftliche, ökonomische, kulturelle und institutionelle Lebensbedingungen (Gesundheitsverhältnisse) beeinflusst (HURRELMANN 2010: 19). Vor allem die soziale Lage stellt einen wichtigen Faktor, sowohl für das Gesundheitsverhalten, aber auch den Gesundheitsstatus einer Person bzw. (in der Summe der Personen) der Gesellschaft dar. „Soziale Lage“ ist durch die Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen definiert (RICHTER 2004: 2). So sind v. a. sozial schlechter gestellte Personen vermehrt von Krankheit und Sterblichkeit betroffen und auch gesundheitliche Versorgungsleistungen werden seltener in Anspruch genommen (HURRELMANN 2010: 25 f). Da die soziale Lage einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat, wird sie im Folgenden noch näher für den Bodenseekreis betrachtet.

Da auch die Altersstruktur der Bevölkerung Einfluss auf die gesundheitliche Lage eines Landkreises hat, wird an dieser Stelle der Jugend- und Altenquotient für den Bodenseekreis dargestellt. Bei dem Jugend- und Altenquotienten handelt es sich um Kennziffern, die die Altersstruktur der Bevölkerung beschreiben. So gibt der Jugendquotient das Verhältnis der 0- bis 19-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen an. Der Altenquotient gibt das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter zu der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren wieder (STALA BW 2011d) (Abb. 7).

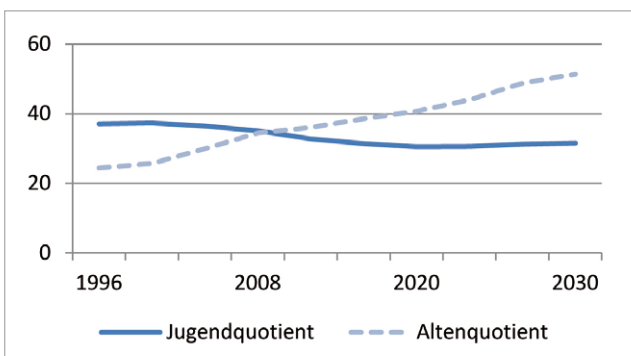


Abb. 7 - Jugend- und Altenquotient in Prozent im Bodenseekreis 1996 bis 2030 (Daten: STALA BW 2011d; eigene Darstellung)

Der Jugendquotient liegt im Bodenseekreis wie auch in den Nachbarkreisen über dem des Landes Baden-Württemberg. Jedoch ist das Verhältnis der 0- bis 19-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen mit 32,7 % (2012) im Bodenseekreis im Vergleich zu den umliegenden Kreisen nach Konstanz aktuell (2012) am niedrigsten. Der Altenquotient hingegen liegt mit 36 % im Bodenseekreis schon 2012 deutlich über dem Landesdurchschnitt (32,2 %) und auch deutlich über den Werten der umliegenden Landkreise (Abb. 8). Nach Prognosen des STALA BW wird der Jugendquotient bis 2030 in gesamt Baden-Württemberg deutlich zurückgehen. Der Altenquotient wird sich in diesem Zeitraum landesweit erhöhen (Abb. 7) (STALA BW 2011d). Dadurch muss mit Veränderungen in den Bedürfnissen z. B. in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung gerechnet werden.

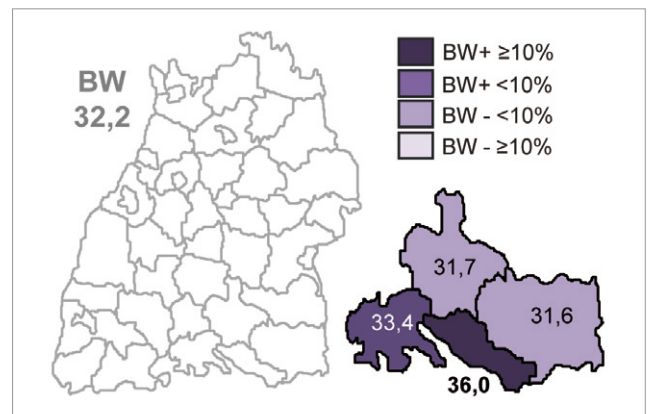


Abb. 8 - Altenquotient 2012 im Bodenseekreis (Verhältnis 65-jähr. und älter zu 20- bis unter 65-jähr. in Prozent; Daten: Prognose auf Basis 2008: STALA BW; eigene Darstellung)

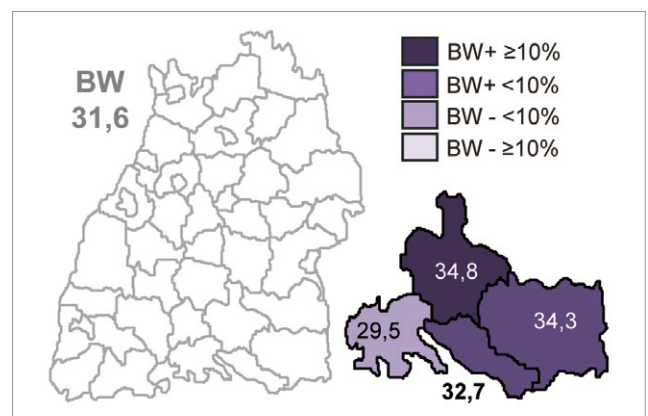


Abb. 9 - Jugendquotient 2012 im Bodenseekreis (Verhältnis 0- bis 19-jähr. zu 20- bis unter 65-jähr. in Prozent, Daten: Prognose auf Basis 2008: STALA BW; eigene Darstellung)

Die Zahl der Arbeitslosen in einem Land oder Landkreis ist von großer Bedeutung für die gesundheitliche Lage. Das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar. Dementsprechend geht Arbeitslosigkeit mit enormen gesund-

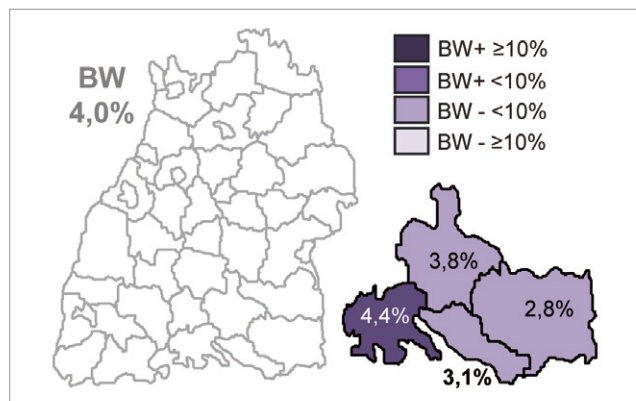


Abb. 10 - Arbeitslosenquote 2011 (Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen; Daten: STALA BW; eigene Darstellung)

heitlichen Belastungen und einer deutlich erhöhten Krankheitslast einher (HURRELMANN 2010: 44). Im Vergleich zur Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik, die laut Statistischem Bundesamt im November 2012 bei 6,5 % lag (DESTATIS 2012a), ist selbige in Baden-Württemberg mit 4 % im Jahr 2011 relativ gering (STALA BW 2011a). Der Bodenseekreis jedoch unterbietet mit 3,1 % (2011) selbst die geringe Arbeitslosenquote des Landes Baden-Württemberg deutlich und stellt im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen nach Ravensburg den Landkreis mit der niedrigsten Arbeitslosenquote dar (Abb. 10) (ebd.).

Für die besonders gute Arbeitsmarktlage im Bodenseekreis spricht neben der geringen Arbeitslosenquote der Anteil der Haushalte mit geringem Einkommen, der mit 9,1 % unter den umliegenden Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg liegt (Tab. 2). Der Anteil der Haushalte mit hohem Einkommen liegt dementsprechend deutlich über dem der angrenzenden Landkreise und Baden-Württembergs (BERTELSMANN STIFTUNG 2012b: 5).

	BW	BSK	RV	SIG	KN
Anteil Haushalte mit geringem Einkommen (%)	10,7	9,1	10,3	10,5	12,1
Anteil Haushalte mit hohem Einkommen (%)	20,1	22,4	19,4	18,3	18,1
Kinderarmut (%)	8,4	5,2	5,7	6,5	9,3
Altersarmut (%)	1,9	1,9	1,9	1,4	2,1
Schulabgänger mit Fach-/ Hochschulreife gesamt (%)	39,2	44,0	36,3	39,0	40,9

Tab. 2 - Einzelne Indikatoren zur sozialen Lage und Wirtschaftsstruktur 2010 in Prozent (Daten: BERTELSMANN STIFTUNG 2012b: 4 f; eigene Darstellung)

Auch die Kinderarmut ist im Bodenseekreis prozentual im Vergleich zu den anderen Landkreisen am geringsten (Tab. 2). Die Altersarmut hingegen liegt aktuell über dem Landkreis Sigmaringen, aber gleichauf mit dem Landkreis Ravensburg und dem Land Baden-Württemberg. Ebenso liegt der Anteil der Schulabgänger mit Fachhochschul-/Hochschulreife mit 44 % deutlich über den anderen Landkreisen und dem Land (BERTELSMANN STIFTUNG 2012b: 4 f).

Die ärztliche Versorgung im Bodenseekreis stellt sich wie folgt dar: Auf 287 Einwohner kam im Jahr 2011 lediglich ein Arzt, was deutlich über den Zahlen in Baden-Württemberg, aber auch über Ravensburg und Konstanz liegt (Tab. 3). Einzig in Sigmaringen kommen noch mehr Einwohner auf einen Arzt als im Bodenseekreis. Bei den hauptamtlichen Krankenhausärzten ist die Zahl der Einwohner pro Arzt im Bodenseekreis deutlich höher als in Baden-Württemberg und den umliegenden Landkreisen (STALA BW 2011b).

Auf Einwohner kamen am Jahresende 2011	BW	BSK	RV	KN	SIG
Ein Arzt	246	287	214	250	310
Ein hauptamtlicher Krankenhausarzt	502	713	393	573	656

Tab. 3 - Ärztliche Versorgung am Jahresende 2011 (Daten: STALA BW 2011b; eigene Darstellung)

2.4 Bewertung

Die gesundheitliche Lage einer Gesellschaft ist in hohem Maße von der sozialen Lage beeinflusst. Der Bodenseekreis weist im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen aber auch im Vergleich zu Baden-Württemberg einen sehr hohen Anteil von Schulabgängern mit Fachhochschul-/Hochschulreife auf, verfügt über eine geringe Arbeitslosigkeit und weist eine überdurchschnittliche Zahl an Hocheinkommenshaushalten auf. All diese Faktoren wirken sich positiv auf die Gesundheit des Landkreises aus und haben einen (in)direkten Einfluss auf eine geringe Krankheitslast bzw. eine gute gesundheitliche Lage.

3. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung nimmt in Deutschland, wie in vielen anderen Ländern, stetig zu. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sinkt die altersspezifische Sterblichkeit der Menschen über 60 Jahren, was zu einem deutlich höheren Anteil der Menschen im dritten und vierten Lebensalter (ab 60 Jahre bzw. ab 85 Jahre) führt und somit zu einer Veränderung der Altersstruktur beiträgt (EGGEN 2012: 12).

3.1 Lebenserwartung in Baden-Württemberg

Das Sterbealter von Mädchen und Frauen liegt in fast allen Altersstufen über dem der Jungen und Männer. Seit Beginn der 1970er-Jahre ist die durchschnittliche Lebenserwartung in Baden-Württemberg die höchste aller Bundesländer. Sie wird häufig in 3-Jahres-Zeiträumen angegeben: 2009/11 lagen die Zahlen für Baden-Württemberg für neugeborene Mädchen um rund 11 Monate und für neugeborene Jungen um 15 Monate über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 11) (STALA BW 2012a).

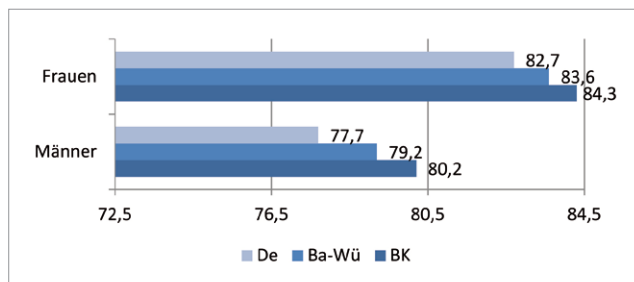


Abb. 11 - Lebenserwartung von Jungen und Mädchen bei der Geburt in Jahren, Vergleich Bodenseekreis, Baden-Württemberg und Deutschland 2009/2011. (Daten: STALA BW 2012.b; eigene Darstellung)

Die regionalen Unterschiede innerhalb Baden-Württembergs sind gering. Ausgeprägter sind die Geschlechtsunterschiede. Die Gründe hierfür sind vielfältig und wurden bereits zum Teil im Kapitel 2.3 vorgestellt. Regionale Unterschiede in der Lebenserwartung sind größtenteils auf die allgemeinen Lebensverhältnisse zurückzuführen. So leben Menschen in Kreisen mit höherem Einkommen und höherem Bildungsgrad durchschnittlich länger als Menschen in schlechter gestellten Landkreisen (CORNELIUS 2011: 15).

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden zum einen mit einer genetischen Komponente begründet, welche jedoch höchstens zwei Jahre des Unterschieds erklären kann. Zum anderen geht man davon aus, dass die unterschiedlichen Lebens- und Verhaltensweisen beider Geschlechter, wie beispielweise Rauchen oder Risikoverhalten im Straßenverkehr, eine zentrale Rolle spielen. Außerdem wird vermutet, dass auch der jeweilige gesellschaftliche Status

von Männern und Frauen Einfluss auf die Lebenserwartung hat (a. a. O.: 12): Ein möglicher Belastungsfaktor ist der unterschiedliche Anteil an Erwerbstätigkeit der Geschlechter. Der Anteil erwerbstätiger Frauen liegt im Durchschnitt unter dem Anteil erwerbstätiger Männer, hat jedoch in den vergangenen 20 Jahren deutlich zugenommen. Ebenso hat der Vorsprung in der Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern um fast ein Jahr und neun Monate abgenommen (a. a. O.: 12).

Seit 1999/2001 hat die durchschnittliche Lebenserwartung in Baden-Württemberg um rund 1,5 Jahre bei den Mädchen und um knapp 2,5 Jahre bei den Jungen zugenommen. Somit hat sich der Abstand zwischen den Geschlechtern um etwa ein Jahr verringert (a. a. O.: 13).

Wie eingangs bereits erwähnt, verändert sich neben der Lebenserwartung auch die Altersstruktur vieler Bevölkerungen. Die Altersstruktur ist sowohl von dem Verhältnis von Geburten und Sterbefällen, als auch vom Verhältnis von Zu- und Abwanderung abhängig. Der Bodenseekreis belegt bei der Zuwanderung einen günstigen Platz (11 von 44): Der Wanderungsgewinn betrug 2011 +1.479 Personen. Der Geburtensaldo fiel mit -103 Personen hingegen negativ aus: Im Jahr 2011 starben also mehr Menschen als geboren wurden. Dennoch wächst die Bevölkerung im Bodenseekreis insgesamt an. Abb. 12 zeigt die Bevölkerungspyramide für den Bodenseekreis 2010.

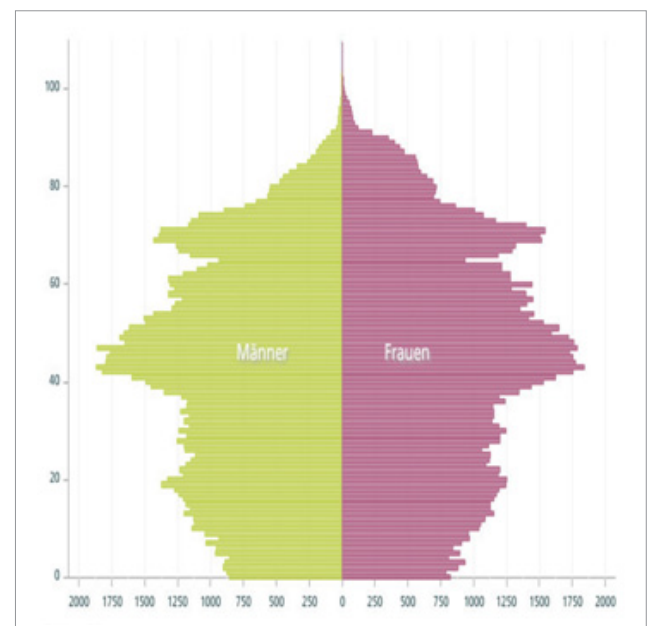


Abb. 12 - Bevölkerungspyramide für den Bodenseekreis 2010 nach Geschlecht und Alter. Bevölkerung nach Alter in Jahren (Daten: BERTELSMANN STIFTUNG 2012a)

Im Bodenseekreis leben überdurchschnittlich viele ältere Menschen. Ihre Zahl wird in den nächsten Jahren weiter steigen, was sowohl auf die geringe Geburtenzahl, die gestiegene Lebenserwartung als auch auf eine große Zuwanderung von Erwachsenen, häufig auch im Seniorenalter, zurückzuführen ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Bodenseekreis seit Jahren zu den Landkreisen mit der höchsten Lebenserwartung in Baden-Württemberg und in Deutschland gehört. Im Vergleich zu Baden-Württemberg nimmt die Lebenserwartung beider Geschlechter überdurchschnittlich zu. Hierfür ist vermutlich die insgesamt günstige soziale Lage im Bodenseekreis verantwortlich.

3.2 Verlust an Lebensjahren

Die differenzierte Betrachtung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt in den Stadt- und Landkreisen verdeutlicht, dass die Bevölkerung des Bodenseekreises über eine besonders hohe Lebenserwartung verfügt. Prognosen zeigen, dass dieser Trend auch die nächsten Jahre andauern wird. Die stetige Zunahme der Lebenserwartung ist zwar sehr erfreulich, gibt aber nur wenig Auskunft über den Gesundheitszustand und die vorzeitige Sterblichkeit einer Bevölkerung.

Das Konzept der verlorenen Lebensjahre zeigt, durch welche Erkrankungen besonders viel an potenzieller Lebenszeit verloren geht. Somit liefert die Berechnung der selbigen epidemiologische Begründungen für präventive und gesundheitsförderliche Handlungsbedarfe.

Der Gesundheitsindikator der „verlorenen Lebensjahre“ (PYLL - Potential Years of Life Lost) ist ein Maß für die vorzeitige Sterblichkeit und wird seit vielen Jahren in der Epidemiologie eingesetzt (AOLG 2003: 747). Die vorzeitige Sterblichkeit berücksichtigt das Alter, in dem ein Todesfall eintritt. Das Konzept wird somit dem gesellschaftlichen und sozialen Gedanken gerecht, dass Todesfälle in jungen Jahren anders bewertet werden als Todesfälle in sehr hohem Lebensalter. Berechnet werden die PYLL indem, ausgehend von einer festgelegten Altersobergrenze (im vorliegenden Fall 80 Jahre), alle nicht gelebten Lebensjahre der vor Erreichung dieser Altersgrenze verstorbenen Personen aufsummiert werden (ebd.). Die Interpretation der absoluten Häufigkeit verlorener Lebensjahre gestaltet sich jedoch recht schwierig. Daher ist der prozentuale Anteil verschiedener Todesursachen an der Gesamtzahl aller verlorenen Lebensjahre von besonderem Interesse (LGL 2004: 24).

Abb. 13 zeigt die Todesursachengruppen, durch die im Bodenseekreis von 2006 bis 2010 die meisten Lebensjahre verloren gingen. Im Zeitraum von 2006 bis 2010 verloren Männer mit insgesamt 35.905,5 Jahren 67,2 % mehr Lebensjahre durch einen vorzeitigen Tod als Frauen mit 21.469 Lebensjahren. Dieser deutliche Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass bei Männern wesentlich mehr Todesfälle in jüngeren Lebensjahren auftreten als bei Frauen. Hier zeigt sich ein besonders hohes Präventionspotenzial.

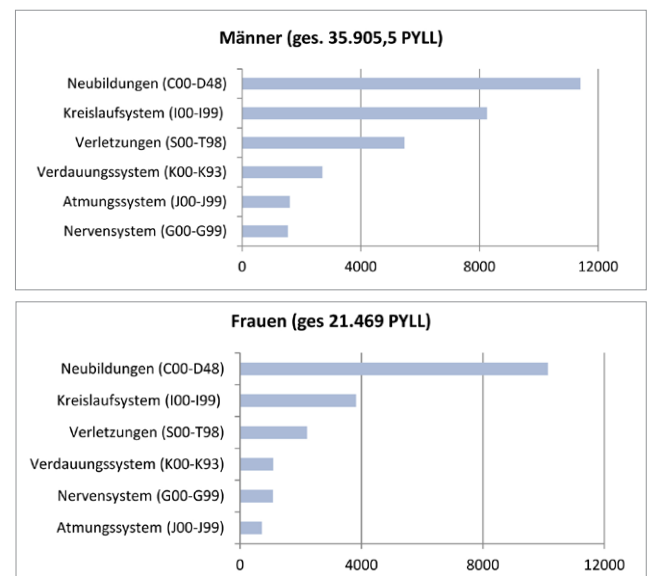


Abb. 13 - PYLL aufgrund verschiedener Todesursachen im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)

Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Todesursachen zeigt, dass sich die Reihenfolge der Todesursachengruppen zwischen Männern und Frauen unterscheidet. Die meisten verlorenen Lebensjahre sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen auf Krebserkrankungen und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zurückzuführen. Allerdings verlieren Männer mit 11.406 Jahren mehr Lebensjahre aufgrund von Krebserkrankungen als Frauen mit 10.132 Jahren.

Die deutlichste Diskrepanz zeigt sich bei den verlorenen Lebensjahren aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Hier verlieren Männer mit 8.260 Jahren mehr als doppelt so viele Lebensjahre wie Frauen mit 3.827,5 Jahren. Aufgrund der festgelegten Altersobergrenze von 80 Jahren, gingen viele weibliche Todesfälle durch Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nicht in die Berechnung der PYLL ein. Dies führt zwar einerseits zu einer leichten Unterschätzung der verlorenen Lebensjahre bei den Frauen, kann andererseits aber auch einer systematischen Überschätzung der Auswirkung verlorener Lebensjahre aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Todesursachenstatistik entgegenwirken. Da insbesondere in höheren Lebensjahren auftretende unklare Todesursachen häufig fälschlicherweise einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems zugeordnet werden, wurde zur Berechnung der PYLL die Altersobergrenze für beide Geschlechter auf 80 Jahre festgelegt.

Insgesamt 13,8 % aller verlorenen Lebensjahre im Bodenseekreis sind auf Verletzungen (ICD-10: S00-T98) zurückzuführen. Somit stehen Verletzungen sowohl bei den Männern (15,6 %) als auch bei den Frauen (11,2 %) an dritter Stelle der meisten verlorenen Lebensjahre. Mit 5.462,5 Jahren verlieren Männer mehr als doppelt so viele Jahre wie Frauen (2.207,5 Jahre). Abb. 14 zeigt, dass sich die verlorenen Lebensjahre aufgrund von Verletzungen nach Alter und Geschlecht deutlich unterscheiden. Die Altersgruppe der 15- bis 30-jährigen Männer verliert die mit Abstand meisten Lebensjahre. Eine differenzierte Betrachtung einzelner Ursachen der Verletzungen zeigt, dass die meisten verlorenen Lebensjahre der 15- bis 30-jährigen Männer auf Straßenverkehrsunfälle zurückzuführen sind (siehe Kapitel 8).

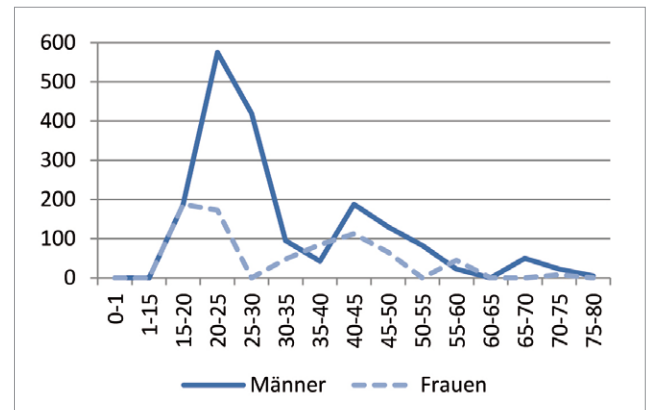


Abb. 14 - PYLL aufgrund von Verletzungen nach Altersgruppen und Geschlecht im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Da Krebserkrankungen mit Abstand den größten Anteil an verlorenen Lebensjahren ausmachen, werden im folgenden Kapitel ‚Krebserkrankungen‘ die verlorenen Lebensjahre differenziert nach den jeweiligen Tumorklassifikationen betrachtet.

4. Krebserkrankungen, Neubildungen (ICD-10: C00-D48)

Mit der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung nimmt auch die Bedeutung von Krebserkrankungen in Deutschland zu. Neubildungen zählen nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) schätzt, dass die absolute Anzahl jährlich neu auftretender Krebskrankheiten in Deutschland bei den Frauen um 40 % und bei den Männern sogar um 90 % seit 1980 gestiegen ist (RKI 2010b: 156). Dieser Anstieg ist größtenteils auf den demographischen Wandel zurückzuführen. Altersstandardisiert ist die Neuerkrankungsrate der Frauen um 20 % und diejenige der Männer um 30 % gestiegen. Dieser Anstieg ist größtenteils auf eine Zunahme von Darmkrebserkrankungen, bösartigen Melanomen der Haut, Brustkrebserkrankungen bei Frauen und Prostatakrebs-erkrankungen bei Männern zurückzuführen.

Obwohl die Krebsneuerkrankungsrate in Deutschland aktuell steigt, sterben immer weniger Menschen an Krebserkrankungen: Seit 1980 sanken die Sterberaten um etwa 20 %. Dieser Rückgang ist größtenteils auf die abnehmende Sterblichkeit aufgrund von Magenkrebs, Lungenkrebs bei Männern und Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zurückzuführen (a. a. O.: 157).

Abb. 15 verdeutlicht die Entwicklung der fünf häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland von 1950 bis 2010. Während die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen des Magens, des Darms und der Brustdrüse zurückgehen, nehmen Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen leicht zu. Krebserkrankungen der Lunge waren über viele Jahre die mit Abstand häufigste Krebstodesursache. Seit etwa 20 Jahren nimmt die Sterblichkeit der Männer jedoch stetig ab, während die der Frauen kontinuierlich zunimmt. Diese sehr unterschiedlichen Entwicklungen haben verschiedene Ursachen und werden im Folgenden für einzelne Krebserkrankungen erläutert.

Um regionale Aussagen über den künftigen Verlauf der Krebserkrankungen in Deutschland geben zu können, müssen neben der Entwicklung der Krebstodesursachen auch die Krebserkrankungszahlen berücksichtigt werden. Eine kontinuierliche Beobachtung von Erkrankungszahlen lässt sich aber je nach Krankheitsart unterschiedlich leicht umsetzen (RKI 2010b: 7): So ist die Erfassung meldepflichtiger Infektionskrankheiten über das Infektionsschutzgesetz geregelt. Krebserkrankungen hingegen werden zwar in einem epidemiologischen Krebsregister erfasst, eine gesetzliche Regelung zur

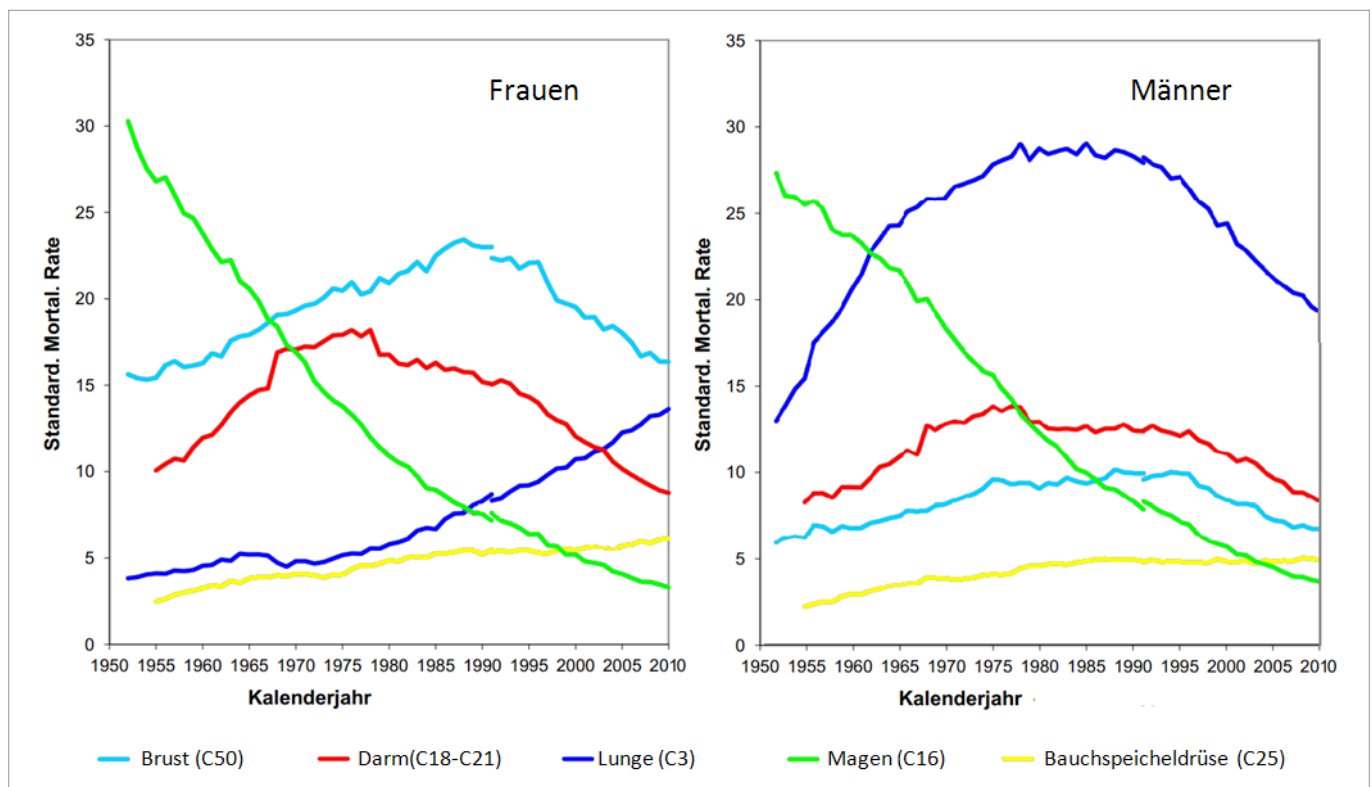


Abb. 15 - Entwicklung der fünf häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland nach Geschlecht. 1950 bis 2010 (eigene Darstellung nach DKFZ 2012)

deutschlandweiten Registrierung von Krebsneuerkrankungen gibt es aber erst seit 2006. Internationale Erfahrungen zeigen, dass neu eingeführte Krebsregister mehrere Jahre benötigen, um die Häufigkeit an Neuerkrankungen realistisch erfassen zu können (ebd.). Abb. 16 zeigt die geschätzte Vollzähligkeit der Krebsregister für die einzelnen Bundesländer in Deutschland. In den letzten sechs bis acht Jahren hat die Vollständigkeit der Krebsregisterdaten deutlich zugenommen. Als letztes Bundesland hat Baden-Württemberg leider erst 2009 mit der Krebsregistrierung begonnen. Dadurch liegen für Baden-Württemberg bis heute keine aussagekräftigen Daten bezüglich Neuerkrankungsraten und Erkrankungsraten von Krebserkrankungen vor.

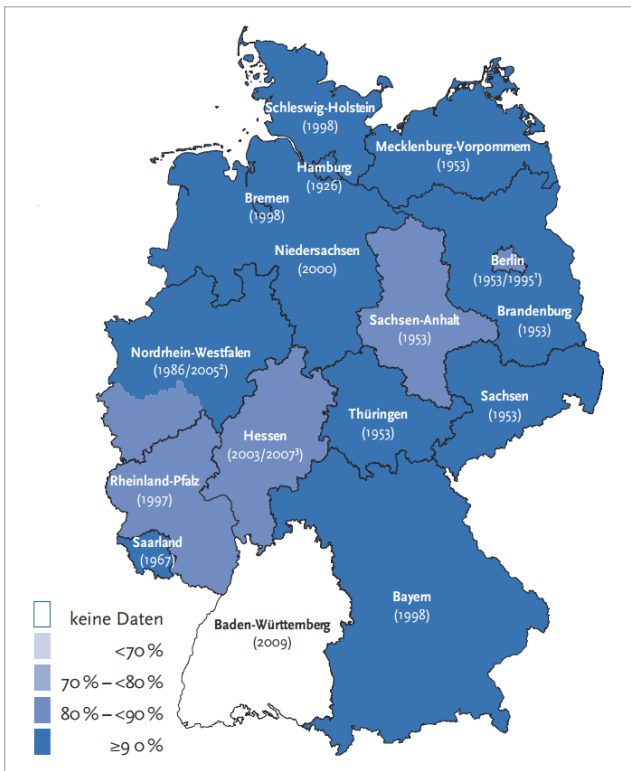


Abb. 16 - Geschätzte Vollzähligkeit der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland 2008; nach Bundesland bzw. Region; In Klammern: Beginn der Registrierung (RKI 2012d: 10)

Abb. 17 zeigt den prozentualen Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2008. Bei den Männern sind die meisten Krebssterbefälle auf Krebserkrankungen der Lunge, des Darms und der Prostata zurückzuführen. Bei den Frauen stehen Krebserkrankungen der Brustdrüse an erster Stelle. Ein Viertel aller Krebssterbefälle der Männer sind auf Lungenkrebs zurückzuführen. Hingegen gehen vergleichsweise geringe 10,5 % aller Sterbefälle auf Krebs der Prostata zurück. Eine Krebserkrankung der Lunge ist zwar wesentlich seltener als Prostatakrebs, verläuft aber

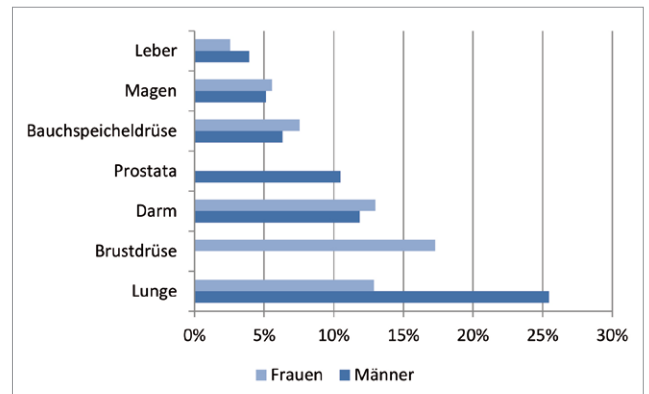


Abb. 17 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2008 (eigene Darstellung nach RKI 2012d: 13)

deutlich aggressiver und führt somit zu deutlich mehr Sterbefällen. Hier zeigt sich, dass der Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der Therapie einen großen Einfluss auf die Sterblichkeit einer Erkrankung haben.

Die Ursachen vieler Krebserkrankungen sind unbekannt oder die bekannten Auslöser lassen sich nicht beeinflussen (RKI 2012d: 20). Daher gibt es nur für wenige Tumorarten Präventionsstrategien. Diese vergleichsweise wenigen Tumorarten weisen allerdings hohe Erkrankungsraten auf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass weltweit mehr als 30 % aller Krebsfälle durch Früherkennungsmaßnahmen und eine Reduktion vermeidbarer Risikofaktoren verhindert werden könnten (ebd.). Zu den vermeidbaren Risikofaktoren zählen Tabak- und Alkoholkonsum, UV-Strahlung und chronische Infektionen.

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	1.199	1.232	2.431
Ø Sterbealter	73,9	71,9	72,9
PYLL	11.406	10.132	21.538
Gesamtanteil PYLL	47,2 %	31,8 %	37,5 %

Tab. 4 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von Krebserkrankungen (ICD-10: C00-D48) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Im Bodenseekreis ist der größte Verlust an Lebensjahren (PYLL) auf bösartige Neubildungen zurückzuführen (Tab. 4). Von 2006 bis 2010 verstarben im Bodenseekreis insgesamt 2.431 Menschen aufgrund von Krebserkrankungen. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 72,9 Jahren. Insgesamt sind 37,5 % aller verlorenen Lebensjahre auf Krebserkrankungen als Todesursache zurückzuführen. Krebserkrankungen stellen somit eine erhebliche Krankheitslast dar.

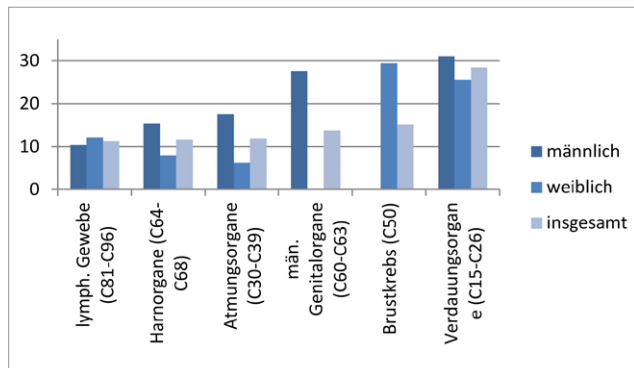


Abb. 18 - Krankenhausfälle aufgrund von Krebserkrankungen im Bodenseekreis 2010 (alle Altersgruppen, pro 10.000 Einw., altersstandardisiert; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen im Bodenseekreis ist gegenüber Baden-Württemberg deutlich geringer. Im direkten Vergleich mit den benachbarten Landkreisen zeigt sich für den Bodenseekreis sogar die niedrigste altersstandardisierte Sterberate (Abb. 19).

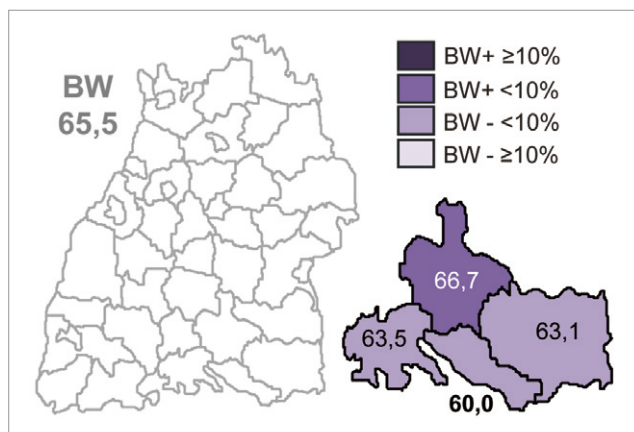


Abb. 19 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebserkrankungen (ICD-10: C) (Alter: 0 bis 64 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

2010 wurden insgesamt 2.819 Einwohner des Bodenseekreises aufgrund von Krebserkrankungen in einem Krankenhaus behandelt (1.481 Männer und 1.338 Frauen). Eine altersstandardisierte Betrachtung zeigt, dass die Rate der Krankenhausbehandlung pro 10.000 Einwohner im Bodenseekreis deutlich unter der Rate Baden-Württembergs liegt. Die Landkreise Konstanz und Sigmaringen zeigen noch niedrigere Raten, der Landkreis Ravensburg weist eine leicht erhöhte Rate gegenüber dem Bodenseekreis auf (Abb. 20).

Mit 617 Behandlungsfällen im Jahr 2010 zählt Krebs der Verdauungsorgane zu den häufigsten Krankenhausbehandlungsanlässen im Bodenseekreis (338 Männer und 279 Frauen). An zweiter Stelle steht mit 327 Krankenhausbehandlungen die Behandlung von Brustkrebs bei den Frauen.

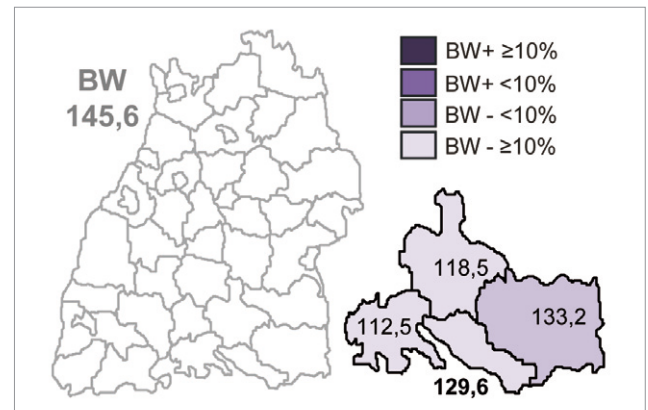


Abb. 20 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebserkrankungen (ICD-10: C) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

4.1 Bewertung

Sowohl die Todesursachenstatistik als auch die Krankenhausbehandlungszahlen weisen auf eine unterdurchschnittliche Betroffenheit des Bodenseekreises bezüglich Krebserkrankungen hin. Es zeigt sich also ein positives Bild für den Bodenseekreis. Dennoch ist eine differenzierte Betrachtung einzelner Krebsformen sinnvoll: Es gibt große Unterschiede bezüglich der Risikofaktoren und Therapiemöglichkeiten der verschiedenen Krebserkrankungen. Eine Analyse der Gesamtkrebserkrankungen (ICD-10: C) ist nicht ausreichend, um mögliche Ursachen dieses positiven Ergebnisses benennen zu können. Daher werden im Folgenden die häufigsten Krebslokalisationen nochmals genauer betrachtet.

4.2 Krebs der Verdauungsorgane (ICD-10: C15-C26)

Zu den bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD-10: C3) gehören unter anderem Neubildungen der Speiseröhre, des Magens oder auch des Darms, der Leber, der Gallenblase oder Bauchspeicheldrüse.

Darmkrebserkrankungen (ICD-10: C18-C21) machen den mit Abstand größten Anteil an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane aus. In Deutschland betrifft etwa jede siebte Krebserkrankung den Darm (RKI 2012d: 36). Seit 30 Jahren hat die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate an Darmkrebs bei den Frauen um 25 % und bei den Männern sogar um 45 % zugenommen und ist seither gleichbleibend. Altersstandardisierte Sterberaten verzeichnen hingegen einen deutlichen Rücklauf: Nach Angaben des RKI nahm die Sterberate bei den Frauen um insgesamt 35 % und bei den Männern um 20 % ab (RKI 2010b: 37) (siehe auch Abb. 15).

In der Todesursachenstatistik des statistischen Landesamts werden sämtliche Krebserkrankungen des Verdauungssystems in der Kategorie „Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“ erfasst. Daher können im Folgenden nur Aussagen bezüglich dieser Oberkategorie getroffen werden.

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	388	410	798
ø Sterbealter	76,1	71,4	73,7
PYLL	2.490	3.912,5	6.402,5
Anteil PYLL an Krebserkrankungen	24,6 %	34,3 %	29,7 %

Tab. 5 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD-10: C15-C26) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Im Bodenseekreis verstarben im Zeitraum von 2006 bis 2010 798 Personen an einer Krebserkrankung der Verdauungsorgane (388 Frauen und 410 Männer). Männer starben mit 71,4 Jahren im Durchschnitt wesentlich früher als Frauen mit 76,1 Jahren, was sich auch auf die Gesamtzahl verlorener Lebensjahre auswirkt (Tab. 5). 29,7 % aller aufgrund einer Krebserkrankung verlorenen Lebensjahre sind auf Krebserkrankungen des Verdauungssystems zurückzuführen. Im Vergleich zu Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen zeigt die altersstandardisierte Sterberate im Bodenseekreis keine Auffälligkeiten. Die Sterblichkeit liegt knapp über der des Landkreises Ravensburg und etwas unter den Landkreisen Sigmaringen und Konstanz (Abb. 21). Sigmaringen weist die höchste Sterberate auf und liegt auch als einziger Landkreis über der Rate Baden-Württembergs.

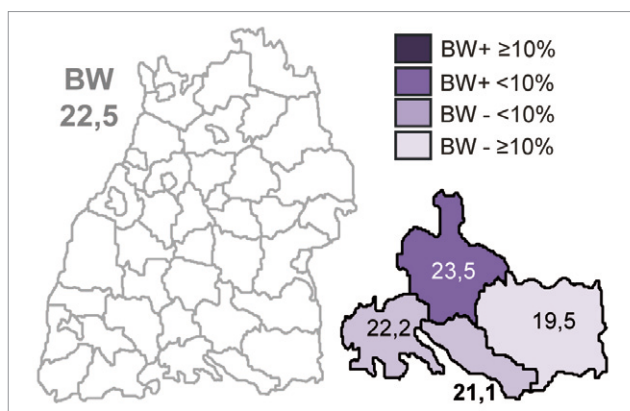


Abb. 21 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebs der Verdauungsorg. (ICD-10: C15-C26) (Alter: 15 bis 64 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Im Bodenseekreis wurden 2010 insgesamt 617 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Krebserkrankungen der Verdauungssysteme verzeichnet. 279 Behandlungen sind dabei auf Frauen und 338 Behandlungen auf Männer zurückzuführen. Im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen weist der Bodenseekreis die höchste altersstandardisierte Behandlungsrate auf (Abb. 22), liegt aber dennoch unter der Behandlungsrate Baden-Württembergs.

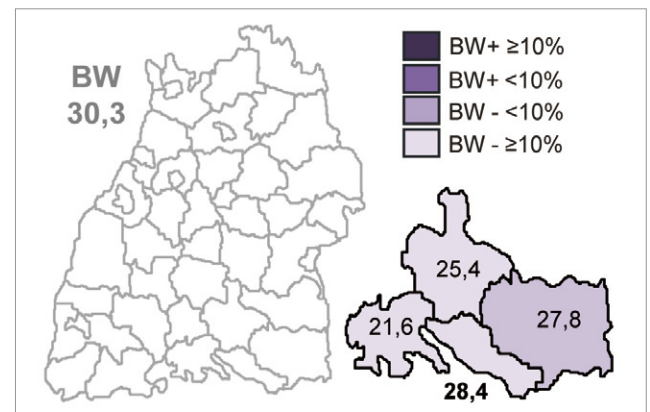


Abb. 22 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebs der Verdauungsorg. (ICD-10: C15-C26) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, wird durch verschiedene Faktoren erhöht: Zu den klassischen Risikofaktoren von Darmkrebs zählen Übergewicht, Rauchen, ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung. Daher gelten Darmkrebskrankungen als relativ gut vermeidbar.

Im Rahmen der Krebsfrüherkennung wurde 2002 das gesetzliche Früherkennungsprogramm erweitert: Demnach können gesetzlich versicherte Personen im Alter von 50 bis 54 jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen (RKI 2012d: 36). Des Weiteren besteht ab dem 56. Lebensjahr ein Anspruch auf eine Darmspiegelung (RKI 2010b: 37).

4.3 Bewertung

Sowohl die Todesursachenstatistik als auch die Krankenhausbehandlungszahlen weisen auf eine leicht unterdurchschnittliche Betroffenheit der Bevölkerung des Bodenseekreises bezüglich Krebserkrankungen der Verdauungsorgane hin. Für dieses positive Ergebnis können verschiedene Ursachen verantwortlich sein: zum einen können geringe Sterbe- und Behandlungsraten ein Hinweis auf ein gut funktionierendes Früherkennungsprogramm sein, zum anderen kann eine vergleichsweise

geringere Risikoexposition (ein geringes Vorhandensein von Risikofaktoren) vorliegen. Die meisten Risikofaktoren für Krebserkrankungen der Verdauungsorgane können durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil reduziert werden. Eine geringe Risikoexposition würde also bedeuten, dass die Einwohner des Bodenseekreises verhältnismäßig wenige Risikofaktoren aufweisen.

Leider kann anhand der vorliegenden Datengrundlage keine eindeutige Ursache benannt werden, sondern lediglich Vermutungen angestellt werden. Genauere Analysen werden in Zukunft erst anhand des sich derzeit im Aufbau befindenden Krebsregisters Baden-Württembergs möglich sein.

4.4 Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39)

Zu den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (ICD-10: C3) gehören unter anderem Neubildungen der Nasenhöhle und des Mittelohrs, der Nasennebenhöhlen, des Kehlkopfs, der Speiseröhre, der Bronchien und Lunge. Dabei machen Krebserkrankungen der Lunge (ICD-10: C34) den mit Abstand größten Anteil aus. In Deutschland steht Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle der häufigsten Krebserkrankungen (RKI 2012d: 56). Bei den Männern ist Lungenkrebs mit 26 % nach wie vor die häufigste Tumorlokalisation an allen Krebssterbefällen in Deutschland (siehe auch Abb. 17).

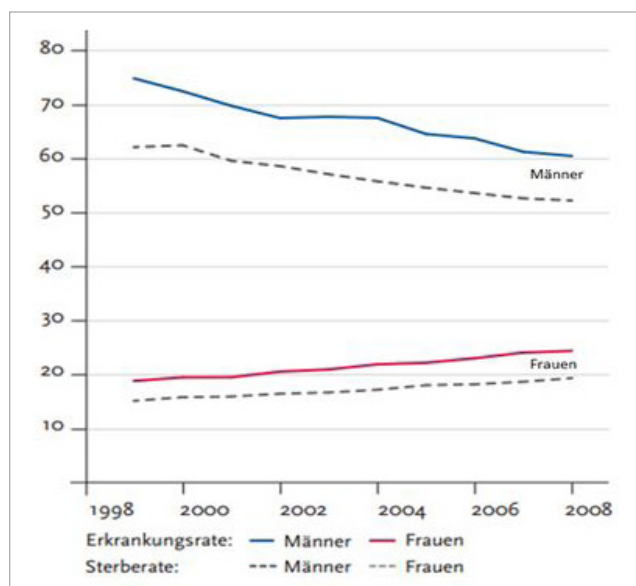


Abb. 23 - Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, ICD-10: C33-C34, Deutschland 1999 bis 2008, je 100.000 Einw., Europastandard (RKI 2012d: 57)

Bei den Frauen steht Lungenkrebs an dritter Stelle. Wie Abb. 23 zeigt, verläuft der Trend für beide Geschlechter gegenläufig: Laut Angaben des RKI stiegen die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten bei den Frauen seit Ende der 1990er-Jahre um etwa 30 %, während sich die Raten der Männer kontinuierlich verringern (ebd.). Dies ist größtenteils auf den angestiegenen Tabakkonsum junger Frauen zurückzuführen. Bei den Männern sind in etwa neun von zehn Lungenkrebskrankungen auf das Rauchen zurückzuführen, bei den Frauen mindestens sechs von zehn, mit einer steigenden Tendenz (ebd.).

Im Bodenseekreis sind 14,9 % aller verlorenen Lebensjahre aufgrund von Krebserkrankungen auf bösartige Neubildungen der Atmungsorgane zurückzuführen. Das durchschnittliche Sterbealter betrug 70,2 Jahre. 2008 lag das durchschnittliche Erkrankungsalter bei den Männern bei 69 Jahren, bei den Frauen bei 68 Jahren (ebd.). Die Männer verloren mit 2.212,5 Jahren mehr als doppelt so viele Lebensjahre aufgrund von Lungenkrebs als die Frauen mit 990 Jahren. Im Bodenseekreis gab es im Zeitraum von 2006 bis 2010 insgesamt 312 Todesfälle aufgrund von Neubildungen der Atmungsorgane. Im Vergleich zu Baden-Württemberg ist die altersstandardisierte Sterberate im Bodenseekreis deutlich niedriger. Abb. 24 zeigt, dass der Bodenseekreis auch im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen eine deutlich niedrigere Sterberate aufweist.

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	93	219	312
Ø Sterbealter	70	70,2	70,2
PYLL	990	2.212,5	3.202,5
Anteil PYLL an Krebserkrankungen	9,8 %	19,4 %	14,9 %

Tab. 6 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (ICD-10: C3) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

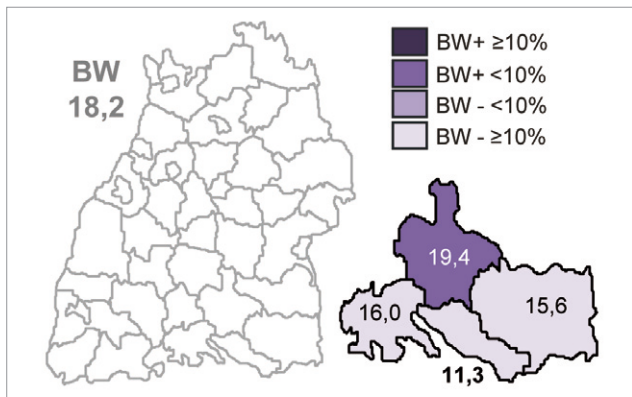


Abb. 24 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39) (Alter: 15 bis 64 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

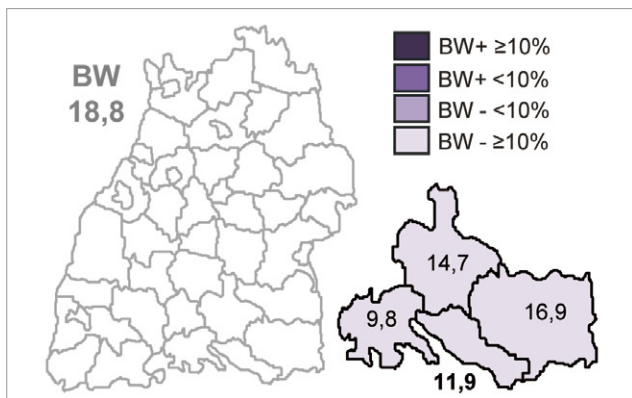


Abb. 25 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

2010 wurden 259 Personen aufgrund von Neubildungen der Atmungsorgane im Bodenseekreis in einem Krankenhaus behandelt (Abb. 25). Davon wurden mit 191 Behandlungen fast dreimal so viele Männer wie Frauen (68 Fälle) behandelt. Die altersstandardisierte Behandlungsrate pro 10.000 Einwohner zeigt, dass im Bodenseekreis wesentlich weniger Krankenhausbehandlungen vorkommen als in Baden-Württemberg. Im Vergleich zu den anderen Landkreisen liegt lediglich die Rate des Landkreises Konstanz unter der des Bodenseekreises. Sowohl Ravensburg als auch Sigmaringen weisen eine deutlich höhere Behandlungsrate auf.

4.5 Bewertung

Sowohl die Todesursachenstatistik als auch die Krankenhausbehandlungszahlen weisen auf eine unterdurchschnittliche Betroffenheit des Bodenseekreises bezüglich Krebserkrankungen der Atmungsorgane hin. Dieses positive Bild zeigte sich bereits 2001 im ersten Gesundheitsbericht des Bodenseekreises (LRA BSK 2001: 12). Der Bodenseekreis weist folglich schon mehrere Jahre eine positive Bilanz bezüglich Neubildungen der Atmungsorgane auf. Da Lungenkrebs die häufigste Krebserkrankung der Atmungsorgane darstellt, wären ergänzende Informationen über den Tabakkonsum im Bodenseekreis aufschlussreich. Da diese Informationen nicht vorliegen, kann nur vermutet werden, dass die vergleichsweise niedrigen Behandlungs- und Sterberaten größtenteils auf das Rauchverhalten im Bodenseekreis zurückzuführen sind. Weitere Risikofaktoren, wie eine chronische Asbestexposition, spielen eine untergeordnete Rolle: Etwa 9 bis 15 von 100 Lungenkrebsfälle sind auf krebserregende Stoffe zurückzuführen (RKI 2012d: 56). Es ist davon auszugehen, dass dieses Risiko in den nächsten Jahren weiter sinken wird (HURRELMANN, KLOTZ, HAISCH 2009: 150). Daher zählen primärpräventive Ansätze zur Reduktion des Tabakkonsums zu den erfolgversprechendsten Präventionskonzepten.

Bei der Analyse der Lungenkrebserkrankungen im Bodenseekreis wären Informationen aus dem baden-württembergischen Krebsregister aufschlussreich. Daher gilt auch hier, dass genauere Analysen erst in einigen Jahren durchgeführt werden können.

4.6 Brustkrebs (ICD-10: C50)

Bei den Frauen sind die meisten Krebssterbefälle auf Brustkrebs zurückzuführen (siehe Abb. 17). Abb. 26 zeigt, dass die alterststandardisierte Neuerkrankungsrate an Brustkrebs zwischen 1980 und 2004 in Deutschland um ca. 50 % gestiegen ist. Nach Ergebnissen der Veröffentlichung „Krebs in Deutschland“ erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs (RKI 2012d: 64). Das durchschnittliche Erkrankungsalter von 63 Jahren ist deutlich niedriger als das der meisten anderen Krebserkrankungen (RKI 2010b: 78). Die alterststandardisierte Sterberate ging in den letzten Jahren deutlich zurück und lag 2004 5 % niedriger als noch 1980 (ebd.). Die Überlebensraten von Brustkrebspatientinnen haben in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen. Insgesamt stiegen die 5- bzw. 10-Jahres-Erkrankungsraten von 1990 bis 2004 um etwa 40 % (ebd.).

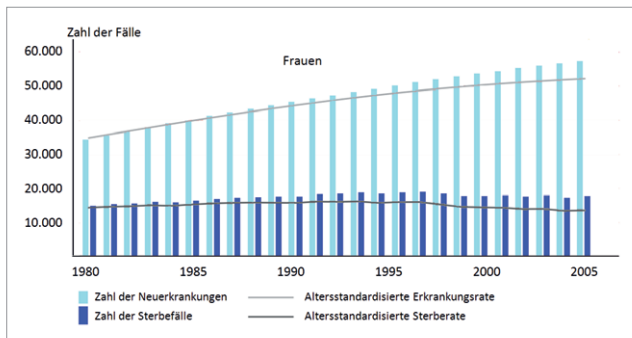


Abb. 26 - Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten an Brustkrebs (Europa-standard) in Deutschland 1980 bis 2004 (RKI 2010b: 79)

Eine frühe Regelblutung, höheres Lebensalter, Kinderlosigkeit oder auch ein höheres Lebensalter bei der Geburt des ersten Kindes werden häufig mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs in Verbindung gebracht. Des Weiteren zählen ein später Beginn der Wechseljahre, starkes Übergewicht und Bewegungsmangel, ionisierte Strahlung, Rauchen und ein erhöhter Alkoholkonsum zu den Risikofaktoren für Brustkrebs (a. a. O: 77).

Seit 1971 gibt es einen gesetzlich geregelten Anspruch auf eine jährlich stattfindende Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung mit Abtasten der Brust und Anleitung zur Selbstuntersuchung. Seit 2004 existiert außerdem bundesweit ein Mammographie-Screening-Programm für 50- bis 69-jährige Frauen (RKI 2010b: 77), welches 2005 bis 2008 in Deutschland eingeführt wurde. Somit kann man seit vier Jahren von einem flächendeckenden Screening-Programm sprechen. Für das Mammographie-Screening-Programm werden Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr sogar schriftlich zur Teilnahme eingeladen (KRAYWINKEL 2012: 8). Bundesweit dürften sich die ersten Auswirkungen des neu eingeführten Programms erst 2015 bemerkbar machen (KRAYWINKEL 2012: 8). Allerdings stiegen bereits 2005 die Neuerkrankungsraten der Brustkrebserkrankungen in Deutschland sprunghaft an, was mitunter auf eine vorzeitige Erkennung vorhandener Tumore zurückgeführt werden kann (RKI 2012d: 64). Es liegt nahe, dass dadurch auch gutartige Tumore diagnostiziert wurden, die ohne Screeningmaßnahmen lebenslang unerkannt geblieben wären.

2006 bis 2010 starben im Bodenseekreis 235 Frauen an Krebserkrankungen der Brustdrüse. 26,8 % aller aufgrund von Krebserkrankungen verlorener Lebensjahre sind bei den Frauen auf Erkrankungen der Brustdrüse zurückzuführen (Tab. 7).

	Frauen	Gesamt
Todesfälle	235	238
ø Sterbealter	70,4	70,4
PYLL	2.717,5	2.732,5
Anteil PYLL an Krebserkrankungen	26,8 %	12,7 %

Tab. 7 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Die Sterblichkeit aufgrund von Brustkrebs ist im Bodenseekreis wesentlich höher als in Baden-Württemberg (Abb. 27). Die altersstandardisierte Sterberate des Bodenseekreises ist gegenüber der Rate Baden-Württembergs um 15,5 % erhöht. Auch im Vergleich mit den angrenzenden Landkreisen zeigt sich die höchste Sterberate im Bodenseekreis. Lediglich der Landkreis Ravensburg liegt knapp unter der Rate Baden-Württembergs.

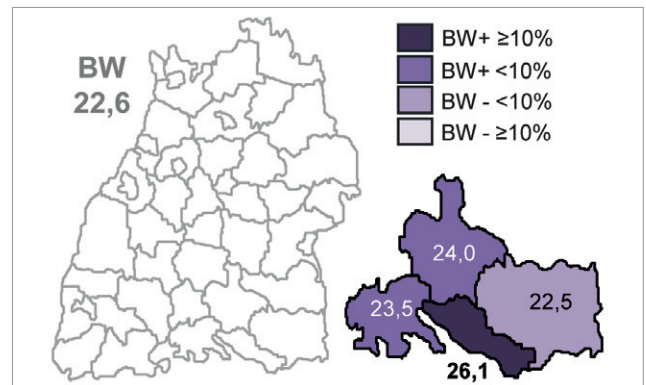


Abb. 27 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50) (Alter: 25 bis 64 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Frauen; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Die altersstandardisierten Krankenhausbehandlungsraten zeigen ein ähnliches Muster: Die Rate des Bodenseekreises ist deutlich höher als die Raten der Landkreise Konstanz und Sigmaringen. Auch gegenüber Baden-Württemberg weist der Bodenseekreis eine leicht erhöhte Behandlungsrate auf. Der Landkreis Ravensburg zeigt die höchste Behandlungsrate.

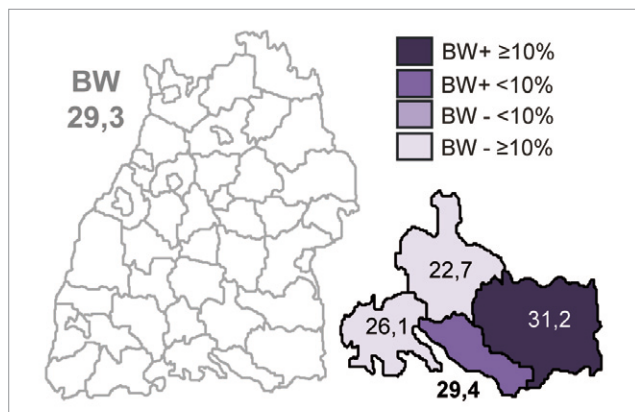


Abb. 28 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Frauen; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

2001 lag die Sterberate des Bodenseekreises leicht über dem Landesschnitt, wies aber im Vergleich zu den angrenzenden Nachbarkreisen nicht die höchste Rate auf (vgl. LRA BSK 2001: 13). Die vergleichsweise hohen Sterbe- und Behandlungsraten des Bodenseekreises sind folglich kein neues Phänomen.

4.7 Bewertung

Die starke Zunahme an Neuerkrankungen von Brustkrebs bei Frauen bei gleichzeitigem Rückgang der Sterblichkeit hat in den letzten Jahren zu einem Anstieg der Brustkrebsdiagnosen in Deutschland geführt. Dieser deutschlandweite Trend zeigt sich auch im Bodenseekreis. Eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen des Gesundheitsberichts 2001 zeigt, dass die Sterblichkeits- und Krankenhausbehandlungsraten des Bodenseekreises im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen seit Jahren schlechter abschneiden. Und das trotz der Sensibilisierung für die Problematik und des neu eingeführten Brustkrebszentrum im Bodenseekreis.

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass das 2004 eingeführte Mammographie-Screening-Programm durchaus zu dem beobachteten Anstieg der Brustkrebsdiagnosen beigetragen haben kann. Da die endgültigen Auswirkungen dieses Programms erst 2015 erkennbar sein dürften, kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Bewertung bezüglich der Sterbe- und Behandlungsraten gegeben werden. Es ist daher sinnvoll, die Entwicklung in den kommenden Jahren zu beobachten und die ersten Ergebnisse des neu eingeführten baden-württembergischen Krebsregisters abzuwarten.

5. Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind laut Todesursachenstatistik die häufigste Todesursache in Deutschland und stellen den höchsten Anteil an Krankenhausfällen dar (RKI 2008b: 7). Für die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann, wie auch für die Sterblichkeit durch Krebserkrankungen, ein Rückgang der Todesfälle im Verlauf der letzten Jahre vermerkt werden (LAMPERT, ZIESE, KURTH 2010: 33) (Abb. 29). Dabei stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nur eine der Haupttodesursachen in der Gesellschaft dar, sondern zählen auch zu den Hauptursachen für Behinderungen. Die größte Zunahme der Lebenserwartung zwischen 1980 und 2002 in Deutschland wird gemäß HEUSCHMANN, NEUHAUSER und ENDRES (2011: 145) dem Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugeschrieben. So verstarben 2011 in Deutschland 127.101 Personen an einer ischämischen Herzerkrankung (ICD-10: I20-I25) und 59.066 Personen am Schlaganfall (ICD-10: I60-I64) verglichen mit 178.715 Personen und 90.194 Personen im Jahre 1998 (DESTATIS 2012c). Zukunftsprognosen weisen jedoch darauf hin, dass der

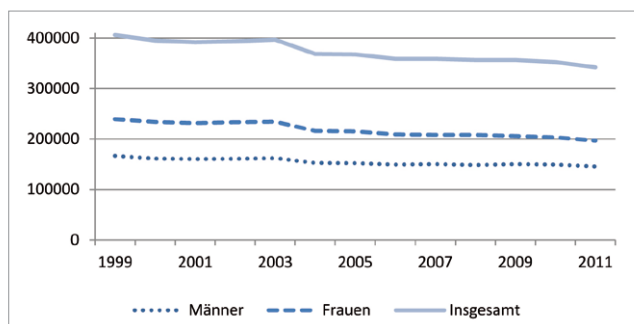


Abb. 29 - Entwicklung der Anzahl der Herz-Kreislauf-Todesfälle in Deutschland 1998 bis 2011 (Daten: DESTATIS 2012c; eigene Darstellung)

Anteil der Herz-Kreislauf-Patienten an Krankenhausaufenthalten bis zum Jahr 2030 entgegen dem jetzigen Trend um über 26 % ansteigen könnte (STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010: 12 f). Dieser Anstieg lässt sich weitestgehend auf die Überalterung der Gesellschaft und die Verbesserung der medizinischen Therapien zurückführen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten vor allem im mittleren Lebensalter auf und das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Alter an (RKI 2011: 30). Der Anstieg von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter ist aber, wie bereits in Kapitel 3 erläutert, vorsichtig zu interpretieren, da die Diagnose Herz-Kreislauf-Erkrankung als Todesursache mit zunehmendem Alter aufgrund von Mehrfacherkrankungen immer ungenauer wird. Letztendlich führt fast immer ein Herz-Kreislaufversagen zum Tode. Nicht immer ist dies auch die eigentliche Todesursache, sondern oft nur die Folge einer anderen Erkrankung.

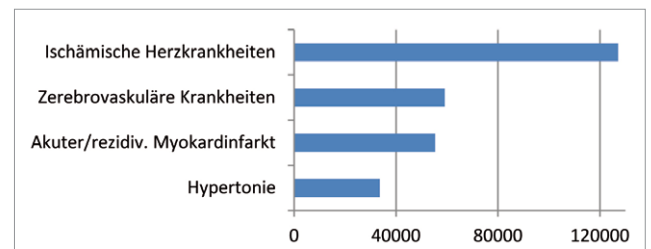


Abb. 30 - Die vier häufigsten Todesursachen (Gestorbene in Deutschland) aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahr 2011 (Daten: DESTATIS 2012c; eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein (ICD-10: I) und die vier häufigsten Unterkategorien (Abb. 30), betrachtet. Weit führend unter den Todesfällen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die ischämischen Herzkrankheiten. An den darauffolgenden Stellen stehen die zerebrovaskulären Krankheiten (Schlaganfall), der Myokardinfarkt (Herzinfarkt) und die Hypertonie (Bluthochdruck). Diese Auswahl orientiert sich an den aktuellen Daten zu den Todesfällen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahre 2011 (DESTATIS 2012c).

Die Erkrankungs- und Sterberate aufgrund von Herz-Kreislauf-Problematiken wird stark vom Gesundheitsverhalten, der sozialen Lage und dem Alter der Menschen beeinflusst. Risikofaktoren, die eine Herz-Kreislauf-Erkrankung begünstigen, sind beispielsweise Tabakkonsum, Diabetes, Arteriosklerose, Bluthochdruck und Übergewicht (LAMPERT, ZIESE, KURTH 2010: 34 und BMBF 2012).

Von 2006 bis 2010 verstarben im Bodenseekreis 3.741 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dabei lag das durchschnittliche Sterbealter der Frauen bei 86 Jahren, bei den Männern bei 78 Jahren. Insgesamt weist der Bodenseekreis ein hohes durchschnittliches Sterbealter von 82 Jahren auf. Im Vergleich mit den angrenzenden Landkreisen und Baden-Württemberg ist dies das höchste durchschnittliche Sterbealter (Tab. 8).

	BW	BSK
Sterbealter Männer	77	77,7
Sterbealter Frauen	84,8	85,6
Sterbealter gesamt	81,5	82,4

Tab. 8 - Mittleres Sterbealter (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einw. in BW und im BSK 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Darstellung)

Eine Betrachtung der altersstandardisierten Sterberate zeigt für den Bodenseekreis ein positives Bild. Sie liegt mit 29,9 deutlich unter dem Wert der angrenzenden Landkreise und Baden-Württembergs. Die Sterberate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Baden-Württemberg gehört laut Angaben des Robert Koch-Instituts und LAMPERT, ZIESE, KURTH (2010) zu den niedrigsten bundesweit.

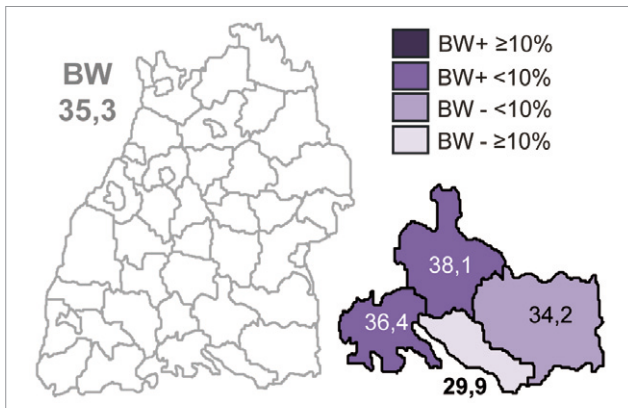


Abb. 31 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I) (Alter: 0 bis 64 Jahre, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Die Anzahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus liegt im Bodenseekreis ebenfalls unter dem Durchschnitt Baden-Württembergs. Im Jahr 2010 wurden im Bodenseekreis 4.724 Personen (2.441 Männer, 2.283 Frauen) aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt. Die Rate der Krankenhausaufenthalte, pro 10.000 Einwohner, ist im Bodenseekreis mit 218,5 niedriger als in Ravensburg (254,5), Sigmaringen (236,8) und Konstanz (233,5). Alle vier Landkreise liegen aber deutlich unter der Rate von Baden-Württemberg (264,4) (Abb. 32).

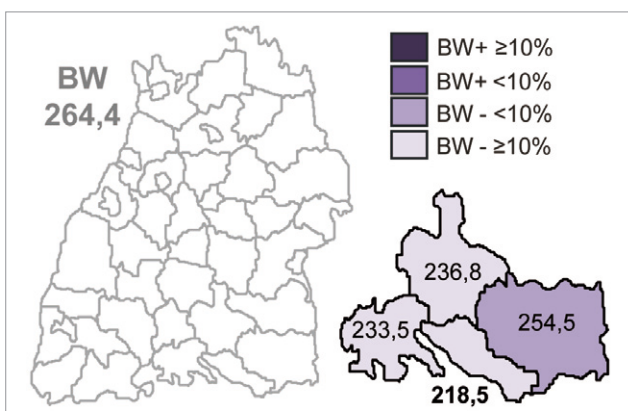


Abb. 32 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

5.1 Bewertung

Die altersstandardisierten Raten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen sowohl für die Sterblichkeit, als auch für die Krankenhausbehandlungen eine geringe Häufung im Bodenseekreis. Diese geringe Betroffenheit im Bodenseekreis kann durchaus mitverantwortlich für die hohe Lebenserwartung im Landkreis sein. Dieser erfreuliche Befund kann zum einen auf eine gute soziale Lage, zum anderen aber auch auf eine gute Versorgungsstruktur zurückgeführt werden.

Die meisten Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind auf die ischämischen (koronaren) Herzkrankheiten, zu denen der Myokardinfarkt (I21-I22) gehört, und die zerebrovaskulären Krankheiten, zu denen der Schlaganfall (I64) gehört, zurückzuführen. Daher werden diese im Folgenden näher betrachtet.

5.2 Ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25)

Bei einer ischämischen Herzerkrankung kommt es zu einer Mangeldurchblutung des Herzens aufgrund verengter Herzkranzgefäße. Dabei spielt der akute Herzinfarkt eine vorrangige Rolle. Zu den vermeidbaren Risikofaktoren der ischämischen Herzerkrankungen gehören: Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels (RKI 2006: 14 f).

Wird der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Wahrscheinlichkeit, an einer ischämischen Herzerkrankung zu erkranken, betrachtet, fällt auf: Personen in schlechterer sozialer Lage erleiden häufiger eine ischämische Herzkrankheit als Personen in besserer sozialer Lage. Die Erklärung hierfür ist unter anderem ein höheres Gesundheitsbewusstsein und ein geringeres Vorhandensein von Risikofaktoren in den höheren Schichten (RKI 1998: 1 ff).

Insgesamt sterben über alle Altersgruppen hinweg mehr Männer als Frauen. Bei den Männern zeigt sich vor allem in jüngerem Alter eine höhere Sterblichkeit als bei den Frauen. In den höheren Altersgruppen wird dieser Unterschied immer geringer (RKI 2006: 7 ff).

In den Jahren 2006 bis 2010 starben im Bodenseekreis 1.164 Einwohner an ischämischen Herzkrankheiten. 533 dieser Todesfälle hatten ihre Ursache in einem akuten Herzinfarkt. Die Todesfälle sind im BSK gleichrangig auf beide Geschlechter verteilt (Männer 605 Todesfälle, Frauen 559 Todesfälle). Auffallend ist aber, dass sich das durchschnittliche Sterbealter an dieser Erkrankung stark unterscheidet. Im Bodenseekreis liegen die Männer mit

rund 76 Jahren fast neun Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter der Frauen (84,5 Jahre). Dies entspricht dem durchschnittlichen Sterbealter in Baden-Württemberg (Männer 75,7 Jahre, Frauen 84,1 Jahre).

Die Sterberaten sind bei den Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren um ein Vierfaches höher als bei den Frauen (Tab. 9). Bei den Todesfällen durch ischämische Herzkrankheiten gelten v. a. die Todesfälle von 35 bis 64 Jahren als vermeidbar und werden daher näher betrachtet (HELLMEIER 2008: 1).

Sterberate ICD-10: I20-I25	BW	BSK
Männlich	51,2	40,1
Weiblich	10,9	9,2
Gesamt	31,2	24,5

Tab. 9 - Vergleich der altersstandardisierten Sterberaten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 zwischen BW und BSK 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

Die altersstandardisierte Sterberate an ischämischen Herzkrankheiten liegt im Bodenseekreis deutlich unter der Rate Baden-Württembergs und der Rate der angrenzenden Landkreise Konstanz, Ravensburg und Sigmaringen (Abb. 33).

Im Jahr 2010 liegen die Krankenhausbehandlungsraten pro 10.000 Einwohner im Bodenseekreis und den angrenzenden Landkreisen unter der Durchschnittsrate von Baden-Württemberg. Die betrachteten angrenzenden Landkreise weisen aber, mit Ausnahme von Ravensburg, geringere Behandlungsraten trotz höherer Sterberaten auf (Abb. 34).

5.3 Bewertung

Die Sterbe- und Krankenhausbehandlungsraten an ischämischen Herzkrankheiten im Bodenseekreis fallen im Vergleich zu der Rate Baden-Württembergs sehr positiv auf. Im Vergleich mit den angrenzenden Landkreisen zeigt sich, dass der Bodenseekreis die geringste Sterblichkeitsrate aufweist. 2001 lag die Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten im Bodenseekreis noch über den Raten von Konstanz und Ravensburg (LRA BSK 2001: 9 f). Es zeigt sich somit ein positiver Trend in den letzten Jahren.

Bezüglich der Krankenhausbehandlungsraten liegt der Bodenseekreis 2010 im Mittelfeld: Die Rate liegt über den Raten von Konstanz und Sigmaringen aber unter der Rate von Ravensburg. Alle betrachteten Landkreise weisen eine geringere Krankenhausbehandlungsraten als Baden-Württemberg auf. Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen sind die hier genannten Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. In der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen verstarben 91 Männer und 21 Frauen aufgrund einer ischämischen Herzerkrankung. Die geringe Anzahl an Verstorbenen kann daher durch Zufallsschwankungen beeinflusst sein.

5.4 Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I60-I69)

Zerebrovaskuläre Krankheiten umfassen Erkrankungen der Gehirngefäße wie Hirnblutungen und Hirninfarkte, auch Schlaganfälle genannt. Der Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung des Ge-

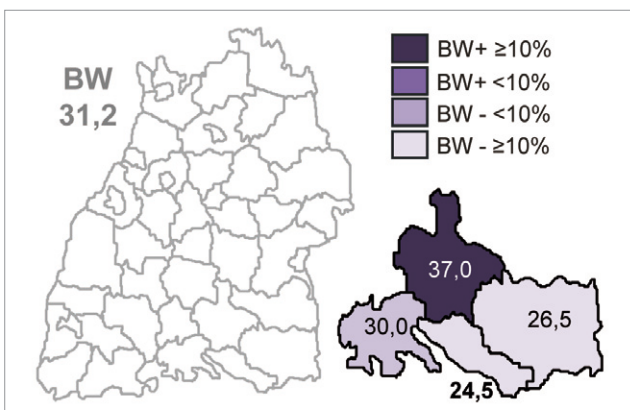


Abb. 33 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch ischäm. Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) (Alter: 35 bis 64 Jahre, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

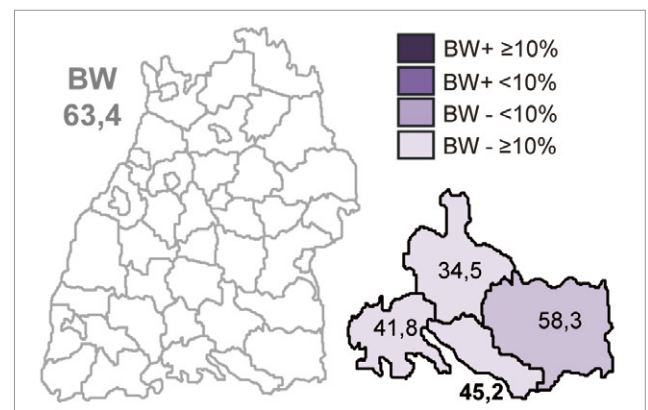


Abb. 34 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von ischäm. Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

hirns, die massive Auswirkungen auf die Motorik, Sprache, Sinne und das Bewusstsein haben kann. Etwa 80 % aller Schlaganfälle werden durch einen Durchblutungs-mangel einer Hirnregion verursacht und etwa 20 % durch eine Hirnblutung. Die Häufigkeit des Schlaganfalls nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu (DZA 2011: 25) und ist bei Frauen die vierthäufigste und bei Männern die fünfhäufigste Todesursache (GBE 2006: 27).

Ein häufiger Risikofaktor für einen Schlaganfall ist Bluthochdruck (Hypertonie). Risikofaktoren für die Entwicklung eines Bluthochdrucks sind Übergewicht, hohe Kochsalzzufuhr, hoher Alkoholkonsum, Stress und Diabetes mellitus (RKI 2008b: 7). Bluthochdruck selbst stellt eine große Gefahr für die Entstehung eines Schlaganfalls dar, weil er aufgrund seiner geringen Beschwerden oft jahrelang unbemerkt bleibt (LRA BSK 2001).

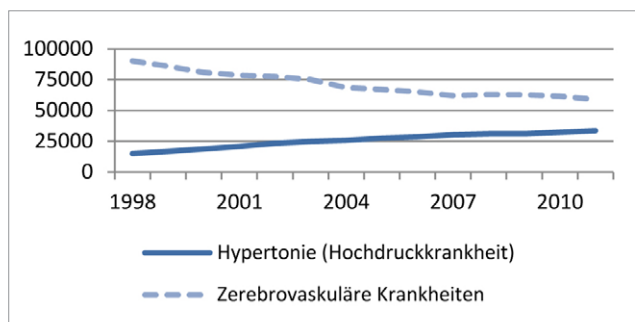


Abb. 35 - Todesfälle aufgrund von Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen von 1998 bis 2011 in Deutschland (eigene Darstellung nach DESTATIS 2012c)

In Deutschland ist seit einigen Jahren ein Rückgang der Todesfälle aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen festzustellen (Abb. 35) und das, obwohl die Todesfälle durch den Hauptrisikofaktor Bluthochdruck in der Gesellschaft zunehmen. Bluthochdruck begünstigt neben den zerebrovaskulären Erkrankungen auch die Entstehung eines Herzinfarktes, peripherer Durchblutungsstörungen, Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz (RKI 2008b: 7). Zu den häufigen Folgen, die auf Bluthochdruck zurückzuführen sind, zählen Frühinvalidität, eingeschränkte Lebensqualität und krankheitsbedingte bzw. vorzeitige Todesfälle. Diese sind größtenteils vermeidbar, unter anderem durch eine Verbesserung der Präventionsmaßnahmen bezüglich Bluthochdrucks. So können beispielsweise alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr im Rahmen eines Früherkennungsverfahrens ihren Blutdruck messen lassen (ebd.).

Der Rückgang der Sterblichkeit und die Prognosen eines weiteren Anstiegs an zerebrovaskulären Erkrankungen durch die demografische Alterung lassen vermuten, dass der tödliche Verlauf dieses Krankheitsbildes reduziert wurde. Die Ursachen können vielfältig sein. Bei den meisten Schlaganfällen sind die ersten Minuten und Stunden mit dem höchsten Sterberisiko verbunden. Um dieses Risiko zu senken, wurden spezialisierte Krankenhausabteilungen (so genannte Stroke Units) für die Optimierung der Akutversorgung für Schlaganfälle eingeführt (GBE 2006: 28). Um die Akutversorgung bei Schlaganfällen in Baden-Württemberg zu optimieren, hat sich das Bundesland erst kürzlich in das Zertifikationsverfahren der deutschen Schlaganfall-Gesellschaft integrieren lassen (DGS 2010).

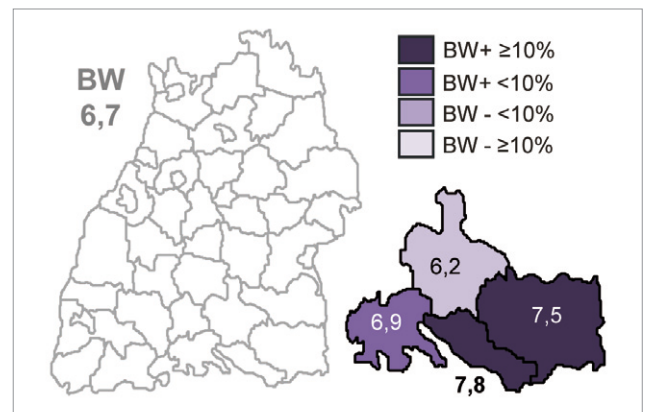


Abb. 36 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I10-I15, I60-I69) (Alter: 0 bis 64 Jahre, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

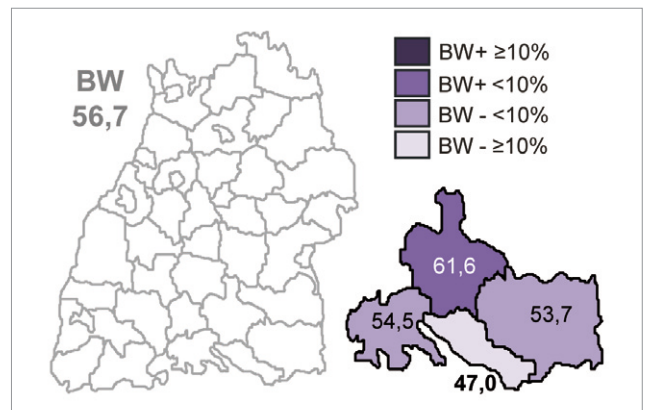


Abb. 37 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I10-I15, I60-I60) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Von 2006 bis 2010 verstarben im Bodenseekreis 1.137 Menschen an Bluthochdruck oder zerebrovaskulären Erkrankungen. Die Zahl der Frauen (726) war dabei doppelt so hoch wie die der Männer (375). Betrachtet man jedoch nur die Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen, fällt auf, dass insgesamt 65 Personen, 37 Männer und 28 Frauen, an Bluthochdruck oder zerebrovaskulären Erkrankungen verstorben sind.

Der Bodenseekreis verzeichnet im Vergleich zu Baden-Württemberg und den angrenzenden Landkreisen die höchste Sterberate in den Jahren 2006 bis 2010. Er liegt damit zusammen mit dem Landkreis Ravensburg über dem Wert Baden-Württembergs (Abb. 36).

Im Jahr 2010 gab es 1.013 Krankenhausaufenthalte im Bodenseekreis aufgrund von Bluthochdruck oder zerebrovaskulären Erkrankungen. Die Rate der Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist im Bodenseekreis dabei deutlich niedriger als in Baden-Württemberg. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in den angrenzenden Landkreisen (Abb. 37).

5.5 Bewertung

Vorab ist anzumerken, dass die vergleichsweise geringen Fallzahlen in der Altersgruppe der 35- bis 65-Jährigen die Ergebnisse beeinflussen können. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Analysen zeigen eine erhöhte Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen und Bluthochdruck im Bodenseekreis im Vergleich mit Baden-Württemberg. Verglichen mit den Ergebnissen des ersten Gesundheitsberichts 1993 bis 1997 zeichnet sich somit ein negativer Trend ab: War der Bodenseekreis 2001 noch der Landkreis mit der geringsten Sterberate, weist er heute die höchste Rate verglichen mit den angrenzenden Landkreisen auf (LRA BSK 2001: 10). Um sicherzustellen, dass es sich dabei nicht um einen vorübergehenden Trend handelt, sollten diese inkonsistenten Ergebnisse weiter beobachtet werden.

Die Behandlungsfälle 2010 sind im regionalen Vergleich relativ gering, was möglicherweise in Kombination mit der erhöhten Sterblichkeit ein Indiz für eine optimierungsbedürftige Erstversorgung darstellen könnte. Der Bodenseekreis hat durch die Teilnahme Baden-Württembergs an dem Zertifizierungsverfahren der DGS (2010) bereits für eine Optimierung der Erstversorgung bei Schlaganfall gesorgt. Erste Auswirkungen werden sich aber erst in einigen Jahren zeigen.

Weiterhin ist im Rahmen der Schlaganfallprävention eine Senkung des Bluthochdrucks anzustreben. Bluthochdruck wird, wie zu Beginn des Kapitels bereits erläutert, meist aufgrund seines beschwerdefreien Auftretens nicht ernst genug genommen und führt oft zu eigentlich vermeidbaren Folgeerkrankungen. Hier ist es wichtig, die Bevölkerung durch Informationen und Früherkennung zu sensibilisieren.

6. Psychische Störungen (ICD-10: F00-F99)

Psychische Störungen sind derzeit in aller Munde. Dies ist vor allem durch die hohen Erkrankungszahlen, die häufige Chronifizierung, die vielseitigen Folgen und die daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten zu erklären (MAUZ, JACOBI 2008: 343).

So hat die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) ergeben, dass jedes Jahr 33,3 % der Bevölkerung in Deutschland von mindestens einer psychischen Störung betroffen sind (WITTCHEN, JACOBI 2012: 8). Am häufigsten treten Angststörungen auf, gefolgt von Alkoholstörungen und Depressionen (Abb. 38). Grundsätzlich sind Frauen häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer (35,9 % vs. 30,7 %). Laut Angaben der DEGS bilden alkoholbedingte Störungen die einzige Ausnahme, wobei lediglich ein Viertel der Erkrankten Frauen sind (a. a. O.: 10).

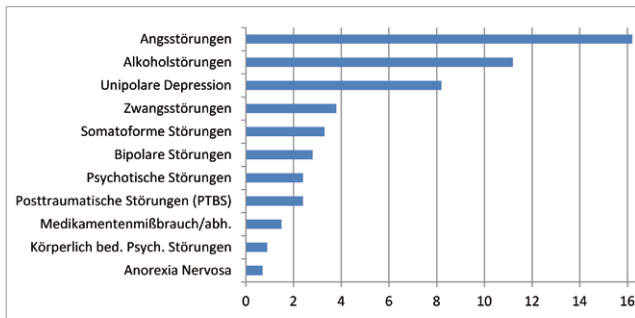


Abb. 38 - Häufigste psychische Störungen in Deutschland im Zeitraum von einem Jahr in Prozent (eigene Darstellung nach WITTCHEN, JACOBI 2012: 8)

Laut WITTCHEN und JACOBI (2012: 17) können psychische Störungen am häufigsten in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen (45 %) beobachtet werden. BUSCH, HAPKE und MENSINK (2011: 1) hingegen berichten in ihren Zahlen und Trends zur psychischen Gesundheit und gesunden Lebensweise, dass Personen im Alter von 50 bis 60 Jahren häufiger in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt sind, als Personen in anderen Altersgruppen. Folglich existieren unterschiedliche Aussagen bezüglich der am häufigsten von psychischen Störungen betroffenen Altersgruppe.

Depressionen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen (RKI 2010a: 7). Sie sind dem Formenkreis der sogenannten affektiven Störungen (ICD 10: F30-F39) zugeordnet, welche wiederum verschiedene Formen depressiver sowie manischer bzw. manisch-depressiver Erkrankungen beinhalten (RKI 2010a: 7).

„Zu den Hauptsymptomen dieser Störungen zählen eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität hin zur Depression oder gehobenen Stimmung“ (DIM-DI 2012). Aufgrund ihrer Häufigkeit, aber auch ihrer individuellen und gesellschaftlichen Folgen, haben insbesondere die Depressionen eine große gesundheitspolitische und ökonomische Bedeutung. So sind sie laut der „Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010)“ weltweit auf dem elften Platz der führenden Gründe für durch vorzeitigen Tod verlorener Lebensjahre und in Behinderung gelebter Lebensjahre (insgesamt als „Disability-adjusted life years“ (DALYs) bezeichnet) (MURRAY 2012: 2216). In Westeuropa stehen sie nach Rückenschmerzen, ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten an vierter Stelle (ebd.).

In Deutschland leiden im Zeitraum von einem Jahr 12 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren (fast sechs Millionen Menschen) unter einer affektiven Störung. Über das gesamte Leben verteilt erhöht sich dieser Prozentsatz auf 19 %, sodass 25 % der Frauen und 12 % der Männer im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken (RKI 2010a: 19). Frauen sind über alle Altersgruppen hinweg etwa doppelt so häufig von einer Depression betroffen wie Männer; dies ist vor allem in der jüngsten Altersgruppe deutlich zu beobachten (ebd.). Die Folgen einer depressiven Störung sind vielfältig, wie beispielsweise lang anhaltende Arbeitsausfälle oder Arbeitsunfähigkeit. So sind die ökonomischen Folgen der Depression enorm: im Jahr 2008 betragen die Krankheitskosten für Depression (medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen) insgesamt 5,2 Milliarden Euro (a. a. O.: 24 ff).

Im Bodenseekreis verstarben im Zeitraum von 2006 bis 2010 insgesamt 114 Personen an psychischen Störungen: davon etwas mehr Frauen als Männer (65 vs. 49 Verstorbene). Aufgrund der sehr geringen Sterblichkeit an psychischen Störungen bis zum 65. Lebensjahr (insgesamt 27 Personen) wird auf eine detailliertere Darstellung und einen Vergleich der Landkreise verzichtet.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 2.249 Personen aufgrund psychischer Störungen im Krankenhaus behandelt: davon etwas mehr Frauen als Männer (1.168 zu 1.081). Dies führt zu einer altersstandardisierten Behandlungsrate von 108,9 Personen pro 10.000 Einwohner, die unter der Behandlungsrate des Landes Baden-Württemberg und den umliegenden Landkreisen liegt (Abb. 39). Besonders hervorzuheben ist, dass der Bo-

denseekreis als einziger der vier Vergleichslandkreise unter der Behandlungsrate des Landes liegt. Vor allem die Landkreise Ravensburg und Sigmaringen weisen im Vergleich zu Baden-Württemberg sehr hohe Raten auf.

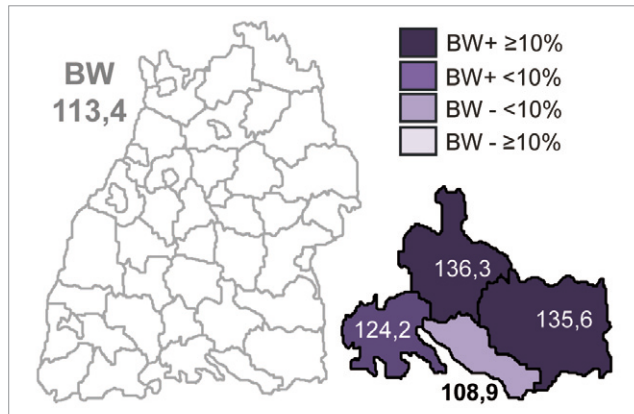


Abb. 39 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von psychischen Störungen (ICD-10: F) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Betrachtet man die einzelnen Diagnosen, die unter dem Überbegriff „Psychische Störungen“ zusammengefasst sind, so stellt sich die Lage im Bodenseekreis insgesamt sehr positiv dar. Bei den meisten der fünf häufigsten psychischen Störungen im Bodenseekreis (Abb. 40) lassen sich geringere Behandlungsraten als in Baden-Württemberg feststellen. Auf Platz eins der fünf häufigsten psychischen Störungen im Bodenseekreis befinden sich die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), zu denen auch alkoholbedingte psychische Störungen zählen. Im Bodenseekreis entspricht der Anteil der Behandlungsrate der auf psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen entfällt, fast 30 % der psychischen Störungen. Trotzdem weist der Bodenseekreis geringere Behandlungsraten als Baden-Württemberg auf.

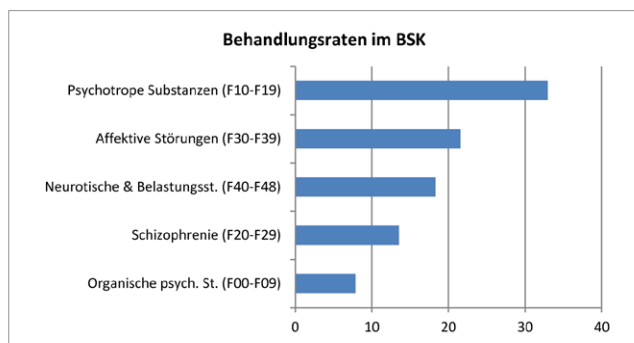


Abb. 40a - Die häufigsten psychischen Störungen im Bodenseekreis (ICD-10: F00-F48) (Behandlungsraten pro 10.000 Einw.) (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

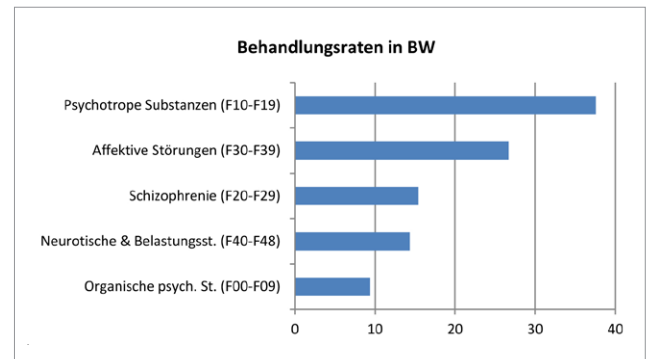


Abb. 40b - Die häufigsten psychischen Störungen in Baden-Württemberg (ICD-10: F00-F48) (Behandlungsraten pro 10.000 Einw.) (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Da psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit Abstand den größten Anteil an psychischen Störungen im Bodenseekreis ausmachen, werden diese im Folgenden näher betrachtet.

Der Konsum psychotroper Substanzen ist weltweit einer der größten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod (KRAUS, PABST, MÜLLER 2009: 19). Zu den psychotropen Substanzen nach ICD-10 zählen u. a. Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Kokain, Nikotin und Haluzinogene (KROLLNER 2012).

Im Bodenseekreis lag die Behandlungsrate aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 2010 bei 33,0 pro 10.000 Einwohner und damit deutlich unter dem Landeswert von 37,6. Entsprechend dem allgemeinen geschlechtsspezifischen Trend (KRAUS, PABST, MÜLLER 2009: 31, 39) sind dabei deutlich höhere Behandlungsraten für Männer als für Frauen zu beobachten (46,7 vs. 19,8).

Der größte Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Bodenseekreis entfällt mit 80 % auf Alkohol. Aufgrund dieses enormen Anteils wird nachfolgend auf die Darstellung weiterer psychotroper Substanzen verzichtet und die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) werden näher erläutert.

6.1 Bewertung

Insgesamt zeigt sich bezüglich der Behandlungsraten aufgrund psychischer Störungen im Bodenseekreis ein sehr positives Bild. Mit sehr wenigen Ausnahmen können für psychische Störungen allgemein, aber auch für die einzelnen Unterdiagnosen, geringere Behandlungs-

raten als im Land Baden-Württemberg verzeichnet werden. Einzig die Behandlungsrate der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) liegt über der Baden-Württembergs, wobei dieser Wert nicht unbedingt ein erhöhtes Krankheitsaufkommen bedeuten muss, sondern unter Umständen auch auf leicht unterschiedliche Diagnosestellungen in den einzelnen Landkreisen zurückzuführen ist.

Dieses ohnehin schon gute Ergebnis kann in Anbetracht der vielfältigen individuellen aber auch ökonomischen Folgen für die Gesellschaft besonders hervorgehoben werden. Psychische Störungen stehen in engem Zusammenhang mit der sozialen Lage. Somit sind Personen in schlechterer sozialer Lage deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Personen in besserer sozialer Lage (MAUZ, JACOBI 2008: 1, 7). Daher ist es erfreulich, dass sich die gute soziale und ökonomische Lage im Bodenseekreis (siehe Kapitel 2.3) auch in diesen Behandlungszahlen widerspiegelt.

6.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10)

Nach Angaben der WHO zählt Alkoholkonsum nach Rauchen und Bluthochdruck zu den häufigsten Ursachen für verlorene Lebensjahre in industrialisierten Ländern. Trotz eines langsam abnehmenden Alkoholkonsums über die letzten drei Jahrzehnte liegt Deutschland im internationalen Vergleich des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol nach wie vor an der Spitze (RKI 2008a: 7).

Exzessiver Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor nicht nur für soziale und gesellschaftliche Probleme, sondern auch für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Übermäßiger Alkoholkonsum ist besonders ein Problem von Männern im mittleren Lebensalter und kann Ursache für verschiedene Krankheiten sein. Beispielsweise Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, neurologische und psychische Störungen, aber auch für Unfälle am Arbeitsplatz oder im Haushalt, Suizid und Gewalt gegenüber anderen. Darüber hinaus kann übermäßiger Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu Schädigungen des ungeborenen Kindes führen (RKI 2008a: 16 f). Etwa 1,3 Mio. Menschen in Deutschland gelten als alkoholabhängig. Bei 9,5 Mio. Menschen wird ein gesundheitlich riskanter Konsum von Alkohol festgestellt (DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG 2012). Nach Angaben des RKI ereignet sich etwa jedes vierte bis fünfte Gewaltdelikt unter Alkoholeinfluss, bei jedem neunten tödlichen Verkehrsunfall war Alkohol im Spiel. Die Gesamtkosten für alkoholbezogene Krankheiten werden auf knapp

20 Mrd. Euro jährlich geschätzt. Außerdem hat Alkoholkonsum in Deutschland jährlich etwa 42.000 Todesfälle zur Folge (RKI 2008a: 18).

Eine Alkoholabhängigkeit liegt vor, wenn drei der folgenden ICD-10-Kriterien erfüllt werden:

- Starker Wunsch oder Zwang nach Alkoholkonsum.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bzw. Kontrollverlust bezüglich des Beginns, der Beendigung und Menge des Alkoholkonsums.
- Abstinenzverlust oder die Unfähigkeit, den Alkoholkonsum zu kontrollieren bzw. darauf zu verzichten.
- Körperliche Entzugserscheinungen
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen, um Alkohol zu konsumieren und damit verbundener fortwährender Konsum trotz gesundheitlicher Schäden (SUCHTFORSCHUNGSVERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG 2012).

Jedoch ist übermäßiger Alkoholkonsum nicht nur bei Erwachsenen weit verbreitet. So finden sich bereits bei Kindern und Jugendlichen riskante Konsummuster. 2004 berichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in ihrer regelmäßig erhobenen Drogenaffinitätsstudie (DAS) von 5 % der 12- bis 15-Jährigen und 24 % der 16- bis 19-Jährigen, die wöchentlich Alkohol konsumieren (RKI 2008a: 13). Von einem exzessiven Trinkanlass innerhalb der letzten 30 Tage berichtet fast die Hälfte der 16- bis 19-Jährigen. Mit dem Präventionsprojekt „Hart am Limit“ (HaLT) reagiert der Bodenseekreis auf die steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden mussten oder diesbezüglich von der Polizei aufgegriffen wurden. Das Projekt wurde bereits vor einigen Jahren im Bodenseekreis etabliert und lädt Kinder und Jugendliche, die durch exzessiven Alkoholkonsum aufgefallen sind, gleich nach dem Konsumereignis zu einem freiwilligen Beratungsgespräch ein. So soll frühzeitig zur Reflexion der eigenen Konsumgewohnheiten angeregt werden (BMG 2010: 3f). 2011 konnten insgesamt 111 Kinder und Jugendliche (Altersdurchschnitt 15,3 Jahre) im Bodenseekreis mit dem HaLT-Angebot erreicht werden. 77 Jugendliche konnten zu einem weiteren Beratungsgespräch motiviert werden und 50 Jugendliche nehmen am Gruppenangebot teil (PSB FN 2011: 36).

Die mit Abstand höchsten Behandlungszahlen im Krankenhaus aufgrund von Alkoholmissbrauch verzeichnet der Landkreis Ravensburg. Der Bodenseekreis hat im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen und Baden-Württemberg die niedrigste Behandlungsrate hinsichtlich alkoholbedingter Krankenhausaufenthalte für das Jahr 2010 (Abb. 41).

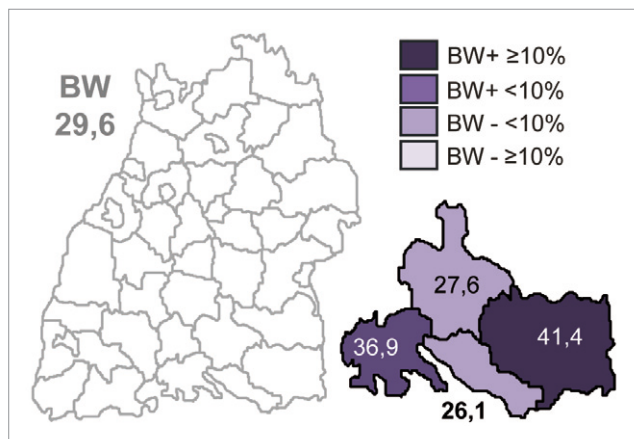


Abb. 41 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Alkohol (ICD-10: F10) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

6.3 Bewertung

Die Analyse der Krankenhausdiagnosestatistik 2010 hinsichtlich der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) zeigt im Bodenseekreis eine deutlich niedrigere Behandlungsrate bei den alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten gegenüber den anderen Landkreisen sowie im Gesamtvergleich mit Baden-Württemberg. Jedoch liegt bei alkoholbezogenen Diagnosen eine hohe Dunkelziffer vor, etwa wenn Krankheitsfälle nicht erkannt werden oder das Versterben nicht mit Alkohol in Verbindung gebracht wird.

6.4 Suizide (ICD-10: X60-X84)

Suizid, in der ICD-10 auch „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ genannt, kann als „selbst herbeigeführter Tod“ definiert werden. Es handelt sich dabei um einen absichtlichen, direkten und bewussten Versuch, das eigene Leben beenden zu wollen (COMER 2008: 270). Schätzungsweise 65 bis 90 % aller Suizide gehen auf psychische Erkrankungen - vor allem auf Depressionen - zurück (RKI 2010a: 25). Weitere Risikofaktoren für einen Suizid stellen der Verlust nahestehender Personen, soziale Isolation, finanzielle Sorgen oder auch unheilbare Erkrankungen dar (RKI 2009: 95). Jedoch lässt sich fast die Hälfte der Suizide auf weitere psychische Störungen wie Alkoholismus oder Schizophrenie zurückführen (COMER 2008: 269).

Von 1980 bis zum Jahr 2007 waren die Suizidraten in Deutschland rückläufig (RKI 2009: 95), seitdem zeigt sich jedoch wieder ein leichter Anstieg (STATISTA 2013) (Abb. 42). Da die psychischen Störungen an sich in der Bevölkerung nicht abgenommen haben, lässt sich eine

langjährige rückläufige Entwicklung am ehesten auf eine verbesserte psychosoziale und medizinische Versorgung zurückführen (RKI 2009: 95). Die Zunahme der Suizide seit 2007 hingegen ist vermutlich durch eine Überlastung des Gesundheitssystems und daraus resultierender wenig zeitnaher und zum Teil unzureichender Behandlung psychischer Störungen zu erklären (SCHAEFER 2013). Der Zunahme von Suiziden im hohen Alter muss angesichts des demografischen Wandels eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Weltweit ist die Zahl der vollzogenen Suizide bei Männern ab 75 Jahren am höchsten (RKI 2009: 95).

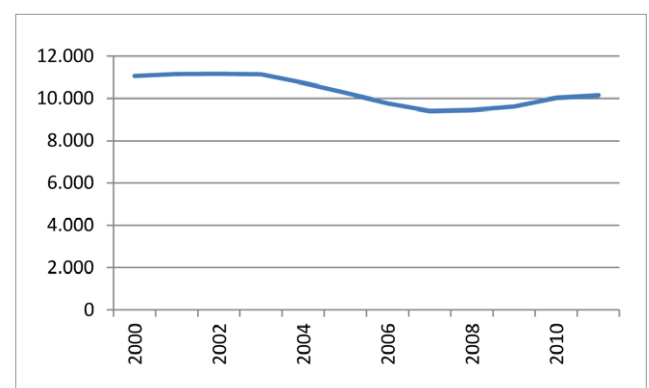


Abb. 42 - Anzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2011 (Daten: STATISTA 2013; eigene Darstellung)

Die Suizidraten sind zwischen den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich. Litauen, Südkorea, Russland, Japan und Ungarn weisen sehr hohe Raten auf: Jährlich deutlich mehr als 20 Suizide pro 100.000 Einwohner. Griechenland, Ägypten und Mexiko zeigen dagegen relativ niedrige Raten, mit weniger als fünf Suiziden pro 100.000 Einwohner. Kanada, die USA und Deutschland liegen mit Raten zwischen elf und zwölf Suiziden pro 100.000 Einwohner im Mittelfeld (WHO 2013). Eine Erklärung dieser nationalen Unterschiede, die hierbei vielfach herangezogen wird, sind Religionszugehörigkeit und religiöse Überzeugungen. Länder mit vorwiegend katholischen, jüdischen oder muslimischen Gesellschaften weisen meist niedrigere Suizidraten auf als protestantische Länder (COMER 2008: 272).

Im Jahr 2011 nahmen sich in Deutschland 10.144 Personen das Leben, wobei der Anteil der Männer mit 75 % dreimal so hoch war wie der der Frauen (DESTATIS 2012d: 1). Von 2006 bis 2010 nahmen sich im Bodenseekreis 118 Menschen selbst das Leben; davon 85 Männer und 33 Frauen. Dies entspricht annähernd dem genannten Geschlechterverhältnis in Deutschland. Die Sterblichkeit durch Selbsttötung liegt im Bodenseekreis mit einer Rate von 11,3 pro 100.000 Einwohner unter der Baden-Württembergs (Abb. 43).

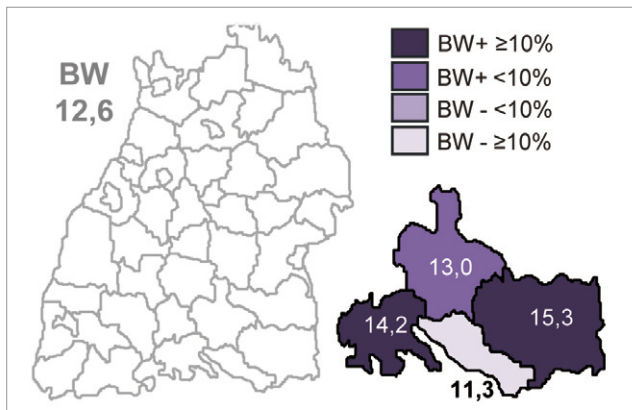


Abb. 43 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10: X60-X84) (Alle Altersgruppen, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

6.5 Bewertung

Der Bodenseekreis liegt als einziger der hier betrachteten Landkreise unter der Suizidrate des Landes Baden-Württemberg. Die Sterberaten in den Landkreisen Ravensburg, Sigmaringen und Konstanz liegen alle über der Rate des Landes. Vor allem im Landkreis Ravensburg ist die Suizidrate deutlich erhöht. Diese Befunde müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da eine Dunkelziffer nicht entdeckter Suizide berücksichtigt werden muss und ein regional niedriger Befund daher rühren kann. Die soziale Lage spielt bei der Suizidhäufigkeit kaum eine Rolle. Der demographische Wandel hingegen hat einen Einfluss auf die Entwicklung der Suizidraten, da das Risiko für einen Suizid im Alter zunimmt (LGL 2010 nach LRA RV 2012: 32).

7. Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77)

Leberkrankheiten sind keine Randerscheinung. Experten der Deutschen Leberstiftung gehen davon aus, dass 2008 etwa fünf Millionen Deutsche davon betroffen waren (NEES 2008). Zu den Lebererkrankungen gehören neben der alkoholischen Lebererkrankung auch die toxische Leberkrankheit, das Leberversagen, die chronische Hepatitis, Fibrose und Zirrhose der Leber und sonstige entzündliche und nicht entzündliche Krankheiten der Leber. Der größte Anteil der Erkrankungen ist auf alkoholische Lebererkrankungen zurückzuführen (RKI 2008a: 15 f). Daneben spielen aber auch Hepatitisviren und Übergewicht eine zentrale Rolle (NEES 2008). Die Lebererkrankungen sind dementsprechend mehrheitlich durch präventive Maßnahmen zu verhindern beziehungsweise einzudämmen.

Aufgrund ihres großen Anteils an Lebererkrankungen soll im Folgenden hauptsächlich auf die alkoholbedingte Lebererkrankung eingegangen werden: die Leber kann durch einen erhöhten Alkoholkonsum geschädigt werden. In der Folge kann es unter anderem zu chronischen Leberentzündungen, Leberverfettungen oder Leberzirrhosen kommen (RKI 2008a: 15 f). Die obere Grenze eines tolerierbaren Alkoholkonsums liegt für Frauen bei 10 bis 12 Gramm Alkohol pro Tag und für Männer bei 20 bis 24 Gramm Alkohol pro Tag (RKI 2008a: 24). Die Menge an konsumiertem reinem Alkohol pro Kopf hat in Deutschland seit 1995 von 11,1 Litern auf 9,6 Liter im Jahr 2010 abgenommen (DHS 2012). Dennoch liegt

Deutschland im internationalen Vergleich des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol an der Spitze (RKI 2008a: 7) (vgl. Kapitel 6.2).

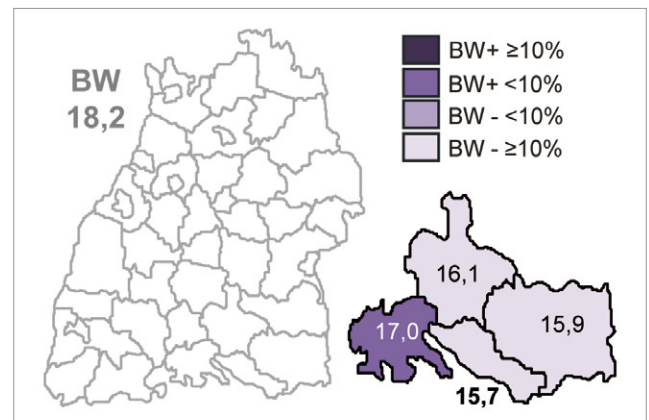


Abb. 44 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77) (Alter: 15 bis 74 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Im Bodenseekreis sind in den Jahren 2006 bis 2010 insgesamt 174 Menschen an Lebererkrankungen verstorben. Dabei liegt die Sterblichkeit der Männer mit 120 Verstorbenen mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen mit 54 Verstorbenen. Die durchschnittliche Sterberate bezieht sich bei den Lebererkrankungen auf das Alter von 15 bis 74 Jahren, da die vorgeschlagenen Richtlinien von AOLG nach HELMEIER 2008 berück-

sichtigt wurden. Hier wird der vorgeschlagene Alterszeitraum für vermeidbare Sterbefälle übernommen. Der Bodenseekreis liegt mit diesen Zahlen deutlich unter der durchschnittlichen Sterberate in Baden-Württemberg. Im Vergleich mit den umliegenden Landkreisen weist der Bodenseekreis die niedrigste altersstandardisierte Sterberate auf (Abb. 44). Das mittlere Sterbealter an Lebererkrankungen beträgt im Bodenseekreis 66,9 Jahre und übersteigt somit das mittlere Sterbealter in Baden-Württemberg mit 65,3 Jahren. Die anderen Landkreise liegen mit 65,6 Jahren (RV), 66,1 Jahren (KN) und 68,8 Jahren (SIG) auch über dem Wert Baden-Württembergs.

Im Bodenseekreis sind im Jahr 2010 insgesamt 142 Personen in einem Krankenhaus wegen einer Lebererkrankung behandelt worden. Davon waren 87 Männer und 55 Frauen. Die Behandlungsrate für Lebererkrankungen liegt im Bodenseekreis unter dem Durchschnitt Baden-Württembergs und auch unter den Behandlungsraten der angrenzenden Landkreise (Abb. 45).

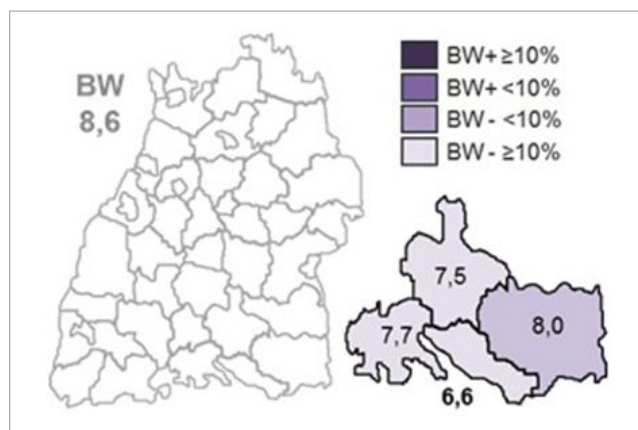


Abb. 45 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Alkoholbedingte Lebererkrankungen machen im Bodenseekreis insgesamt etwa die Hälfte (50,7 %) aller Behandlungen wegen einer Lebererkrankung aus. Dies liegt leicht über dem Durchschnitt in Baden-Württemberg (46,6 %), und auch über dem der Landkreise Ravensburg (49,1 %) und Sigmaringen (40,0 %). Nur Konstanz liegt mit 56,0 % noch über dem Bodenseekreis (Tab. 10). Auffällig ist vor allem der niedrige Anteil von alkoholbedingten Lebererkrankungen bei Frauen, die im Landkreis Sigmaringen behandelt worden sind. Aber auch im Bodenseekreis liegt der Anteil der Frauen unter dem Durchschnitt von Baden-Württemberg. Der Anteil alkoholbedingter Lebererkrankungen bei Männern liegt hingegen in allen Landkreisen über dem Durchschnitt Baden-Württembergs.

	BW	BSK	KN	RV	SIG
Männer	53,8	60,9	64,3	54,6	54,1
Frauen	35,1	34,5	40,8	40,9	14,7
Gesamt	46,6	50,7	56,0	49,1	40,0

Tab. 10 - Anteil alkoholbedingter Lebererkrankungen an allen Lebererkrankungen (stationäre Behandlungsfälle) 2010 in Prozent (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen)

7.1 Bewertung

Die Zahlen zur Sterblichkeit als auch zu den Behandlungsfällen zeigen, dass der Bodenseekreis weniger als Baden-Württemberg gesamt und auch weniger als die angrenzenden Landkreise von Lebererkrankungen betroffen ist. Dies kann durchaus positiv bewertet werden. Da Lebererkrankungen häufig alkoholbedingt sind, kann eventuell von einem Zusammenhang zwischen der niedrigen alkoholbedingten Krankenhausbehandlungsrate und der niedrigen Behandlungsrate an Lebererkrankungen ausgegangen werden (siehe 6.2).

8. Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen (ICD-10: S00-T98)

Verletzungen, Vergiftungen und ähnliche Auswirkungen äußerer Einflüsse treten häufig auf. Der größte Anteil hierbei entsteht durch Unfälle, zu den Ursachen zählen aber auch beabsichtigte Verletzungen durch Andere sowie Selbstverletzungen. In Deutschland müssen aktuell jährlich etwa 8 % der erwachsenen Bevölkerung aufgrund von Verletzungen oder anderen äußeren Ursachen ärztlich versorgt werden - mit steigender Tendenz. Etwa 2 % der Deutschen werden jährlich stationär behandelt (SASS 2010: 1, RKI 2012a: 83). Durch Verletzungen und ähnliche äußere Ursachen entstehen knapp 5 % der direkten Krankheitskosten in Deutschland. Knapp ein Viertel aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre ist auf Verletzungen zurückzuführen (SASS 2010: 1).

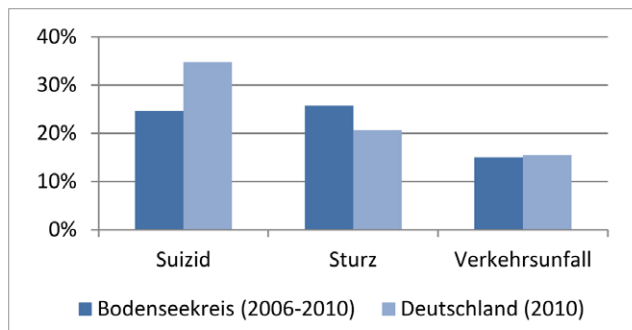


Abb. 46 - Anteil der häufigsten Todesursachen in % an der Gesamtsterblichkeit durch äußere Ursachen (S00-T98) in Deutschland 2010 und im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: DESTATIS und RKI; eigene Berechnungen)

In der Todesursachenstatistik werden im Unterschied zur Krankenhausstatistik neben der Lokalisation auch die Ursachen (wie Unfälle, Stürze oder Selbsttötung) erfasst, so dass Sterbefälle doppelt kodiert werden (DIMDI 2012). Im Konzept der ‚Vermeidbaren Todesfälle‘ werden bei den Verletzungen alle Altersgruppen berück-

sichtigt, da Sterbefälle durch Verletzungen, unabhängig vom Alter, grundsätzlich vermeidbar sind (vgl. Kapitel 2.1). Tödliche Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen können im Wesentlichen auf Suizide, Stürze oder Unfälle (zumeist Verkehrsunfälle) zurückgeführt werden. An Suiziden, der häufigsten nicht natürlichen Todesursache in Deutschland, sterben bis zu drei Mal mehr Männer als Frauen (siehe auch Kapitel 6.4). An zweiter Stelle stehen Stürze, durch die geringfügig mehr Frauen versterben. In Deutschland stieg die Zahl der Stürze in den letzten Jahren um 35,8 % an (DESTATIS 2012d). Eine weitere Todesursache sind Unfälle, insbesondere Verkehrsunfälle, bei denen die Zahl der Verunglückten in den letzten 20 Jahren stetig gesunken ist. Sie spielen jedoch nach wie vor eine große Rolle für die allgemeine Lebenserwartung. Im Bodenseekreis starben 2006 bis 2010 insgesamt 480 Personen durch nicht natürliche Todesursachen, darunter 72 im Straßenverkehr, nur gut halb so viele wie von 1993 bis 1997 (124 Personen) (LRA BSK 2001: 15).

Männer haben, insbesondere im jungen Erwachsenenalter, ein höheres Verletzungsrisiko durch Unfälle als Frauen (siehe auch Kapitel 3). 2010 erlitt in Deutschland jeder fünfte Mann im Alter zwischen 18 und 29 Jahren einen Unfall, ein Drittel mehr als im Jahr zuvor. Dies beruht auf einer Zunahme von Arbeitsunfällen und Verkehrsunfällen und wird unter anderem mit einer Verdichtung der Arbeitsanforderungen erklärt (RKI 2012a: 83). Bei den Arbeitsunfällen sind Männer häufiger als Frauen betroffen (SASS 2010: 2). Erst im Alter ab 65 Jahren erleiden Frauen etwas häufiger Unfallverletzungen als Männer (ebd.). Zwei Drittel aller Unfälle ereignen sich zu Hause oder in der Freizeit.

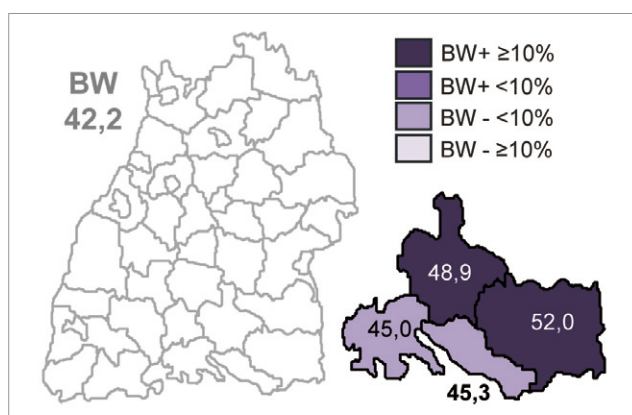


Abb. 47 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

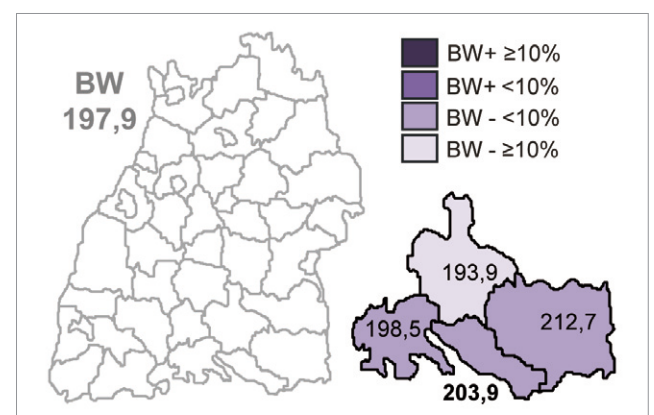


Abb. 48 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Im Bodenseekreis ist die Sterberate aufgrund von Verletzungen (Abb. 47) mit 45,3 höher als in Baden-Württemberg (42,2). Die Raten der angrenzenden Landkreise liegen ebenfalls über denen des Landes. Die Landkreise Ravensburg und Sigmaringen weisen deutlich höhere Raten als das Land Baden-Württemberg auf (RV 52,0, SIG 48,9). Im Jahr 2010 wurden im Bodenseekreis 4.302 Personen aufgrund von Verletzungen oder Vergiftungen stationär behandelt. Bei den Raten der Krankenhausbehandlungen (Abb. 48) liegt der Bodenseekreis (203,9) allerdings über dem Landesdurchschnitt (197,9). Die umliegenden Landkreise zeigen ein uneinheitliches Bild: Konstanz liegt im Durchschnitt (198,5), während Ravensburg (212,7) darüber und Sigmaringen (193,3) darunter liegen. Mit zunehmendem Alter steigen auch die Raten der Krankenhausbehandlungen.

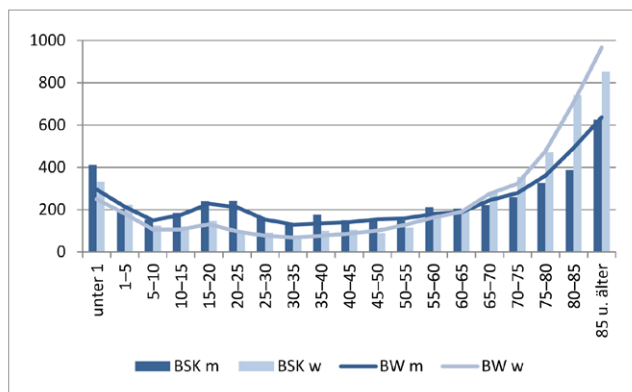


Abb. 49 - Altersstandardisierte Raten stationärer Krankenhausbehandlungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen im Bodenseekreis und Baden-Württemberg 2010 (Daten: STALA BW 2012)

Die altersstandardisierten Behandlungsraten (Abb. 49) aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen im Bodenseekreis und in Baden-Württemberg sind bis zum 65. Lebensjahr bei Männern höher als bei Frauen. Die Behandlungsraten steigen im Alter kontinuierlich an, bei Frauen stärker als bei Männern. Die Raten im Bodenseekreis liegen im höheren Alter unter denen des Bundeslandes. Ältere Frauen haben ein etwa anderthalb Mal so hohes Risiko wie ältere Männer, aufgrund äußerer Einwirkungen stationär behandelt zu werden. Im Jahr 2010 war in Baden-Württemberg und im Bodenseekreis jede zehnte Verletzung im Krankenhaus eine Hüftverletzung, bei hochaltrigen Patienten über 80 Jahren sogar jede dritte.

8.1 Bewertung

Im Bereich Verletzungen und Vergiftungen haben sich die Todesfälle in den vergangenen beiden Jahrzehnten - im Bodenseekreis ebenso wie in Baden-Württemberg und Deutschland - deutlich verringert. Die Sterberaten im Bodenseekreis liegen hier - ebenso wie die Krankenhausraten - etwas über den entsprechenden Raten für Baden-Württemberg. Für Präventionsmaßnahmen bieten sich hier gute Ansatzpunkte, da Verletzungen und andere äußere Ereignisse häufig vermeidbar sind.

8.2 Stürze (ICD-10: W00-W19)

Stürze sind in Deutschland die zweithäufigste nicht natürliche Todesursache. Stürze im höheren Alter sind zu meist mit Hüftverletzungen verbunden (RAPP, KÖNIG, BECKER 2012: 34.e1). Frauen sind erheblich häufiger von Hüftverletzungen betroffen als Männer. Der Schenkelhalsbruch ist die zweithäufigste Krankenhausdiagnose bei den über 65-jährigen Frauen in Deutschland. Stürze als Todesursache sind durch präventive Maßnahmen deutlich reduzierbar (ebd.).

Auch im Bodenseekreis stehen Stürze an zweiter Stelle bei den nicht natürlichen Todesursachen. Aufgrund von Stürzen starben 2010 im Bodenseekreis 123 Personen. Der Bodenseekreis liegt gleichauf mit den Raten in Baden-Württemberg und schneidet etwas günstiger ab als die Nachbarkreise (Abb. 50).

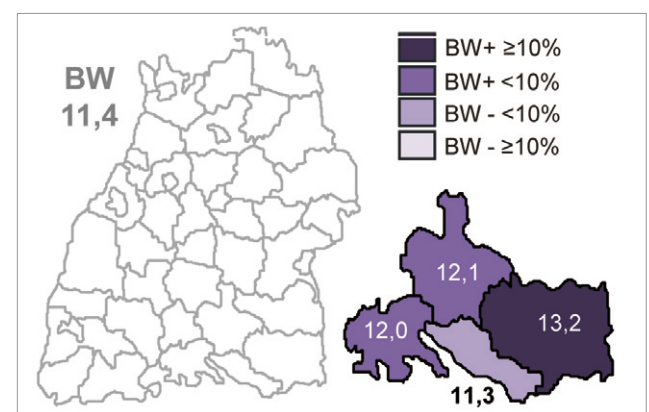


Abb. 50 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 aufgrund von Stürzen (ICD-10: W00-W19) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Bei den Krankenhausdiagnosen werden Verletzungen nur nach Lokalisation, also nach betroffenen Körperteilen, erfasst. Welche Verletzungen auf Stürze zurückzuführen sind, lässt sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten nicht feststellen.

8.3 Bewertung

Die Sterbe- und Krankenhausraten aufgrund von Stürzen im Bodenseekreis entsprechen den Raten für Baden-Württemberg. Grundsätzlich sind sie, wie andere äußere Ursachen, vermeidbar. Da Stürze vorrangig bei den über 65-jährigen Frauen und bei Männern im erwerbsfähigen Alter auftreten, sollten sich Präventionsmaßnahmen vor allem an diese Zielgruppen richten.

8.4 Straßenverkehrsunfälle (ICD-10: V01-V99)

Von 1994 bis 2010 sank die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle in Deutschland von ca. 1,2 Mio. deutlich auf 440.000 Verkehrsverunglückte (Abb. 51) (EUROSTAT 2013). Die insgesamt abklingenden Zahlen sollen aber keinen Anlass geben, diese nach wie vor gefährliche und gegenwärtige Todesursache durch Transportmittelunfälle außer Acht zu lassen. Im Jahr 2012 starben 10,1 % weniger als im Jahr 2011 (DESTATIS 2013).

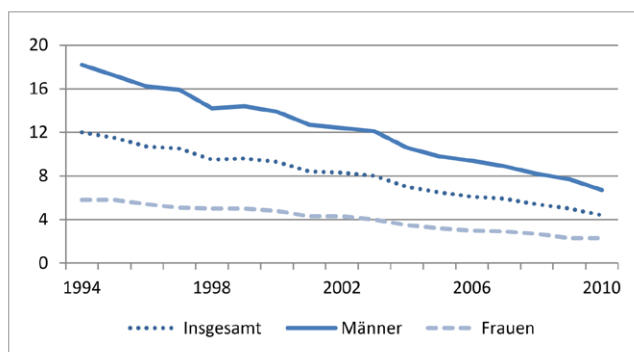


Abb. 51 - Entwicklung der standardisierten Sterbeziffer je 100.000 Einwohner von 1994 bis 2010 aufgrund von Transportmittelunfällen (ICD-10: V01-V99); alle Altersgruppen; nach Geschlecht (Daten: EUROSTAT 2013; eigene Darstellung)

Im Bodenseekreis kamen durch Straßenverkehrsunfälle von 2006 bis 2010 72 Menschen ums Leben. Davon waren 50 Männer und 22 Frauen betroffen. Das durchschnittliche Sterbealter lag insgesamt bei 44,5 Jahren. Bei Männern lag es bei 43 Jahren und bei den Frauen bei 47,3 Jahren. Wie bereits in Kapitel 3 erläutert, verlieren Männer deutlich mehr Lebensjahre durch Straßenverkehrsunfälle als Frauen. Dies tritt insbesondere in jungen Lebensjahren auf. Im Vergleich zu den anderen Todesursachen tritt durch Verkehrsunfälle der Tod etwa 20 Jahre früher ein.

Die altersstandardisierte Sterberate von 7,1 Toten im Straßenverkehr pro 100.000 Einwohner im Bodenseekreis ist im Vergleich zu Baden-Württemberg (5,9) erhöht. In den Nachbarkreisen Ravensburg und Sigmaringen ist die Sterblichkeit höher als im Bodenseekreis, während Konstanz den niedrigsten Wert der angrenzenden Landkreise aufweist (Abb. 52). Bei den 20- bis 25-jährigen Männern im Bodenseekreis ist ein Anstieg an tödlichen Verkehrsunfällen zu verzeichnen. In den Altersgruppen der über 25-jährigen Männer sinken die Sterberaten wieder ab und verlaufen über alle Altersgruppen konstant.

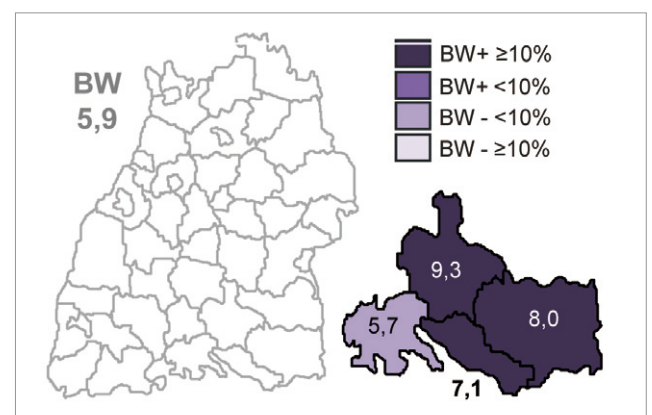


Abb. 52 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Transportmittelunfälle (ICD-10: V01-V99) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Im Vergleich zu den anderen Landkreisen ist die Zahl der Verkehrstopfer im Bodenseekreis etwas niedriger. Im Gegensatz zu den meisten anderen Erkrankungen betreffen Straßenverkehrsunfälle überwiegend junge Menschen. Männer weisen in allen Landkreisen einen deutlich höheren Wert bei den tödlichen Straßenverkehrsunfällen auf als Frauen. Das hohe Risiko junger Männer ist größtenteils auf ein höheres Risikoverhalten zurückzuführen: eine erhöhte Fahrgeschwindigkeit wirkt sich auf eine Erhöhung der Unfälle und der Sterberate aus (ROHRER et al. 2008). Nach Angaben der Polizeidirektion Friedrichshafen ist die Anzahl Verkehrstoter im Bodenseekreis 2011 von 14 auf 18 gestiegen. Zu den Hauptunfallursachen zählten erhöhte und unangepasste Geschwindigkeit, sowie Alkohol- oder Drogeneinfluss im Straßenverkehr (POLIZEIDIREKTION FN 2012).

Zu den Folgen von Straßenverkehrsunfällen liegen keine Daten der Krankenhausstatistik für den Bodenseekreis vor. Es verstarben insgesamt weniger Menschen an Verkehrsunfällen als in den umliegenden Landkreisen mit Ausnahme von Konstanz. Allerdings ist die Zahl der jungen Männer bei tödlichen Verkehrsunfällen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen auffallend hoch.

9. Kindergesundheit

Lange galt das Kindes- und Jugendalter als eine Phase, in der Krankheit und Tod kaum eine Rolle spielen (KLEIN-HESSLING 2006: 13). Auch in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt sich, dass das Kindes- und Jugendalter das gesündeste Lebensalter darstellt (ebd.). Dieses Alter hat jedoch eine enorme Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung, denn viele Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im Lebensverlauf sowie im Alter werden in dieser frühen Lebensphase gestellt: Zunächst banal und nebensächlich erscheinende Verhaltensweisen und Lebensstile können später über die Entwicklung und den Verlauf schwerer und chronischer Krankheiten im Wesentlichen mitentscheiden. Hinzu kommt, dass die psychische Entwicklung und die Entfaltung sozialer Kompetenzen erheblich den Gesundheitszustand mit beeinflussen (SOZIALMINISTERIUM BW 2000: 9).

Wissen, Einstellungen und die Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit werden schon im frühen Kindesalter erworben und oftmals bis an das Lebensende beibehalten (NAIDOO, WILLS 2003: 279 f).

Dieser Gesundheitsbericht des Bodenseekreises ist kein Schwerpunktbericht zur Kindergesundheit. Anhand der beiden Kennzahlen „Masernimpfrate“ und „Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“ soll in diesem Bericht lediglich eine Basisinformation zum Stand der Kindergesundheit im Kreis stattfinden. Die Impf- und Gewichtsdaten stammen aus den Einschulungsuntersuchungen, die jährlich von den Gesundheitsämtern der Kreise bei Kindern im Vorschulalter durchgeführt werden. Mit die-

8.5 Bewertung

Im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht des Bodenseekreises 2001 sind die Todesfälle durch Verkehrsunfälle in allen hier betrachteten Landkreisen zurückgegangen.

Insgesamt betrachtet ist die gesunkene Zahl an Straßenverkehrsunfällen im Bodenseekreis im Zeitraum von 2006 bis 2010 positiv zu bewerten. Die ergriffenen Verkehrspräventionsmaßnahmen, wie Verkehrserziehung in Schulen oder Maßnahmen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit durch die Polizei, sind gute Ansatzpunkte, die weiter ausgebaut werden können (POLIZEI-DIREKTION FN 2012). Trotz der sinkenden Zahlen der Verkehrsunfälle sollte die Entwicklung der Straßenverkehrsstatistik nicht außer Acht gelassen werden.

sen Untersuchungen werden nahezu alle Kinder in diesem Altersbereich erfasst, wodurch Vergleiche der Landkreise untereinander und mit ganz Baden-Württemberg ermöglicht werden.

9.1 Übergewicht

Wie bereits im vorangehenden Abschnitt erwähnt, prägen sich der Lebensstil und mit ihm Gewohnheiten des Ess- und Bewegungsverhaltens im Kindesalter aus und werden oft ein Leben lang beibehalten. Dies kann im Fall von Überernährung und Bewegungsmangel auch schon im Kindes- und Jugendalter zu gravierenden gesundheitlichen Problemen führen (BZgA 2007: 3). Die Folgen von Übergewicht und Adipositas sind weitreichend und können Probleme des Herz-Kreislauf-Systems, des Muskelskelettsystems, Diabetes mellitus Typ II sowie psychische Problematiken verursachen (RKI 2003: 1).

Mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts liegen repräsentative bundesweite Zahlen zum Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor. Im Alter von 3 bis 17 Jahren leiden 15 % aller Kinder und Jugendlichen hierzulande an Übergewicht (BZgA 2007: 13). Hinsichtlich des Vorkommens von Übergewicht gibt es keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, zwischen den Altersgruppen jedoch schon. Im Grundschulalter zeigt sich ein starker Anstieg, der im voranschreitenden Alter nur noch leicht zunimmt (ebd.).

Um Übergewicht zu definieren, wird zumeist der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen. Der BMI stellt eine Relation zwischen Körpergröße und Körpergewicht dar. Bei Kindern und Jugendlichen müssen die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI berücksichtigt werden. Dies wird durch die Verwendung der BMI Perzentile erreicht. Die Grenzwerte wurden für Kinder und Jugendliche in Deutschland erstellt und basieren auf den Körpergrößen- und Gewichtsdaten von 17.147 Jungen und 17.275 Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren (KROMEYER-HAUSCHILD et al. 2001: 807). Als Maßstab für Übergewicht und Adipositas wird hierbei der alters- und geschlechtsspezifische 90 %- bzw. 97 %-Perzentilwert der Normstichprobe verwendet (RKI 2003: 10).

Dieser Gesundheitsbericht orientiert sich an den Einschulungsuntersuchungen und den darin erhobenen Perzentilwerten.

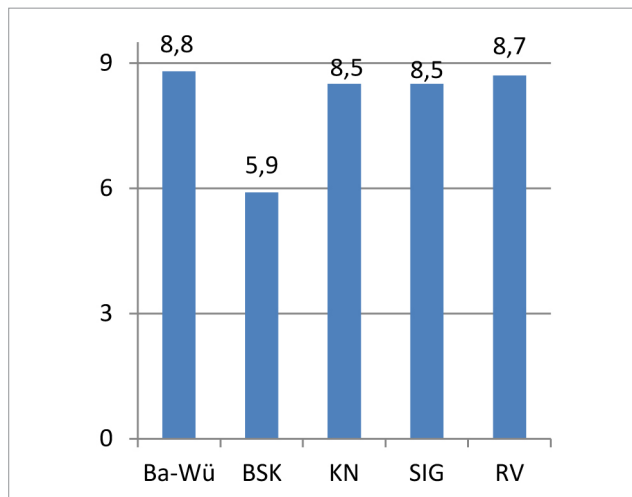


Abb. 53 - Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit Übergewicht in Prozent in den Jahren 2009/10 (Daten: LGA-BW 2012; eigene Darstellung)

Anders als im restlichen Bundesgebiet zeigte sich in Baden-Württemberg bei den Einschulungsuntersuchungen zwischen 2004 und 2008 ein leichter Anstieg an übergewichtigen Kindern (MOSS et al. 2012: 294). In den Untersuchungsjahren 2009/2010 waren in Baden-Württemberg 8,8 % der Kinder im Alter von vier bis fünf Jahren übergewichtig und 3,2 % adipös. Der Bodensee-Kreis lag mit einem Wert von 5,9 % übergewichtigen und 1,7 % adipösen Kindern für die Jahre 2009/2010 deutlich unter dem Wert von Baden-Württemberg und den angrenzenden Landkreisen (Abb. 53). Die angrenzenden Landkreise lagen jedoch auch unter dem Wert von Baden-Württemberg mit 8,5 % für Konstanz und Sigmaringen und 8,7 % für Ravensburg (LGA-BW 2012: 128 f).

Vergleichszahlen des Übergewichts können jedoch nicht aufgezeigt werden, da die Einschulungsuntersuchungen 2009 verändert wurden und eine Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren für die Zeit der Umstellung nicht gegeben ist. Die neu konzipierte Einschulungsuntersuchung besteht aus zwei Schritten. Der erste Schritt der Untersuchung findet bereits im vorletzten Kindergartenjahr statt. Durch diese Vorverlegung bleibt genügend Zeit für eine gezielte Förderung des Kindes im Bedarfsfall. Der zweite Schritt der Untersuchung wird etwa drei Monate vor der Einschulung durchgeführt (VBE-BW 2013).

9.2 Bewertung

Betrachtet man die Zahlen von 2009/2010, zeigt sich ein positives Bild für den Bodenseekreis hinsichtlich des Vorkommens von Übergewicht bei Vorschulkindern. Mit einem Wert von 5,9 % Kindern mit Übergewicht in den Jahren 2009/2010 liegt der Bodenseekreis in Baden-Württemberg auf Platz drei der Landkreise mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Kindern. Nur der Landkreis Heilbronn mit 3,3 % und der Hohenlohekreis mit 5,3 % haben noch weniger übergewichtige Kinder im Alter zwischen vier und fünf Jahren (LGA-BW 2012: 128).

9.3 Masernimpfung

Impfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Maßnahmen der Präventivmedizin (RKI 2004: 1). Mit Informationen zum Impfstatus einer Bevölkerung kann deren gesundheitliche Gefährdung durch Infektionskrankheiten eingeschätzt werden. Allerdings existiert in Deutschland kein einheitliches umfassendes System zur Erhebung von Impfdaten. Regelmäßig erhobene Daten zum Impfstatus der Bevölkerung in allen Bundesländern liegen ausschließlich für die Schulanfänger vor (RKI 2012c: 135).

Bei Erreichen von Durchimpfungsraten über 95 % können Infektionsketten unterbrochen und einzelne Krankheitserreger weltweit ausgerottet werden. In ihrer Gesundheitsstrategie für das 21. Jahrhundert fordert die WHO (2008) die Verringerung übertragbarer Krankheiten: Sie möchte bis zum Jahr 2020 die Verbreitung bestimmter bedeutender Infektionskrankheiten, wie z.B. Masern, erheblich verringern, um die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund übertragbarer Krankheiten zu verhindern bzw. zu bekämpfen (SOZIALMINISTERIUM BW 2000: 128).

Für Deutschland werden Impfeempfehlungen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) ausgegeben (RKI 2012b: 1). In diesen wird auch eine Masernimpfung empfohlen, die meist als Kombinationsimpfung zusammen mit Mumps und Röteln verabreicht wird.

Vergleicht man den Impfstatus anhand der Impfdokumente bei den Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren 2000, 2005 und 2010 kann festgestellt werden, dass die Impfquoten in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen bzw. auf hohem Niveau nahezu konstant geblieben sind. Ein besonders deutlicher Anstieg der Impfquoten ist bei den Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis), Hepatitis-B und bei den zweiten Masernimpfungen festzustellen (RKI 2012c: 136). Auch wenn die Durchimpfungsraten in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind, bestehen in Deutschland weiterhin beträchtliche Impflücken in einzelnen Altersgruppen und Bevölkerungskreisen (RKI 2004: 1).

Die Impfquoten für die erste Masernimpfung stiegen von 91,1 % (2000) auf 94 % (2005) und erreichten 2010 bundesweit 96,4 % (RKI 2012c: 136). Somit hat Gesamt-Deutschland das WHO-Ziel einer 95 %igen Impfquote für die erste Masernimpfung erreicht. Eine Ausnahme bilden nur Bayern und Baden-Württemberg, welche noch knapp unter der 95 %-Marke liegen. In diesen beiden Bundesländern wurden 2011 auch mit Abstand die meisten Masernfälle dokumentiert (RKI 2004: 9). Betrachtet und bewertet wird hierbei die Grundimmunisierung gegen Masern, welche mit zwei Impfungen erreicht wird. Bei den Impfquoten für die erste Impfung sind alle hier betrachteten Landkreise unter der 95 %-Marke (Konstanz 92 %, Bodenseekreis 92,2 %, Sigmaringen 92,8 %, Ravensburg 90,7 %) (LGA-BW 2012: 55 f).

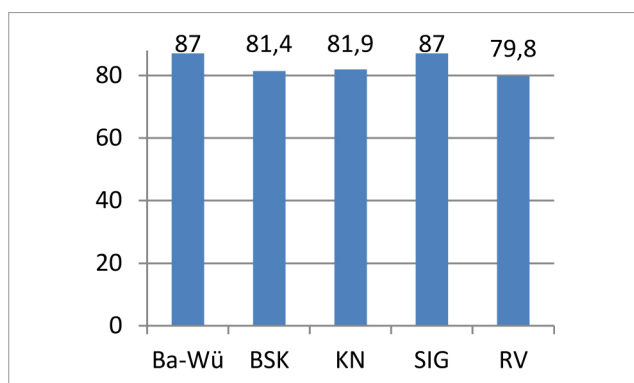


Abb. 54 - Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz in Prozent 2009/10 (Daten: LGA-BW 2012: 55 f; eigene Darstellung)

Im Bodenseekreis haben in den Untersuchungsjahren 2009/2010 81,4 % der Kinder zwischen vier und fünf Jahren einen vollständigen Impfschutz (= 2x geimpft) gegen Masern. Dies liegt unter dem Wert für das Land Baden-Württemberg, in dem 87,2 % der Kinder einen vollständigen Masernschutz durch Impfungen haben. Im Vergleich mit den Nachbarkreisen liegt der Bodenseekreis im Mittelfeld: Hinter Sigmaringen mit 87 % und Konstanz mit 81,9 %, jedoch vor Ravensburg mit nur 79,8 % (LGA-BW 2012: 55 f). Abb. 54 zeigt den prozentualen Anteil aller vier- bis fünfjährigen Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz. Auch wenn sich die Raten nicht wesentlich voneinander unterscheiden, sagt der Anteil geimpfter Kinder viel über das Gesundheitsverhalten in einer Region aus. Denn, wie bereits eingangs erläutert, kann mit Informationen zum Impfstatus die gesundheitliche Gefährdung durch Infektionskrankheiten eingeschätzt werden.

9.4 Bewertung

Beim Impfschutz gegen Masern liegt der Bodenseekreis deutlich hinter Baden-Württemberg und auch hinter zwei der angrenzenden Landkreise. Im Vergleich mit allen Landkreisen in Baden-Württemberg liegt der Bodenseekreis auf Platz vier der Landkreise mit dem geringsten Anteil an Kindern zwischen vier und fünf Jahren mit einem vollständigen Impfschutz gegen Masern. Nur der Ortenaukreis (72,0 %), der Landkreis Tübingen (79,1 %) und der Landkreis Ravensburg (79,8 %) haben einen noch geringeren Anteil (LGA-BW 2012: 57). Dieser hohe Anteil nicht ausreichend geimpfter bzw. nicht geimpfter Kinder gegen Masern kann zwar zum einen als ein Zeichen eines einfachen Impfvergessens interpretiert werden, zum anderen aber auch auf eine aktive Ablehnung der Impfung hindeuten. Hierbei spielen impfkritische Eltern und Ärzte eine große Rolle. Durch diese niedrige Impfquote im Bodenseekreis ist auch das Ziel der Erreichung der weltweiten Maserneliminierung gefährdet.

10. Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14)

In der Erkrankungsgruppe Diabetes ist vor allem der Diabetes-Typ-II von großem Interesse für die Prävention, da dieser meist lebensstilbedingt ist und vorwiegend im vorangeschrittenen Erwachsenenalter auftritt (ab 45 Jahren) (HEIDEMANN, DU, SCHEIDT-NAVE 2011: 1; GVG 2003: 31 f). Derzeit ist in Deutschland bei 8 % der Frauen und bei 9 % der Männer eine Diabeteserkrankung diagnostiziert. Das sind sechs Millionen Erwachsene in Deutschland (HEIDEMANN, DU, SCHEIDT-NAVE: 1), bei denen es sich zu 80 bis 90 % um einen Typ-II-Diabetes handelt (RKI 2005: 10).

Unter anderem muss aufgrund der demografischen Entwicklung, aber auch wohlstandsassoziierendem Lebensstil (GVG 2003: 33) im Jahr 2030 laut aktueller Bevölkerungsvorausberechnungen mit 3,9 Millionen an Diabetes-Typ-II erkrankten Menschen in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen gerechnet werden (DDZ 2012). Dies bedeutet einen Anstieg um mehr als 1,5 Millionen betroffener Menschen, bei denen es sich vor allem um Männer handelt (Abb. 55) (ebd.). Somit hat der Diabetes-Typ-II eine erhebliche gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung. Neben der hohen Krankheitshäufigkeit spielen auch das erhöhte Sterberisiko vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie diabetesbedingte Folgeerkrankungen eine große Rolle, die mit Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputationen einhergehen (RKI 2005: 7).

Zusätzlich zu den vielseitigen Folgeerkrankungen geht der Diabetes-Typ-II mit einer verringerten Lebenserwartung der Erkrankten einher. Wird ein Diabetes-Typ-II vor dem 30. Lebensjahr diagnostiziert, muss mit einer Verringerung der Lebenserwartung um bis zu 20 Jahre gerechnet werden. Bei Neuerkrankung im Alter von über 65 Jahren verkürzt sich das Leben um durchschnittlich zwei bis fünf Jahre. Die Lebenserwartung verringert sich also umso mehr, je früher die Erkrankung auftritt. Ursächlich hierfür sind vor allem oben genannte Folgeerkrankungen, die mit dem Diabetes einhergehen (GVG 2003: 31 f).

Der meist im Kindes- und Jugendalter auftretende Diabetes-Typ-I und die anderen Diabetestypen sind durch Präventionsmaßnahmen kaum zu verhindern. Deshalb wird in diesem Gesundheitsbericht der Fokus vor allem auf den Diabetes-Typ-II gelegt, dessen Verhinderung und Reduktion zu den Gesundheitszielen in Deutschland (GVG 2003: 31 f) sowie in Baden-Württemberg gehört (SM BW 2011: 13 f).

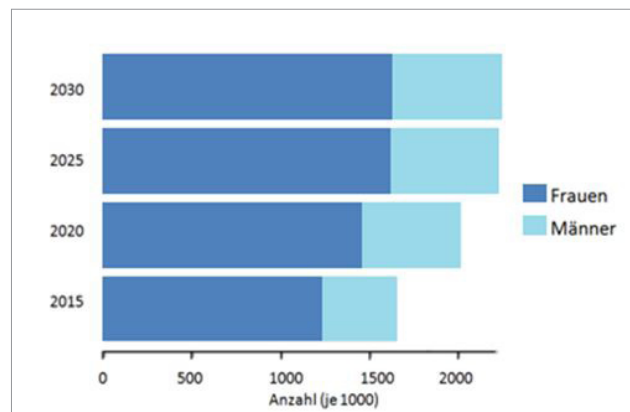


Abb. 55 - Anstieg der Erkrankungszahlen an Diabetes-Typ-II in Deutschland in der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre bis 2030 (eigene Darstellung nach DDZ 2012)

Laut Deutschem Diabetes-Zentrum wäre allein durch die Teilnahme jeder zweiten Person mit Prä-Diabetes (erhöhte Blutzuckerwerte, aber noch kein manifester Diabetes (DDZ 2012)) an Präventionsmaßnahmen eine Vermeidung von mehr als 370.000 Diabeteserkrankungen in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen bis 2030 zu erreichen (ebd.). Da der Diabetes-Typ-II vor allem aufgrund von Überernährung und Bewegungsarmut sowie daraus folgender Adipositas entsteht (GVG 2003: 31 f), können die Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen beispielsweise Maßnahmen zur besseren Ernährung, zur Gewichtsreduktion und zu erhöhter Aktivität umfassen (DDZ 2012).

Im Bodenseekreis sind in den Jahren 2006 bis 2010 insgesamt 282 Personen an Diabetes (alle Typen) verstorben. Davon 123 Männer und 159 Frauen. Somit liegt die Sterberate bei den vermeidbaren Todesfällen (0 bis 64 Jahre) bei 2,5 Personen pro 100.000 Einwohner. Da der Großteil der Sterblichkeit vermutlich auf den Diabetes-Typ-II zurückzuführen ist und dieser gehäuft mit steigendem Alter auftritt, ist die Sterblichkeit über alle Altersgruppen deutlich höher (Sterberate 0 bis 85+ Jahre: 26,0). Die höchste Sterblichkeit lässt sich im Bodenseekreis in der Altersgruppe der 85-Jährigen und älter verzeichnen, somit liegt das mittlere Sterbealter bei 81,3 Jahren. Aufgrund der sehr geringen Sterblichkeit an Diabetes bis zum 65. Lebensjahr (22 Personen) wird auf eine detailliertere Darstellung und einen Vergleich der Landkreise verzichtet.

Da häufig nicht der Diabetes an sich, sondern eng mit dem Diabetes in Zusammenhang stehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder andere Folgeerkrankungen als Todesursache dokumentiert werden (RKI 2005: 19), er-

scheinen die Sterberaten an Diabetes relativ gering bzw. geben nur ein unvollständiges Bild über die tatsächliche Sterblichkeit an Diabetes wieder.

2010 wurden im Bodenseekreis insgesamt 279 Personen aufgrund einer Diabetes-Typ-II-Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt; davon 141 Männer und 138 Frauen. Die meisten Behandlungsfälle traten in der Altersgruppe von 80 bis 85 Jahren auf. Grundsätzlich sind über fast alle Altersgruppen mehr behandelte Männer als Frauen zu verzeichnen; lediglich in den Altersgruppen der 25- bis 30-Jährigen, 45- bis 50-Jährigen und 80- bis 85-Jährigen sind die Behandlungsraten der Frauen höher als die der Männer.

Mit 12,9 Behandelten pro 10.000 Personen liegt der Bodenseekreis auch hier deutlich unter den angrenzenden Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg (Abb. 56).

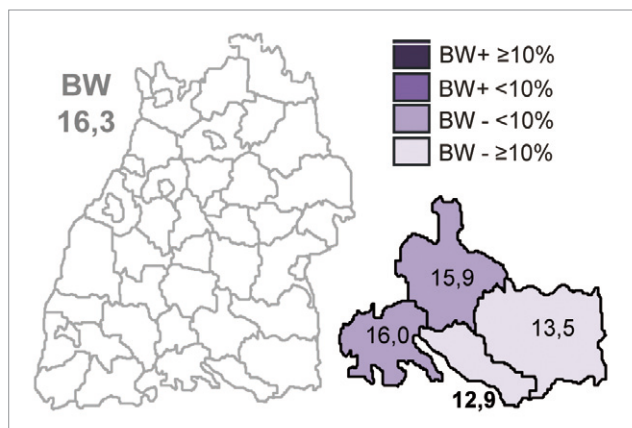


Abb. 56 - Krankenhausbehandlungen 2010 aufgrund von Diabetes-Typ-II (ICD-10: E11) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw.; Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnungen, altersstandardisiert)

Die relativ geringen Behandlungsraten im Bodenseekreis und den umliegenden Landkreisen könnten sich dadurch erklären, dass die medizinische Versorgung des Diabetes-Typ-II überwiegend ambulant stattfindet und stationäre Behandlungen eher selten notwendig sind (GVG 2003: 31 f).

10.1 Bewertung

Die Krankenhausbehandlungsraten für Diabetes sind im Bodenseekreis im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen und dem Land Baden-Württemberg die geringsten. Dennoch sollten die Zahlen angesichts der demografischen Entwicklung und der Verankerung des Diabetes mellitus-Typ-II in der Gesundheitsstrategie und den Gesundheitszielen Baden-Württembergs im Auge behalten werden (SM BW 2011: 17; GVG 2003: 31 f). In Anbetracht der deutschlandweit immer weiter ansteigenden Erkrankungszahlen des Diabetes-Typ-II ergibt sich die dringliche Aufgabe, wirksame Präventionsprogramme zu implementieren bzw. deren Einsatz weiter auszubauen (DDZ 2012).

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BÄK	Bundesärztekammer
Ba-Wü	Baden-Württemberg
BSK	Bodenseekreis
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
De	Deutschland
DESTATIS	Statistische Bundesamt
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DZG	Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung
DDZ	Deutsches Diabetes-Zentrum
ebd.	Ebenda
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R	in der Regel
KN	Landkreis Konstanz
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LRA RV	Landratsamt Ravensburg
LRA BSK	Landratsamt Bodenseekreis
MAS-BW	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren
RKI	Robert Koch Institut
RV	Landkreis Ravensburg
SIG	Landkreis Sigmaringen
STIKO	Ständige Impfkommission
SM BW	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
StaLa BW	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World-Health-Organisation)
PYLL	Potential Years of Life Lost

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 - Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt weltweit von 1950 bis 2015 in Jahren (modifiziert nach KRÖHNERT, KARSCHE 2011)	S. 3
Abb. 2 - Die vier Wellen der Krankheitslast in Industrieländern (entnommen aus HJORT 1994 erweitert nach SZAGUN 2012)	S. 3
Abb. 3 - Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg (Daten: STALA BW 2012; eigene Darstellung)	S. 5
Abb. 4 - Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in den Landkreisen in Baden-Württemberg in Jahren (STALA BW 2012a anhand der Sterbetafelberechnungen 2009/11; eigene Darstellung)	S. 5
Abb. 5 - Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg (eigene Darstellung nach: SM BW (2011: 11)	S. 7
Abb. 6 - Bevölkerungsdichte 2011 (Einwohner pro Quadratkilometer; Daten: STALA BW, eigene Darstellung)	S. 10
Abb. 7 - Jugend- und Altenquotient in Prozent im Bodenseekreis 1996 bis 2030 (Daten: STALA BW 2011d; eigene Darstellung)	S. 11
Abb. 8 - Altenquotient 2012 im Bodenseekreis (Verhältnis 65-jähr. und älter zu 20- unter 65-jähr. in Prozent; Daten: Prognose auf Basis 2008: STALA BW; eigene Darstellung)	S. 11
Abb. 9 - Jugendquotient 2012 im Bodenseekreis (Verhältnis 0- bis 19-jähr. zu 20- unter 65-jähr. in Prozent, Daten: Prognose auf Basis 2008: STALA BW; eigene Darstellung)	S. 11
Abb. 10 - Arbeitslosenquote 2011 (Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen; Daten: STALA BW; eigene Darstellung)	S. 12
Abb. 11 - Lebenserwartung von Jungen und Mädchen bei der Geburt in Jahren, Vergleich Bodenseekreis, Baden-Württemberg und Deutschland 2009/2011 (eigene Darstellung). (Daten: STALA BW 2012.b)	S. 13
Abb. 12 - Bevölkerungspyramide für den Bodenseekreis 2010 nach Geschlecht und Alter. Bevölkerung nach Alter in Jahren (Quelle: BERTELSMANN STIFTUNG 2012a)	S. 13
Abb. 13 - PYLL aufgrund verschiedener Todesursachen im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 14
Abb. 14 - PYLL aufgrund von Verletzungen nach Altersgruppen und Geschlecht im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 15
Abb. 15 - Entwicklung der fünf häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland nach Geschlecht. 1950 bis 2010 (eigene Darstellung nach DKFZ 2012)	S. 16
Abb. 16 - Geschätzte Vollzähligkeit der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland 2008; nach Bundesland bzw. Region; In Klammern: Beginn der Registrierung (RKI 2012d: 10)	S. 17
Abb. 17 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2008 (eigene Darstellung nach RKI 2012d: 13)	S. 17
Abb. 18 - Krankenhausfälle aufgrund von Krebserkrankungen im Bodenseekreis 2010 (alle Altersgruppen, pro 10.000 Einw., altersstandardisiert (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 18
Abb. 19 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebserkrankungen (ICD-10: C)	S. 18
Abb. 20 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebserkrankungen (ICD-10: C)	S. 18
Abb. 21 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebs der Verdauungsorg. (ICD-10: C15-C26)	S. 19
Abb. 22 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebs der Verdauungsorg.	S. 19
Abb. 23 - Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, ICD-10: C33-C34, Deutschland 1999 bis 2008, je 100.000 Einw., Europastandard (RKI 2012d: 57)	S. 20
Abb. 24 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39)	S. 21
Abb. 25 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Krebs der Atmungsorgane (ICD-10: C30-C39)	S. 21
Abb. 26 - Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten an Brustkrebs (Europastandard) in Deutschland 1980 bis 2004 (RKI 2010b: 79)	S. 22
Abb. 27 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50)	S. 22

Abb. 28 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50)	S. 23
Abb. 29 - Entwicklung der Anzahl der Herz-Kreislauf-Todesfälle in Deutschland 1998 bis 2011 (eigene Darstellung nach DESTATIS 2012c)	S. 24
Abb. 30 - Die vier häufigsten Todesursachen (Gestorbene in Deutschland) aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahr 2011 (Daten: DESTATIS 2012c; eigene Darstellung)	S. 24
Abb. 31 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I)	S. 25
Abb. 32 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10:I)	S. 25
Abb. 33 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch ischäm. Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) (Alter: 35 bis 64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 26
Abb. 34 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von ischäm. Herzkrankheiten (ICD-10:I20-25) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 26
Abb. 35 - Todesfälle aufgrund von Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen von 1998 bis 2011 in Deutschland (eigene Darstellung nach DESTATIS 2012c)	S. 27
Abb. 36 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I10-I15, I60-I69) (Alter: 0 bis 64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 27
Abb. 37 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I10-I15, I60-I69) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 27
Abb. 38 - Häufigste psychische Störungen in Deutschland im Zeitraum von einem Jahr in Prozent (eigene Darstellung nach WITTCHEN, JACOBI 2012: 8)	S. 29
Abb. 39 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von psychischen Störungen (ICD-10:F) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 30
Abb. 40 - Die häufigsten psychischen Störungen im Bodenseekreis und Baden-Württemberg (Behandlungsraten pro 10.000 Einw.) (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnung, altersstandardisiert; eigene Darstellung)	S. 30
Abb. 41 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Alkohol (ICD-10: F10)	S. 32
Abb. 42 - Anzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2011 (eigene Darstellung nach STATISTA 2013)	S. 32
Abb. 43 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10: X60-X84)	S. 33
Abb. 44 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77) (Alter: 15 bis 74 Jahre, nach Wohnort, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 33
Abb. 45 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Lebererkrankungen (ICD-10: K70-K77) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 34
Abb. 46 - Anteil der häufigsten Todesursachen in % an der Gesamtsterblichkeit durch äußere Ursachen (S00-T98) in Deutschland 2010 und im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: DESTATIS und RKI, eigene Berechnungen; eigene Darstellung)	S. 35
Abb. 47 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnung, altersstandardisiert)	S. 35
Abb. 48 - Krankenhausbehandlungsraten 2010 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen, altersstandardisiert)	S. 35
Abb. 49 - Altersstandardisierte Raten stationärer Krankenhausbehandlungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen im Bodenseekreis und Baden-Württemberg 2010 (Daten: STALA BW 2012)	S. 36

Abb. 50 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 aufgrund von Stürzen (ICD-10: W00-W19)	S. 36
Abb. 51 - Entwicklung der standardisierten Sterbeziffer je 100.000 Einwohner von 1994 bis 2010 aufgrund von Transportmittelunfällen (ICD-10: V01-V99); alle Altersgruppen; nach Geschlecht (Daten: EUROSTAT 2013; eigene Darstellung)	S. 37
Abb. 52 - Sterblichkeit 2006 bis 2010 durch Transportmittelunfälle (ICD-10: V01-V99) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnung, altersstandardisiert)	S. 37
Abb. 53 - Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit Übergewicht in Prozent in den Jahren 2009/10 (Daten: LGA-BW 2012, eigene Darstellung)	S. 39
Abb. 54 - Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit Masernimpfschutz in Prozent 2009/10 (Daten: LGA-BW 2012: 55f; eigene Darstellung)	S. 40
Abb. 55 - Anstieg der Erkrankungszahlen an Diabetes-Typ-II in Deutschland in der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre bis 2030 (eigene Darstellung nach DDZ 2012)	S. 41
Abb. 56 - Krankenhausbehandlungen 2010 aufgrund von Typ-II-Diabetes (ICD-10: E11) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 100.000 Einw., Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnung, altersstandardisiert)	S. 42

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 - Bevölkerungswachstum im BSK, den umliegenden Landkreisen und BW von 1997 bis 2011 in Prozent (Daten: STALA BW 2011c; eigene Darstellung)	S. 11
Tab. 2 - Einzelne Indikatoren zur sozialen Lage und Wirtschaftsstruktur 2010 in Prozent (Daten: BERTELSMANN STIFTUNG 2012b: 4f; eigene Darstellung)	S. 12
Tab. 3 - Ärztliche Versorgung am Jahresende 2011 (Daten: STALA BW 2011b; eigene Darstellung)	S. 12
Tab. 4 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von Krebserkrankungen (ICD-10: C00-D48) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 17
Tab. 5 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD-10: C15-C26) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 19
Tab. 6 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (ICD-10: C3) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 20
Tab. 7 - Anzahl der Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und PYLL aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (ICD-10: C50) im Bodenseekreis 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnungen)	S. 22
Tab. 8 - Mittleres Sterbealter (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einw. in BW und im BSK 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012; eigene Darstellung)	S. 24
Tab. 9 - Vergleich der altersstandardisierten Sterberaten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 zwischen BW und BSK 2006 bis 2010 (Daten: STALA BW 2012, eigene Berechnung)	S. 26
Tab. 10 - Anteil alkoholbedingter Lebererkrankungen an allen Lebererkrankungen (stationäre Behandlungsfälle) 2010 in Prozent (Daten: STALA BW 2012; eigene Berechnung)	S. 34

Literaturverzeichnis

- AOLG - ARBEITSGEMEINSCHAFT DER OBERSTEN LANDESGESUNDHEITSBEHÖRDEN (2003): Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9768&p_sprache=d (03.01.13).
- BERTELSMANN STIFTUNG (2012a): Bevölkerungspyramide für Bodenseekreis 2010. Online verfügbar unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/kommunaledaten/KommunaleDaten.action> (08.01.13).
- BERTELSMANN STIFTUNG (2012b): Demographiebericht. Daten - Prognosen. Bodenseekreis, Landkreis. Ein Baustein des Wegweisers Kommune. Online verfügbar unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/themenkonzepte/demographie/daten/KommunaleDaten.action> (18.12.12).
- BMBF- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012): Herz-Kreislauf-Forschung. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/133.php> (21.12.12).
- BMG – BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2010): Info Kompakt. Präventionsprojekt „HaLT - Hart am Limit“. Online verfügbar unter: http://www.halt-ffb.de/tl_files/halt-info%20kompakt_web.pdf (22.01.13).
- BÖLT, U.; GRAF, T. (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf> (06.12.12).
- BUSCH, M.; HAPKE, U.; MENSINK, G.B.M. (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. GBE kompakt 2 (7). Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.). Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_7_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (19.12.12).
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2007): Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Köln.
- COMER, R. J. (2008): Klinische Psychologie. Heidelberg.
- CORNELIUS, I. (2011): Regionale Unterschiede in der Lebenserwartung in Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: http://www.statistik-portal.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag11_09_02.pdf (19.12.12).
- DDZ - DEUTSCHES DIABETES-ZENTRUM (2012): Entwicklung des Diabetes in Deutschland dramatischer als bisher erwartet. Diabetes heute. Ein Service des Deutschen Diabetes-Zentrum. Newsletter. Online verfügbar unter: <http://www.diabetes-heute.de/> (21.12.12).
- DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT (2012a): Arbeitsmarkt. Auf einen Blick. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Arbeitsmarkt.html> (18.12.12).
- DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT (2012b): Krankenhausstatistik. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Meta/AbisZ/Krankenhausstatistik.html> (06.12.12).
- DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT (2012c): Todesursachen Ischämische Herzkrankheiten und Zerebrovaskuläre Krankheiten - Datenbankrecherche. Online verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=17DD81028874EBEF70D76862DFB67856.tomcat_GO_2_2?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1357209332359&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23211-0001&auswahltext=%23Z-01.01.2011%2C01.01.2002%2C01.01.2001%2C01.01.2000%2C01.01.1999%2C01.01.1998%23STODUR1-TODESURS42%2CTODESURS46&werteabruf=Werteabruf (12.01.13).
- DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT (2012d): Pressemitteilung Nr. 425 vom 06.12.2012: Todesfälle 2011 leicht rückläufig häufigste Todesursache Herz-/Kreislaufkrankungen. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/12/PD12_425_232.html (12.12.12).
- DESTATIS - STATISTISCHES BUNDESAMT (2013): Im Jahr 2012 weniger Todesopfer im Straßenverkehr denn je. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/02/PD13_068_46241.html (22.02.2013).
- DGS - DEUTSCHE SCHLAGANFALL-GESELLSCHAFT (2010): Zertifikationsanträge. Online verfügbar unter: <http://www.dsg-info.de/stroke-units/zertifizierungsantraege--zertifizierungskriterien.html> (05.01.13).

- DHS - DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V. (2012): Daten und Fakten - Alkohol. Online verfügbar unter: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> (14.12.12).
- DIMDI - DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (2012): ICD-10-WHO Version 2011. Sonderverzeichnisse zur Tabellierung der Mortalität und Morbidität. Online verfügbar unter: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/zusatz-sonderverzeichnisse_mortalitaet_morbiditaet.htm (12.12.12).
- DKFZ – DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2012): Häufigste Krebstodesursachen. Die fünf häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland für Männer und Frauen. Zuletzt aktualisiert am 27.03.2012. Online verfügbar unter: http://www.dkfz.de/de/krebsatlas/gesamt/mort_6.html (18.12.12).
- DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2012): Alkohol: Situation in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> (10.02.2013).
- DZA – DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2011): Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter-Report- Altersdaten. Heft 1-2/2011. Online verfügbar unter: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1-2_2011_PW.pdf (20.01.13).
- EGGEN, B. (2012): Hochaltrigkeit. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag12_01_02.pdf (19.12.12).
- EUROSTAT (2013): Todesursachen - Standardisierte Sterbeziffer (je 100 000 Einwohner) (Jährliche Daten). DATAMARKET. Letzte Aktualisierung am 03.01.2013. Kode: hlth cd asdr. Online verfügbar unter: http://datamarket.com/data/set/213d/todesursachen-standardisierte-sterbeziffer-je-100-000-einwohner-jaehrliche-daten?_escaped_fragment_=_display%3Dline%26ds%3D213d!2bc0%3D3:2bc1%3D1:2bc2%3D1n:2bc3%3D8#!display=line&ds=213d!2bc0=3:2bc1=1:2bc2=1n:2bc3=8 (05.01.13).
- GBE - GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- GVG - GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND –GESTALTUNG e.V. (2003): gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Köln. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsziele.de/cms/medium/30/Bericht_BMG_2003.pdf (12.01.13).
- GVG – GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND –GESTALTUNG e.V. (2012): Nationale Gesundheitsziele. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz (01.12.12).
- HEIDEMANN, C.; Du, Y.; SCHEIDT-NAVE, C. (2011): Diabetes mellitus in Deutschland. GBE kompakt 2(3). Robert-Koch-Institut Berlin. Online verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-8/PDF/8.pdf> (21.12.12).
- HELLMEIER, W. (2008): Vermeidbare Sterbefälle in Nordrhein-Westfalen. In: LIGA.NRW (Hrsg.): Gesundheit in NRW, kurz und informativ. Online verfügbar unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichtsdaten/nrw-kurz-und-informativ/vermeidbare-sterbefaelle-2006_0807.pdf (20.12.12).
- HEUSCHMANN, P.U.; NEUHAUSER, H.K.; ENDRES, M. (2011): Entwicklung von Mortalität und Morbidität vaskulärer Erkrankungen-Unterschiede zwischen koronarer Herzerkrankung und Schlaganfall. In: Der Nervenarzt 82(2), S. 145-152.
- HJORT, P. (1994): Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93. Oslo: Dept. Community Health.
- HURRELMANN, K.; KLOTZ, T.; HAISCH, J. (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Bern.
- HURRELMANN, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München.
- HÜTTEMANN, M. (2011): In Deutschland wird zu wenig obduziert. Die Bundesärztekammer sucht nach Gründen und Maßnahmen. Online verfügbar unter: http://www.thieme.de/viamedici/medizin/aerztliches_handeln/obduktion.html (11.12.12).
- KLEIN-HESSLING, J. (2006): Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In: LOHAUS, A.; JERUSALEM, M.; KLEIN-HESSLING, J. (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, S. 13-30.

- KRAUS, L.; PABST, A.; MÜLLER, S. (2009): Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Institut für Therapieforchung. München. Online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/3078458/data/ift-bericht.pdf> (21.12.12).
- KRAYWINKEL, K. et al. (2012): Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. In: RKI (Hrsg.): GBE kompakt 3(4). Berlin.
- KRÖHNERT, S.; KARSCH, M. (2011): Sterblichkeit und Todesursachen. Online verfügbar unter: <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/sterblichkeit.html> (19.01.2013).
- KROLL, L. E.; LAMPERT, T. (2012): Regionale Unterschiede in der Gesundheit am Beispiel von Adipositas und Diabetes mellitus. In: RKI (Hrsg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, S. 51-59.
- KROLLNER, D. M. (2012): ICD Code. F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Online verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F10-F19.html> (21.12.12).
- KROMEYER-HAUSCHILD, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 149, S. 807-818.
- KURTH B.-M.; ZIESE, T. (2006): Die Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit. In: K. HURRELMANN; U. LAASER; O. RAZUM (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage. Weinheim und München, S. 483-510.
- LAMPERT, T.; ZIESE, T.; KURTH, B. (2010): Gesundheitliche Trends in Ost- und Westdeutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). Bundeszentrale für politische Bildung. Berlin.
- LGA-BW (2012): Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2009/2010. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart.
- LGL - BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (2004): Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung - Begriffe, Methoden, Beispiele. Handlungshilfe: GBE-Praxis 2. Erlangen.
- LGL - BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (2006): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Handlungshilfe: GBE-Praxis 3. Erlangen.
- LGL - BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (2010): Suizide in Bayern. Gesundheitsreport Bayern. Erlangen.
- LRA BSK – LANDRATSAMT BODENSEEKREIS (Hrsg.) (2001): Gesundheit im Bodenseekreis. Lebenserwartung und Todesursachen. Gesundheitsbericht. Friedrichshafen.
- LRA RV – LANDRATSAMT RAVENSBURG (Hrsg.) (2012): Gesundheitsbericht Landkreis Ravensburg. Basisdaten zur Gesundheit – Analysen & Bewertungen. Ravensburg.
- MAS – MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (o.J.): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Gesundheitsstrategie-Konzeption.pdf> (16.02.2012).
- MAUZ, E.; JACOBI, F. (2008): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. In: Psychiatrische Praxis 35, S. 343-352. Online verfügbar unter: <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/mauz-jacobi-kohorten-2008.pdf> (19.12.21).
- MOSS, A. et al. (2012): Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. In: European Journal of Pediatrics 171, S. 289-299.
- MURRAY, C. J. L. et al. (2012): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990 - 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. In: The Lancet 380, S. 2197-2223.
- NAIDOO, J.; WILLS, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA. Köln.
- NEES, K. (2008): Jeder vierte Erwachsene in Deutschland hat Zeichen einer Lebererkrankung. Ärzte Zeitung 25.11.2008. Online verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/hepatitis/article/522087/jeder-vierte-erwachsene-deutschland-zeichen-leberkrankheit.html> (12.01.13).
- POLIZEIDIREKTION FRIEDRICHSHAFEN (2012): Baden-Württemberg, Polizeidirektion Friedrichshafen Pressestelle 2012. Online verfügbar unter: http://presse.polizei-bwl.de/_layouts/Pressemitteilungen/DisplayPressRelease.aspx?List=bd284061%2Deda4%2D45c0%2Db165%2Da647cd8a271c&ID=25440 (23.12.12).

- PSB FN - Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete Friedrichshafen (2011): Jahresbericht 2011. Diakonisches Werk. Online verfügbar unter: <http://www.suchtberatung-fn.de/fileadmin/Templates/download/aktuelles/Jahresbericht-2011.pdf> (23.02.13).
- RAPP, K.; KÖNIG, H.-H.; BECKER, C. (2012): Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern. In: Public Health Forum 20. Heft 74, S. 34.e1-34.e3.
- RICHTER, A. (2004): Soziale Lage und Gesundheit. Vortrag am 15.09.2004 auf der Fortbildungstagung der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Jugendzahnpflege. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/rk.sozialelageundgesundheit.pdf> (24.01.13).
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (1998): Herzinfarkt und soziale Schicht. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Service/Veranstaltungen/infarkt.pdf?__blob=publicationFile (02.01.13).
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 1. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2005): Diabetes mellitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 24. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 33. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2008a): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert-Koch-Institut. Heft 40.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2008b): Hypertonie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 43. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2009): 20 Jahre nach dem Mauerfall: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Robert Koch Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2010a): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2010b): Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2012a): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2012b): Empfehlungen der ständigen Impfkommission (Stiko) am Robert-Koch-Institut. In: Epidemiologisches Bulletin. Heft 30, S. 283-310.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2012c): Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2010. In: Epidemiologisches Bulletin. Heft 16, S. 135-142.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (2012d): Krebs in Deutschland 2007/2008. 8. Ausgabe. Berlin.
- ROHRER, S. et al. (2008): Uni- und multivariate Analyse der Einflussfaktoren auf die Verkehrsunfallmortalität von PKW-Insassen. In: Unfallchirurg 111, S. 13.
- SASS, A. C. (2008): Dokumentation 14. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.
- SASS, A.C. (2010): Unfälle in Deutschland. Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009. In: Robert Koch-Institut (2010): GBE kompakt 2/2010, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_2_Unfaelle.pdf?__blob=publicationFile (12.01.13).

- SCHAEFER, H. (2013): BGM-Schwerpunkt 2013: Das psychische Wohlbefinden stärken. Vortrag von Dr. Alexander Jatzko, Leiter der Psychosomatischen Klinik am Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern. Redaktion Polizeikurier Rheinland-Pfalz (20.02.2013). Online verfügbar unter: http://www.polizei.rlp.de/polizeikurier/nav/289/28960993-bbfe-b631-7a52-f61f42680e4c,1ee6dfd6-2add-c317-a52f-616a313445c7,,,f8e8888c-c060-217a-52f6-1f42680e4cdd&_ic_print=true.htm (23.05.13).
- SCHLACK, H. G. (2004): Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. In: Deutsche Liga für das Kind (2004): Frühe Kindheit 6/04. Online verfügbar unter: http://liga-kind.de/fruehe/604_schlack.php (13.01.2013).
- SM BW – Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2003): Altern und Gesundheit in Baden Württemberg Teil 1. Stuttgart. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/30_Gesundheitsthemen_Gesundheitsbericht/Altern_und_Gesundheit_in_BW_Teil1.pdf (20.12.12).
- SM BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2006): Gesamtbericht Altern und Gesundheit in Baden Württemberg. Teil 1 und 2. Stuttgart. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Gesamtbericht_Altern_und_Gesundheit.pdf (20.12.12).
- SM BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2010): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Gesundheitsforum Baden Württemberg, Stuttgart.
- SM BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Gesundheitsstrategie-Konzeption.pdf> (21.12.12).
- SM BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011a): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Gesundheitsforum Baden Württemberg, Stuttgart.
- SM BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011b): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsberichterstattung“. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Gesundheitsforum Baden Württemberg, Stuttgart.
- SM BW – Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011c): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Gesundheitsstrategie-Konzeption.pdf> (08.01.12).
- SOZIALMINISTERIUM BW (2000): Kindergesundheit in Baden- Württemberg. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Kindergesundheit_2000.pdf (17.01.2013).
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011a): Arbeitslose und Arbeitslosenquoten (Jahresdurchschnitt) seit 2005 (jährlich).Stuttgart. Online verfügbar unter: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB (18.12.12).
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011b): Ärztliche Versorgung seit 2008 (jährlich). Stuttgart. Online verfügbar unter: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB (18.12.12).
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011c): Gemeindegebiet, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte seit 1997. Stuttgart. Online verfügbar unter: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB (18.12.12).
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011d): Jugendquotient und Altenquotient 1996 bis 2030 in Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB (18.12.12).
- STALA BW - STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTEMBERG (2012a): Baden-Württemberger haben bundesweit die höchste Lebenserwartung. 27. Dezember 2012. Stuttgart. Online verfügbar unter: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2012417.asp> (12.01.13).

- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012b): Fläche, Bevölkerung. Stuttgart. Online verfügbar unter: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/> (28.12.12).
- STATISTA (2013): Anzahl der Selbstmorde in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2011. Online verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/75844/umfrage/selbstmorde-in-deutschland-seit-2000/> (23.05.13).
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (2010): Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Online verfügbar unter: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (20.12.12).
- SZAGUN, B. (2012): Gesundheit um den Landkreis herum. In: LRA RV (Hrsg.) (2012): Gesundheitsbericht Landkreis Ravensburg. Basisdaten zur Gesundheit – Analysen & Bewertungen. Ravensburg.
- SUCHTFORSCHUNGSVERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG (2012): Forschungsprojekt AQAH. Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis. Online verfügbar unter: <http://www.alkohol-leitlinie.de/?fldr=experten&menu=1-1-4-5> (27.02.2013).
- VBE-BW Verband Bildung und Erziehung Baden-Württemberg (2013): ESU-Die Einschulungsuntersuchung. Online verfügbar unter: <http://www.vbe-bw.de/wDeutsch/Download/esu.php> (19.01.2013).
- WHO (2008): The Global Burden of Disease-2004 Update. World Health Reports. World Health Organization, Genf.
- WHO (2013): Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table). World Health Organization. Mental Health. Online verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html (23.05.13).
- WITTCHEN, H.-U.; JACOBI, F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland DEGS. Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit. Präsentation auf dem DEGS-Symposium am 14.06.2012. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile (19.12.12).

Danksagung

Herzlichen Dank an die Studentinnen Laura Arnold, Nina Fassnacht, Anita Gäng, Alina Hartter, Jasmin Lissandrello, Sabine Schall, Angelina Schemm von der Hochschule Ravensburg-Weingarten, die diesen Bericht im Rahmen eines Semesterprojektes erstellt haben.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Bertram Szagun, er hat dieses Semesterprojekt ins Leben gerufen und die Studentinnen zusammen mit Frau Birgit Keller (wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Ravensburg-Weingarten) bei allen notwendigen Berechnungen angeleitet.

Vielen Dank auch für die freundliche Unterstützung durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg für die Datenübermittlung der Todesursachen und Krankenhausdiagnosen.

Zuletzt sei den Nachbarkreisen Ravensburg, Sigmaringen und Konstanz gedankt für die Übermittlung der Daten zur Einschulungsuntersuchung.

