

Gesundheitsbericht

Basisdaten zur Gesundheit

Landkreis Ravensburg

Analysen & Bewertungen



Herausgeber und Bestelladresse:
Landratsamt Ravensburg
Gesundheitsamt
Postfach 19 40
88189 Ravensburg
Tel. 0751-855310; Fax: 0751-855305
Mail: ges@landkreis-ravensburg.de

Autor:
Prof. Dr. Bertram Szagun
Hochschule Ravensburg-Weingarten
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

1. Auflage
Stand: November 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	Krankheiten des Kreislaufsystems	
Einleitung	4	(ICD-10:I00-99)	28
Zusammenfassung	5	Bewertung	29
Gesundheit um den Landkreis herum	6	Ischämische Herzkrankheit und Herzinfarkt	
Krankheitspanorama weltweit	6	(ICD-10:I20-25)	30
Krankheitspanorama und Trends in Europa	7	Bewertung	31
Die Situation in Deutschland	9	Suizide und psychische Störungen	
Baden-Württemberg	9	(ICD-10: F00, X60-84)	31
Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg	11	Suizide	31
Gesundheit im Landkreis Ravensburg	11	Bewertung	32
Methodisches Vorgehen	11	Psychische Störungen	
Sterblichkeit (Mortalität)	12	(ICD10: F00-99)	33
Krankenhausstatistik	13	Bewertung	36
Gesetzliche Rentenversicherung	13	Suchtmittel (ICD-10: F10-19)	37
Weitere Datenquellen	14	Diskussion und Bewertung	38
Rahmenbedingungen	14	Resümee und Empfehlung	40
Bewertung	16	Lebererkrankungen (ICD-10:K70-77)	41
Lebenserwartung	17	Bewertung	43
Verlust an Lebensjahren	18	Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen	
Krebserkrankungen, Neubildungen		(ICD10:S00-T98)	43
(ICD-10:C00-D48)	19	Bewertung	45
Bewertung	22	Straßenverkehrsunfälle (ICD10:V01-99)	46
Krebs der Verdauungsorgane		Bewertung	47
(ICD-10:C15-C26)	22	Kindergesundheit	48
Bewertung	23	Übergewicht	48
Krebs der Atmungsorgane oder des		Bewertung	49
Brustraums (ICD-10:C30-C39)	24	Masernimpfung	49
Bewertung	25	Bewertung	50
Brustkrebs (ICD-10:C50)	26	Abkürzungsverzeichnis	51
Bewertung	27	Literatur	52

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

erstmals veröffentlicht der Landkreis einen Bericht zur gesundheitlichen Situation der Bürgerinnen und Bürger im Landkreis, den Sie nun in Ihren Händen halten. In ihm werden grundlegende Kennzahlen zur Gesundheit der Bevölkerung im Kreis eingehend analysiert, dabei die Verknüpfung mit der gesundheitlichen Lage und Versorgung aufgezeigt und bewertet.

Eine genaue Betrachtung der Gegebenheiten vor Ort mithilfe einer solchen kommunalen Gesundheitsberichterstattung wird zunehmend wichtiger. Gesundheit ist neben Bildung einer der wichtigsten Standortfaktoren. Demographischer Wandel und zunehmende Ressourcenknappheit erfordern auch im Landkreis Ravensburg große Anstrengungen, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen und weiterzuentwickeln. Noch mehr als bisher, wird es in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens darum gehen, den Einsatz der begrenzten Ressourcen am konkreten Bedarf zu orientieren.

Neben der Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenz bietet der Landkreis nun mit der Einführung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung ein weiteres Instrumentarium an, um Entscheidungsgrundlagen im kommunalen Gesundheitswesen weiter zu verbessern.

Von diesem Bericht sollen Impulse ausgehen für die zukünftige Arbeit der Gesundheitskonferenz, an die Entscheidungsträger und Handelnden in der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft, aber eben auch an alle hier im Landkreis lebenden Menschen.

Verstehen Sie daher diesen Bericht als Anreiz, sich an den Veränderungen und Prozessen des Gesundheitswesens im Landkreis Ravensburg zu beteiligen, geben Sie Anregungen und Impulse, nehmen Sie Teil an einem Dialog, dessen Ziel es ist, die hohe Qualität der Gesundheit im Kreis zu erhalten und weiter zu entwickeln.

Bevor ich Ihnen nun eine spannende Lektüre wünsche, möchte ich noch allen Beteiligten an der Mithilfe bei der Erstellung des Berichtes meinen Dank aussprechen. Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Bertram Szagun von der Hochschule Ravensburg-Weingarten, ohne den das wissenschaftlich hohe Niveau dieses Berichts nicht möglich gewesen wäre.

Ich wünsche Ihnen allzeit eine gute Gesundheit!

Ravensburg, im Oktober 2012



Eva-Maria Meschenmoser
Erste Landesbeamtin

Einleitung

Am 14. März 2012 fand in Ravensburg die erste Gesundheitskonferenz für den Landkreis statt, die auch diesen ersten Kreisgesundheitsbericht vorbereitete, in dem Sie gerade lesen. Gesundheitskonferenzen etablieren sich aktuell in fast allen Städten und Kreisen Baden-Württembergs. Dies geschieht im Rahmen der sogenannten „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“, einem Beschluss des Landeskabinetts aus dem Jahre 2009 (MAS-BW, 2009). Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, eine Bedarfsanalyse bereitzustellen, auf der dann sinnvolle Maßnahmen für noch mehr Gesundheit im Landkreis Ravensburg basieren können. Dieser Bericht soll eine Planungsgrundlage der Kreisgesundheitskonferenz darstellen.

Im ersten Kapitel des Berichts „Gesundheit um den Landkreis herum“ werden einige aktuelle Fakten und Trends zur Gesundheit zusammengetragen, da auch unser Landkreis von internationalen und deutschlandweiten Zusammenhängen und Trends betroffen ist. Die Informationen zum Gesundheitszustand im Landkreis im darauf folgenden Hauptteil „Gesundheit im Landkreis Ravensburg“ lassen sich vor diesem Hintergrund besser einordnen, um daraus sinnvolle Zielsetzungen für unsere Region ableiten zu können. Im Hauptteil des Berichts werden zunächst die genutzten Methoden und Datenquellen näher beschrieben und einige wichtige gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen für den Landkreis aufgezeigt. Im folgenden Teil wird die Lebenserwartung näher betrachtet sowie ein Blick darauf geworfen, warum Bürger des Landkreis Ravensburg Lebensjahre durch vorzeitigen Tod verlieren. Darauf aufbauend und in die Tiefe gehend werden dann einzelne Todesursachen näher beschrieben und positive wie negative Abweichungen des Kreises von Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen dargestellt sowie bewertet. Es folgen einige wenige Basisinformationen zur Kindergesundheit aus der Einschulungsuntersuchung. Im Bericht nicht gänzlich zu vermeidende Abkürzungen werden jeweils eingeführt, können darüber hinaus aber auch im Abkürzungsverzeichnis kurz vor

Schluss nachgeschlagen werden. Die für den Bericht verwendeten Quellen sind im Text in Kurzform und vollständig im Literaturverzeichnis am Schluss beschrieben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Bericht in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Zusammenfassung

In diesem ersten Gesundheitsbericht für den Landkreis Ravensburg wurden die Lebenserwartung, einzelne vermeidbare Todesursachen, Krankenhausbehandlungen, Frühberentungen und einige weitere wichtige Kennzahlen zur Gesundheit betrachtet. Wo immer möglich, wurden die Zahlen für den Kreis mit denen der Nachbarkreise und Baden-Württembergs verglichen, um mögliche Abweichungen feststellen und damit Anhaltspunkte für Maßnahmen gewinnen zu können. Eine detailliertere Bewertung und Erläuterung zu allen in der Zusammenfassung benannten Punkten findet sich in den jeweiligen Kapiteln des Berichts.

Insgesamt ist der Landkreis Ravensburg eine beneidenswert gesunde Region. Die Lebenserwartung liegt gleichauf mit der in ganz Baden-Württemberg und damit deutschlandweit an der Spitze. Bezüglich einzelner Todesursachen weicht der Landkreis Ravensburg dabei teilweise vom Profil Baden-Württembergs und der Nachbarkreise ab. Besonders positiv fällt die gegenüber Baden-Württemberg vergleichsweise geringe Sterblichkeit durch die deutschlandweit häufigsten Todesursachen, nämlich Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie beispielsweise Herzinfarkt ins Gewicht. Die etwas geringere Betroffenheit von diesen Erkrankungen zeigt sich auch in der Krankenhausdiagnosestatistik und ist entscheidend für die hohe Lebenserwartung im Landkreis Ravensburg. Ursächlich ist dabei sicher zum Großteil die überdurchschnittlich gute soziale Situation im Kreis, aber auch die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Wo könnte die Gesundheit im Kreis noch besser werden? Eine Abweichung vom insgesamt positiven Gesamtbild für den Landkreis Ravensburg zeigt sich v.a. bei der Sterblichkeit durch Verletzungen und andere äußere Ursachen. Sie ist im Kreis um über 23% – und damit deutlich – höher als in Baden-Württemberg sowie gleichzeitig höher als in den Nachbarkreisen Biberach, Sigmaringen und dem Bodenseekreis. Als spezifische Ursachen für Todesfälle zeigten sich im

Kreis dabei tödliche Straßenverkehrsunfälle und Suizide häufiger als erwartet. Sowohl die polizeiliche Straßenverkehrsunfallstatistik wie auch die Krankenhausdiagnosestatistik für psychische Störungen bestätigen diese negativen Abweichungen und bieten dabei gleichzeitig konkrete Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. So ergab die Analyse der Krankenhausdiagnosestatistik deutlich mehr stationäre Behandlungen aufgrund von alkoholbedingten Problemen als für den Kreis zu erwarten wären, dies speziell für die jüngeren und mittleren Altersgruppen. Da Alkohol ein zentraler Risikofaktor für o.g. Todesfälle durch Verletzungen und äußere Ursachen ist, könnten intensiviertere verhältnisorientierte Maßnahmen zur Alkoholprävention einen sinnvollen Handlungsansatz darstellen. Suiziden wie auch Suchterkrankungen liegen häufig psychische Probleme zugrunde, die nicht nur hierzulande, sondern weltweit eine wachsende Belastung darstellen. Sinnvoll könnte daher ein noch stärkeres Augenmerk auf die psychische Gesundheit sein, v.a. in den Alltag prägenden Lebenswelten wie etwa den Schulen und Betrieben im Landkreis Ravensburg.

In diesem Bericht wurden mit dem Anteil Übergewichtiger und dem Impfschutz gegen Masern nur zwei etablierte Kennzahlen zur Kindergesundheit betrachtet. Es zeigte sich ein weit unterdurchschnittlicher Impfschutz gegen Masern, das Risiko für schwerere Krankheitsausbrüche im Landkreis ist dadurch erhöht. Der Anteil übergewichtiger Kinder bei der Einschulungsuntersuchung liegt im Durchschnitt Baden-Württembergs, in Anbetracht der günstigen sozialen Rahmenbedingungen wäre hier noch Verbesserungspotential gegeben. In beiden Feldern könnte es sinnvoll sein, bisher schon stattfindende Präventionsmaßnahmen zu verstetigen bzw. zu intensivieren.

Gesundheit um den Landkreis herum

Krankheitspanorama weltweit

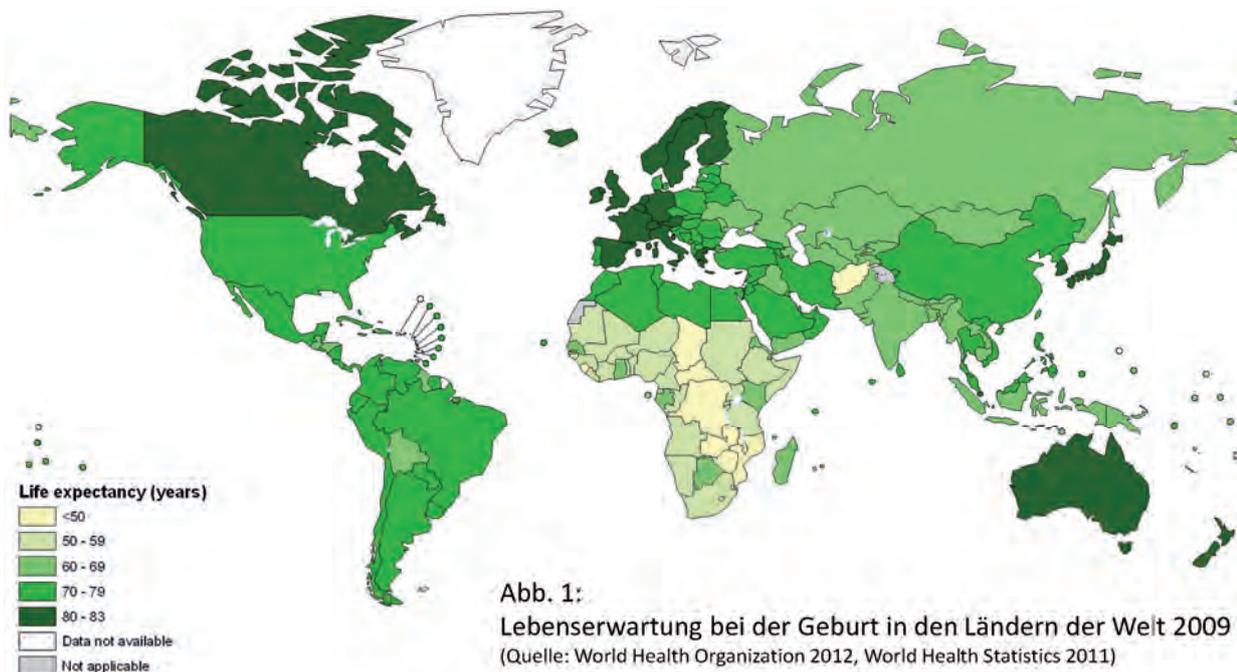


Abbildung 1 zeigt die weltweite Verteilung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt (WHO, 2011b). Die Unterschiede sind groß und das entstehende Muster spiegelt grob die soziale Situation wider. Mit über 80 Jahren haben Menschen in Japan, einigen Ländern Europas, Australien und Kanada die höchste Lebenserwartung, mit teils deutlich unter 50 Jahren in Teilen Zentralafrikas, Afghanistan und Haiti die durchschnittlich niedrigste. So unterschiedlich wie die Lebenserwartung sind auch die vorherrschenden Gesundheitsprobleme. In Ländern mit niedriger Lebenserwartung spielen Infektionskrankheiten häufig noch die dominierende Rolle für die durch Erkrankungen verursachte Last, während in Ländern mit hoher Lebenserwartung wie auch hier in Deutschland chronische Erkrankungen, psychische Probleme und Erkrankungen älterer Menschen die größte Last verursachen (WHO, 2011b).

Männer leben dabei fast überall in der Welt kürzer als Frauen. Dieser Unterschied kann mehr als zehn Jahre betragen, etwa in einigen osteuropäischen Ländern ist dies der Fall. Das hat zum kleineren Teil biologische Gründe, zum größeren Teil hängt es mit dem unterschiedlichem Verhalten und Gesundheitsbewusstsein

von Männern und Frauen sowie teils auch unterschiedlichen Belastungen zusammen (Szagun and Preuß, 2005). So leben unter praktisch gleichen Lebensbedingungen im Kloster Nonnen durchschnittlich nur etwa zwei Jahre länger als Mönche (Luy, 2002).

Im weit überwiegenden Teil der Welt steigt die Lebenserwartung relativ stetig an (Tab. 1 (WHO, 2011a, WHO, 2012)). Krieg, Umweltkatastrophen oder gesellschaftliche Umbrüche können aber auch zu Rückschritten führen, wie sich etwa nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion, durch AIDS in Zentralafrika

Tab. 1: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren in den sechs Weltregionen der WHO (WHO 2011, 2012)			
	1990	2000	2009
Afrika	51	50	54
Amerika	71	74	76
Südostasien	59	62	65
Europa	71	72	75
Östl. Mittelmeer	61	64	66
Westpazifik	69	72	75
Weltweit	64	66	68

oder nach dem Erdbeben im Jahre 2010 in Haiti zeigte. Neben dem erfreulichen Megatrend zu einem längeren Leben zeigen sich auch Verschiebungen im Krankheitspektrum. So nehmen Infektionskrankheiten weltweit tendenziell ab, Zivilisationskrankheiten wie etwa Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Störungen nehmen dagegen zu. Ein besonders starker Anstieg zeigt sich bei psychischen Problemen. So geht die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) aufgrund der vorherrschenden Trends davon aus, dass bis zum Jahre 2030 Depressionen die meisten durch frühen Tod oder krankheitsbedingte Einschränkungen verlorenen Lebensjahre verursachen (WHO, 2008).

Krankheitspanorama und Trends in Europa

In industrialisierten Ländern mit hoher Lebenserwartung wie in Europa und bei uns in Deutschland stellen sich die Trends etwas anders dar. Die Phase, in der die höchste Last durch Infektionskrankheiten verursacht wurde, liegt mittlerweile schon länger hinter uns. Dies ist jedoch nicht selbstverständlich, sondern – gerade in Zeiten weltweiter Mobilität – Ergebnis unserer laufenden Bemühungen etwa in Sachen Hygiene, Impfungen oder auch internationaler Kontrollen. Auch die zweite Phase, die viele Länder weltweit im Rahmen zunehmender Industrialisierung erst noch erreichen werden, die Phase „klassischer Zivilisationskrankheiten“ wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs, hat ihren größten Einfluss auf die Krankheitslast hierzulande schon hinter sich. Dies liegt einerseits daran, dass wir recht gut über die Einflussfaktoren Bescheid wissen und sich dies teils auch schon in Lebensstilveränderungen niedergeschlagen hat. Zum anderen sind die Behandlungsmethoden mittlerweile so weit fortgeschritten, dass manche Erkrankung heilbar geworden ist oder die Betroffenen weit weniger beeinträchtigt als früher (Cutler et al., 2006). Was industrialisierten Ländern wie uns hingegen immer mehr Sorgen bereitet, sind einerseits demografisch bedingt die Krankheiten alter Menschen, die etwa zur Pflegebedürftigkeit führen, andererseits die psychosozial bedingten gesundheitlichen Probleme. Diese werden, da sie gerade in jüngster Zeit stark an Bedeutung gewinnen, auch als „Neue Morbidität“ bezeichnet und treten bei uns v.a. in Form psychischer Störungen in Erscheinung (Abb. 2, nach (Hjort, 1994)).

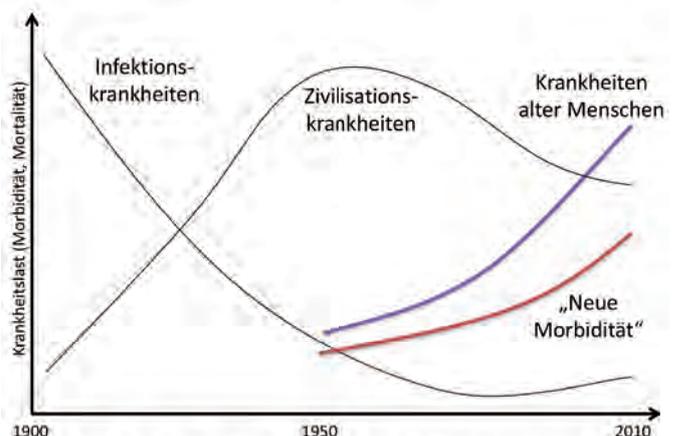


Abb. 2: Die vier Wellen der Krankheitslast in Industrieländern (erweitert nach Hjort 1994)

Innerhalb Europas hatten im Jahr 2010 Frauen in Frankreich und Spanien mit über 85 Jahren die höchste und in Mazedonien mit ca. 77 Jahren die niedrigste Lebenserwartung. Männer lebten in der Schweiz mit fast 80 Jahren durchschnittlich am längsten, in Litauen hatten sie mit 68 Jahren die kürzeste Lebenserwartung (Abb. 3 (Eurostat, 2012a)).

Die Unterschiede zwischen den Ländern sind bei

Ernährungsgewohnheiten sowie der Grad an gesellschaftlicher Ungleichheit eine Rolle (Wilkinson and Pickett, 2010).

Die Entwicklung der Lebenserwartung in den einzelnen Ländern Europas war in den letzten Jahrzehnten durchaus unterschiedlich. In den meisten europäischen Ländern zeigte sich ähnlich wie in Deutschland

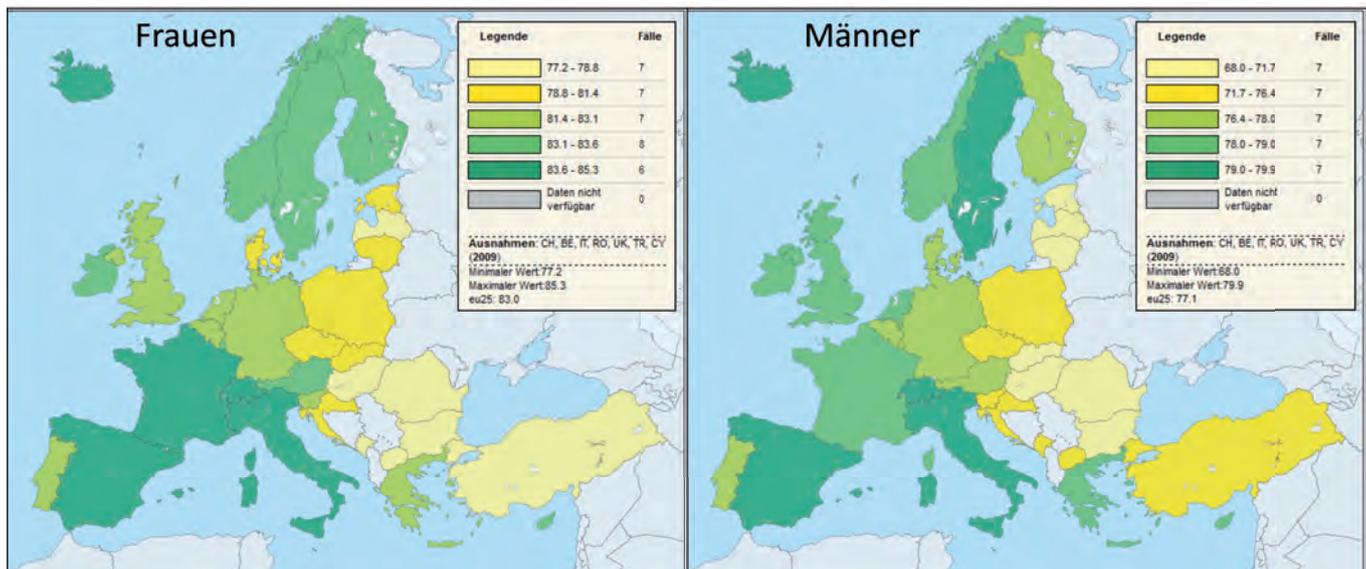


Abb. 3 Lebenserwartung bei der Geburt in Europa 2010 in Jahren (Quelle: Eurostat 2012)

Männern somit deutlich größer als bei Frauen, d.h. Männer reagieren gesundheitlich empfindlicher auf soziale Bedingungen. Deutschland liegt 2010 mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 83 Jahren bei Frauen und 78 Jahren bei Männern in der oberen Hälfte der Verteilung in Europa.

Wie kommt es zu Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen einzelnen Ländern? Den größten Einfluss weltweit auf den Gesundheitszustand haben soziale Bedingungen, was sich etwa in der fast doppelt so hohen Lebenserwartung in einigen reichen Ländern gegenüber den ärmsten Ländern der Welt zeigt (Cutler et al., 2006). Auch zwischen den europäischen Ländern spielt dies etwa beim deutlichen West-Ost-Gefälle eine Rolle. Für die Unterschiede zwischen den – sämtlich auf hohem Niveau liegenden – mittel- und westeuropäischen Ländern spielen dann spezifischere Faktoren wie das Rauchverhalten,

ein recht kontinuierlicher Anstieg von etwas mehr als zwei Lebensjahren pro Jahrzehnt. Weniger waren es in Dänemark und Schweden, weil die Bevölkerung dieser Länder schon vor Jahrzehnten eine höhere Lebenserwartung aufwies als der Durchschnitt Europas. In Russland war die durchschnittliche Lebenserwartung mit 68,7 Jahren im Jahr 2009 hingegen genauso hoch wie im Jahr 1960, da es über Jahrzehnte zu einer Stagnation bzw. teils auch Rückschritten gekommen war (OECD, 2012b). Die Hauptrisikofaktoren für den Verlust von Lebensjahren durch frühzeitigen Tod oder deutlich eingeschränkte Lebensqualität in Europa sind Rauchen, Alkoholmissbrauch und Gefährdungen durch den Verkehr (WHO, 2010).

Die Situation in Deutschland

Die Menschen in Deutschland leben im internationalen Vergleich sehr lange. Allerdings liegt Deutschland hinsichtlich der Lebenserwartung nicht in der Spitzengruppe, in der sich Japan, Kanada und einige südeuropäische Länder befinden. Bedingt ist dies hauptsächlich durch hierzulande häufigere Todesfälle durch nichtübertragbare Erkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen (WHO, 2011a, WHO, 2010).

Auch in Deutschland sind die oben genannten Krankheitstrends und -phasen deutlich sichtbar (Abb. 2), d.h. auch bei uns spielen neben den chronischen Erkrankungen speziell diejenigen des höheren Lebensalters sowie durch psychosoziale Belastungen verursachte Beeinträchtigungen eine zunehmende Rolle. Auf Basis dieser Trends und der durch Krankheit verursachten Last wurden unter Einbezug vieler Akteure des Gesundheitswesens bisher sieben Gesundheitsziele für Deutschland verabschiedet (GVG, 2006, GVG, 2003). Die drei krankheitsbezogenen Ziele zu Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs und Depression beziehen sich dabei auf häufige und schwerwiegende Erkrankungen, bei denen besonderer Handlungsbedarf gesehen wird. Das Ziel „Tabakkonsum reduzieren“ bezieht sich auf ein wesentliches Feld der Prävention, das Ziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ v.a. auf eine optimierte Patientenversorgung. Das im Jahr 2010 aktualisierte Ziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ fokussiert auf die wichtige Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen (BMG, 2010), das 2012 verabschiedete Ziel „Gesund älter werden“ auf die älteren Menschen (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, 2012). Sechs dieser bundesweiten Gesundheitsziele für Deutschland wurden weitgehend unverändert als Empfehlungen auch für Baden-Württemberg übernommen (Abb. 4).

Als letztes krankheitsbezogenes Gesundheitsziel wurde 2006 „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ in den Bundesgesundheitszielen verankert (GVG, 2006).

Die gerade in den letzten Jahren massiv ansteigende

Zahl an krankheitswertigen psychischen Problemen ist besonders besorgniserregend. Sie betrifft nicht allein Depressionen, auch andere psychische Störungen scheinen stark zuzunehmen. Auf diesen Anstieg wird im Kapitel „Suizide und psychische Störungen“ näher eingegangen.

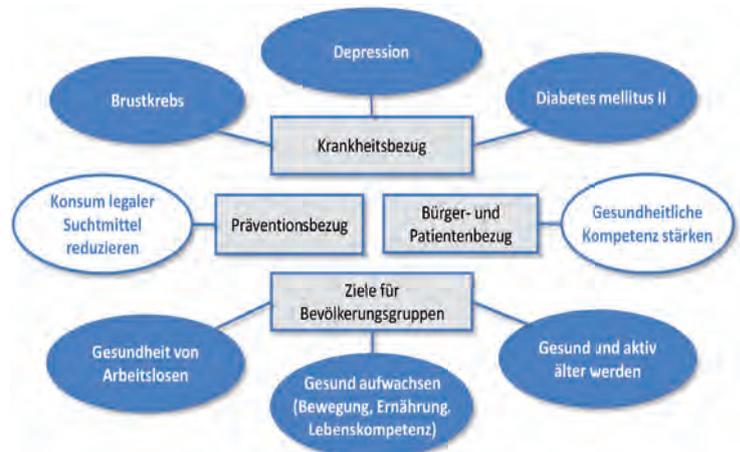


Abb. 4: Empfohlene Gesundheitsziele für Baden-Württemberg (nach Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2011, eigene Darstellung)

Baden-Württemberg

Schon seit Jahrzehnten leben die Menschen in Baden-Württemberg im deutschlandweiten Vergleich aller Bundesländer am längsten. Ein neugeborener Junge konnte in Baden-Württemberg 2009 auf durchschnittlich 78,9 Lebensjahre, ein Mädchen auf 83,5 Jahre hoffen (jüngste vorliegende Daten, (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011a)). Damit liegt Baden-Württemberg in Europa wie auch weltweit in der Gruppe der Länder mit der höchsten Lebenserwartung.

In der Abbildung 5 sehen Sie Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern sowie im Vergleich zum OECD-Mittel, der Schweiz, Japan und den Vereinigten Staaten von Amerika dargestellt (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011a, OECD, 2012a).

Zum Vergleichsmaßstab: In der Schweiz lebten 2009 Männer weltweit am längsten, während Japan das Land mit der höchsten weiblichen sowie Gesamtlebenserwartung weltweit war. Die USA dienen als weiterer Vergleichsmaßstab, da sie weltweit als trauriges Beispiel dafür gelten, dass großer Reichtum eines Landes (und die mit Abstand höchsten Gesundheits-

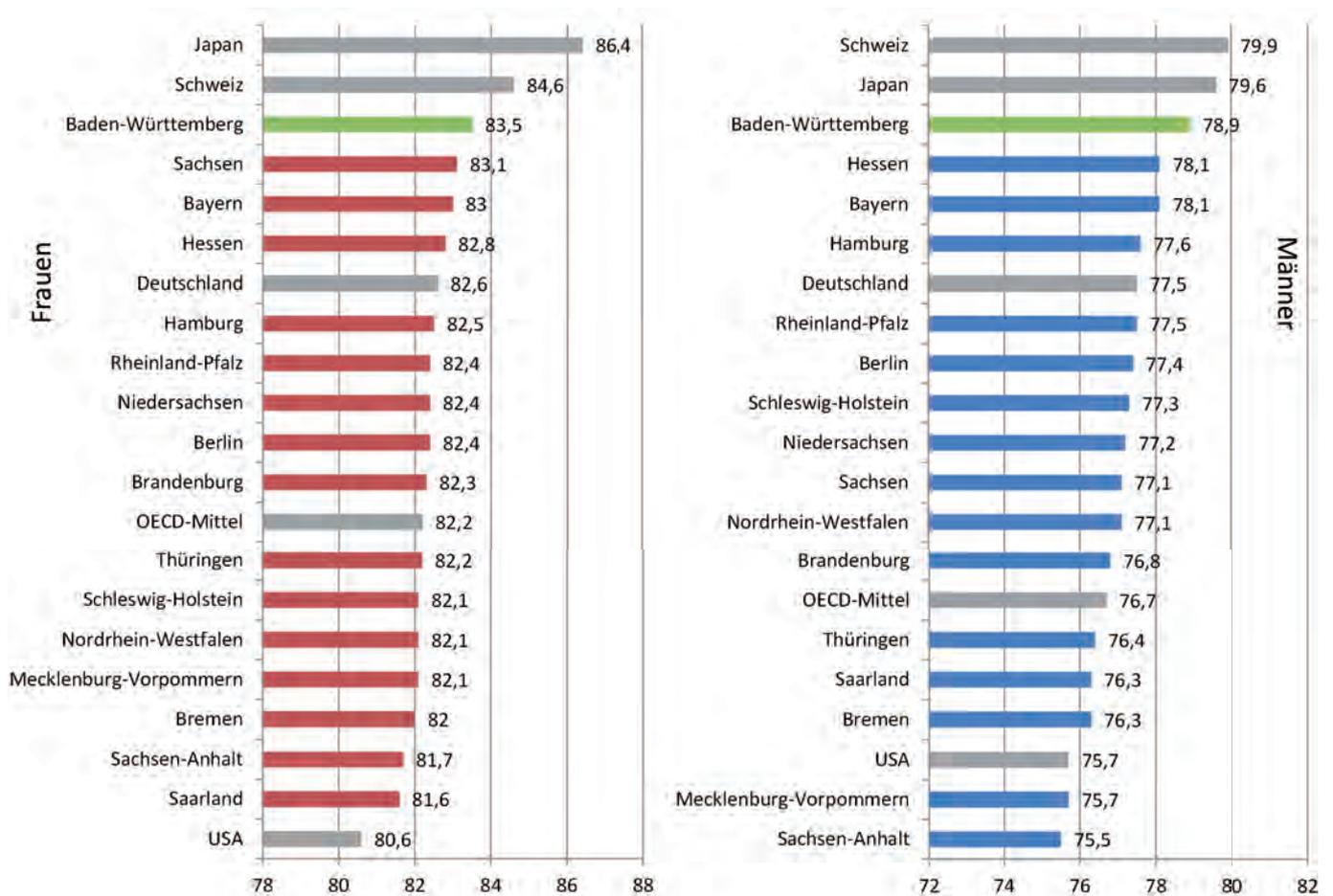


Abb. 5: Lebenserwartung bei der Geburt 2009 in den deutschen Bundesländern in Jahren im Vergleich (Quellen: Stat. Landesamt BW 2011, OECD 2012; eigene Darstellung)

ausgaben weltweit) allein nicht automatisch eine gute Gesundheit bzw. hohe Lebenserwartung der Bevölkerung garantieren. Erklärt wird die vergleichsweise schlechte Gesundheit in den USA mit der großen Einkommensungleichheit, einem extrem hohen Anteil von Menschen mit teils starkem Übergewicht und dem sehr ungleichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.

Abbildung 5 verdeutlicht gleichzeitig, dass auch die gesundheitliche Lage innerhalb Deutschlands ein deutliches soziales Gefälle zeigt. Es sind die ärmeren Bundesländer, in denen sich die niedrigste Lebenserwartung findet und die reicheren Bundesländer, in denen die Menschen am längsten leben. Die Lebenserwartung der Männer streut innerhalb Deutschlands stärker als die der Frauen. Gerade bei der männlichen Lebenserwartung liegt Baden-Württemberg mit deutlichem Abstand vorn und nur ein Jahr hinter dem Spitzenreiter Schweiz, während bei den Frauen knapp drei Jahre Abstand zu Japan verbleiben.

Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

Die schon oben erwähnte Gesundheitsstrategie des Landes baut auf den nationalen und internationalen Krankheitstrends und dem aktuellen Stand in Baden-Württemberg auf. In dem Strategiepapier wird der enge Bezug zwischen der Wirtschaftsleistung Baden-Württembergs und der gesundheitlichen Situation seiner Bürger hervorgehoben, denn „Gesundheit ist nicht nur eine persönliche Ressource, sondern auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und Voraussetzung für Wirtschaftswachstum und Wohlstand einer Gesellschaft.“ (MAS-BW, 2009). Mittels der Strategie soll das Land sich auf die gesundheitlichen Herausforderungen des gesellschaftlichen und demografischen Wandels, weitere Fortschritte in der medizinischen Behandlung sowie zunehmende Auswirkungen psychosozialer Belastungen vorbereiten.

Folgende Ziele sollen in Baden-Württemberg im Rahmen der Gesundheitsstrategie verfolgt werden, um dies zu erreichen:

- Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern
- Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern
- Durch Prävention die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs sichern

Der Schwerpunkt wird auf die Verhinderung von Erkrankungen, also die Prävention und Gesundheitsförderung gesetzt, da hier das größte Potential für eine bessere Gesundheit liegt (WHO, 2006). Schon seit Langem wissen wir, dass Gesundheit oder Krankheit hauptsächlich dort entstehen, wo wir unser tägliches Leben verbringen (WHO, 1986). Besonderen Stellenwert hat in der Gesundheitsstrategie daher die gesundheitsförderliche Gestaltung wichtiger Lebenswelten des Wohnens, Arbeitens oder der Freizeit, wie sie beispielsweise Schulen, Kindergärten, Betriebe, Gemeinden oder Stadtteile darstellen. In dem Beschluss vorbereitet sind auch wesentliche Strategien zur Zielerreichung, wie etwa der Auf- und Ausbau einer Planungsgrundlage durch belastbare Daten (Gesundheitsberichterstattung) sowie die Etablierung regionaler Planungsstrukturen (siehe Kapitel „Einleitung“).

Seit 2009 wurde das Grundsatzpapier der Gesundheitsstrategie weiter konkretisiert. Wie in Ravensburg im März 2012 haben in den meisten Stadt- und Landkreisen mittlerweile Gesundheitskonferenzen auf Basis eines speziell dafür erarbeiteten Konzepts stattgefunden (MAS-BW, 2010). Darüber hinaus wurden Gesundheitszielempfehlungen für Baden-Württemberg erarbeitet, die sich eng an den Bundesgesundheitszielen für Deutschland orientieren (Abb. 4 (MAS-BW, 2011)).

Gesundheit im Landkreis Ravensburg

Methodisches Vorgehen

Für diesen Bericht wurden für den Landkreis vorliegende Statistiken näher analysiert, um Aussagen zur Gesundheit zu machen. Dadurch soll es möglich werden, Schwerpunkte für den Kreis zu setzen. Obwohl Gesundheit zu den wichtigsten Ressourcen gehört, auf die wir täglich bauen, ist unser Wissen über Gesundheit in einer einzelnen Region wie etwa einem Landkreis eher gering. Es existieren wenig nutzbare Zahlen über die regionale Zahl an Neuerkrankungen, die Zahl Betroffener von einer Erkrankung oder die Häufigkeit gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen wie etwa des Rauchens. Auf Kreisebene möglich sind jedoch die hier vorgenommenen und folgend erläuterten Analysen zur Sterblichkeit, Krankenhausbehandlung und Frühberentung. Da Gesundheit und Krankheit im täglichen Leben in unserem direkten Umfeld entstehen, wirken viele, gerade auch soziale Faktoren auf sie ein (Abb. 6 (MAS-BW, 2010)).

Daher werden als Ergänzung zu diesem sterblichkeits- und krankheitsbezogenen ersten Gesundheitsbericht in Anlehnung an kommunale Kennzählensätze einige gesundheitsrelevante Basiskennzahlen zum Kreis beschrieben (LGL, 2011).

Krankheitshäufigkeiten werden meist in abstrakten Zahlen wie etwa Erkrankungsraten dargestellt, die nur beurteilt werden können, wenn ein Vergleichsmaß-



Abb. 6:
Gesundheit und gesundheitsrelevante regionale Einflüsse
(Stadt-/Landkreisprofil aus der Stärken-Schwächen-Analyse, MAS-BW 2010)

stab existiert. Dieser Vergleich wird hier wenn irgend möglich hergestellt, indem die Zahlen des Landkreis Ravensburg mit denen Baden-Württembergs und der Nachbarkreise Biberach, Sigmaringen und des Bodenseekreises verglichen werden.

Sterblichkeit (Mortalität)

Eine der wenigen regional verfügbaren statistischen Informationen ist die der Sterblichkeit, welche auf der bei jedem Todesfall durchzuführenden ärztlichen Leichenschau beruht. Diese Statistik beschreibt zwangsläufig nur den tödlichen Ausgang und das verantwortliche Grundleiden, kann aber dennoch sehr wertvolle Hinweise bereithalten darüber, welche potentiell tödlichen Erkrankungen oder Ereignisse regional mehr oder weniger häufig auftreten (RKI, 2011b).

Der Landkreis Ravensburg hat knapp 280.000 Einwohner, die sich, wie die Analyse der Lebenserwartung zeigt, insgesamt guter Gesundheit erfreuen. Einzelne Jahre der Todesursachenstatistik für den Landkreis lassen sich jedoch nicht verlässlich auswerten, da ja zum Glück vergleichsweise wenige Todesfälle auftreten und die Auswertung eines einzelnen Jahres dadurch starken Zufallsschwankungen unterliegen würde. Aus diesem Grund wurde die Auswertung über

den aktuellsten vorliegenden Fünf-Jahres-Zeitraum von 2006-2010 durchgeführt. Datengrundlage war dabei die auf Landesebene zusammengeführte anonymisierte Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg.

Die Mortalitätsstatistik kann wichtige Informationen liefern, hat aber auch Schwächen. So nimmt ihre Verlässlichkeit mit zunehmendem Alter der Verstorbenen deutlich ab. Dies wurde bei der Analyse für diesen Bericht dadurch berücksichtigt, dass für die meisten Todesursachen nur jüngere Altersgruppen in die Analyse eingingen. Orientiert wurde sich dabei am auch für die Gesundheitsberichterstattung der Bundesländer genutzten Konzept der „vermeidbaren Todesfälle“. In diesem sind zum einen auswertbare Altersgruppen, zum anderen eine Auswahl an Todesursachen festgelegt, die sinnvolle Schwerpunktsetzungen möglich machen (LIGA.NRW, 2008, AOLG, 2003). Wegen der niedrigen Zahl an Todesfällen konnten einige in o.g. Konzept verankerte Analysen nicht auf Landkreisebene durchgeführt werden.

Die meisten Erkrankungen sind stark altersabhängig, entsprechend spielt die Altersstruktur einer Region für die Häufigkeit einer Erkrankung eine zentrale Rolle. Eine „alte“ Region kann dadurch „kränker“ aussehen als eine „junge“ Region, ohne dass sie es wäre, wenn das Alter berücksichtigt würde. Um diesen möglichen Fehler beim Vergleich der Sterblichkeit zwischen den einzelnen Kreisen und Baden-Württemberg zu vermeiden, wurde auf das Verfahren der direkten Altersstandardisierung zurückgegriffen (Standardbevölkerung: Mittlere Bevölkerung Baden-Württemberg 2006-2010). Durch dieses etablierte Verfahren wird rechnerisch ein identischer Altersaufbau simuliert. Somit ist in den damit berechneten Raten das Alter berücksichtigt und sie können problemlos zwischen den Regionen verglichen werden. Die altersstandardisierten Raten werden in Todesfällen pro 100.000 Personen angegeben.

Analysen der Sterblichkeit können wertvolle erste Hinweise liefern, aber keinen vollständigen Eindruck von der regionalen Krankheitslast vermitteln. Diese wird wie oben beschrieben gerade in Industriestaaten stark durch chronische, dauerhaft bestehende

und eben nichttödliche Erkrankungen bestimmt, für die daher teils weitere Kennzahlen hinzugezogen wurden.

Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik gibt Aufschluss darüber, wie viele stationäre Behandlungen in einem Zeitraum aufgrund welcher Erkrankungen durchgeführt wurden. Die hier ausgewerteten Krankenhauszahlen beziehen sich auf das aktuellste dafür zur Verfügung stehende Jahr 2010. Sie sind wohnortbezogen und umfassen Behandlungen in ganz Deutschland. D.h. sie geben keine Auskunft darüber, wie häufig stationäre Behandlungen im Landkreis Ravensburg durchgeführt wurden, sondern wie häufig BürgerInnen des Landkreises Ravensburg und zum Vergleich auch der Landkreise Biberach, Sigmaringen, des Bodenseekreises und Baden-Württembergs deutschlandweit 2010 behandelt wurden. Die Behandlungen werden dabei der jeweils vergebenen Hauptdiagnose zugeordnet. Mehrfachbehandlungen einzelner Personen gehen auch mehrfach in die Statistik ein. Die vollständig anonymisierte Krankenhausdiagnosestatistik wurde vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt. Es erfolgten Analysen der Fallzahlen für die o.g. Kreise und Baden-Württemberg, die Raten werden in Behandlungsfällen pro 10.000 Einwohner angegeben.

Die Analyse der Krankenhausstatistik ermöglicht eine gewisse Einschätzung der Krankheitslast durch schwere, zu stationären Aufnahmen führende Erkrankungen, muss aber mit Vorsicht interpretiert werden. Eine niedrige Zahl stationärer Behandlungen kann eine niedrige Krankheitslast bedeuten, sie kann aber auch bedeuten, dass für die Bürger einer Region (zu) wenig stationäre Versorgung zur Verfügung steht. Bei Erkrankungen mit hoher Dunkelziffer nicht erkannter und behandelter PatientInnen kann eine hohe Zahl stationärer Behandlungen auch ein gutes Zeichen sein, dass nämlich diese Dunkelziffer für die BürgerInnen dieser Region weniger zum Tragen kommt. Und eine hohe Zahl bestimmter Diagnosen bei gleichzeitig geringer Zahl ähnlicher Diagnosen kann schließlich

auch regionale Gepflogenheiten in der Diagnostik widerspiegeln.

All das würde die Krankenhausdiagnosestatistik als alleinige Informationsquelle schwer interpretierbar machen. Bei den hier vorgestellten Analysen standen jedoch weitere Informationen – etwa zur Sterblichkeit – zur Verfügung, so dass verschiedene Informationen zusammengeführt werden konnten. Methodisch erfolgte auf Basis der Sterblichkeitsanalysen für die dort betrachteten Erkrankungsgruppen – wenn vorliegend – eine parallele Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik. Bei regionalen Auffälligkeiten wurden im Einzelfall darüber hinausgehende, detailliertere Analysen der Krankenhausdiagnosen durchgeführt.

Gesetzliche Rentenversicherung

Dankenswerter Weise wurden für den ersten Gesundheitsbericht auch Daten des Regionalzentrums Ravensburg der Gesetzlichen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV RV) zur Verfügung gestellt. Die Daten der Rentenversicherung stehen aufgrund der geringen Fallzahlen nur für größere Diagnosegruppen, teils sogar über mehrere Diagnosegruppen summiert, zur Verfügung. Ebenfalls aufgrund der zufallsbedingten Schwankungen bei geringen Fallzahlen erfolgte eine Analyse über zwei auch überregional vorliegende Jahre 2009 und 2010. Die im Juli 2012 zur Verfügung stehenden Zahlen für das Jahr 2011 konnten nicht mehr in die Berechnungen für diesen Bericht eingehen. Es erfolgte (wo dies möglich war) parallel zu oben beschriebenen Analysen der Sterblichkeit und Krankenhausdiagnosestatistik eine Betrachtung der Frühberentungszahlen der jeweiligen Hauptdiagnosegruppen. Dabei wurden die Anteile der jeweiligen Diagnosegruppen an allen Frühberentungen für die zur Verfügung stehenden Landkreise Ravensburg, Sigmaringen und den Bodenseekreis sowie das Land Baden-Württemberg verglichen. Die Frühberentungszahlen sind im Vergleich zu den anderen genutzten Zahlen relativ klein und zeigen daher nicht unerhebliche Schwankungen. Dadurch ist die Aussagekraft für eine Einschätzung der Krankheitslast begrenzt, was bei Betrachtung der Zahlen berücksichtigt werden muss.

Weitere Datenquellen

Neben den oben näher beschriebenen Informationsquellen wurden verschiedene sich auf unterschiedliche regionale Ebenen beziehende Datenquellen genutzt. Der Großteil davon wird vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg und Statistischen Bundesamt bereitgestellt, aber auch internationale Quellen wie etwa die WHO, die OECD und die Datenbanken der Europäischen Kommission wurden benutzt. Alle Datenquellen sind in den jeweiligen Kapiteln sowie im Literaturverzeichnis angegeben.

Von der AOK Bodensee-Oberschwaben zur Verfügung gestellte Daten zur Arbeitsunfähigkeit konnten aus methodischen Gründen leider nicht für den Bericht genutzt werden. Jede einzelne gesetzliche wie private Krankenversicherung hat durch Aufnahmebedingungen und teils tradierte Mitgliedschaften in bestimmten Bevölkerungsgruppen ein Mitgliederprofil, das vom Profil der Bevölkerung mehr oder weniger stark abweicht, also nicht repräsentativ ist. Diese Verzerrung war leider so stark, dass auf Basis der zur Verfügung gestellten Daten keine belastbaren Aussagen zur Krankheitslast möglich waren. Dennoch ganz herzlichen Dank an die AOK für die nicht selbstverständliche Bereitschaft, Informationen für diesen Bericht zur Verfügung zu stellen.

Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel werden in Orientierung an kommunalen Indikatorenätzen einige übergeordnete gesundheitsrelevante Kennzahlen für den Landkreis Ravensburg berichtet und bewertet (LGL, 2011).

Wie eng ist es im Landkreis Ravensburg? Die Bevölkerungsdichte des Landkreis Ravensburg liegt 2010 mit 170 Einwohnern pro Quadratkilometer deutlich niedriger als die Baden-Württembergs (301 Einw./km²) und ist gegenüber dem Regierungsbezirk Tübingen (203 Einw./km²) leicht erniedrigt. Der Bodenseekreis hat mit 313 Einw./km² eine deutlich höhere Bevölkerungsdichte, während die Nachbarkreise Biberach (134 Einw./km²) und Sigmaringen (108 Einw./km²) weniger dicht besiedelt sind. Eine niedrigere Be-

völkerungsdichte bedeutet einerseits meist geringere umweltbedingte Beeinträchtigungen von Gesundheit und Lebensqualität, andererseits aufgrund größerer zurückzulegender Strecken häufig mehr Straßenverkehrsunfälle sowie ggf. größere Probleme mit einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung.

Alter und Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Aufschluss über die sich durch den demografischen Wandel verschiebende Altersstruktur geben Bevölkerungsprognosen und speziell der aktuelle Stand wie die prognostizierte Entwicklung der regionalen Jugend- und Altenquotienten. Der Jugendquotient gibt das Verhältnis der Zahl 0- bis 19-jähriger Personen zu den 20- bis 64-Jährigen an, der Altenquotient das Verhältnis der 65-jährigen und älteren Personen zu den 20- bis 64-Jährigen. Beide Maße werden in Prozent angegeben und dienen als Überblicksmaße für demographische Veränderungen, da sie den Anteil der Bevölkerung beschreiben, der nicht am Erwerbsleben beteiligt ist bzw. besondere Versorgungsbedarfe aufweist. Der Landkreis Ravensburg weist im Vergleich zu Baden-Württemberg einen deutlich höheren Jugendquotienten sowie einen etwas geringeren Altenquotienten auf (Tab. 2).

Tab. 2: Gesundheitsbezogene Kennzahlen	Jahr	Ravensburg	Baden-Württ.
Bevölkerungsdichte (Einw./km ²)	2010	170	301
Jugendquotient (0-19-Jährige je 100 20-64-Jährige)	2012	34,3%	31,6%
Altenquotient (65-Jährige u. Ältere je 100 20-64-Jährige)	2012	31,6%	32,3%
Geburtenrate (zusammengefasst, Kinder je Frau)	2010	1,44	1,38
Arbeitslosenquote	2011	2,8%	4,5%
EinwohnerInnen je Apotheke	2012	3811	3953
EinwohnerInnen je Krankenhausarzt/ärztin	2010	388	516
EinwohnerInnen je Arzt/Ärztin in freier Praxis	2010	625	657
* Prognose auf Basis 2008 (Stat. Landesamt BW)			

Abb. 7a: Prognostizierte Jugendquotienten im Jahr 2030 in Prozent

(Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Darstellung)

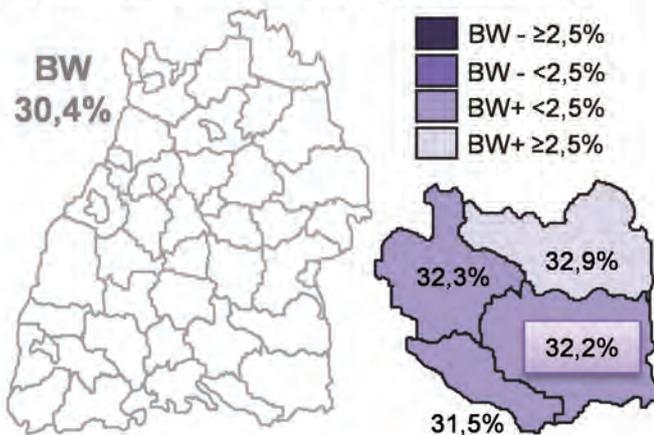
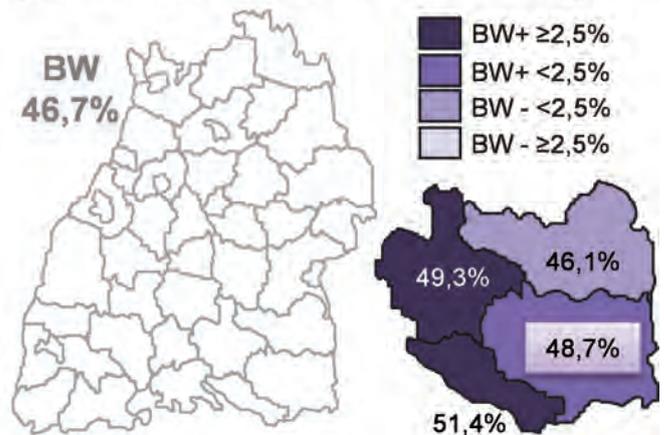


Abb. 7b: Prognostizierte Altenquotienten im Jahr 2030 in Prozent

(Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Darstellung)



Schon seit Jahren kommt es jedoch im Rahmen des demographischen Wandels zu erheblichen Verschiebungen dieser Verhältnisse, die sich fortsetzen werden. In Abbildung 7a und 7b sind die erwarteten Verhältnisse im Jahre 2030 dargestellt. Der Anteil der jungen Bevölkerung wird weiter sinken, jedoch weiterhin über dem Baden-Württembergs liegen (Abb. 7a (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012c)). Dagegen wird der Anteil der älteren Bevölkerung stark ansteigen und im Jahre 2030 voraussichtlich sogar über demjenigen Baden-Württembergs liegen (Abb. 7b). Damit liegt Ravensburg im Mittelfeld der umliegenden Kreise.

Im Rahmen der demografischen Verschiebungen hatte der Landkreis Ravensburg im Jahre 2008 erstmals einen negativen Geburtensaldo, d.h. es sind 2008 erstmals mehr Menschen im Landkreis verstorben als geboren wurden, was im Land Baden-Württemberg schon seit 2006 durchgängig der Fall ist. Die Geburtenrate im Landkreis lag dabei 2010 mit durchschnittlich 1,44 Geburten pro Frau höher als der Durchschnittswert Baden-Württembergs (1,38) (Tab. 2). Von den Nachbarkreisen hatten Sigmaringen und der Bodenseekreis etwa gleich hohe Geburtenraten, während der Landkreis Biberach mit 1,53 die höchste Geburtenrate Baden-Württembergs aufwies (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011c). Die

Bevölkerung des Landkreis Ravensburg ist jedoch aufgrund von Zuwanderungen auch über die letzten Jahre hinweg weiterhin leicht gewachsen. Mittelfristig wird mit einer gewissen Schrumpfung der Kreisbevölkerung gerechnet, nach Bevölkerungsprognosen des statistischen Landesamts Baden-Württemberg von 2012 bis 2030 um etwa 7000 Personen. Dies wird jedoch auch zukünftig stark von Wanderungsgewinnen bzw. -verlusten abhängig sein.

Die sozialen Bedingungen haben den stärksten Einfluss auf die gesundheitliche Lage einer Region. Speziell Arbeitslosigkeit hat häufig erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit, die Arbeitslosenquote spielt daher eine nicht unerhebliche Rolle für Krankheitslast und Sterblichkeit einer Region (Latzitis et al., 2011). Die in Tab. 2 dargestellte Arbeitslosenquote lag im Landkreis Ravensburg im Jahr 2011 mit 2,8% extrem niedrig, von den Nachbarkreisen hatte nur der Landkreis Biberach eine noch niedrigere Quote (2,5%). Auch in den Jahren vorher war die Arbeitslosenquote des Landkreis Ravensburg durchschnittlich etwa ein Drittel geringer als die Baden-Württembergs.

Wie in vielen Kreisen Baden-Württembergs ist auch im Landkreis Ravensburg der Gesundheitssektor der beschäftigungsstärkste Wirtschaftszweig. Noch weitergehend als in den vergli-

chenen Nachbarkreisen stellen allein schon die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung den größten Wirtschaftszweig des Kreises dar (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011b). Dieser Bericht ist jedoch kein Bericht zur Gesundheitsversorgung, der Fokus liegt auf der gesundheitlichen Lage. Daher werden an die

se (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012a). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Landkreis Ravensburg ein großer Flächenkreis ist, daher liegt die Apothekendichte pro Fläche im Kreis unterhalb derer Baden-Württembergs und des Bodenseekreises.

Abb. 8a: Einwohner pro hauptamtlichem/ Krankenhausarzt/Krankenhausärztin 2010
(Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Darstellung)

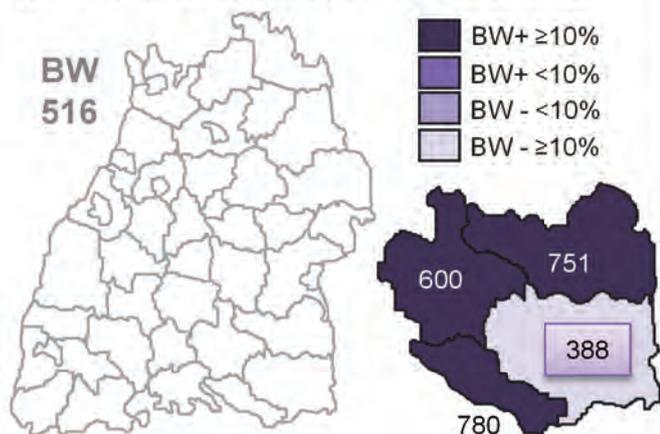
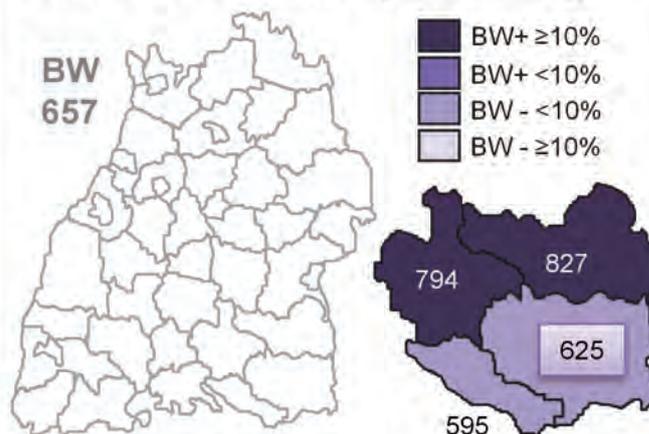


Abb. 8b: Einwohner pro Arzt/Ärztin in freier Praxis 2010
(Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Darstellung)



ser Stelle nur einige zentrale Kennzahlen zur Gesundheitsversorgung betrachtet und verglichen. Aufgrund der stark durch das Gesundheitswesen geprägten Struktur kommen im Landkreis Ravensburg deutlich weniger Einwohner auf einen Krankenhausarzt oder eine Krankenhausärztin als in Baden-Württemberg und in allen verglichenen Nachbarkreisen (Abb. 8a (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012b)).

Ebenso kommen im Landkreis Ravensburg durchschnittlich weniger Einwohner auf einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin als in Baden-Württemberg. Im Bodenseekreis ist die ambulante ärztliche Versorgungsdichte noch höher, während sie in den Nachbarkreisen Biberach und Sigmaringen deutlich niedriger ist (Abb. 8b). Auch für die Apothekendichte stellt sich das Bild ähnlich dar, so kommt im Jahr 2012 auf 3811 Einwohner des Landkreis Ravensburg eine Apotheke, was eine höhere Apothekendichte zeigt als für Baden-Württemberg (3953 Einwohner, Tab. 2) und alle Nachbarkrei-

Bewertung

Die Betrachtung der übergeordneten Kennzahlen zu den gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen zeigt ein insgesamt positives Bild. So herrscht eine außerordentlich niedrige Arbeitslosigkeit, positiv zu bewerten sind auch die unter demographischer Perspektive noch vergleichsweise hohe Geburtenrate sowie günstigen Alten- und Jugendquotienten im Landkreis Ravensburg. Die im Baden-Württembergischen Vergleich geringere Bevölkerungsdichte bringt einerseits weniger umweltbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich, sie kann andererseits aber etwa mobilitätsbedingte Gesundheitsprobleme für den Landkreis verursachen (siehe Kapitel „Straßenverkehrsunfälle“). Eine geringe Bevölkerungsdichte kann auch ein Problem für eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung darstellen, wofür sich nach den hier betrachteten übergeordneten Maßzahlen zur ärztlichen Versorgung und Apothekendichte jedoch zum jetzigen Zeitpunkt kein Hinweis ergibt. Auch die Analysen zur Krankheitslast lassen aktuell keine

Anzeichen für eine Unterversorgung erkennen, welche sich beispielsweise in einer erhöhten Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei gleichzeitig vergleichsweise geringen stationären Behandlungszahlen niederschlagen könnte (siehe Kapitel „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“). Der vorliegende Bericht fokussiert jedoch auf die gesundheitliche Lage und nicht auf die Versorgungsstrukturen im Landkreis. Daher stellen die hier zur Versorgung dargestellten Kennzahlen nur eine bewusst knapp gehaltene Momentaufnahme dar. Die prognostizierten demographischen Veränderungen fallen auch für den Landkreis dramatisch aus. Sie erhöhen einerseits den Versorgungsbedarf und können andererseits bestimmte für eine flächendeckende Versorgung relevante Berufsgruppen wie etwa niedergelassene Ärzte besonders stark betreffen (Häussler, 2012, Mahler, 2010). Ggf. kann die zukünftige Versorgungssicherheit im Landkreis Ravensburg daher Inhalt eines speziellen Gesundheitsberichts zu diesem Thema werden.

Lebenserwartung

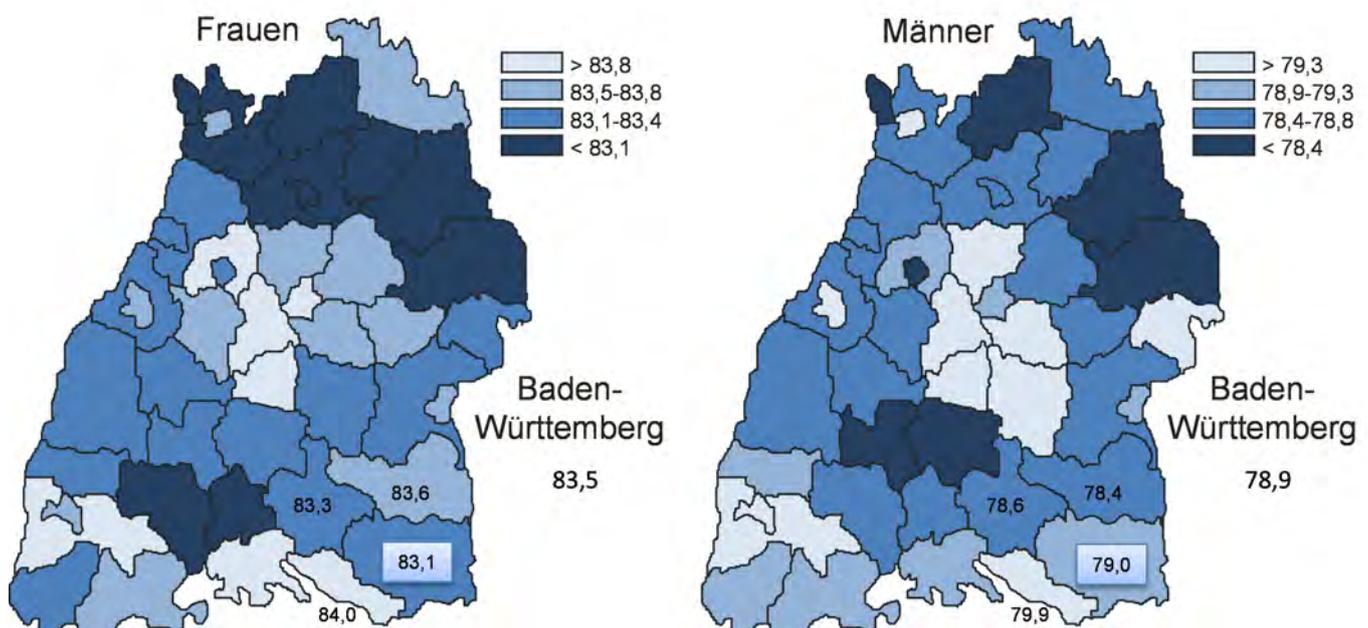
Innerhalb Baden-Württembergs sind die langlebigsten Regionen die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80,1 Jahren für Männer sowie Tübingen mit 84,4

Jahren für Frauen. Die niedrigste Lebenserwartung haben Männer im Landkreis Schwäbisch Hall (77,4 Jahre) und Frauen in Mannheim (82,2 Jahre).

Die Verteilung innerhalb Baden-Württembergs sehen Sie in Abbildung 9 für beide Geschlechter dargestellt. Die dunkleren Blautöne in dieser Abbildung zeigen dabei unterdurchschnittliche, die helleren Töne überdurchschnittliche Werte an. Die sichtbaren regionalen Unterschiede innerhalb Baden-Württembergs sind zum Großteil stabil und werden bekannten Einflussfaktoren auf die Gesundheit wie etwa dem Bildungsstand und der Einkommenssituation zugeschrieben (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011a).

Der Landkreis Ravensburg liegt hinsichtlich der Langlebigkeit seiner BürgerInnen nahe am Baden-Württembergischen Durchschnitt. Mit 83,1 Jahren ist die Lebenserwartung von Frauen im Landkreis leicht unter dem Baden-Württembergischen Durchschnitt, die Lebenserwartung von Männern mit 79,0 Jahren leicht überdurchschnittlich (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011a). Die kleinen Abweichungen sind dabei zu geringfügig, dass sich aus ihnen Besonderheiten ableiten ließen, dies auch deswegen, da sie sich als Abweichungen von Baden-Württemberg nicht stabil über die Analysen der letzten Jahre zeigten (von Gaudecker, 2004, Brachatschwarz, 2010).

Abb. 9: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs in Jahren (2008-2010, Stat. Landesamt BW 2011, eigene Darstellung)



Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt gibt einen guten Überblick über die Gesamterblichkeit, und stellt damit einen übergeordneten Indikator dar. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Todesursachen können sich – auch bei einem gesamthaft unauffälligen Bild – positive wie negative Auffälligkeiten zeigen (siehe folgende Kapitel). Wie groß der Einfluss verschiedener Todesursachen auf die Lebenserwartung im Kreis ist, ist Thema auf den nächsten Seiten.

Verlust an Lebensjahren

Die stetige Verlängerung unserer durchschnittlichen Lebenserwartung macht uns weder heute noch in Zukunft unsterblich. Eine reine Zählung von Todesfällen nimmt aber keine Rücksicht darauf, ob jemand mit 10 oder mit 100 Jahren verstirbt. Dabei wird ein früher Tod in der Jugend oder im mittleren Lebensalter sowohl persönlich wie auch gesellschaftlich anders bewertet als ein Tod in sehr hohem Lebensalter. Um auch das Alter, in dem ein Todesfall auftritt, zu berücksichtigen, hat sich das Maß der „Verlorenen Lebensjahre“ etabliert (Potential Years of Life Lost – PYLL (vgl. (RKI, 2011b)). Für die Berechnung wird bei

jedem Todesfall die Zahl der verlorenen Jahre bis zu einem festgelegten Grenzalter miteinbezogen. Mittels Berechnung dieser PYLL kann die Frage beantwortet werden, wodurch wir im Landkreis Ravensburg besonders viel an potentieller Lebenszeit verlieren.

Abbildung 10 gibt für Männer und Frauen die neun Todesursachengruppen wieder, durch die hier im Kreis von 2006-2010 die meisten Lebensjahre verloren gingen. Als Grenzalter wurde dabei die Lebenserwartung von Männern und Frauen in Baden-Württemberg 2008 gewählt (Statistisches Bundesamt, 2012).

Gegenüber einer reinen Betrachtung der Zahl der Todesfälle erhalten durch die PYLL-Berechnung Todesfälle in jüngerem Lebensalter mehr Gewicht. Tödliche Transportmittelunfälle geschehen beispielsweise deutlich früher als viele schwere Erkrankungen und sind dadurch sowohl bei Männern wie Frauen unter den in Abbildung 10 dargestellten wichtigsten Todesursachen. Männer verloren 2006-2010 mit 45.983 Lebensjahren 26% mehr Jahre durch frühzeitigen Tod als Frauen mit 36.468 Jahren. Ursache dafür sind deutlich mehr männliche Todesfälle im jüngeren Lebensalter, was auf ein besonders hohes Präventionspotential bei Männern hinweist. Auch die Reihenfolge der wichtigsten Todesursachen ist bis auf die ersten beiden Plätze unterschiedlich. Männer verlieren deut-

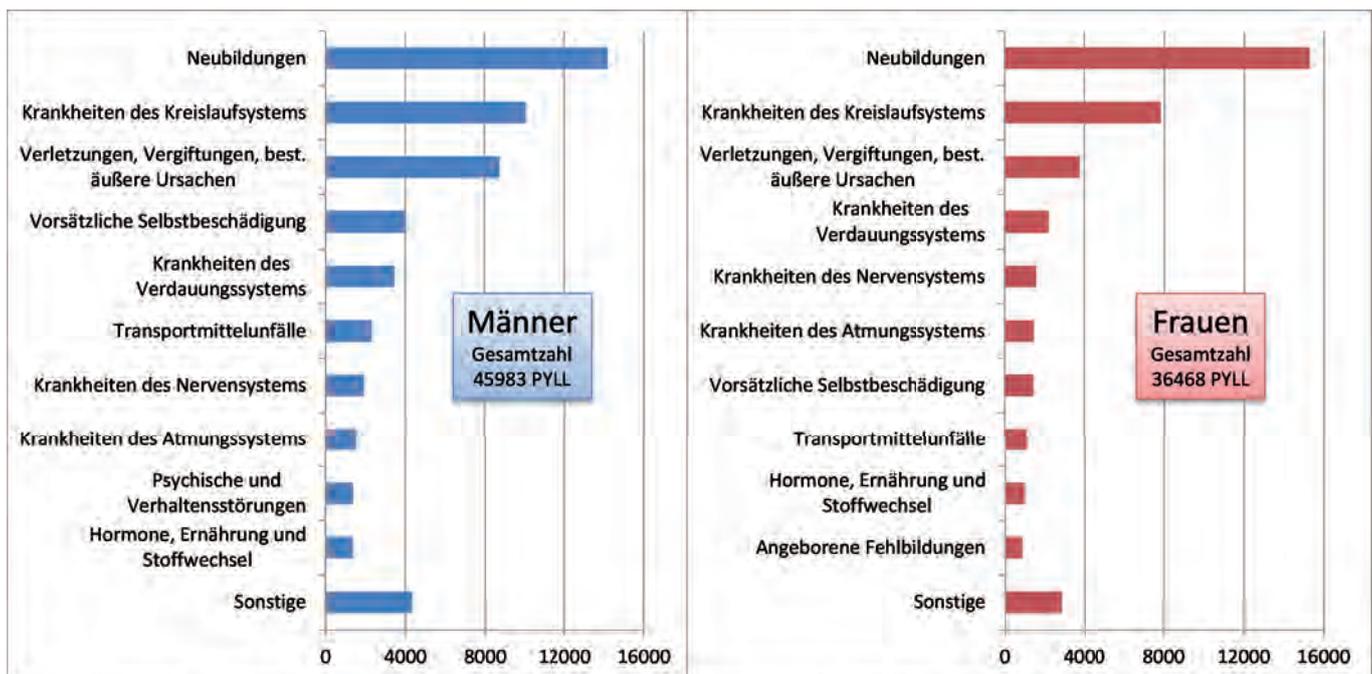


Abb. 10: Durch verschiedene Todesursachen verlorene Lebensjahre (Potential Years of Life Lost, PYLL) im Landkreis Ravensburg 2006-2010 (Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)

lich mehr Lebensjahre durch Suizide und Transportmittelunfälle als Frauen. Durch Krebs als insgesamt wichtigste Ursache für verlorene Lebensjahre bei beiden Geschlechtern verlieren hingegen Frauen mehr Jahre als Männer. Grundsätzlich besteht ein enger Zusammenhang zwischen den verlorenen Lebensjahren und der Lebenserwartung, d.h. die Abbildung 10 zeigt auch, welche Todesursachen am meisten Auswirkungen auf die Lebenserwartung im Landkreis haben. In den folgenden Kapiteln wird näher darauf eingegangen, welche Abweichungen sich für einzelne Todesursachen gegenüber Baden-Württemberg und die Nachbarkreise ergeben und wo eventuelle Handlungsbedarfe erkennbar sein könnten.

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

Als Neubildungen werden Geschwulste bezeichnet, die sich wiederum in gutartige und bösartige Neubildungen verschiedener Zelltypen des menschlichen Körpers unterscheiden lassen. Die weit überwiegende Krankheitslast entsteht durch bösartige Neubildungen, d.h. verschiedene Krebsformen, Leukämien und Lymphome. Durch bösartige Neubildungen geht in Deutschland wie auch im Landkreis Ravensburg der deutlich größte Anteil an Lebensjahren durch frühen Tod verloren (Abb. 10).

Krebserkrankungen werden schon durch die Demografie bedingt in Deutschland insgesamt häufiger. Bei rechnerischer Berücksichtigung des Alters sind Krebserkrankungen bei Männern in den letzten 10 Jahren auf dem gleichen Niveau verblieben, während sich bei Frauen ein leicht ansteigender Trend zeigt (RKI, 2012c). Über einen längeren Zeitraum von 30 Jahren gesehen ist Krebs jedoch bei beiden Geschlechtern deutlich häufiger geworden. Die Sterblichkeit durch Krebserkrankungen ist hingegen in den letzten Jahrzehnten bei beiden Geschlechtern deutlich gesunken, was teils durch Lebensstilfaktoren, aber vor allem durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bedingt ist. Im europäischen Vergleich sowie auch im OECD-Vergleich liegen die Krebshäufigkeit und Sterblichkeit durch Krebserkrankungen in Deutschland sowohl für Männer wie für Frauen im unteren Mittelfeld (RKI, 2012b, OECD, 2012a).

In Anbetracht der großen Häufigkeit von Krebserkrankungen, der mit ihnen verbundenen Belastung und der Trends wäre es wichtig, nicht nur die regionale Häufigkeit von Krebstodesfällen, sondern auch die Häufigkeit von Krebserkrankungen zu betrachten. Baden-Württemberg hat leider als letztes aller Bundesländer erst 2009 mit der bundesgesetzlich verankerten Krebsregistrierung begonnen, wodurch für die Regionen Badens-Württembergs auch heute noch keine aussagekräftigen Zahlen zur Krebshäufigkeit vorliegen (Abb. 11b). Die ärztliche Meldepflicht hat sogar erst 2012 begonnen, sodass es noch längere Zeit dauern wird, bis belastbare Informationen

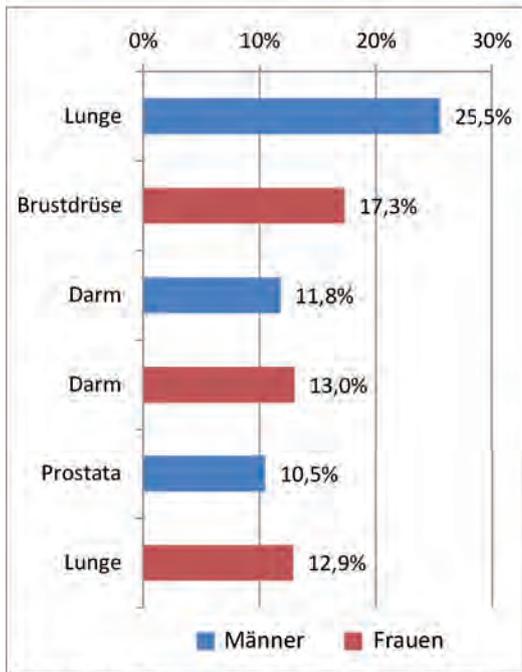


Abb. 11a: Prozentualer Anteil der häufigsten drei Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2008 (Daten: RKI 2012, eigene Darstellung)

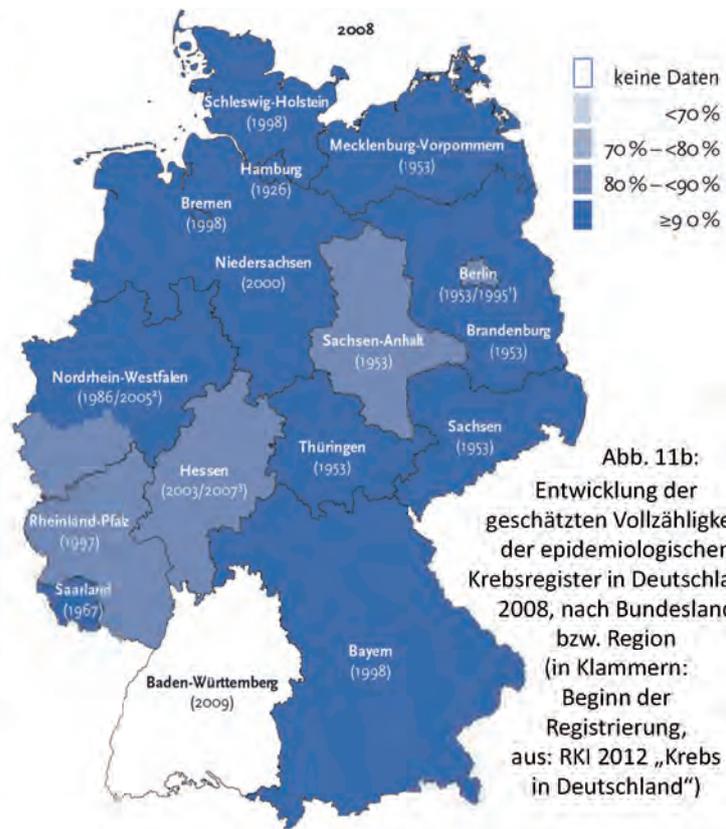


Abb. 11b: Entwicklung der geschätzten Vollständigkeit der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, 2008, nach Bundesland bzw. Region (in Klammern: Beginn der Registrierung, aus: RKI 2012 „Krebs in Deutschland“)

zur Krebshäufigkeit in Baden-Württemberg zur Verfügung stehen werden (tel. Auskunft Krebsregister Baden-Württemberg, Mai 2012, (GEKID, 2012)).

Krebs der Prostata, des Darms und der Lunge sind die häufigsten Krebsformen von Männern. Bei Frauen ist Brustkrebs mit großem Abstand am häufigsten, danach folgen auch bei Frauen Darm- und Lungenkrebs (RKI, 2012b). Einerseits sind verschiedene Krebsformen unterschiedlich aggressiv, andererseits haben sich die Krebstherapien in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt. Etwa für die männliche Sterblichkeit spielt darum Prostatakrebs eine deutlich geringere Rolle als der seltenere, aber aggressivere Lungenkrebs (Abb. 11a).

Krebs ist insgesamt eine Erkrankung des höheren Lebensalters, das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt deutschlandweit bei 69 Jahren. Dies zeigt sich auch im durchschnittlichen Sterbealter durch Krebserkrankungen von über 70 Jahren sowohl bei Männern wie bei Frauen im Landkreis Ravensburg. Frauen verlieren im Landkreis etwas mehr Lebensjahre durch Krebserkrankungen als Männer. Der Anteil der Krebserkrankungen an allen verlorenen Lebensjahren ist bei Frauen mit 41,0% sogar deutlich gegenüber dem männlichen Anteil von 30,3% erhöht, da letztere

ja insgesamt deutlich mehr Lebensjahre durch frühen Tod verlieren.

Dass Frauen insgesamt mehr Lebensjahre durch Krebserkrankungen verlieren, ist vor allem dem häufigen und durchschnittlich früher auftretenden Brustkrebs bei Frauen anzulasten (s. Kapitel „Brustkrebs“). Von 2006-2010 verstarben im Landkreis Ravensburg 2907 Menschen an Krebserkrankungen (Tab. 3).

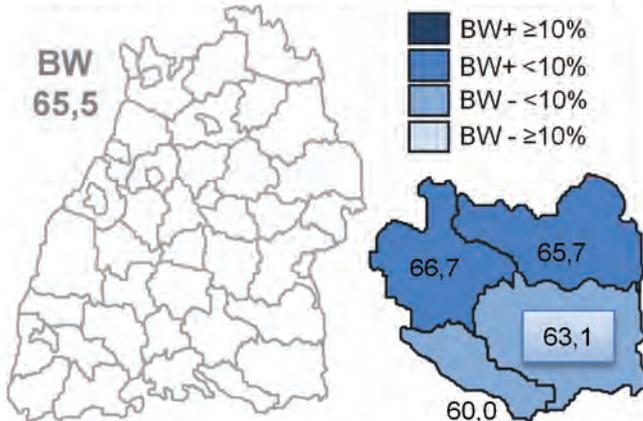
	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	1377	1530	2907
Sterbealter Ø	73,5	71,0	72,2
PYLL	14956	13924	28880
Gesamtanteil PYLL	41,0%	30,3%	35,0%

Tab. 3: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Krebserkrankungen im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Das durchschnittliche Sterbealter lag bei Männern bei 71,0 und bei Frauen bei 73,5 Jahren. Männer verlieren im Landkreis etwas weniger Lebensjahre durch Krebserkrankungen als Frauen. Die Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen unter 65 Jahren ist gegenüber derjenigen in Baden-Württemberg

Abb 12a: Sterblichkeit 2006-2010 aufgrund von Krebserkrankungen (ICD10:C)

(Alter: 0-64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)



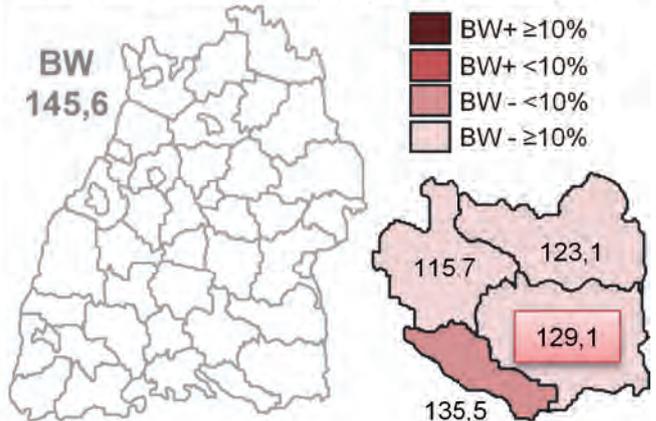
leicht erniedrigt (Abb. 12a). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch gegenüber den Nachbarkreisen Biberach und Sigmaringen, während die Sterblichkeit im Bodenseekreis noch etwas niedriger ist. Ein ähnliches, insgesamt eher positives Bild für den Landkreis Ravensburg zeigt sich auch auf den folgenden Seiten, auf denen auf einige häufige Krebsformen gesondert eingegangen wird.

Im Jahre 2010 fanden 3571 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Krebserkrankungen bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (1848 Männer, 1723 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg deutlich erniedrigt (Abb. 12b). Die Kreise Biberach und Sigmaringen weisen noch niedrigere Raten, der Bodenseekreis eine etwas höhere Behandlungsrate auf.

Deutschlandweit ist der Anteil an medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund von Krebserkrankungen von 1995-2010 deutlich angestiegen. Aufgrund der Schwere von Krebserkrankungen kann dabei häufiger als bei anderen Erkrankungen trotz Rehabilitation keine Rückkehr in das Erwerbsleben erreicht werden. Die Anzahl an Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund dieser Erkrankungsgruppe hat sich hingegen in den letzten 10 Jahren wenig verändert (DRV, 2012a). Für den Landkreis Ravensburg, die Nachbarkreise Sigmaringen und Bodenseekreis so-

Abb. 12b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Krebserkrankungen (ICD10:C)

(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



wie Baden-Württemberg liegen Zahlen zur Gesamtgruppe der bösartigen und gutartigen Neubildungen aus den Jahren 2009 und 2010 vor, so dass zwar ein regionaler Vergleich, aber keine Trendanalyse möglich ist. Der Anteil an Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Krebserkrankungen ist in Abbildung 13 dargestellt und zeigt für den Landkreis mit 13,2% die vergleichsweise geringste Quote. Der Anteil von Neubildungen an den stationären Rehabilitationsleistungen 2009-2010 ist im Landkreis mit 14,2% ebenfalls leicht gegenüber den Nachbarkreisen und Baden-Württemberg (15,7%) erniedrigt (eigene Berechnungen nach DRV RV).

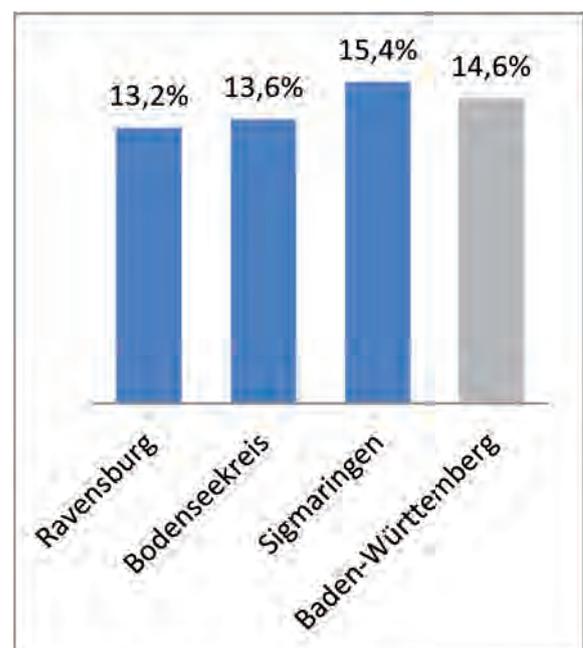


Abb. 13: Anteil Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Neubildungen 2009-2010 (Quelle: DRV RV)

Bewertung

Die Analysen der Sterblichkeit, der Krankenhausdiagnosen und der Rentenversicherung weisen übereinstimmend auf eine leicht unterdurchschnittliche Betroffenheit des Landkreises Ravensburg von Krebserkrankungen hin. Das Ergebnis für den Landkreis Ravensburg ist positiv zu bewerten, auch wenn die Krankheitslast durch diese Gruppe von Erkrankungen auch hier im Kreis hoch bleibt. Die Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten für Krebserkrankungen sind unterschiedlich, so dass an dieser Stelle keine übergeordneten Ursachen für das günstige Ergebnis benannt werden können. Auf den folgenden Seiten wird auf Krebs der Verdauungsorgane, der Lunge und der weiblichen Brust im Einzelnen eingegangen. Sie verursachen einerseits die höchste Krankheitslast und sind andererseits durch Prävention und Behandlung teils vermeidbar.

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

Zu der hier betrachteten Gruppe von Erkrankungen gehören etwa Krebs der Speiseröhre, des Magens oder des Darms, aber auch weitere Verdauungsorgane wie etwa der Leber, Galle oder Bauspeicheldrüse. Zahlenmäßig dominiert dabei der Darmkrebs, der weit überwiegend im Dick- und Enddarm sowie eher im höheren Lebensalter auftritt und bei Männern wie Frauen zu den häufigsten Krebsformen überhaupt gehört. Die Zahl der Neuerkrankungen wurde vom deutschen Zentrum für Krebsregisterdaten für das Jahr 2008 auf über 65.000 geschätzt, Männer sind dabei etwas häufiger als Frauen betroffen. Damit liegt Deutschland bezüglich der Häufigkeit in der oberen Hälfte Europas, wobei die altersstandardisierten Erkrankungsraten bei Frauen leicht absinken. Die Zahl der jährlichen Todesfälle liegt mit etwa 26.500 deutlich niedriger als die Zahl der Neuerkrankungen. Diese Zahl an Sterbefällen ist immer noch sehr hoch, die Differenz zur Erkrankungszahl zeigt aber, dass Darmkrebs vergleichsweise gut heilbar ist. Darmkrebs und Todesfälle durch ihn gelten als relativ gut vermeidbar, da viele Risikofaktoren bekannt sind, wozu etwa Übergewicht, Rauchen, fehlende Bewegung und eine ballaststoffarme, fleisch- und alkoholreiche Ernährung gehören. Auch lässt sich Darmkrebs durch die gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen wie etwa auf Blut im Stuhl oder Darmspiegelungen frühzeitig entdecken, was seine Heilungschancen verbessert (RKI, 2012b).

Für die hier betrachtete Sterblichkeit spielen darüber hinaus Magenkrebs und Bauchspeicheldrüsenkrebs eine größere Rolle. Beide Krebslokalisationen sind deutlich seltener als Darmkrebs, dafür aber schwerer heilbar, so dass sie vergleichsweise häufig zum Tode führen. Die Risikofaktoren überschneiden sich teils mit denen von Darmkrebs, so spielen auch hier Alkohol, Rauchen und Ernährungsfaktoren eine Rolle. Eine frühe Erkennung ist dagegen vergleichsweise schwierig. Magenkrebs ist in den letzten Jahrzehnten deutlich seltener geworden, während die altersstandardisierten Raten von Bauchspeicheldrüsenkrebs etwa konstant blieben (RKI, 2012b).

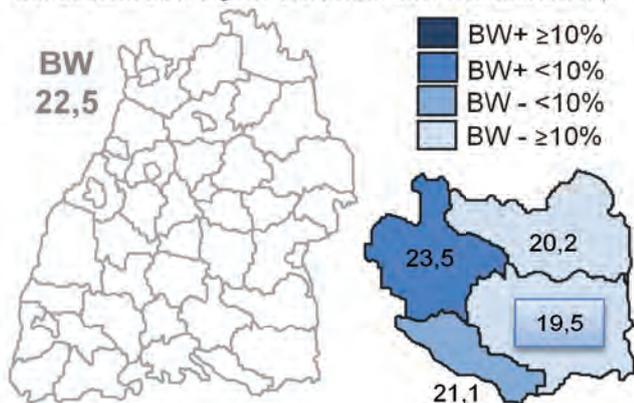
Für den Landkreis liegen nur Daten für die auf dieser Seite beschriebene Gruppe und nicht für einzelne Krebsformen des Verdauungstrakts vor.

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	441	494	935
Sterbealter Ø	76,1	71,7	73,8
PYLL	3723	4107	7830
Gesamtanteil PYLL	10,2%	8,9%	9,5%

Tab. 4: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Krebs der Verdauungsorgane im Landkreis Ravensburg 2006-2010

In Tabelle 4 zeigt sich, dass es im Kreis 2006-2010 zu insgesamt 935 Todesfällen durch Krebs der Verdauungsorgane gekommen ist, dies bei einem Durchschnittsalter deutlich über 70 Jahren. Die verstorbenen Männer waren etwas jünger, ihnen gingen etwas mehr Lebensjahre durch frühen Tod verloren. Im Vergleich zu Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen ist die Sterblichkeit durch Krebs der Verdauungsorgane unter 65 Jahren im Landkreis Ravensburg am niedrigsten (Abb. 14a).

Abb. 14a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Krebs der Verdauungsorgane (ICD10:C15-26)
(Alter: 15-64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)



Im Jahre 2010 fanden 741 Krankenhausbehandlungen wegen Krebs der Verdauungsorgane bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (428 Männer, 313 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg erniedrigt. Die

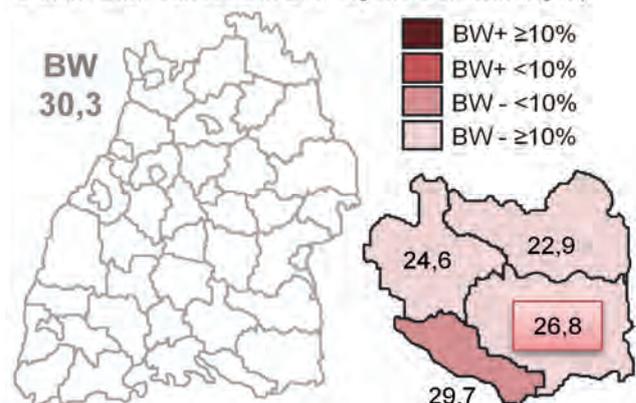
Kreise Biberach und Sigmaringen weisen eine noch etwas geringere, der Bodenseekreis eine höhere Behandlungsrate auf (Abb. 14b).

Hinsichtlich Frühberentungen spielt Krebs der Verdauungsorgane v.a. für die durchschnittlich früher erkrankenden Männer eine Rolle. Er führte im Jahr 2010 bei Männern zu 3,5% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit sowie zu 2% bei Frauen (eigene Berechnungen nach (Statistisches Bundesamt, 2012)). Für den Landkreis liegen hierzu keine Auswertungen vor.

Bewertung

Die Analysen der Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik zeigen übereinstimmend eine unterdurchschnittliche Betroffenheit der Bürger des Landkreises durch Krebs der Verdauungsorgane. Das ist ein günstiges Ergebnis, für das es verschiedene mögliche Ursachen gibt. Eine niedrigere Sterblichkeit an Darmkrebs kann einerseits durch eine niedrigere Krankheitshäufigkeit und diese wiederum etwa durch eine günstigere Ernährung bedingt sein. Andererseits kann auch eine vergleichsweise gute Früherkennung

Abb. 14b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Krebs der Verdauungsorg. (ICD10:C15-26)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)

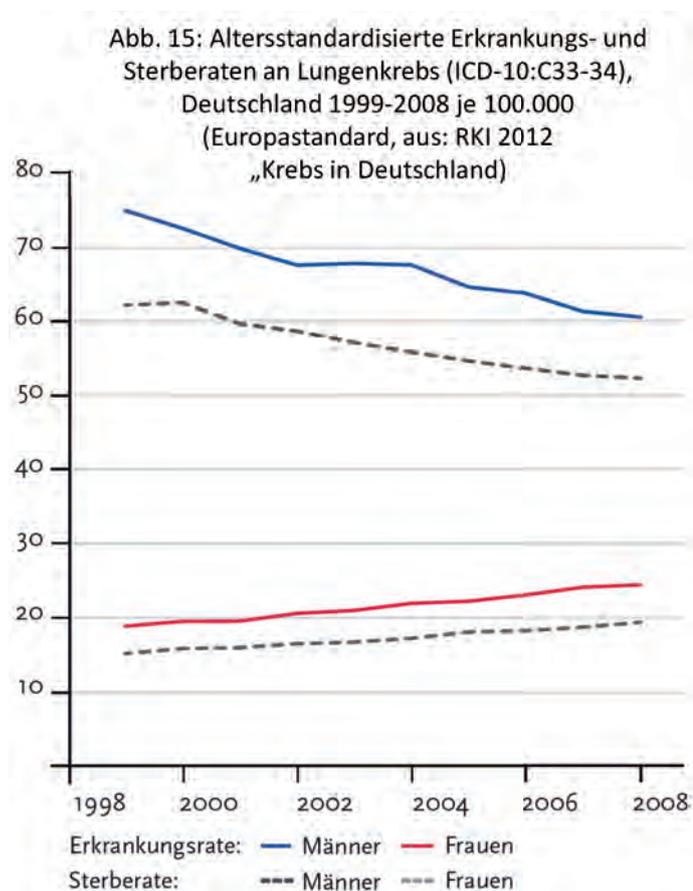


und Behandlung von Darmkrebserkrankungen die Ursache für eine geringere Mortalität sein. Auf Basis der aktuell vorliegenden Zahlen ist die Unterscheidung leider nicht möglich. Hierfür wären die erst in Zukunft zu erwartenden belastbaren Informationen des Krebsregisters Baden-Württemberg notwendig (siehe Kapitel „Krebserkrankungen“).

Krebs der Atmungsorgane oder des Brust- raums (ICD-10:C30-C39)

Diese Gruppe von Krebslokalisationen umfasst Krebs der Atemwege, etwa des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Lunge oder sonstiger Brustorgane. Lungenkrebs als dritthäufigste Krebsform ist davon sowohl bei Männern wie bei Frauen mit großem Abstand am häufigsten.

Lungenkrebs tritt bei Männern mehr als doppelt so häufig auf wie bei Frauen. In Deutschland erkrankten 2008 rd. 34.000 Männer und 15.500 Frauen an Lungenkrebs. Die Zahl der Todesfälle für 2008 liegt nur 15-20% darunter, was zeigt, dass Lungenkrebs zu den vergleichsweise aggressiven, schwer heilbaren Krebsformen gehört. Bei Männern ist Lungenkrebs dadurch die häufigste Krebstodesursache überhaupt. Im europaweiten Vergleich liegt die Häufigkeit von Lungenkrebs in Deutschland bei Männern in der unteren Hälfte, bei Frauen sogar im unteren Drittel. Die Trends sind jedoch für Männern und Frauen gegenläufig, denn die Erkrankungsrate bei Männern sinkt seit vielen Jahren, während sie bei Frauen gleichzeitig kontinuierlich ansteigt (Abb. 15 (RKI, 2012b).



Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für Lungenkrebs ist das Rauchen (wie auch für den weniger häufigen Kehlkopfkrebs in dieser Krankheitsgruppe). Die beschriebenen Trends für Lungenkrebs spiegeln daher die Häufigkeit des Rauchens einige Jahrzehnte vorher wider. Etwa aufgrund gesetzlicher Regelungen nimmt die Häufigkeit des Rauchens bundesweit etwas ab, was sich auf verschiedene Erkrankungsrisiken, besonders auch das für Lungenkrebs, auswirken wird (Lampert, 2011). Weitere, eher untergeordnete Risikofaktoren für Lungenkrebs sind etwa Asbest, radonbelastete Innenräume und Dieselruß. Wie die Behandlung ist auch die frühzeitige Erkennung von Lungenkrebs vergleichsweise schwierig, so dass der gänzlichen Vermeidung (Primärprävention) der mit Abstand größte Stellenwert zukommt.

Für den Landkreis liegen nur Daten für die auf dieser Seite beschriebene Gruppe und nicht für einzelne Krebsformen vor. Im Kreis ist es 2006-2010 zu insgesamt 469 Todesfällen durch Krebs der Atmungs- und Brustorgane bei einem Durchschnittsalter von knapp unter 70 Jahren gekommen (Tab. 5).

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	146	323	469
Sterbealter Ø	69,1	69,7	69,3
PYLL	2043	3226	5270
Gesamtanteil PYLL	5,6%	7,0%	6,4%

Tab. 5: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Krebs der Atmungsorgane im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Etwa 60% der Verstorbenen waren Männer, die im Durchschnitt geringfügig jünger waren als die verstorbenen Frauen. Im Vergleich zu Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen ist die Sterblichkeit unter 65 Jahren durch Krebs der Atmungs- und Brustorgane im Landkreis Ravensburg niedriger, nur die des Bodenseekreises ist noch deutlich geringer (Abb. 16a). Sehr ähnliche Ergebnisse für den Landkreis Ravensburg zeigten auch frühere Analysen (Bodenseekreis, 2001).

Hinsichtlich Frühberentungen spielt Krebs der Atmungs- und Brustorgane v.a. für Männer eine gewisse Rolle. Er führte bei Männern zu 2,9 % der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit sowie zu 1,6% bei Frauen (eigene Berechnungen nach (Statistisches Bundesamt, 2012)). Für den Landkreis liegen hierzu keine Auswertungen vor.

Im Jahre 2010 fanden 451 Krankenhausbehandlungen wegen Krebs der Atmungsorgane bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (307 Männer, 144 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg erniedrigt, wobei die umliegend betrachteten Kreise noch niedrigere Behandlungsraten aufweisen (Abb. 16b).

Bewertung

Sowohl die Todesursachen- wie auch die Krankenhausdiagnosestatistik zeigen übereinstimmend eine unterdurchschnittliche Betroffenheit der BürgerInnen des Landkreises durch Krebs der Atmungsorgane, d.h. ein günstiges Ergebnis für den Landkreis. Eine niedrigere Sterblichkeit an Lungenkrebs ist aufgrund der vergleichsweise schwierigen Behandelbarkeit am ehesten durch eine niedrigere Krankheitshäufigkeit und diese wiederum v.a. durch die Häufigkeit des Rauchens bedingt. Über die Häufigkeit des Rauchens im Landkreis liegen jedoch keine Angaben vor. Auch für eine genauere Analyse bzgl. Lungenkrebs-erkrankungen wären aussagekräftige Informationen des Krebsregisters Baden-Württemberg sehr hilfreich (siehe Kapitel „Krebserkrankungen“, Abb. 11b).

Abb. 16a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Krebs der Atmungsorgane (ICD10:C30-39)
(Alter: 15-64 Jahre , pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)

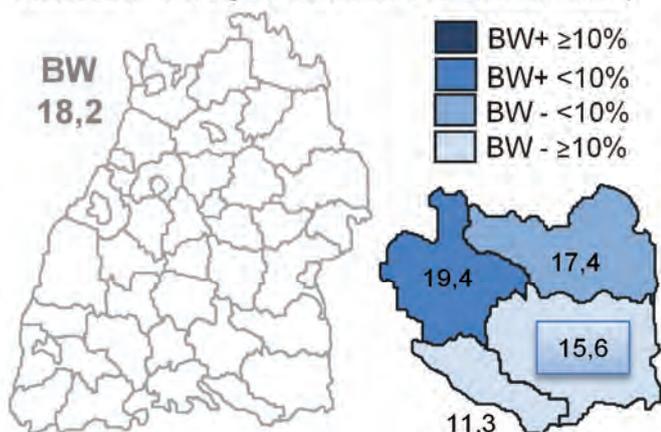
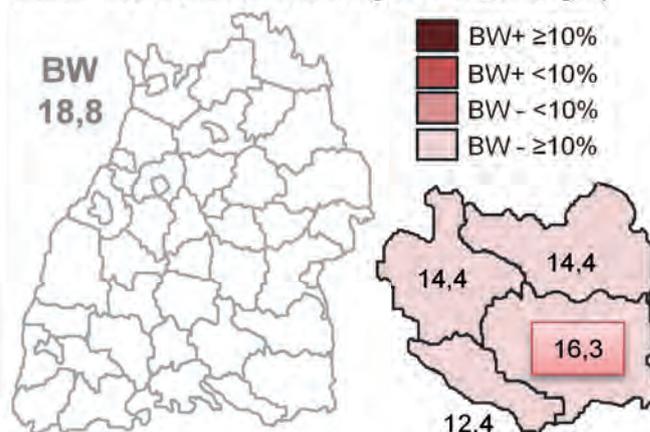


Abb. 16b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Krebs der Atmungsorgane (ICD10:C30-39)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



Brustkrebs (ICD-10:C50)

In Deutschland erkrankten 2008 ca. 72.000 Frauen an Brustkrebs, womit Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist. Brustkrebs kommt zwar auch bei Männern vor, ist dort aber so selten, dass für den Landkreis Ravensburg nur der Brustkrebs der Frau beschrieben werden kann. Bundesweit erkrankt etwa jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs und von diesen Erkrankten wiederum jede vierte vor dem 55. Lebensjahr (RKI, 2012b). Aufgrund der Häufigkeit von Brustkrebs auch im jüngeren Lebensalter verlieren Frauen insgesamt mehr Lebensjahre durch frühen Krebstod als Männer (Abb. 10). Den jährlich über 70.000 Neuerkrankungen stehen deutschlandweit etwa 17.200 Todesfälle gegenüber. Die Trends der Erkrankungs- und Sterberaten durch Brustkrebs sind gegenläufig, d.h. es erkranken – auch bei Berücksichtigung des zunehmenden Alters der Bevölkerung – immer mehr Frauen an Brustkrebs, während die Sterblichkeit an Brustkrebs aufgrund des medizinischen Fortschritts kontinuierlich abnimmt. Die Häufigkeit von Brustkrebs in Deutschland liegt im europäischen Vergleich im Mittelfeld, gegenüber den OECD-Mitgliedsländern ist sie überdurchschnittlich (RKI, 2012b, OECD, 2012a). Anders als etwa für Lungenkrebs sind keine stark wirksamen Risikofaktoren für Brustkrebs bekannt, was die gänzliche Vermeidung, die sogenannte Primärprävention, erschwert. Risikoerhöhend sind etwa späte oder keine Geburten, eine frühe erste oder späte letzte Regelblutung, Übergewicht, Alkohol oder auch ein familiäres, genetisch bedingtes Risiko, das jedoch nur bei einem kleinen Teil der Patientinnen vorliegt. Eine gute soziale Lage ist bei weiblichem Brustkrebs im Gegensatz zu fast allen anderen Erkrankungen mit einem höheren Erkrankungsrisiko verbunden. Da die Heilungschancen von Brustkrebs umso besser sind, je früher er erkannt wird, wurden bundesweit wie auch in Baden-Württemberg qualitätsgesicherte Früherkennungsprogramme eingeführt, die allen Frauen von 50 bis 69 Jahren zur Verfügung stehen (Kooperationsgemeinschaft Mammographie, 2012). Dadurch soll die immer noch hohe Sterblichkeit durch Brustkrebs weiter gesenkt werden. Die Erkrankungs-

häufigkeit stieg dadurch jedoch seit 2005 zunächst deutlich an, da eben mehr Erkrankungen früh erkannt wurden (RKI, 2012b). Zum Anstieg trägt auch bei, dass nicht selten Erkrankungen erkannt und behandelt werden, die sonst lebenslang unerkannt geblieben wären bzw. keine Probleme verursacht hätten (Jorgensen, 2009, Kooperationsgemeinschaft Mammographie, 2012).

Im Kreis verstarben 2006-2010 insgesamt 238 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von ca. 70 Jahren durch Brustkrebs (Tab. 6).

	Frauen	Gesamt
Todesfälle	238	-
Sterbealter Ø	70,1	-
PYLL	3358	-
Gesamtanteil PYLL	9,2%	4,1%

Tab. 6: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Brustkrebs der Frau im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Die Sterblichkeit durch Brustkrebs im Landkreis Ravensburg unter 65 Jahren ist fast genauso hoch wie im Landesdurchschnitt, die der Nachbarkreise ist etwas höher, v.a. diejenige des Bodenseekreises (Abb. 17a).

Analysen vor gut zehn Jahren hatten eine leicht gegenüber dem Landesschnitt erhöhte Brustkrebssterblichkeit im Landkreis Ravensburg gezeigt (Bodenseekreis, 2001). Epidemiologische Erkrankungszahlen für den Landkreis liegen aufgrund des noch nicht aussagekräftigen Krebsregisters bisher leider nicht vor.

Im Jahre 2010 fanden 423 Krankenhausbehandlungen wegen Brustkrebs bei Bürgerinnen des Landkreis Ravensburg statt. Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Frauen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg geringfügig erhöht. Der Bodenseekreis weist eine etwas höhere, die Kreise Sigmaringen und Biberach weisen deutlich niedrigere Behandlungsraten auf (Abb. 17b). Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag dabei im

Kreis Ravensburg mit 62,6 Jahren ein Jahr höher als in Baden-Württemberg.

Für weibliche Frühberentungen spielt Brustkrebs eine nicht unerhebliche Rolle. Er führte 2010 bei Frauen zu 4,2% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit (eigene Berechnungen nach (Statistisches Bundesamt, 2012)). Für den Landkreis liegen hierzu jedoch keine Auswertungen vor.

Bewertung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und eine schwere sowie teils vermeidbare Erkrankung. Seine Vermeidung und Bekämpfung wurde deswegen als eines von wenigen vorrangigen Gesundheitszielen sowohl in den Katalog für Deutschland wie auch Baden-Württemberg aufge-

nommen (GVG, 2003, MAS-BW, 2011). Die Analyse der Todesursachenstatistik zeigt, dass die Sterblichkeit an Brustkrebs im Landkreis Ravensburg gleich hoch ist wie in Baden-Württemberg. Die Sterblichkeit an Brustkrebs wird einerseits durch die Erkrankungsrate, andererseits auch durch Zeitpunkt und Qualität der Behandlung beeinflusst. Die Rate an Krankenhausbehandlungen ist im Kreis Ravensburg leicht erhöht, was aber auch Zeichen für eine gute Früherkennung im Kreis sein kann. Für eine bessere Beurteilung der Situation bzgl. Brustkrebses wären belastbare Informationen des Baden-Württembergischen Krebsregisters von großer Bedeutung (siehe Kapitel „Krebserkrankungen“, Abb. 11b). Insgesamt zeigen die Analysen keine besonderen Auffälligkeiten für den Landkreis Ravensburg.

Abb. 17a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Brustkrebs bei Frauen (ICD10:C50)

(Frauen 25-64 Jahre, pro 100.000 Frauen, Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)

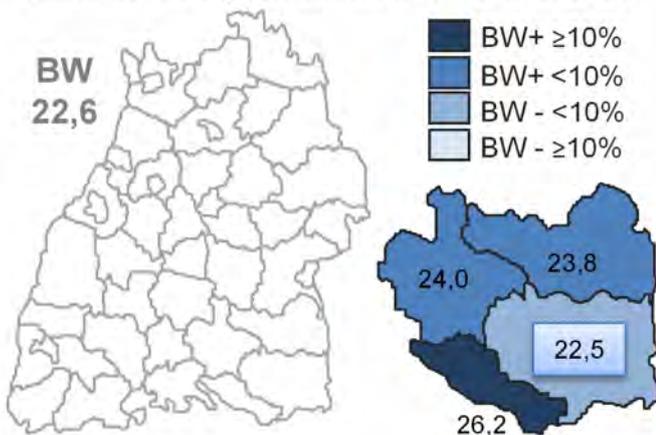
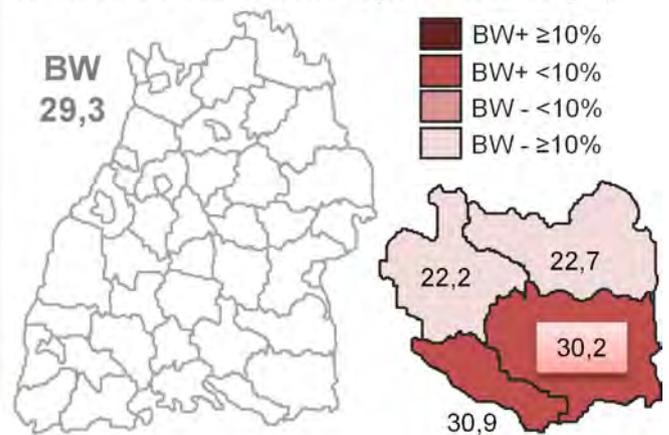


Abb. 17b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Brustkrebs bei Frauen (ICD10:C50)

(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Frauen, Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10:I00-99)

Die Gruppe der Erkrankungen des Kreislaufsystems umfasst verschiedene Erkrankungen des Herzens und des Blutgefäßsystems. Dazu gehören besonders häufige und gefürchtete Erkrankungen der Herzkranz- oder auch Hirngefäße wie etwa der Herzinfarkt oder der Schlaganfall. Erkrankungen dieser Gruppe sind laut Todesursachenstatistik die mit Abstand häufigste Todesursache überhaupt. Von den im Jahre 2008 bundesweit Verstorbenen erlagen nach amtlicher Todesursachenstatistik 39,9% der Männer und 36,6% der Frauen einer Kreislauferkrankung (altersstandardisiert). Die Anzahl der Verstorbenen durch Kreislauferkrankungen geht jedoch seit Jahrzehnten zurück, ebenso ist auch der Anteil an den gesamten Todesursachen von bundesweit über 50% im Jahre 1980 auf ca. 40% im Jahr 2008 deutlich zurückgegangen, während sich der Anteil der Verstorbenen durch Neubildungen gleichzeitig erhöhte (RKI, 2011b).

Besonders hoch ist der Anteil der Kreislauferkrankungen auch weiterhin bei den älteren Verstorbenen. Von der Deutung der Statistik her ist diese Altersgruppe jedoch die schwierigste, da unklare Todesursachen gerade im höheren Lebensalter nicht selten einer Erkrankung des Kreislaufsystems zugeordnet werden, ohne dass dies wirklich der Fall sein muss. Das findet auch örtlich in unterschiedlichem Maße statt, so dass regionale Unterschiede immer mit großer Vorsicht interpretiert werden müssen. Solche eher methodisch als durch wirkliche Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit herrührenden Unterschiede treten auch zwischen verschiedenen Staaten auf und erschweren internationale Vergleiche erheblich. Gegenüber den weiteren 14 ersten EU-Mitgliedsstaaten (EU-15) wie auch den OECD-Mitgliedsstaaten ist die ausgewiesene Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland jeweils höher (OECD, 2012a, Eurostat, 2012b), was aber aus o.g. Gründen eingeschränkte Aussagekraft besitzt. Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist deutlich von der sozialen Lage abhängig, sie gehört in Baden-Württemberg sowohl bei Männern wie bei Frauen zu den niedrigsten bundesweit (Lampert et al., 2010).

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	3028	1997	5025
Sterbealter Ø	85,1	77,3	82,0
PYLL	7829	10084	17913
Gesamtanteil PYLL	21,5%	21,9%	21,7%

Tab. 7: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Krankheiten des Kreislaufsystems im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Von 2006-2010 verstarben im Landkreis Ravensburg 5025 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Tab. 7).

Das durchschnittliche Sterbealter lag bei Männern bei hohen 77 und bei Frauen bei sehr hohen 85 Jahren (Problem der Aussagekraft siehe oben). Männer verlieren im Landkreis trotz der deutlich geringeren Zahl an Todesfällen deutlich mehr Lebensjahre durch Kreislauferkrankungen als Frauen. Der Anteil der Erkrankungsgruppe an allen verlorenen Lebensjahren ist bei Frauen und Männern jedoch fast gleich hoch. Im Landkreis Ravensburg ist die Sterblichkeit unter 65 Jahren gegenüber derjenigen in Baden-Württemberg leicht erniedrigt (Abb. 18a).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch gegenüber den Nachbarkreisen Biberach und Sigmaringen, während die Sterblichkeit im Bodenseekreis noch deutlich niedriger ist.

Im Jahre 2010 fanden 6783 Krankenhausbehandlungen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (3572 Männer, 3211 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg erniedrigt, wobei der Kreis Biberach eine etwas höhere, der Kreis Sigmaringen und der Bodenseekreis noch niedrigere Behandlungsraten aufweisen (Abb. 18b). Das Durchschnittsalter der PatientInnen lag dabei im Kreis Ravensburg mit 70 Jahren gleich hoch wie in Baden-Württemberg.

Der Anteil an medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist

Abb. 18a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD10:I)
(Alter 0-64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)

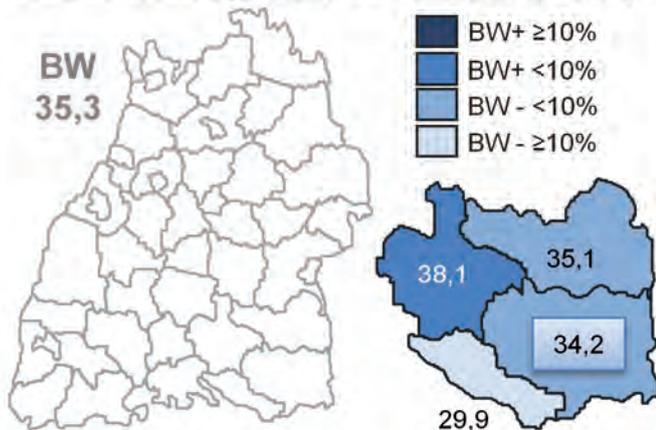
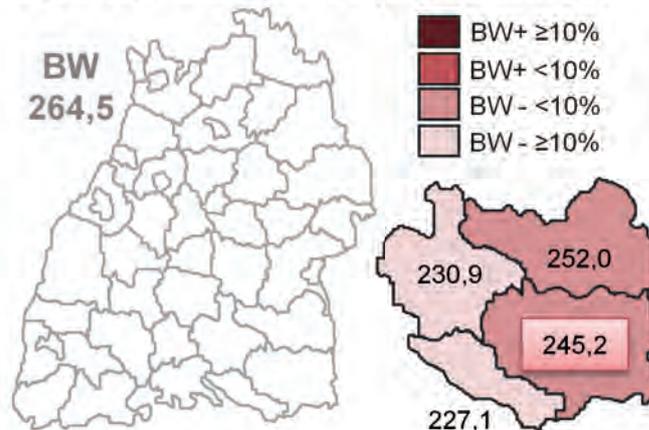


Abb. 18b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD10:I)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



deutschlandweit von 1995-2010 zurückgegangen. Ebenso stellt es sich bei der Anzahl Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar (DRV, 2012a). Für den Landkreis Ravensburg, die Nachbarkreise Sigmaringen und Bodenseekreis sowie Baden-Württemberg liegen Zahlen aus den Jahren 2009 und 2010 vor, die einen regionalen Vergleich ermöglichen. Der Anteil an Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch diese Erkrankungsgruppe ist in Abb. 19 dargestellt und zeigt für den Landkreis mit 6,0% die vergleichsweise geringste Quote. Der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den stationären Rehabilita-

tionsleistungen 2009-2010 ist im Landkreis mit 7,8% ebenfalls gegenüber Baden-Württemberg (9,0%) erniedrigt (eigene Berechnungen nach DRV RV). Dies stützt die Ergebnisse der Analyse der Sterblichkeit.

Bewertung

Die Analysen zeigen sowohl für die vorzeitige Sterblichkeit wie auch für Krankenhausbehandlungen und Frühberentungen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine vergleichsweise geringe Häufigkeit im Landkreis Ravensburg. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen die häufigste Todesursachengruppe dar, die etwas geringere Betroffenheit im Kreis Ravensburg ist daher mit verantwortlich für die hohe Lebenserwartung im Kreis. Ursächlich für diesen erfreulichen Befund ist sicherlich einerseits die gute soziale Lage im Kreis, eine Rolle kann dabei auch eine gute Versorgungssituation spielen. Von den Todesfällen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten v.a. Krankheiten der Herzkranzgefäße und Schlaganfälle als vermeidbar. Die Erkrankungen der Herzkranzgefäße werden daher im folgenden Unterkapitel näher betrachtet. Die Schlaganfallsterblichkeit konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht kreisweise ausgewertet werden. Ältere Analysen zeigten eine eher günstige Situation für den Landkreis Ravensburg (Bodenseekreis, 2001), ebenso zeigt die – allein jedoch wenig aussagekräftige – Krankenhausdiagnosestatistik eine gegenüber Baden-Württemberg unterdurchschnittliche Behandlungshäufigkeit (um 16,5% niedrigere Behandlungsrate).

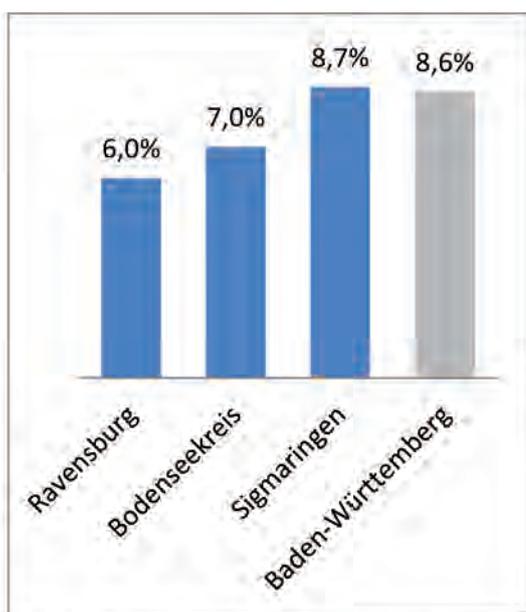


Abb. 19: Anteil Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2009-2010 (Quelle: DRV RV)

Ischämische Herzkrankheit und Herzinfarkt (ICD-10:I20-25)

Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheiten) und Herzinfarkte als akut lebensgefährliche Ereignisse galten früher als „Manager-Krankheiten“. Tatsächlich sind jedoch Personen in schlechter sozialer Situation deutlich häufiger von diesen Erkrankungen betroffen als solche in guter. Das gilt v.a. für Männer, die gegenüber Frauen darüber hinaus auch ein deutlich höheres Risiko haben, vor dem 65. Lebensjahr einen Herzinfarkt zu erleiden. Wichtige durch Prävention beeinflussbare Risikofaktoren des Herzinfarkts sind etwa Rauchen, Fett- oder Zuckerstoffwechselstörungen, psychosoziale Belastungen, starkes Übergewicht und Bluthochdruck (RKI, 2006). Die Gefährlichkeit eines akuten Herzinfarkts ist sehr von Qualität und Geschwindigkeit der Erstversorgung abhängig.

In Industriestaaten sind Herzinfarkte die häufigste Todesursache überhaupt. Aktuelle epidemiologische Erkrankungszahlen zur Herzinfarkthäufigkeit liegen nicht vor, da kein allgemeines Herzinfarktregister existiert. Im Rahmen des MONICA-Projekts der WHO wurden jedoch in der Region Augsburg über einen längeren Zeitraum alle Herzinfarkte registriert. Dabei zeigten sich insgesamt fallende Erkrankungszahlen sowie eine deutliche Abnahme der Sterblichkeit wie auch Tödlichkeit von Herzinfarktereignissen. Diese Abnahme ist v.a. der besseren Gesundheitsversor-

gung und dadurch weniger Zweitinfarkten zu verdanken. Bei Frauen jüngerer Alters zeigte sich jedoch ein gegenläufig etwas angestiegenes Herzinfarktisiko, was wie die ähnlichen Trends beim Lungenkrebs vor allem auf den häufiger gewordenen Tabakkonsum von Frauen zurückgeführt wird (RKI, 2006).

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	847	866	1713
Sterbealter Ø	84,7	76,4	80,5
PYLL	2300	4640	6939
Gesamtanteil PYLL	6,3%	10,1%	8,4%

Tab. 8: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch ischämische Herzkrankheiten im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Im Kreis sind 2006 - 2010 insgesamt 1713 Menschen durch ischämische Herzkrankheiten verstorben, davon etwa gleich viele Frauen wie Männer (Tab. 8). Die verstorbenen Frauen waren dabei aber durchschnittlich mehr als acht Jahre älter als die Männer, letztere verloren dadurch auch mehr als doppelt so viele Lebensjahre durch ischämische Herzkrankheiten wie Frauen. Die Sterblichkeit durch diese Erkrankungen im Landkreis Ravensburg liegt unterhalb des Durchschnitts Baden-Württembergs und derjenigen der Nachbarkreise Biberach und Sigmaringen, die

Abb. 20a: Sterblichkeit 2006-2010 durch ischämische Herzkrankheiten (ICD10:I20-25)
(Alter 35-64 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)

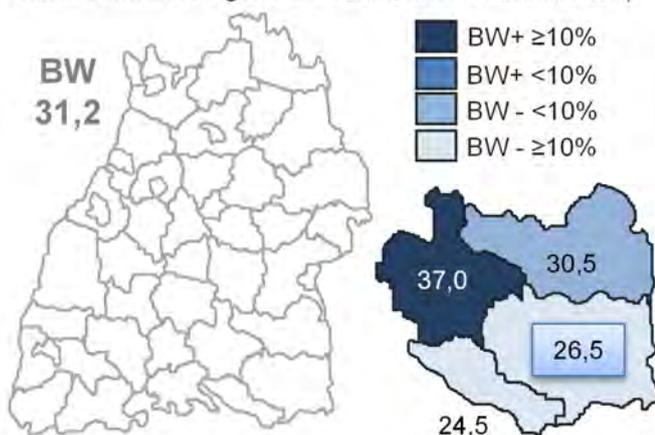
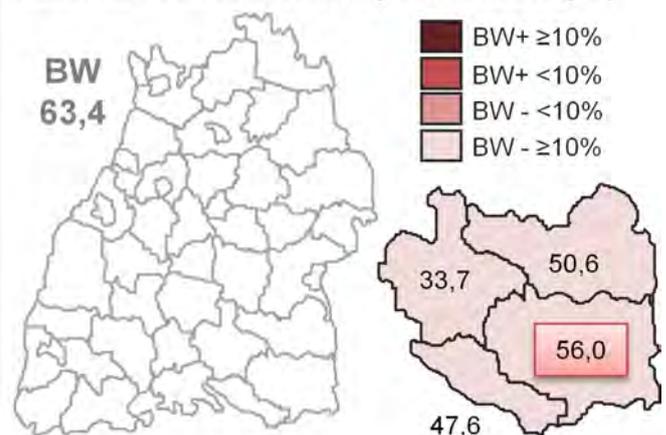


Abb. 20b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund ischämischer Herzkrankheiten (ICD10:I20-25)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



Sterblichkeit im Bodenseekreis ist noch etwas niedriger (Abb. 20a). Analysen vor gut 10 Jahren hatten ebenfalls eine gegenüber dem Landesschnitt niedrigere Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten im Landkreis Ravensburg gezeigt (Bodenseekreis, 2001).

Im Jahre 2010 fanden 523 Krankenhausbehandlungen wegen eines Herzinfarkts bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (343 Männer, 180 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen auf 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg erniedrigt (Abb. 20b).

Die betrachteten umliegenden Landkreise weisen noch niedrigere Behandlungsraten auf, wobei im Landkreis Sigmaringen eine vergleichsweise hohe Sterblichkeit bei gleichzeitig vergleichsweise wenigen Krankenhausbehandlungen auffällt.

Bewertung

Die Analysen zeigen sowohl für die vorzeitige Sterblichkeit wie auch für die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen und Frühberentungen eine vergleichsweise geringe Betroffenheit des Landkreis Ravensburg, was positiv bewertet werden kann. Eine Deutung der Krankenhausbehandlungszahlen allein wäre insofern schwierig, da gerade lebensbedrohliche Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße schnellstmöglicher Behandlung bedürfen. Unzureichende Behandlungsmöglichkeiten könnten daher potentiell zum Bild einer geringen Zahl an Krankenhausbehandlungen bei gleichzeitig hoher Zahl an Sterbefällen führen.

Suizide und psychische Störungen (ICD-10: F00, X60-84)

Da Suizide fast immer auf eine psychische Problematik oder Erkrankung zurückgehen, werden diese Themen hier gemeinsam erörtert. Wie in Kapitel „Gesundheit um den Landkreis“ beschrieben, spielen psychische Störungen weltweit wie auch hierzulande eine deutlich zunehmende Rolle. Für Suizide gilt dies mindestens in Deutschland jedoch nicht in gleicher Weise.

Suizide

Suizide, Selbsttötungen, früher auch moralisch bewertend Selbstmorde genannt, geschehen meist aus einer psychischen Ausnahmesituation heraus. Männer nehmen sich fast überall deutlich häufiger das Leben als Frauen, welche wiederum häufiger Suizidversuche unternehmen. Die Häufigkeit von Suiziden hängt dabei von verschiedensten Faktoren wie Religiosität, sozialer Eingebundenheit, gesellschaftlichen Wandlungsprozessen oder der gesellschaftlichen Bewertung von Selbst-

tötungen ab (Calliess et al., 2007, Durkheim, 1983 (1897)). Sehr häufig ist eine eigentlich behandelbare psychische Störung wie etwa eine Depression, Schizophrenie oder Abhängigkeit Auslöser für einen Suizidversuch. Die weitaus meisten Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sind später froh über das Misslingen ihres Versuchs.

Suizide treten weltweit sehr unterschiedlich häufig auf, am höchsten ist die

Jahr	Anzahl Todesfälle
1980	18.451
1985	17.571
1990	13.924
1995	12.888
2000	11.065
2001	11.156
2002	11.163
2003	11.150
2004	10.733
2005	10.260
2006	9.765
2007	9.402
2008	9.451
2009	9.616
2010	10.021

Tab. 9: Anzahl Todesfälle durch Suizide in Deutschland im Zeitverlauf

Suizidsterblichkeit in einigen osteuropäischen Ländern. Die Suizidhäufigkeit ist in Deutschland über die letzten Jahrzehnte deutlich zurückgegangen (Tab. 9), Selbsttötungen sind damit hierzulande etwas seltener als im europaweiten Vergleich. Die Anzahl an Suizid-todesfällen hat bei uns im Jahr 2007 ihren Tiefstand erreicht und ist seither bis 2010 wieder um knapp 7% angestiegen (Statistisches Bundesamt, 2012). Deutschlandweit zeigt sich bezüglich der Suizidsterblichkeit – entgegengesetzt zur sonstigen Sterblichkeit – ein angedeutetes Nord-Süd-Gefälle sowie ein leichtes Ost-West-Gefälle. Dieses Ost-West-Gefälle bzgl. der Suizidhäufigkeit zeigt sich zwischen den einzelnen Ländern Europas jedoch in sehr viel ausgeprägterer Form. Deutschlandweit am höchsten ist die Suizidsterblichkeit in Thüringen (RKI, 2011b). Im Vergleich zu den meisten anderen Gesundheitsgefahren ist das Risiko für einen Suizid recht gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt. Das höchste Risiko besteht jedoch im hohen Lebensalter, hinzu kommt eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Selbsttötungen bei älteren Menschen nicht erkannt werden. Diese Dunkelziffer spielt bei Suiziden jedoch für alle Altersgruppen eine Rolle und wird auf etwa 25% geschätzt, so dass die Routinestatistiken mit Vorsicht interpretiert werden müssen (Fiedler, 2007).

In den Jahren 2006-2010 nahmen sich im Landkreis Ravensburg 207 Menschen selbst das Leben, davon dreimal mehr Männer als Frauen (Tab. 10).

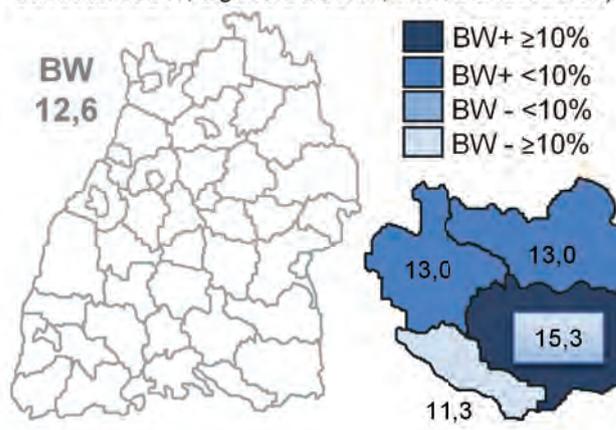
	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	50	157	207
Sterbealter Ø	54,2	53,6	53,7
PYLL	1453	3981	5435
Gesamtanteil PYLL	4,0%	8,7%	6,6%

Tab. 10: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Suizide im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Das durchschnittliche Sterbealter lag bei unter 54 Jahren und damit etwa 1 Jahr niedriger als in Baden-Württemberg. Männer verlieren deutlich mehr Lebensjahre durch Selbsttötungen als Frauen, der Anteil an den verlorenen Lebensjahren liegt für Männer

bei beachtlichen 8,7%. Im Landkreis Ravensburg ist die Sterblichkeit durch Suizide gegenüber derjenigen in Baden-Württemberg erhöht (Abb. 21). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch gegenüber den Nachbar-kreisen Biberach und Sigmaringen, die Sterblichkeit durch Selbsttötungen im Bodenseekreis liegt deutlich niedriger.

Abb. 21: Sterblichkeit 2006-2010 durch vor-sätzliche Selbstbeschädigung (ICD10:X60-84)
(Alle Altersgruppen, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)



Bewertung

Die Analysen zeigen eine gegenüber Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen erhöhte Suizidsterblichkeit für den Landkreis Ravensburg. Dieser Befund muss mit Vorsicht betrachtet werden, da es eine Dunkelziffer nicht entdeckter Suizide gibt und eine regional erhöhte Suizidrate theoretisch auch durch eine geringere Dunkelziffer auftreten kann. Anders als etwa bei Herz-Kreislauf- oder den meisten Krebserkrankungen spielt die soziale Lage kaum eine Rolle für die Suizidhäufigkeit. Einen Einfluss hat häufig das Durchschnittsalter der Bevölkerung, da das Risiko mit dem Alter ansteigt (LGL, 2010). Der Anteil der älteren Bevölkerung im Kreis Ravensburg ist jedoch gegenüber dem Landesschnitt etwas geringer, ebenso das Durchschnittsalter der Suizidopfer, was gegen das Alter als wesentlichen Einflussfaktor hier im Kreis spricht.

Der stärkste Risikofaktor für einen Suizid ist eine ausgeprägte psychische Problematik, Menschen mit Depressionen, Schizophrenien oder Suchterkrankungen sind dabei besonders gefährdet. Nicht selten spielt darüber hinaus ein belastendes Lebensereignis eine

wichtige Rolle. Schwerwiegende psychische Probleme zu vermeiden oder therapeutisch zu mildern ist daher die sinnvollste präventive Strategie. Früherkennungsprogramme, die auf eine möglichst frühe Behandlung gerade von Depressionen abzielen, haben bisher keine Effekte bezüglich der Suizidsterblichkeit gezeigt (Althaus et al., 2007). Am erfolgversprechendsten scheint daher der Ansatz, psychische Störungen schon primär zu vermeiden, etwa durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Betrieben oder anderen Orten, die prägend für unseren Alltag sind (Primärprävention, siehe Bewertung im Kapitel „Psychische Störungen“).

Psychische Störungen (ICD10: F00-99)

Die Zahl psychischer Störungen nimmt weltweit stark zu, ganz besonders diejenige von depressiven Störungen (siehe Kapitel „Gesundheit um den Landkreis herum“). Besonders eindrücklich zeigt sich dieser Anstieg in Deutschland bei den Krankenhausbehandlungen, den krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten sowie bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Abbildung 22 zeigt einen dramatischen Anstieg von frühzeitigem Rentenzugängen aufgrund psychischer Störungen sowohl bei Männern wie bei Frauen, wobei aber teils unterschiedliche Erkrankungen im Vor-

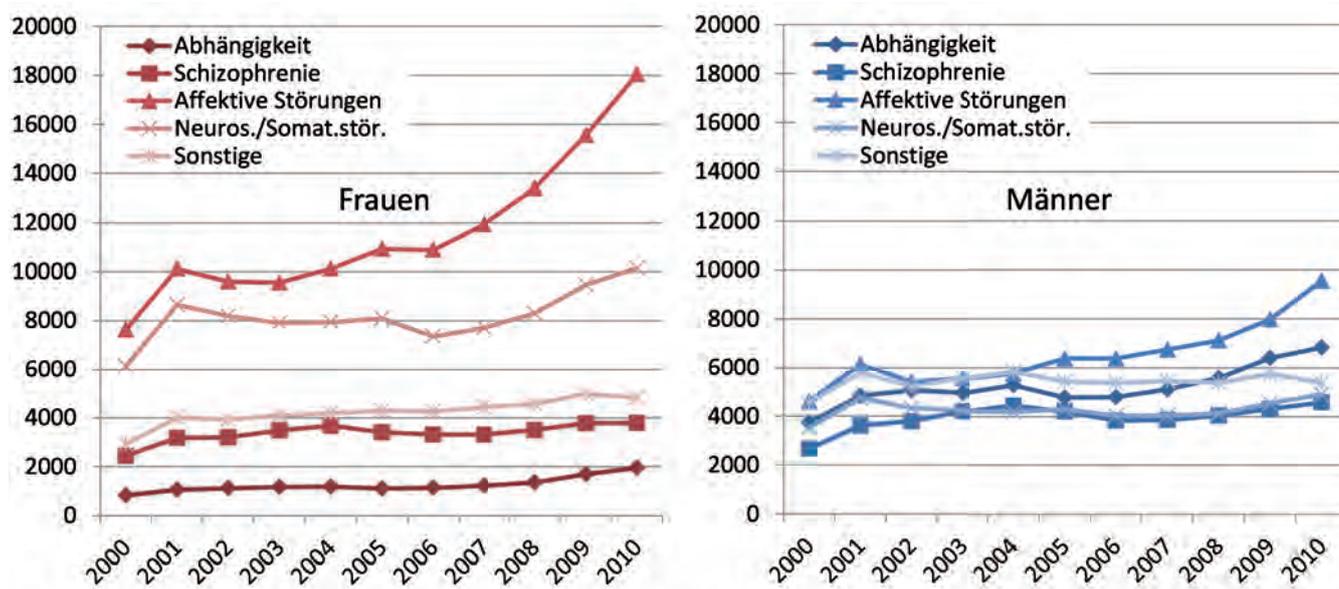


Abb. 22: Rentenzugänge 2000-2010 nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Anzahl Fälle innerhalb der Diagnosegruppe ICD-10:F (Psychische Störungen)
(Quelle: DRV 2012, eigene Darstellung)

dergrund stehen (DRV, 2012b). Bei Männern wie Frauen sind Depressionen die häufigste Ursache für einen verfrühten Rentenzugang. Deutliche Steigerungen zeigen sich aber auch für Suchterkrankungen. Dabei treten bei Frauen Depressionen und bei Männern Suchterkrankungen deutlich häufiger auf. Es herrscht noch Uneinigkeit, ob der erhebliche Anstieg psychischer Störungen hauptsächlich durch eine bessere Erkennung und Akzeptanz psychischer Störungen oder durch eine „echte“ Steigerung von Erkrankungszahlen bedingt ist. Am wahrscheinlichsten ist es nach dem aktuellen Stand, dass bei-

des parallel eine Rolle spielt (Hidaka, 2012). Für den Anstieg der psychischen Störungen werden dabei Veränderungen unserer Arbeits- und sonstigen Lebenswelt verantwortlich gemacht, die einerseits zu mehr psychosozialen Stress und andererseits weniger Regenerationspotentialen durch sich schneller verändernde Lebensbedingungen führen. Speziell das zunehmende Fehlen dauerhafter sozialer Bezüge, stabiler Werthaltungen und Zielsetzungen wird als risikohöhernd eingestuft (Sennett, 2006, Ehrenberg, 2008). Besorgniserregend ist der Befund, dass jüngere Generationen scheinbar gefährdeter sind, im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung zu erleiden (DAK, 2011). Internationale Vergleiche zeigen etwa für die dominierenden Depressionen durchaus erhebliche Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit. Deutschland lag dabei bisher im günstigeren unteren Drittel der Belastung (Bromet et al., 2011), aber Depressionen dominieren auch hierzulande stark. Ihre Vermeidung und Bekämpfung wurde deswegen als eines von wenigen vorrangigen Gesundheitszielen sowohl in den Zielekatalog für Deutschland wie auch Baden-Württemberg aufgenommen (GVG, 2003, MAS-BW, 2011).

Psychische Störungen sind mit großem individuellem Leid verbunden, dominieren die Frühberentungszahlen und führen zu den meisten Krankenhaustagen. Hinsichtlich der Sterblichkeit spielen psychische Störungen gegenüber körperlichen Erkrankungen jedoch eine untergeordnete Rolle. Deswegen ist über die Analyse der Suizide hinaus keine Auswertung der Todesfälle durch psychische Störungen für den Landkreis Ravensburg möglich. Es liegen jedoch Zahlen der Rentenversicherung und Krankenhausstatistik für den Landkreis vor, die hier näher betrachtet werden sollen.

Nach der starken Zunahme im letzten Jahrzehnt wurde bundesweit in den Jahren 2009 und 2010 mit 38,5% der frühzeitigen Rentenzugänge der weitaus größte Anteil durch psychische Störungen verursacht (Abb. 23a). Von den Erwerbsminderungsrenten entfallen insgesamt über 80% auf volle Erwerbsminderungen (DRV, 2012c). Die am häufigsten zur Frühberentung führenden psychischen Störungen sind

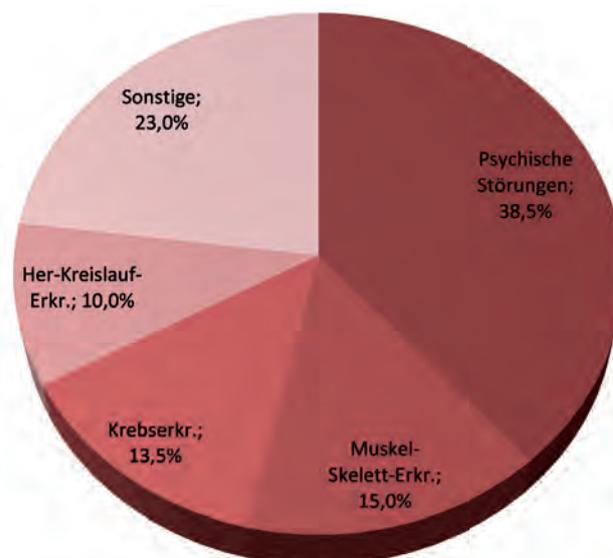


Abb. 23a: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung 2009/2010, Erstdiagnosen (eigene Darstellung, Quelle www.gbe-bund.de)

Depressionen und Abhängigkeiten, danach folgen psychische Reaktionen auf schwere Belastungen, sich v.a. in körperlichen Symptomen zeigende psychische Störungen und Angststörungen. Das Durchschnittsalter der Rentenzugänge durch psychische Störungen ist dabei niedriger als bei sonstigen Zugängen, sodass ihr Gesamtanteil an den durch Frühberentung verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren die o.g. 38,5% sogar noch überschreitet. Die bundesweiten Analysen der Rentenversicherung zeigen dabei gerade für psychische Störungen einen gewissen Trend zur Verrentung ohne vorherige ausreichende Rehabilitationsbemühungen (DRV, 2012a).

Für den Landkreis Ravensburg, die Nachbarkreise Sigmaringen und Bodenseekreis sowie Baden-Württemberg liegen Zahlen aus den Jahren 2009 und 2010 vor, die einen regionalen Vergleich ermöglichen. Der Anteil an Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch diese Erkrankungsgruppe ist in Abbildung 23b dargestellt und zeigt für den Landkreis mit 40,8% eine gegenüber Baden-Württemberg geringfügig erhöhte Quote. Der Anteil der psychischen Störungen an den stationären Rehabilitationsleistungen 2009-2010 ist im Landkreis mit 18,9% jedoch gegenüber Baden-Württemberg (21,0%) erniedrigt (eigene Berechnungen nach DRV RV).

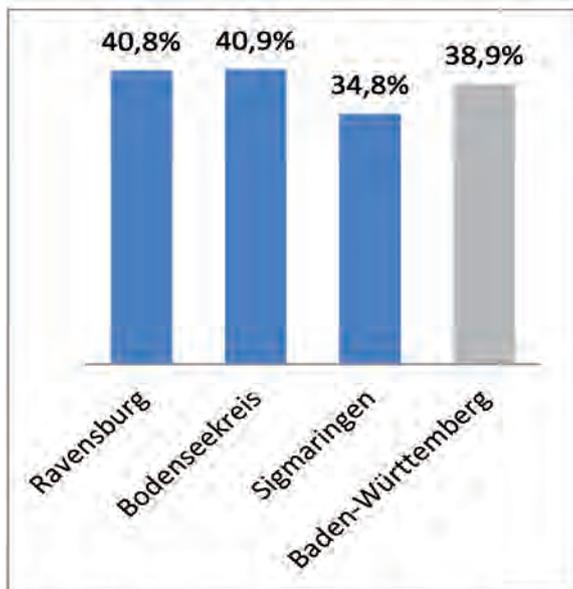
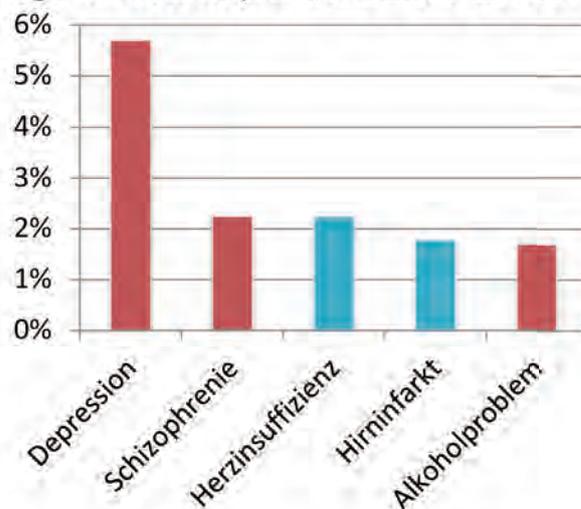


Abb. 23b: Anteil Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische Störungen 2009-2010 (Quelle: DRV RV)

Der Anteil psychischer Störungen an den krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten ist stark angestiegen, dies sowohl bundesweit wie in Baden-Württemberg und im Landkreis Ravensburg (AOK Bodensee-Oberschwaben 2012). Dies gilt in ähnlicher Weise für die Einnahme von Psychopharmaka, so stiegen speziell die Antidepressiva-Verordnungen zwischen 2004 und 2009 um über 16% (AOK Baden-Württemberg, 2011). Die überdurchschnittlich lange Krankheitsdauer psychischer Störungen führt dabei im Vergleich zu anderen Erkrankungen zu längeren Abwesenheitszeiten und mehr Krankengeldzahlungen (BKK, 2011, Badura et al., 2011).

Psychische Störungen verursachten 2010 mit 17,1% gegenüber allen anderen Diagnosegruppen bundesweit die meisten Behandlungstage im Krankenhaus. Im Zeitraum zwischen 1990 und 2010 stiegen die Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen um 57% an. Dieser Anstieg ist noch recht moderat gegenüber demjenigen der Behandlungsfälle, der sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelte (+129%), was aber teils durch kürzere Verweildauern im Krankenhaus ausgeglichen wurde (Bitzer et al., 2011). Unter den fünf Erkrankungen, welche die meisten Krankenhaustage verursachen, sind mit Depressionen, Schizophrenie und durch Alkohol verursachten Problemen drei psychische Störungen (Abb. 24a).

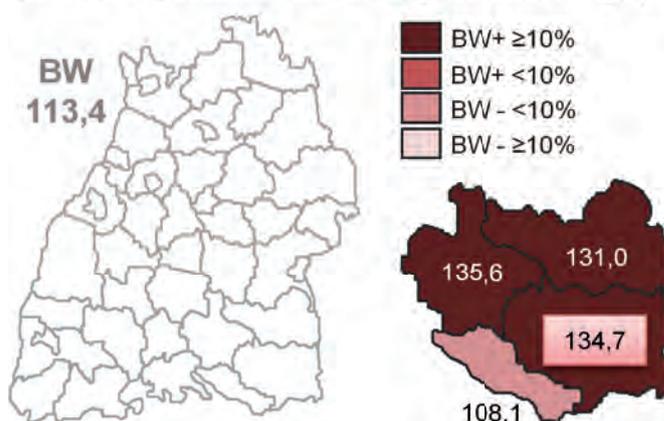
Abb. 24a: Häufigste Diagnosen in stationärer Behandlung: Anteil Krankenhaustage in Prozent (Barmer GEK, Bitzer 2011)



Letztere durch Alkohol verursachte Krankenhausbehandlungen verursachen unter den psychischen Störungen die meisten Krankenhausaufnahmen, dauern aber durchschnittlich weniger lange als etwa Depressionen, welche die meisten Behandlungstage verursachen. Die Behandlung psychischer Störungen gestaltet sich häufig kompliziert, so zeigen ein Jahr nach stationärer Behandlungen wegen Depressionen mehr als die Hälfte der PatientInnen weiterhin Zeichen einer schweren Depression (Bitzer et al., 2011).

Die wohnortbezogene Krankenhausdiagnosestatistik des Jahres 2010 weist für den Landkreis Ravensburg 3726 stationäre Aufnahmen wegen psychischer Störungen aus. Dies sind auf 10.000 Einwohner deutlich mehr als in Baden-Württemberg (Abb. 24b), was

Abb. 24b: Krankenhausfälle aufgrund psychischer Störungen (ICD10:F00-99) (Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einwohner Daten: Stat. Landesamt BW 2012, eigene Berechnungen)



ebenso für die Nachbarkreise Biberach und Sigmaringen gilt, während die Rate für den Bodenseekreis etwas unterhalb der von Baden-Württemberg liegt. Die Dauer einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer psychischen Störung ist im Landkreis Ravensburg mit durchschnittlich 23,5 Tagen leicht gegenüber Baden-Württemberg verringert (24,9 Tage). Der mit Abstand größte Anteil von 1393 Krankenhausbehandlungen (37,4%) entfiel in unserem Kreis auf Diagnosen im Zusammenhang mit sogenannten „psychotropen“ Substanzen wie etwa Alkohol und Drogen. Dieser Anteil ist im Kreis Ravensburg deutlich höher als in Baden-Württemberg (33,1%) und den Nachbarkreisen Biberach (34,3%), Sigmaringen (24,1%) und dem Bodenseekreis (30,1%).

Bewertung

Die Analysen der Statistik der Rentenversicherung zu Frühberentungen und der Krankenhausdiagnosestatistik zeigen eine überdurchschnittlich hohe Belastung durch psychische Störungen für den Landkreis Ravensburg. Häufigere psychische Probleme könnten die beschriebene erhöhte Suizidsterblichkeit im Kreis erklären. Suchterkrankungen und stationäre Aufnahmen im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch sind dabei deutlich überrepräsentiert und verursachen den Großteil des Unterschieds zu Baden-Württemberg. Die etwas kürzere durchschnittliche Dauer einer Krankenhausbehandlung durch psychische Störungen ist nur durch dieses abweichende Diagnosespektrum bedingt (speziell die Suchterkrankungen), für die Einzeldiagnosen zeigen sich keine kürzeren stationären Verweildauern.

Als mögliche Ursachen für die beobachtbaren Abweichungen kommt neben einer „echten“ erhöhten Krankheitshäufigkeit auch die besondere Versorgungsstruktur im Landkreis Ravensburg in Frage. So ist der Landkreis einerseits Sitz eines großen psychiatrischen Zentrums und andererseits einer Vielzahl von Einrichtungen, in denen auch Menschen mit psychischen Problemen über längere Zeit betreut werden. Was gegen das Zentrum für Psychiatrie Weißenau als Hauptursache für die beschriebenen Abweichungen

spricht ist die Tatsache, dass dieses zwar ein über den Landkreis hinausgehendes Gebiet versorgt, die ausgewertete Krankenhausstatistik jedoch rein wohnortbezogen ist. Im Krankenhaus behandelte Personen werden also nicht nach dem Behandlungs-, sondern nach dem Wohnort ausgewiesen. Eine vermehrte psychiatrische Diagnosestellung im direkten Umkreis eines solchen Kompetenzzentrums wäre zwar denkbar, würde sich aber wahrscheinlich auch im angrenzenden Bodenseekreis bemerkbar machen, der jedoch sogar eine gegen Baden-Württemberg verringerte Behandlungsrate aufweist. Auch wäre die nicht über alle Diagnosegruppen, sondern v.a. für Suchterkrankungen erhöhte Rate von Krankenhausbehandlungen schwer erklärbar. Etwa stationäre Schizophrenie-Behandlungen, die aufgrund längerer Krankheitsdauer häufig intensiv und mehrfach notwendig werden, sind im Kreis Ravensburg nicht häufiger als in Baden-Württemberg. Die zunehmende Dominanz psychischer Störungen führt zu hoher individueller Last und Leid, darüber hinaus stellt sie aufgrund von Erkrankungskosten und Arbeitsausfall auch ein großes volkswirtschaftliches Problem dar. Auch aufgrund der oftmals komplizierten und langwierigen Therapie ist es sinnvoll, möglichst viele Erkrankungen schon primär zu vermeiden, d.h. stärker präventiv tätig zu werden. Hierfür bieten sich v.a. Maßnahmen in den direkten Lebensumwelten an (Settings). Eine vielversprechende und gestaltbare Lebenswelt ist etwa der Arbeitsplatz, der je nach Ausgestaltung eher ein Risiko oder eine Ressource darstellen kann (Weber and Hormann, 2008). Aber auch Schulen bieten sich sehr als Orte für die Prävention und Gesundheitsförderung an, da dort potentiell alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können. Auf Sucht, d.h. die Gruppe der psychischen Störungen „durch psychotrope Substanzen“, wird im Folgenden gesondert eingegangen, da die suchtmittelbezogenen Störungen in der Krankenhausstatistik auffällig erhöht waren. Suchtmittelprobleme haben insofern einen engen Bezug zur Sterblichkeit, da sie gleichzeitig einen der wichtigsten Risikofaktoren für Suizid darstellen und nicht selten zu weiteren gesundheitlichen Folgen wie etwa schweren Unfällen führen (Schneider et al., 2007, RKI, 2008).

Suchtmittel (ICD-10: F10-19)

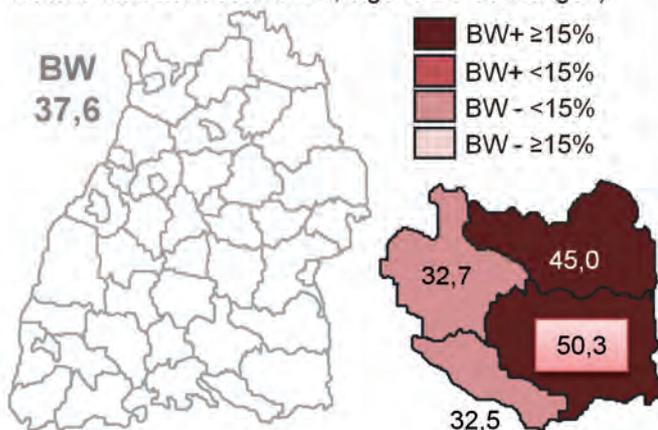
In dieser Diagnosegruppe werden verschiedene gesundheitliche Probleme durch psychotrope Substanzen wie Alkohol, Tabak, Medikamente und illegale Drogen zusammengefasst. Die legalen „Drogen“ wie Tabak und Alkohol gehören dabei zu den stärksten Einflussfaktoren auf die Gesundheit überhaupt. Nach Analysen der Weltgesundheitsorganisation kosten sie in industrialisierten Ländern die meisten Lebensjahre durch frühen Tod oder eingeschränkte Lebensqualität (WHO, 2008).

Bezogen auf die Sterblichkeit verursacht dabei Tabak die größte Last. Die Zahl der durch Tabak verursachten Todesfälle liegt in Deutschland bei jährlich über 100.000, aufgrund ihres häufigeren Tabakkonsums sind die große Mehrzahl davon Männer (Mons, 2011). Tabakkonsum hat dabei v.a. enge Bezüge zu

Tabakkonsums, die schon behandelten Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, stellt sich die Situation für den Landkreis gegenüber dem Land Baden-Württemberg aber eher günstig dar (siehe Kapitel „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, „Krebserkrankungen“).

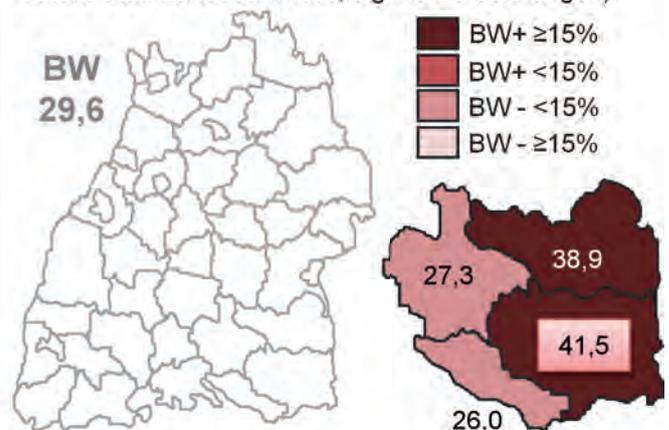
Das Thema Suchtmittel wird hier näher betrachtet, da speziell suchtmittelbezogene Krankenhausbehandlungen im Kreis überrepräsentiert sind (Abb. 25a). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Einwohner des Landkreises ist im Jahre 2010 um 34% und damit deutlich erhöht, d.h. die 1393 Krankenhausfälle im Jahr 2010 wegen Suchtmitteln sind gut 350 mehr Fälle, als im Baden-Württembergischen Durchschnitt zu erwarten wären. Der weitaus größte Anteil von 82,4% der suchtmittelbezogenen Krankenhausbehandlungen erfolgt wegen Alkohols (Baden-Württemberg 78,9%). Entsprechend zeigt

Abb. 25a: Krankenhausfälle 2010 in direktem Zusammenhang mit Suchtmitteln (ICD10:F1)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einwohner
Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



Lungenkrebs und verschiedenen anderen Krebserkrankungen sowie zu potentiell tödlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Deutschland ist der Tabakkonsum rückläufig, was ebenso wie die schon nach kurzer Zeit sichtbare Senkung von Herzinfarktraten mit der Nichtraucherchutzgesetzgebung in Verbindung gebracht wird (DHS, 2012c, Sargent et al., 2012). Die Raucherquote Baden-Württembergs lag bei bisherigen Untersuchungen eher unterhalb des Bundesdurchschnitts. Noch kleinräumiger auf Landkreisebene liegen leider keine Informationen vor. Bezüglich der langfristigen gesundheitlichen Folgen des

Abb. 25b: Krankenhausfälle 2010 in direktem Zusammenhang mit Alkohol (ICD10:F10)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw.
Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



sich die Rate dieser Aufnahmen pro 10.000 Einwohner mit 41,5 gegenüber Baden-Württemberg (29,6) noch deutlicher, nämlich um 40% erhöht (Abb. 25b). Die Abweichung vom Landesschnitt bezüglich suchtmittelbedingter Krankenhausaufnahmen ist somit hauptsächlich durch die sehr hohe Zahl an Krankenhausbehandlungen wegen Alkohols verursacht. Auf das Thema Alkohol wird an dieser Stelle daher tiefer eingegangen.

Der Konsum von Alkohol als Genussmittel ist in vielen Teilen der Welt wie auch in Deutschland kulturell verankert und entsprechend verbreitet. Alkohol gehört

jedoch andererseits mit Tabak und Bluthochdruck zu den drei wichtigsten Ursachen für verlorene Lebensjahre in industrialisierten Ländern (WHO, 2008). In Deutschland wird die Zahl jährlicher Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol auf 40.000-70.000 geschätzt, wobei die Sterblichkeit bei Männern dreimal höher ist als bei Frauen (RKI, 2008). Gesundheitlich gefährlich ist die Alkoholwirkung auf innere Organe wie etwa Leber, Bauchspeicheldrüse und Herz, vor allem aber seine Wirkung auf das Nervensystem. Durch die direkte Wirkung auf Koordination und Gefahrenabschätzung spielt Alkohol für das Unfallgeschehen in Haushalt, Arbeitswelt und Verkehr eine zentrale Rolle. Neben der direkten Wirkung sowie Schädigung der Nerven kommt es nicht selten zu einer Gewöhnung bis zur Abhängigkeit mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit. Durch die häufig damit einhergehende massive persönliche Beeinträchtigung in den Bereichen Familie, Arbeit und Freundeskreis gerät nicht selten das Gelingen des Lebens insgesamt in Gefahr. Probleme mit Suchtmitteln gehören daher zu den größten Risiken für Suizide, aber auch für Gewalt gegen andere (Schneider et al., 2007, RKI, 2008). Die alkoholbezogene Sterblichkeit lässt sich aufgrund dieser unterschiedlichen Alkoholfolgen nur indirekt ablesen. Einen Hinweis geben kann die Sterblichkeit durch Lebererkrankungen, darüber hinaus kann die Sterblichkeit durch Unfälle oder Suizide teils alkoholbedingt verändert sein (siehe Kapitel „Suizide“ und „Verletzungen...“).

Die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung ist einerseits von der Trinkmenge, andererseits von der Variabilität des Trinkens abhängig (RKI, 2008, Rehm et al., 2003). Als risikoarme Trinkmenge werden von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 20g reinen Alkohols täglich für Frauen und 30g für Männer angegeben (DHS, 2012a). Der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Person ist in Deutschland in den letzten Jahren leicht gesunken, lag aber 2010 mit 9,6 Liter reinem Alkohol pro Kopf und Jahr immer noch auf international höchstem Niveau (DHS, 2012b). Riskantes Trinkverhalten ist in Baden-Württemberg dabei weniger häufig als im Bundesdurch-

schnitt (RKI, 2011a).

Zum Alkoholkonsum im Landkreis Ravensburg liegen keine genaueren Informationen vor.

Die Zahlen der gesetzlichen Rentenversicherung sind nur teilweise bis auf die Ebene der Suchterkrankungen aufgeschlüsselt auswertbar. So liegen keine Informationen über die Anzahl suchtmittelbedingter Frühberentungen für den Landkreis Ravensburg vor. Der Anteil von Suchterkrankungen bei den ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist im Landkreis gegenüber Baden-Württemberg insgesamt nicht erhöht. Es handelt sich allerdings um geringe Zahlen, deren Aussagekraft daher begrenzt ist. Die Diagnosen sind nicht soweit aufgeschlüsselt, dass der Anteil durch verschiedene Suchtmittel ersichtlich wäre.

Die mit Abstand häufigsten Ursachen für alkoholbedingte Krankenhausaufnahmen sind einerseits Alkoholvergiftungen (Intoxikationen, 358 Fälle), die im Landkreis Ravensburg 47% häufiger sind als in Baden-Württemberg, sowie die mit 635 Aufnahmen sogar um 73% erhöhten Alkoholabhängigkeiten (Abb. 26a-b). Auffällig ist die Altersstruktur für diese beiden Aufnahme Diagnosen im Vergleich zu den Landeszahlen. Abbildungen 26a und 26b zeigen für beide Diagnosen eine teils massive Erhöhung der Aufnahmezahlen für die jüngeren Altersgruppen bis 60 Jahren. Für die älteren Altersgruppen entsprechen die Aufnahmezahlen hingegen denen Baden-Württembergs.

Diskussion und Bewertung

Die Analysen der Krankenhausdiagnosestatistik 2010 zeigen eine gegenüber Baden-Württemberg stark erhöhte Rate an alkoholbedingten Krankenhausaufnahmen, die auch höher ist als in den verglichenen Nachbarkreisen. Besonders deutlich häufiger sind dabei Aufnahmen wegen Alkoholvergiftung und Alkoholabhängigkeit. Diese Auffälligkeit lässt sich widersprechende Deutungen zu. Für alkoholbezogene Diagnosen existiert eine hohe Dunkelziffer, d.h. viele Fälle werden nicht erkannt und behandelt. Daher kann eine erhöhte Anzahl von alkoholbedingten Behandlungen im Landkreis Ravensburg durch eine ver-

Abb. 26a: Altersverteilung der Krankenhausfälle aufgrund von Alkoholintoxikation 2010 (ICD10:F10.0)

(Nach Wohnort, pro 10.000 Einwohner)

Daten: Stat. Landesamt BW 2012, eigene Berechnungen)

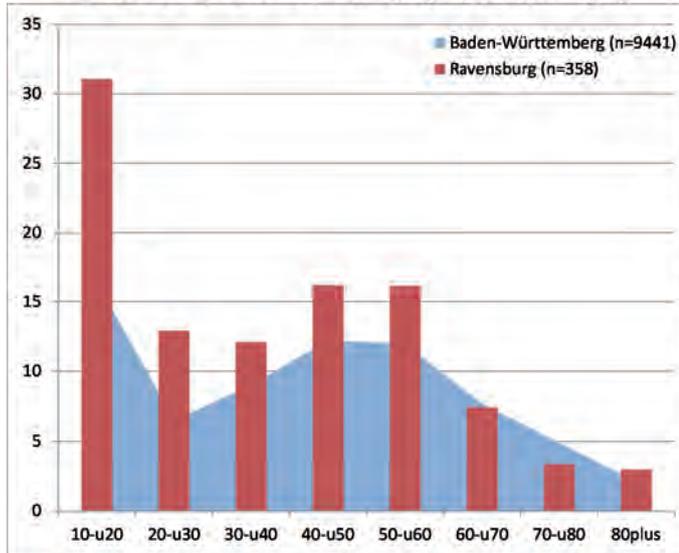
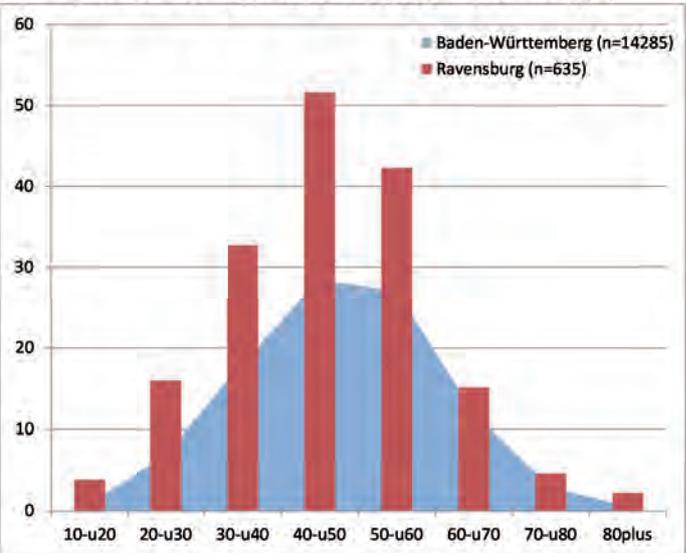


Abb. 26b: Altersverteilung der Krankenhausfälle aufgrund von Alkoholabhängigkeit 2010 (ICD10:F10.2)

(Nach Wohnort, pro 10.000 Einwohner)

Daten: Stat. Landesamt BW 2012, eigene Berechnungen)



ringerte Dunkelziffer bedingt sein, was eher ein gutes Zeichen wäre. Die Zahlen können aber auch auf ein Problem hinweisen, das noch verstärkte Bemühungen der Alkoholprävention sinnvoll machen würde.

Was könnte für eine positive Deutung der Auffälligkeiten im Sinne einer verringerten Dunkelziffer sprechen?

Im Landkreis Ravensburg existiert eine überdurchschnittliche Zahl an suchtspezifischen Einrichtungen, deren Fachkompetenz über Expertennetzwerke auch diagnosestellenden Kliniken oder der etwa bei Intoxikationen häufig zuweisenden Polizei zugutekommt. Im Rahmen der Berichtserstellung wurden die Ergebnisse mit Akteuren des regionalen Suchthilfenetzwerks persönlich besprochen. Der subjektive Eindruck der meisten in der Suchthilfe tätigen Befragten war, dass Alkoholprobleme im Kreis nicht häufiger sind als andernorts auch. Leider lässt sich dies aufgrund vorhandener Informationen nicht objektivieren, darüber hinaus existieren auch keine aussagekräftigen Zahlen zu regionalen Konsumgewohnheiten. Die Häufigkeit von Alkoholproblemen konnte daher auch in den regionalen Suchtberichten der Jahre 1997 und 2002 nur auf Basis von bundesweiten Zahlen geschätzt werden (LRA-FN/RV, 2002). Doch selbst bundesweit ist die Abschätzung von Konsumgewohnheiten extrem schwierig, so liegt die durchschnittlich getrunkene Alkoholmenge nach Zahlen des Handels regelmäßig

weit über derjenigen, die sich aus Befragungsdaten ergibt. Eine erhöhte Sensibilisierung speziell für die sehr jungen Altersgruppen im Landkreis Ravensburg könnte sich aus dem seit Mai 2009 laufenden Präventionsprojekts „HaLT – Hart am Limit“ (HaLT) ergeben, im Rahmen dessen ein besonderes Augenmerk auf jugendliche Alkoholexzesse gelegt wird (Beck, 2012). Ein weiterer, ebenfalls nicht besorgniserregender Grund für die weit überdurchschnittlichen Behandlungszahlen könnten Langzeiteinrichtungen für chronisch abhängigkeitskranke Menschen sein, die aufgrund der allgemein guten Versorgungslage in der Region überrepräsentiert sind.

Was könnte für die Deutung der Zahlen als Problemlage im Landkreis sprechen?

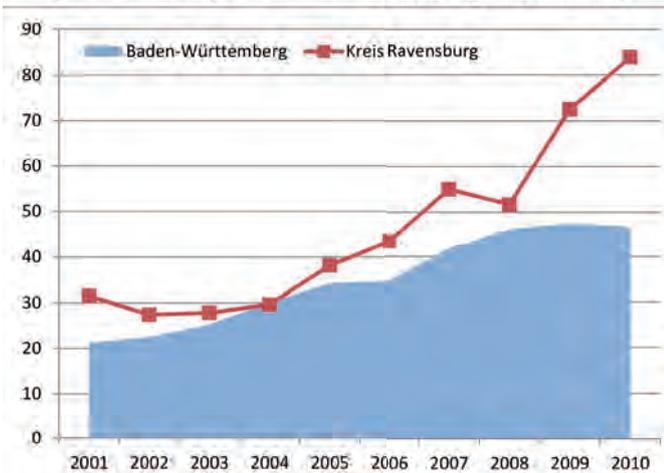
Gegen die o.g. Deutung einer verringerten Dunkelziffer aufgrund höherer fachlicher Sensibilisierung im Kreis spricht der schon genannte erhebliche Unterschied der Behandlungszahlen im Vergleich zum Bodenseekreis. Der Bodenseekreis ist ebenfalls Versorgungsbereich des Zentrums für Psychiatrie Weihenau, die Experten beider Landkreise sind sogar seit vielen Jahren in gemeinsamen Netzwerken organisiert. Dennoch liegen die alkoholbedingten Aufnahmequoten für den Bodenseekreis sogar unter denen Baden-Württembergs (Abb. 25b).

Das sowohl im Landkreis Ravensburg wie auch im

Bodenseekreis durchgeführte HaLT-Projekt kann bei jugendlichen Alkoholproblemen über die oben beschriebene Sensibilisierung tatsächlich zu vermehrten Krankenhausaufnahmen geführt haben. Der deutliche Anstieg an alkoholbedingten Krankenhausaufnahmen nach Beginn des Projekts für die Jahre 2009 und 2010 spricht für einen solchen Effekt.

Abb. 27 macht allerdings ebenso deutlich, dass die

Abb. 27: Alkoholbedingte Krankenhaufälle zwischen 13 und 19 Jahren 2001-2010 auf 10.000 Einwohner in dieser Altersgruppe
(Inkl. Stundenfälle, Stat. Landesamt BW 2012, eigene Darstellung)



Aufnahmeraten auch in den Jahren vorher meist deutlich über denen Baden-Württembergs lagen (durchschnittlich 20%). Die in den vorherigen Abbildungen 26a und 26b dargestellten Zahlen verdeutlichen außerdem deutlich erhöhte Aufnahmeraten auch für mittlere Jahrgänge, was nicht durch das HaLT-Projekt erklärbar ist. Auch die im Kreis überrepräsentierten Einrichtungen für chronisch Abhängigkeitskranke können die Abweichungen in der beobachteten Größenordnung von ca. 350 Aufnahmen rein zahlenmäßig nicht befriedigend erklären. Gerade die mehr als doppelt so hohen Behandlungszahlen für die 20- bis 30-jährigen gegenüber Baden-Württemberg sind aufgrund des deutlich höheren Altersdurchschnitts chronisch Kranker kaum dadurch begründbar.

Am stärksten für eine Problemlage spricht jedoch die Kombination der deutlich erhöhten alkoholbedingten Aufnahmeraten mit der ebenfalls deutlich erhöhten Sterblichkeit durch Verletzungen und sonstige äußere Todesursachen im Landkreis. Letztere lässt sich nicht vollständig einzelnen Ursachen zuordnen, aber Suizide und tödliche Straßenverkehrsunfälle sind häufi-

ger als zu erwarten wäre (siehe Kapitel „Suizide“ und „Straßenverkehrsunfälle“). Für beide Todesursachen ist Alkoholkonsum ein zentraler Risikofaktor, ebenso wie auch für andere schwere Verletzungen durch Unfälle bei der Arbeit, in der Freizeit oder durch Stürze. Die Straßenverkehrsunfallstatistik bestätigt die Auffälligkeiten und zeigt einen ausgeprägten Altersgipfel bei den jüngeren Jahrgängen, der demjenigen der Alkoholdiagnosestatistik auffällig entspricht und sicher nicht oben diskutierter potentieller Sensibilisierung zuzuschreiben ist.

Resümee und Empfehlung

Im Rahmen dieses Berichts und der für ihn durchgeführten Analysen wird keine endgültige Klärung der Ursachen für die beobachteten Auffälligkeiten möglich sein. Es spricht jedoch insgesamt zu wenig für eine zufällige oder eher positiv zu deutende Beobachtung. Mehr spricht dafür, dass die gesundheitlichen Folgen überhöhten Alkoholkonsums im Landkreis Ravensburg tatsächlich häufiger sind als andernorts. Dieses Problem scheint nach den vorliegenden Auswertungen speziell in jüngeren Altersgruppen auffällig zu sein. Darauf deuten gleichlautend die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik und Straßenverkehrsunfallstatistik hin, ebenso wie die insgesamt noch unauffälligen Ergebnisse der erst nach langer Latenzzeit entstehenden Lebererkrankungen (siehe Kapitel „Lebererkrankungen“). Auch für Lebererkrankungen deuten sich o.g. Auffälligkeiten und Anstiege für die jüngeren Jahrgänge an.

Sinnvoll könnte daher eine deutliche Intensivierung der Aktivitäten zur Alkoholprävention sein. Das schon genannte HaLT-Projekt umfasst zwei Bausteine (prognos, 2008). Der erste Baustein ist reaktiv, er umfasst eine spezifische Intervention bei Jugendlichen, die wegen stark überhöhten Alkoholkonsums auffallen. Der zweite Baustein ist proaktiv, er setzt dabei an, durch konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes gefährliches Rauschtrinken bei Jugendlichen möglichst weitgehend zu verhindern. Dieser proaktive Baustein ist schwieriger umsetzbar, da es etwa zu Kollisionen zwischen alkoholbezogenem Ju-

gendschutz und etablierter Festkultur oder auch wirtschaftlichen Interessenlagen (Konsumgut Alkohol) kommen kann. Die Umsetzung solch verhältnisorientierter Maßnahmen ist aber gleichzeitig weitreichender, da Rahmenbedingungen geändert werden, die erwiesenermaßen nachhaltig zu Verhaltensänderungen führen (Korczak et al., 2011). Es könnte daher sinnvoll sein, solche auf Rahmenbedingungen zielende Ansätze deutlich zu intensivieren und dabei gleichzeitig dem Jugendalter entwachsene Zielgruppen stärker als bisher zu berücksichtigen. Auswertungen der Polizei im Rahmen des HaLT-Projekts zeigen mögliche spezifische Ansatzpunkte im Landkreis Ravensburg auf. So konzentrieren sich die jährlichen Alkoholprobleme auf große Feste und besonders die Stadt Ravensburg (Lopez-Dias, 2012). Bekannt und besonders im Rahmen des Jugendschutzes relevant ist darüber hinaus, dass es für Minderjährige weiterhin kein Problem darstellt, auch an hochprozentige alkoholische Getränke zu gelangen (Hautumm, 2012). Das im Landkreis schon vorhandene Expertenwissen könnte daher zeitnah noch stärker als bisher in Planungen einbezogen werden. Parallel sollte die regionale Entwicklung der alkoholbezogenen Kennzahlen aufmerksam beobachtet werden.

Lebererkrankungen (ICD-10:K70-77)

Die Erkrankungsgruppe der Lebererkrankungen wird durch die alkoholisch bedingten Lebererkrankungen wie etwa chronische Leberentzündung, Verfettung der Leber oder Leberzirrhose dominiert. Die Leber spielt eine zentrale Rolle im Stoffwechsel von Alkohol und kann durch erhöhten Konsum geschädigt werden. Die kritische Grenze für eine deutliche Erhöhung der Gefahr einer Leberschädigung liegt bei Frauen bei 20g Alkohol pro Tag (entsprechend ca. 0,25L Wein), bei Männern bei 30g/Tag (RKI, 2008). Die Leberzirrhose, d.h. die Vernarbung der Leber, stellt dabei häufig den lebensgefährlichen Endzustand einer chronischen Lebererkrankung dar, da die Leber ihre lebenswichtigen Funktionen nicht mehr ausreichend erfüllen und es darüber hinaus zu schweren Blutungen kommen kann.

Die Sterblichkeit durch Lebererkrankungen ist zwischen 1998 und 2010 bundesweit um 28% gesunken (Statistisches Bundesamt, 2012). Überdurchschnittlich viele Todesfälle durch Lebererkrankungen geschehen in den östlichen Bundesländern, v. a. in Mecklenburg-Vorpommern u. Sachsen-Anhalt, während Baden-Württemberg diesbezüglich genau im Bundesdurchschnitt liegt. Im internationalen Vergleich liegt die Sterblichkeit an Lebererkrankungen in Deutschland geringfügig über dem Durchschnitt der OECD (letzter vorliegender Vergleichswert 2006 (OECD, 2012a)).

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	81	151	232
Sterbealter Ø	68,7	64,0	65,6
PYLL	1212	2198	3410
Gesamtanteil PYLL	3,3%	4,8%	4,1%

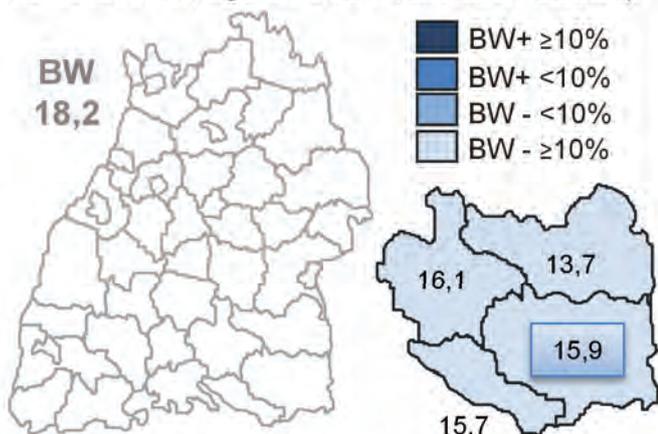
Tab. 11: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Lebererkrankungen im Landkreis Ravensburg 2006-2010

Im Kreis sind 2006-2010 insgesamt 232 Menschen durch Lebererkrankungen verstorben, davon fast doppelt so viel Männer wie Frauen (Tab. 11).

Die verstorbenen Frauen waren darüber hinaus durchschnittlich mehr als 4 Jahre älter als die Männer, letz-

tere verloren dadurch auch deutlich mehr Lebensjahre durch Lebererkrankungen. Die Sterblichkeit durch diese Erkrankungen im Landkreis Ravensburg liegt deutlich unterhalb des Durchschnitts Baden-Württembergs. Ebenso günstig liegen die Nachbarkreise, im Kreis Biberach ist die Sterblichkeit an Lebererkrankungen noch deutlich niedriger (Abb. 28a).

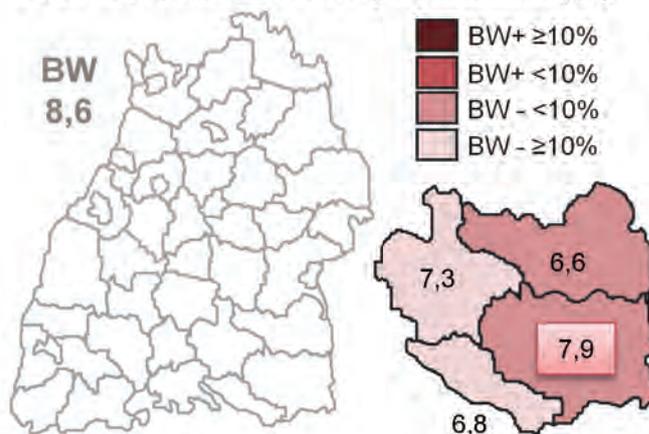
Abb. 28a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Krankheiten der Leber (ICD10:K70-77)
(Alter 15-74 Jahre, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)



enten in Baden-Württemberg (59,7 Jahre).

In Bezug auf Frühberentungen und Rehabilitationsmaßnahmen spielen Erkrankungen des Verdauungssystems, zu denen die Lebererkrankungen gehören, eine eher untergeordnete Rolle. Für den Landkreis Ravensburg liegen nur für zwei Diagnosegruppen summierte Zahlen vor (Verdauungssystem, ICD-10:K;

Abb 28b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Krankheiten der Leber (ICD10:K70-77)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



Analysen vor gut 10 Jahren zur Leberzirrhose hatten identische Ergebnisse für den Kreis Ravensburg und seine Nachbarkreise gezeigt (Bodenseekreis, 2001). Im Jahre 2010 kam es zu 218 Krankenhausbehandlungen von Bürgern des Landkreises aufgrund von Lebererkrankungen (130 Männer, 88 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg gegenüber Baden-Württemberg erniedrigt. Die Kreise Biberach, Sigmaringen und der Bodenseekreis weisen noch niedrigere Behandlungsraten auf (Abb. 28b). Auffällig ist das gegenüber Baden-Württemberg um 2,7 Jahre niedrigere Durchschnittsalter bei Krankenhausbehandlung, das auch deutlich niedriger als in den Nachbarkreisen liegt. Der Anteil der im Krankenhaus behandelten Lebererkrankungen, die alkoholbedingt sind, ist im Landkreis mit 49,1% leicht gegenüber Baden-Württemberg erhöht (46,6%). Das Durchschnittsalter der wegen alkoholbedingter Lebererkrankungen stationär behandelten Patienten liegt mit 56,7 Jahren deutlich unter dem dieser Pati-

Stoffwechsel und Hormonsystem, ICD-10:E). Diese Erkrankungen sind für 4,2% der Rentenzugänge im Landkreis verantwortlich, dieser Anteil liegt über

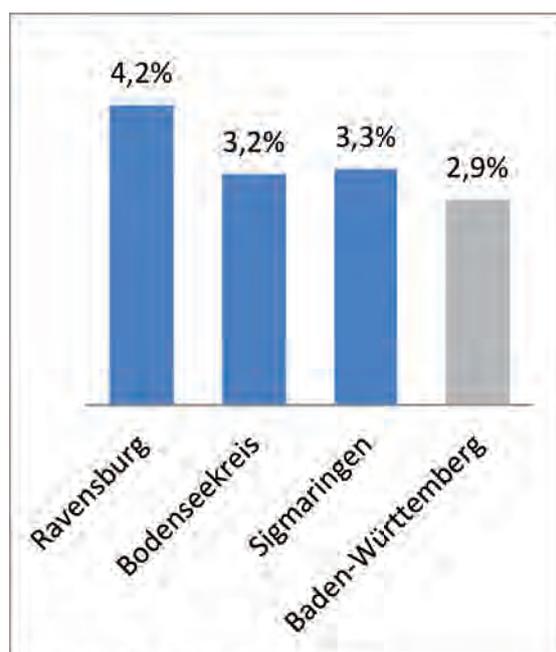


Abb. 29: Anteil Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch Erkrankungen des Stoffwechsels, des Verdauungs- oder Hormonsystems 2009-2010 (Quelle: DRV RV)

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen (ICD10:S00-T98)

dem Baden-Württembergs und der Nachbarkreise Sigmaringen und Bodenseekreis (Abb. 29). Allerdings entsprechen diese 4,2% nur 37 Rentenzugängen, so dass zufällige Schwankungen eine größere Rolle spielen können, eine Bewertung wird durch die Summation der Diagnosegruppen zusätzlich erschwert.

Bewertung

Die Analysen der Sterblichkeit wie auch der Krankenhausstatistik zeigen übereinstimmend, dass der Landkreis Ravensburg weniger von schweren Lebererkrankungen betroffen ist als Baden-Württemberg, hinsichtlich Krankenhaustagen auch weniger als die Nachbarkreise, was als positiver Befund gewertet werden kann. Auffallend ist jedoch der niedrigere Altersdurchschnitt der Krankenhaustage aus dem Landkreis. Da die Lebererkrankungen zu einem großen Teil alkoholbedingt sind, kann das niedrigere Durchschnittsalter im Zusammenhang mit ähnlichen Auffälligkeiten bzgl. Krankenhausbehandlungen wegen Alkoholproblemen stehen (siehe Kapitel „Suchtmittel“ und Abb. 26a-b). Als weitere Hinweise in diese Richtung könnten gewertet werden, dass zum einen speziell die stationären PatientInnen mit alkoholbedingten Lebererkrankungen des Landkreises Ravensburg durchschnittlich 3,0 Jahre jünger als der Landesschnitt sind und dass zum anderen der Anteil alkoholbedingter Fälle an den Lebererkrankungen aus dem Kreis gegenüber dem Landesschnitt erhöht ist. Evtl. deutet sich hier ein ungünstiger Trend für die jüngeren Jahrgänge im Landkreis an, die weitere Entwicklung sollte daher aufmerksam beobachtet werden. Die summierten Zahlen zur Frühberentung können in diesem Zusammenhang aufgrund der Gefahr von Zufallsschwankungen und des über zwei Diagnosegruppen summierten Maßes keinen weiteren Aufschluss geben.

Verletzungen und Vergiftungen sind häufige Ursachen für ambulante und stationäre Behandlungen, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten wie auch frühen Tod. So werden etwa 5% der medizinischen Behandlungskosten für die medizinische Behandlung von Verletzungen aufgewendet (RKI, 2011a). Tödliche Verletzungen treten durchschnittlich früher auf und kosten daher vergleichsweise viele verlorene Lebensjahre. Männer sind deutlich stärker betroffen als Frauen, bei der Unfallsterblichkeit deutschlandweit etwa um den Faktor 2,2 (RKI, 2011b).

Am häufigsten werden Verletzungen durch Unfälle verursacht, wie sie im Straßenverkehr, im häuslichen Umfeld oder am Arbeitsplatz auftreten können. Nicht-tödliche Unfälle treten am häufigsten im häuslichen Umfeld und bei Freizeitaktivitäten auf und sind in Baden-Württemberg etwas häufiger als im Bundesdurchschnitt (RKI, 2011a). Tödliche Unfälle treten vor dem 65. Lebensjahr am häufigsten im Straßenverkehr und im höheren Alter im häuslichen Umfeld auf. Die Sterblichkeit durch Unfälle ist in Deutschland deutlich gesunken, sie unterscheidet sich innerhalb Deutschlands jedoch erheblich. Die Sterblichkeit unter dem 65. Lebensjahr durch Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen war 2010 in Baden-Württemberg leicht gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht (Statistisches Bundesamt, 2012). Im internationalen Vergleich liegt die Unfallsterblichkeit in Deutschland deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Über Unfälle hinaus sind u.a. Selbstschädigungen oder aber Gewaltanwendung weniger häufige Ursachen für Verletzungen (RKI, 2011b). Die Risikofaktoren für Verletzungen und Vergiftungen sind entsprechend breit gefächert, wesentliche Einflussfaktoren sind etwa der Unfallschutz, das Ausmaß und die Sicherheit des Straßenverkehrs sowie der Umgang mit psychotropen Substanzen, v.a. mit Alkohol.

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	289	411	700
Sterbealter Ø	72,6	58,4	64,3
PYLL	3766	8766	12533
Gesamtanteil PYLL	10,3%	19,1%	15,2%

Tab. 12: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Verletzungen und Vergiftungen im Landkreis Ravensburg 2006-2010

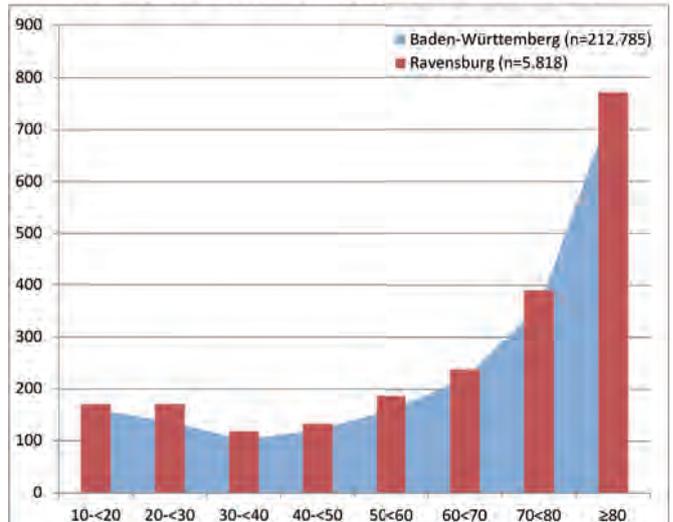
In den Jahren 2006-2010 kamen im Landkreis Ravensburg 700 Menschen durch äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen ums Leben, 59% davon Männer.

Das durchschnittliche Sterbealter glich mit gut 64 Jahren dem in ganz Baden-Württemberg (Tab. 12). Männer verloren aufgrund des sehr viel niedrigeren durchschnittlichen Sterbealters deutlich mehr Lebensjahre als Frauen, so ging im Landkreis fast jedes fünfte verlorene Lebensjahr von Männern durch Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen verloren. Im Landkreis Ravensburg war die Sterblichkeit um 23,3% und damit deutlich gegenüber derjenigen in Baden-Württemberg erhöht (Abb. 30a).

Dies entspricht im Vergleich zum Baden-Württembergischen Durchschnitt etwa 130 Todesfällen mehr als erwartet. Eine erhöhte Sterblichkeit zeigte sich auch in allen verglichenen Nachbarkreisen, jedoch unter derjenigen des Landkreis Ravensburg.

Im Jahre 2010 fanden 5818 Krankenhausbehandlungen wegen Verletzungen, Vergiftungen und anderen äußeren Ursachen bei Bürgern des Landkreis Ravensburg statt (2963 Männer, 2855 Frauen). Die Rate an Krankenhausbehandlungen pro 10.000 Personen ist damit im Landkreis Ravensburg etwas gegenüber Baden-Württemberg erhöht. Der Bodenseekreis und

Abb. 31: Altersverteilung der Krankenhausfälle aufgrund äußerer Ursachen 2010 (ICD10:S-T)
(Nach Wohnort, pro 10.000 Einwohner
Daten: Stat. Landesamt BW 2012, eigene Berechnungen)



v.a. der Landkreis Sigmaringen weisen eine geringere, der Kreis Biberach eine höhere Behandlungsrate auf (Abb. 30b). Die Hospitalisierungsrate ist dabei bei Männern (9,2%) stärker als bei Frauen (3,3%) gegenüber Baden-Württemberg erhöht und die Erhöhung betrifft insgesamt eher jüngere Altersgruppen (Abb. 31). Die stärkste Abweichung zeigt sich für die 20-

Abb. 30a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Verletzungen und Vergiftungen (ICD10:S-T)
(Alle Altersgruppen, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)

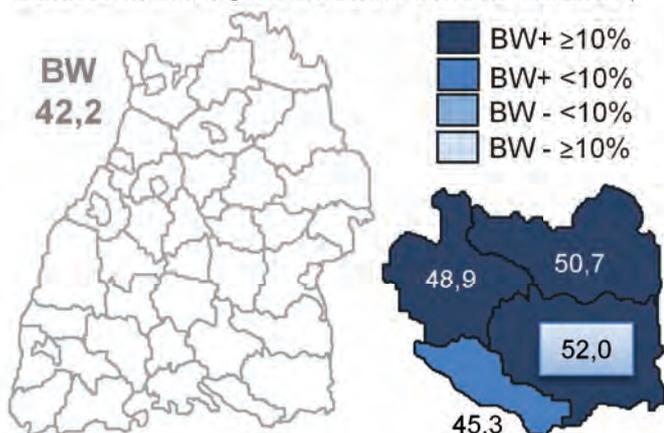
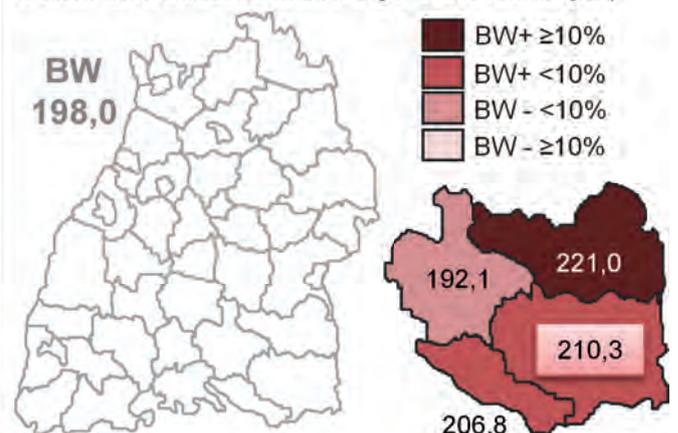


Abb. 30b: Krankenhausfälle 2010 aufgrund von Verletzungen u. Vergiftungen (ICD10:S-T)
(Alle Altersgruppen, nach Wohnort, pro 10.000 Einw. Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechnungen)



bis 30-jährigen. In dieser Altersgruppe erfolgen 26% mehr Krankenhausaufnahmen aufgrund äußerer Ursachen pro 10.000 Einwohner als in Baden-Württemberg. Zur Häufigkeit von Frühberentungen aufgrund äußerer Ursachen liegen keine Informationen für den Landkreis Ravensburg vor.

Bewertung

Die Analysen zeigen eine stark erhöhte Sterblichkeit durch Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen für den Landkreis Ravensburg. Auch die Rate an Krankenhausbehandlungen ist gegenüber Baden-Württemberg erhöht, allerdings nur vergleichsweise leicht.

Die Differenzierung in der hier beschriebenen Diagnosegruppe erfolgt leider nur nach der Art der körperlichen Schädigung (ICD-10:S00-T98), wodurch eine Zuordnung zu spezifischen Ursachen zunächst nicht möglich ist. Gesondert werden aber bestimmte wichtig zu erfassende äußere Ursachen zumindest für tödliche Transportmittelunfälle, Stürze oder Suizide zusätzlich festgehalten (ICD-10:V01-Y84). Es erfolgt insofern eine Doppeltzählung, was heißt, dass die unten gesondert behandelten Straßenverkehrsunfälle sowie die schon behandelten Suizide weitgehend gleichzeitig in der Kategorie „Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen“ enthalten sind. In diesen spezifischen Diagnosegruppen sind sie aber – im Gegensatz zur schon beschriebenen übergeordneten Diagnosegruppe – einer bestimmten Ursache zugeordnet. Die erhöhte Sterblichkeit durch Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen im Landkreis Ravensburg lässt sich zu knapp der Hälfte durch die erhöhte Sterblichkeit an Suiziden (ca. 28%) und Straßenverkehrsunfällen (ca. 21%) erklären. Die andere Hälfte der Erhöhung ergibt sich aus anderen Verletzungen wie etwa durch Stürze, Arbeits- und Freizeitunfälle, die keiner gesonderten Auswertung zugänglich sind.

Allgemeine Risikofaktoren für Verletzungen können vergleichsweise gefährliche Arbeitsplätze, ein gefährliches Freizeitverhalten, ein hohes Durchschnittsalter der Bevölkerung (Stürze) oder aber der Umgang mit psychotropen Substanzen wie etwa Alkohol sein. Es

ist nicht auszuschließen, dass die für den Kreis zu beobachtende deutlich erhöhte Sterblichkeitsrate mit den oben beschriebenen Auffälligkeiten bzgl. Alkohol zusammenhängt (siehe Kapitel Suchtmittel). Für das alkoholbedingte Verletzungsrisiko ist dabei v.a. die Trinkmenge entscheidend, bei hoher Trinkmenge steigt es massiv um das 24- bis 52-fache (Taylor et al., 2010). Durch Alkohol wird gleichzeitig auch die Schwere von Verletzungen und damit die Gefahr eines tödlichen Ausgangs etwa eines Verkehrsunfalls deutlich erhöht (Rohrer et al., 2008). Insgesamt geht dadurch der größte Anteil aller durch Alkohol verlorenen Lebensjahre weltweit durch Unfälle und Verletzungen verloren (Rehm et al., 2003).

Die für den Kreis erhöhten Zahlen werden – spezifischen Ursachen zugeordnet – auch in den jeweiligen Unterkapiteln bewertet und diskutiert (siehe Kapitel „Suizide“ und „Straßenverkehrsunfälle“). Leider ist für die Krankenhausdiagnosestatistik jedoch bisher keine solche Ursachenzuordnung möglich, sodass in den Kapiteln zu Suiziden und Straßenverkehrsunfällen jeweils nur eine Analyse der Sterblichkeit möglich ist.

Straßenverkehrsunfälle (ICD10:V01-99)

Straßenverkehrsunfälle lagen nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation schon im Jahre 2004 an neunter Stelle der zehn Hauptursachen für verlorene Lebensjahre weltweit. Aufgrund der zunehmenden Motorisierung wird prognostiziert, dass sie bis zum Jahre 2030 an dritter Stelle stehen werden (WHO, 2008). Auch in Deutschland nimmt die Motorisierung nicht etwa ab, schwerwiegende Folgen von Verkehrsunfällen sind jedoch hierzulande über den Zeitraum der letzten 40 Jahre stark zurückgegangen. Allein zwischen 1994 und 2010 ist die Sterblichkeit aufgrund von Verkehrsunfällen in Deutschland um über 50% gesunken und liegt deutlich unter dem Durchschnitt der EU wie auch der OECD (OECD, 2012a, Eurostat, 2012b).

Männer erleiden v.a. aufgrund ihres riskanteren Fahrverhaltens deutlich häufiger einen gefährlichen Verkehrsunfall, die Gruppe der jungen Fahrer ist dabei besonders betroffen (Szagun and Seidel, 2000, Szagun and Preuß, 2005). Der wichtigste Faktor, der einen Verkehrsunfall lebensgefährlich macht, ist die Geschwindigkeit (Rohrer et al., 2008). Deswegen geschehen im städtischen Bereich zwar mehr Bagatellunfälle, Unfälle mit Todesfolge sind aber aufgrund der höheren gefahrenen Geschwindigkeiten in ländlichen Regionen deutlich häufiger. Mit größerer Wahrscheinlichkeit lebensgefährlich sind außerdem Unfälle unter Alkoholeinfluss, Unfälle ohne Gurtnutzung sowie nächtliche Unfälle (Rohrer et al., 2008).

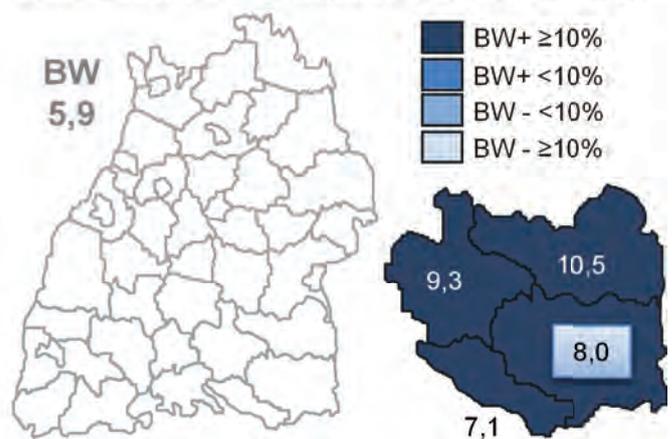
In den Jahren 2006-2010 kamen im Landkreis Ravensburg 108 Menschen durch einen Verkehrsunfall

	Frauen	Männer	Gesamt
Todesfälle	33	75	108
Sterbealter Ø	49,8	47,7	48,3
PYLL	1098	2318	3416
Gesamtanteil PYLL	3,0%	5,0%	4,1%

Tab. 13: Anzahl Todesfälle, durchschnittliches Sterbealter und verlorene Lebensjahre (PYLL) durch Straßenverkehrsunfälle im Landkreis Ravensburg 2006-2010

ums Leben, davon mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen (Tab. 13). Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 48,3 Jahren und damit gut zwei Jahre höher als in Baden-Württemberg. Männer verlieren mehr Lebensjahre durch Straßenverkehrsunfälle als Frauen, der Anteil an den verlorenen Lebensjahren liegt für Männer bei 5,0%, für Frauen bei 3,0%. Im Landkreis Ravensburg ist die Sterblichkeit durch

Abb. 32a: Sterblichkeit 2006-2010 durch Transportmittelunfälle (ICD10:V01-99)
(Alle Altersgruppen, pro 100.000 Einw., Daten: Stat. Landesamt BW, eigene Berechn., altersstandardisiert)



Straßenverkehrsunfälle gegenüber derjenigen in Baden-Württemberg erhöht (Abb. 32a).

Noch höher ist sie in den Nachbarkreisen Sigmaringen und Biberach, während die Sterblichkeit im Bodenseekreis etwas niedriger ist. Aus den Statistiken zu Krankenhausbehandlungen und Frühberentungen liegen keine Informationen über Gesundheitsschäden durch Verkehrsunfälle für den Landkreis Ravensburg vor.

Informationen zum Unfallgeschehen im Straßenverkehr im Landkreis Ravensburg sind dafür jedoch parallel auch aus der polizeilichen Statistik der Straßenverkehrsunfälle zu entnehmen. Diese zeigt für den Landkreis Ravensburg in den Jahren 2009-2011 deutlich überdurchschnittlich viele bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückte auf 100.000 Personen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012d). Die Rate ist gegenüber Baden-Württemberg um 20%

erhöht und damit die vierthöchste aller Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs. Im Bodenseekreis ist diese Rate ebenso hoch (dritthöchste im Land), während sie in den Kreisen Sigmaringen und v.a. Biberach deutlich niedriger ist (Abb. 32b). Dabei zeigte sich in einer Auswertung für Baden-Württemberg 2008-2010 v.a. die Rate der Unfälle mit Personenschaden mit Beteiligung von jungen Erwachsenen im Landkreis Ravensburg stark erhöht, sie war die dritthöchste in ganz Baden-Württemberg (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011d). Die Statistik der Polizeidirektion Ravensburg zeigt dabei, dass sowohl bzgl. der im Straßenverkehr Getöteten wie auch der Verletzten das Jahr 2010 mit die günstigsten Ergebnisse aufwies und es im Jahre 2011 wieder zu Steigerungen kam (Polizeidirektion Ravensburg, 2012). Die Unfallursache Alkohol forderte 2011 zwei Tote, 30 Schwerverletzte und 50 Leichtverletzte (bei 26% mehr registrierten Alkoholunfällen als 2010).

Bewertung

Die Analysen der Sterblichkeit zeigen eine erhöhte Rate an tödlichen Verkehrsunfällen für den Kreis Ravensburg, was sich mit den Ergebnissen früherer Analysen deckt (Bodenseekreis, 2001). Die Erhöhung in der aktuellen Analyse ist im Vergleich zu 2001 moderat, was daran liegt, dass im ausgewerteten Zeitraum 2006-2010 die Jahre mit den wenigsten Todesopfern aufgrund von Verkehrsunfällen 2007 und 2010 liegen (Wiederanstieg 2011). Die Abweichung für den Landkreis im Bereich der Sterblichkeit erklärt sich teilweise aus seiner eher ländlichen Prägung. So besteht die allgemeine Tendenz, dass ländliche Gebiete aufgrund der höheren gefahrenen Durchschnittsgeschwindigkeiten stärker als Städte von tödlichen Straßenverkehrsunfällen betroffen sind. Darüber hinaus können aber auch Faktoren wie die Sicherheit im Straßenverkehr oder der Umgang mit Alkohol eine Rolle spielen und mögliche Ansatzpunkte für Maßnahmen bieten. Es liegen keine Daten aus der Krankenhausdiagnostik zu den Folgen von Straßenverkehrsunfällen im Landkreis vor. Aus der Straßenverkehrsunfallstatistik geht hervor, dass das Jahr 2010 bzgl. Unfallverletzter das bisher beste Jahr überhaupt war, was evtl. ein Grund dafür sein kann, dass die Verletztenrate für

dieses Jahr im Landkreis nur vergleichsweise moderat gegenüber Baden-Württemberg erhöht war (siehe Kapitel „Verletzungen...“). Die Raten der Straßenverkehrsunfallstatistik für den Landkreis Ravensburg sind stark erhöht gegenüber Baden-Württemberg, besonders der Anteil jüngerer Fahrer an Unfällen mit Personenschaden ist dabei auffällig hoch hier im Kreis. Insgesamt sind diese negativen Abweichungen im Bereich der Straßenverkehrsunfälle für den Landkreis einerseits stabil und andererseits so deutlich, dass es sinnvoll erscheint, bestehende Präventionsbemühungen zu verstetigen und wenn möglich noch zu intensivieren. Ein Zusammenhang dieser Auffälligkeiten mit denen bzgl. alkoholbedingter Krankenhausbehandlungen erscheint möglich. Parallel zu präventiven Maßnahmen sollte die zukünftige Entwicklung der Kennzahlen zu Straßenverkehrsunfällen aufmerksam beobachtet werden.

Kindergesundheit

Kinder und Jugendliche stellen – auch in Deutschland – eine in verschiedener Hinsicht gesundheitlich gefährdete und belastete Gruppe dar (Scriba, 2007). Ihre gesundheitlichen Belastungen ergeben sich großteils aus sich teils rapide verändernden Lebensstilen, sie sind somit theoretisch vermeidbar. Des Weiteren ist das Kindes- und Jugendalter prägend für viele Verhaltensweisen mit großem Einfluss auf die Gesundheit im Erwachsenenalter. Entsprechend gehören Kinder und Jugendliche international, in Deutschland, Baden-Württemberg wie auch vielen Regionen zu den wichtigsten Zielgruppen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies spiegelt sich auf verschiedenen regionalen Ebenen in etlichen Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche wider (LGA-BW, 2006, GVG, 2003, WHO, 2006, MAS-BW, 2009).

Der erste Gesundheitsbericht des Landkreises Ravensburg ist kein Bericht zur Kindergesundheit. Dennoch finden an dieser Stelle in Orientierung an kommunalen Kennzahlen wenige Basisinformationen zur Kindergesundheit Raum (LGL, 2011). Eine tiefere Kindergesundheitsberichterstattung wurde etwa in den Nachbarkreisen Biberach und dem Bodenseekreis schon begonnen und könnte zukünftig auch für den Landkreis Ravensburg sinnvoll sein.

Eine wesentliche Quelle für Informationen zur Gesundheit im Vorschulalter bietet die Einschulungsuntersuchung, die jährlich von den Gesundheitsämtern bei Kindern im Alter von vier bis fünf Jahren durchgeführt wird. Sie ist besonders wertvoll, da sie die einzige Untersuchung ist, die tatsächlich bei praktisch allen Kindern eines Jahrgangs durchgeführt wird und dies nach Standards, die einen überregionalen Vergleich ermöglichen. Dadurch wie auch aus der Beobachtung von Zeitverläufen können spezifische regionale Bedarfslagen erkannt werden. Vor allem aber ist die Schuleingangsuntersuchung für die Prävention wichtig. Ihr Hauptzweck ist die frühe Erkennung von Gesundheitsproblemen, die für das weitere Wohlergehen des Kindes sowie für seinen Erfolg in der folgenden Schulzeit von Bedeutung sein können. Der Zeitpunkt der Untersuchung ist daher so

gewählt, dass es noch vor Schuleintritt möglich ist, durch Behandlungs- oder Fördermaßnahmen spätere Benachteiligungen zu vermeiden.

Beleuchtet werden in diesem Bericht einerseits der Anteil übergewichtiger oder stark übergewichtiger Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen und andererseits die Durchimpfungsquote gegen Masern.

Übergewicht

Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) gehören zu den schwerwiegendsten chronischen Gesundheitsproblemen in industrialisierten Ländern (WHO, 2008). Weitreichende Folgen können bereits im Kindesalter auftretende Probleme mit Herz und Kreislauf, Muskel-Skelett-System oder seelischer Balance sein. Aber auch die Gefahr der Verstetigung von Übergewicht ist groß, was u.a. die Gefahr späterer Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen deutlich erhöht. Übergewicht und starkes Übergewicht werden meist über entsprechende Grenzwerte des Body Mass Index (BMI = Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern) bestimmt. Im Kindesalter werden, etwa bei den Einschulungsuntersuchungen, auch Abweichungen von den zu erwartenden Durchschnittswerten zur Definition der Gewichtsgrenzen verwendet (Perzentilen).

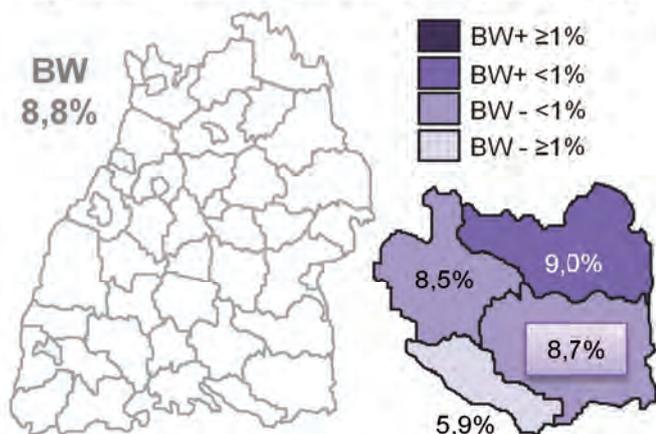
Weltweit wie auch in Deutschland zeigt sich über die letzten Jahrzehnte hinweg ein deutlicher und besorgniserregender Anstieg des Durchschnittsgewichts und des Anteils Übergewichtiger (Finucane et al., 2011, Helmert and Strube, 2004, Richter-Kuhlmann, 2012). Die Trends bei Kindern waren über Jahre ähnlich besorgniserregend wie bei Erwachsenen, zuletzt zeigte sich jedoch – außer in Baden-Württemberg – bei den Einschulungsuntersuchungen zwischen 2004 und 2008 ein Rückgang des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder (Moss et al., 2012). Risikofaktoren für Gewichtsprobleme bei Kindern und Jugendlichen sind v.a. soziale Faktoren wie eine schlechte soziale Lage oder auch Migrationshintergrund (Kurth and Schaffrath Rosario, 2007).

Der Anteil übergewichtiger Kinder lag im Schulunter-

suchungsjahrgang 2009/2010 im Landkreis Ravensburg bei 8,7% und damit gleich hoch wie in Baden-Württemberg (8,8%) (Abb. 33a).

Abb. 33a: Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder 2009/2010

(Einschulungsuntersuchung, Gewicht >90. Perzentile, Angaben in Prozent; Daten: LGA BW, eig. Darstellung)



In den Landkreisen Biberach (9,0%) und Sigmaringen (8,5%) war die Häufigkeit von Übergewicht geringfügig höher bzw. niedriger, im Bodenseekreis deutlich geringer. Insgesamt zeigte sich in dem Untersuchungsjahrgang in Baden-Württemberg ein gewisses Stadt-Land-Gefälle mit günstigeren Ergebnissen im ländlichen Raum. Eine Bewertung von Trends ist nicht möglich, da aufgrund von Änderungen von Zeitpunkt und Methodik der Einschulungsuntersuchung keine Vergleichbarkeit über die Zeit gegeben ist. Ältere Auswertungen zeigen nicht unerhebliche Schwankungen des Anteils übergewichtiger Kinder, so dass die Bewertung eines Einzeljahrgangs entsprechend vorsichtig erfolgen muss (LGA-BW, 2009b, LGA-BW, 2009a).

Bewertung

Die Analysen zeigen für die Einschulungsuntersuchung 2009/2010 einen Anteil von 8,7% übergewichtiger Kinder, was dem Anteil in Baden-Württemberg und den Landkreisen Sigmaringen und Biberach entspricht und deutlich oberhalb des Anteils im Bodenseekreis liegt. In Anbetracht der guten sozialen Situation und der eher ländlichen Struktur des Krei-

ses wäre ein unter dem Baden-Württembergischen Durchschnitt liegender Anteil übergewichtiger Kinder möglich. Wegen der hohen gesundheitlichen Relevanz von Übergewicht könnte es sinnvoll sein, dies auch anzustreben. Der bestehende Handlungsbedarf wurde durch die aktive Teilnahme des Landkreis Ravensburg am Euregio-Projekt „Kinder im Gleichgewicht“ (KIG) auch schon aufgenommen. Innerhalb des Projekts wurde im Kreis von 2004 bis 2008 zunächst ein eher therapeutischer Ansatz verfolgt (KIG1), seit 2008 liegt der Schwerpunkt auf der primären Vermeidung von kindlichen Gewichtsproblemen (KIG2). Da die Zielgruppe von KIG2 im Säuglings- und Kleinkindesalter liegt, ist der seither verstrichene Zeitraum zu kurz, als dass schon Erfolge bei der Altersgruppe der Schuleingangsuntersuchungen sichtbar sein könnten. Da der Anteil übergewichtiger Kinder gerade während der ersten sechs Schuljahre deutlich zunimmt (Kurth and Schaffrath Rosario, 2007), könnte eine weitere Schwerpunktsetzung auf schulische Präventionsprojekte sinnvoll sein. Die Kennzahlen zum Übergewicht bei Einschulungskindern sollten im Landkreis weiterhin aufmerksam beobachtet werden.

Masernimpfung

Informationen zum Impfstatus helfen die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten zu beurteilen. Sie geben Hinweise auf die Umsetzung der Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), auf die allgemeine Impfakzeptanz und eventuelle Impflücken. Meist wird für die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln ein Kombinationsimpfstoff verwendet. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die ihr Impfbuch zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben.

Masern ist eine besonders infektiöse Viruserkrankung, die weltweit verbreitet ist und aufgrund der vergleichsweise hohen Komplikationsrate wie etwa einer Hirnbeteiligung zu vielen Krankenhausaufnahmen, dauerhaften Beeinträchtigungen und auch Todesfällen führt. Da Masern nur beim Menschen vorkommen, wäre es grundsätzlich möglich, die Erkrankung auszu-

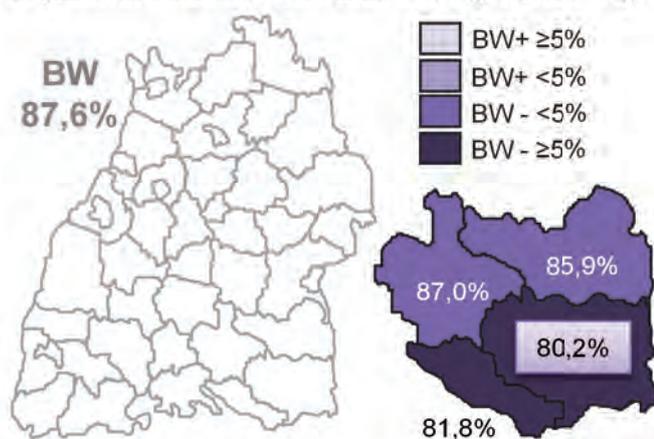
rotten, ein Ziel, was seit vielen Jahren von der WHO verfolgt wird. Aufgrund der hohen Infektiosität der Masern wäre jedoch ein durch zwei Impfungen ausreichender Impfschutz bei etwa 95% der Bevölkerung notwendig, damit sich Masern sicher nicht mehr ausbreiten könnten. Die Masernimpfung ist lange etabliert und gut verträglich, wird jedoch speziell in Deutschland mancherorts kritisch gesehen, da die recht gefährlichen Masern als „Kinderkrankheit“ verkannt werden (Bodenseekreis, 2003). Auch das Vergessen von Impfungen kann zu einem unzureichenden Impfschutz führen, was bei der Masernimpfung jedoch gegenüber der aktiven Ablehnung im Hintergrund steht. Masern sind in Deutschland entsprechend weiterhin vergleichsweise häufig, so sind im Jahre 2011 die Erkrankungsraten deutschlandweit sogar angestiegen, am höchsten war die Häufigkeit in Baden-Württemberg (RKI, 2012a). In Baden-Württemberg lag die Durchimpfungsquote mit mindestens zwei Impfungen im Einschulungsjahrgang 2009/2010 bei 87,6% und damit deutlich unterhalb der von der WHO angestrebten 95%. Im Landkreis Ravensburg ist die Durchimpfung mit 80,2% noch deutlich geringer, auch geringer als in allen verglichenen Nachbarkreisen (Abb. 33b).

Bewertung

Die Analysen zeigen eine im Vergleich zu Baden-Württemberg und den Nachbarkreisen sehr geringe Durchimpfungsquote gegen Masern. Das Problem ist seit Jahren bekannt, verschiedene Maßnahmen wie Öffentlichkeitsarbeit und individuelle Beratungen konnten zwar eine Erhöhung, aber bei weitem keine Angleichung der Impfquoten erreichen (LGA-BW, 2009b, LGA-BW, 2009a).

Der Anteil gar nicht gegen Masern geimpfter Kinder ist im Landkreis Ravensburg 2009/2010 mit 9,3% der höchste in Baden-Württemberg, was gegen schlichtes Vergessen und für aktive Ablehnung als Ursache für die schlechte Durchimpfung spricht. Eine zentrale Rolle spielen dabei bekanntermaßen impfkritisch eingestellte ÄrztInnen, wodurch die Impfquote in Leutkirch (12,2% Ungeimpfte) und Wangen (15,5% Ungeimpfte) weit geringer liegt als in Ravensburg (6,6% Ungeimpfte). Die Gefahr von regionalen Masernausbrüchen ist dadurch deutlich erhöht. Auch die Erreichung des Ziels einer weltweiten Maserneliminierung wird durch die Gefahr von Masernausbrüchen im Landkreis Ravensburg gefährdet.

Abb. 33b: Anteil der Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Masern 2009/2010
(Einschulungsuntersuchung, mind. zwei Impfungen, Angaben in Prozent; Daten: LGA BW, eig. Darstellung)



Noch geringere Masernimpfquoten zeigten sich innerhalb Baden-Württembergs nur im Ortenaukreis und im Landkreis Tübingen.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMI	Body-Mass-Index
BW	Baden-Württemberg
DRV RV	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Regionalzentrum Ravensburg
EU-15	EU-Staaten bis 4/2004: Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Niederlande, Dänemark, Irland, Vereinigtes Königreich, Griechenland, Portugal, Spanien, Finnland, Österreich, Schweden
HaLT	Alkoholpräventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“
ICD	International Classification of Diseases (WHO)
Intoxikation	Vergiftung
KIG	Kinder im Gleichgewicht (Präventionsprojekt, EU, Euregio, Landkreis Ravensburg)
LGA BW	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
MAS-BW	Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
MONICA	WHO-Studie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease)
Mortalität	Sterblichkeit
OECD	Organization for Economic Co-Operation and Development
PYLL	Potential Years of Life Lost (Potentiell verlorene Lebensjahre)
STIKO	Ständige Impfkommision
Tab.	Tabelle
VDR	Verband der Rentenversicherungsträger
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Literatur

- ALTHAUS, D., NIKLEWSKI, G., SCHMIDTKE, A. & HEGERL, U. 2007. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78, 272-6, 278-80, 282.
- AOK BADEN-WÜRTTEMBERG. 2011. AOK: Depressionen, Burnout und Co. auf dem Vormarsch. Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen steigen weiter. Pressemitteilung, 25.3.2011.
- AOLG 2003. Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. In: LÖGD (ed.). Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.
- BADURA, B., DUCKI, A., SCHRÖDER, H., KLOSE, J. & MACCO, K. 2011. Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag.
- BECK, H. 2012. Jugendalkoholismus: Zechen bis zum Umfallen. *Schwäbische Zeitung*, 20.6.2012.
- BITZER, E. M., GROBE, T. G., NEUSSER, S., MIETH, I. & SCHWARTZ, F. W. 2011. Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Barmer GEK.
- BKK 2011. BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit. In: BUNDESVERBAND, B. (ed.) Statistik und Analyse. Essen.
- BMG 2010. Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BODENSEEKREIS 2001. Gesundheit im Bodenseekreis: Lebenserwartung und Todesursachen. Friedrichshafen: Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsbericht.
- BODENSEEKREIS 2003. Gesundheit im Bodenseekreis: Impfschutz. Friedrichshafen: Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsbericht.
- BRACHAT-SCHWARZ, W. 2010. Die Lebenserwartung der baden-württembergischen Bevölkerung. Aktuelle Trends und Perspektiven. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- BROMET, E., ANDRADE, L. H., HWANG, I., SAMPERSON, N. A., ALONSO, J., DE GIROLAMO, G., DE GRAAF, R., DEMYTTENAERE, K., HU, C., IWATA, N., KARAM, A. K., KAUR, J., KOSTYUCHENKO, S., LEPINE, J.-P., LEVINSON, D., MATSCHINGER, H., MEDINA MORA, M. E., OAKLEY BROWNE, M., POSADA-VILLA, J., VIANA, M. C., WILLIAMS, D. R. & KESSLER, R. C. 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, doi:10.1186/1741-7015-9-90.
- CALLIESS, I. T., MACHLEIDT, W., ZIEGENBEIN, M. & HALTENHOF, H. 2007. Suizidalität im Kulturvergleich. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 75, 653-64.
- CUTLER, D., DEATON, A. & LLERAS-MUNEY, A. 2006. The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 97-120.
- DAK 2011. DAK-Gesundheitsreport 2011. Hamburg: Deutsche Angestellten-Krankenkasse.
- DHS. 2012a. Alkohol - Basisinformationen [Online]. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Available: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/daten_fakten_alkohol/dhs_basisinfo_alkohol.pdf [Accessed 5.7.2012].
- DHS. 2012b. Daten/Fakten: Alkohol [Online]. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [Accessed 4.7.2012].
- DHS. 2012c. Daten/Fakten: Tabak [Online]. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [Accessed 5.7.2012].
- DRV 2012a. Reha-Bericht 2012: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. 2012b. Statistik des Rentenzugangs [Online]. Statistisches Bundesamt. Available: www.gbe-bund.de [Accessed 12.5.2012].
- DRV. 2012c. Statistiken - Rente - Zeitreihen [Online]. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Available: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/view3sp.jsp?chstatzr_Rente=770a770a&open&viewName=statzr_Rente&viewCaption=Statistiken%20-%20Rente%20-%20Zeitreihen#770a770a [Accessed 26.4.2012].
- DURKHEIM, E. 1893 (1897). *Der Selbstmord*, Sinzheim, suhrkamp.
- EHRENBERG, A. 2008. Das erschöpfte Selbst. De-

- pression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt am Main, suhrkamp.
- EUROSTAT. 2012a. Gesunde Lebensjahre und Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht [Online]. Available: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables [Accessed 22.3.2012].
- EUROSTAT. 2012b. Todesursachen - Standardisierte Sterbeziffer [Online]. Available: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables [Accessed 23.3.2012].
- FIEDLER, G. 2007. Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. Available: <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>.
- FINUCANE, M. M., STEVENS, G. A., COWAN, M. J., DANAEI, G., LIN, J. K., PACIOREK, C. J., SINGH, G. M., GUTIERREZ, H. R., LU, Y., BAHALIM, A. N., FARZADFAR, F., RILEY, L. M. & EZZATI, M. 2011. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377, 557-67.
- GEKID. 2012. GEKID-Atlas [Online]. Erlangen: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID). Available: <http://www.gekid.de/> [Accessed 20.4.2012].
- GVG 2003. gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Köln: Forum Gesundheitsziele Deutschland - gesundheitsziele.de, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e.V.
- GVG. 2006. 6. Nationales Gesundheitsziel - Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland [Online].
- HÄUSSLER, M. 2012. Die Altersentwicklung der niedergelassenen Vertrags-Ärztenschaft im Kreis Ravensburg. Ravensburg: Kreisärzteschaft Ravensburg, Vortrag.
- HAUTUMM, F. 2012. Polizei wünscht frühen Zapfenstreich. Schwäbische Zeitung, 17.7.2012.
- HELMERT, U. & STRUBE, H. 2004. Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen*, 66, 409-15.
- HIDAKA, B. H. 2012. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *J Affect Disord*.
- HJORT, P. 1994. Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93. Oslo: Dept. Community Health.
- JORGENSEN, K. J., GOTZSCHE, P. 2009. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *British Medical Journal*.
- KOOPERATIONSGEMEINSCHAFT MAMMOGRAPHIE. 2012. Screening-Programm [Online]. Berlin. Available: <http://www.mammo-programm.de> [Accessed 18.7.2012].
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITSZIELE. DE 2012. Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- KORCZAK, D., STEINHAUSER, G. & DIETL, M. 2011. Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: DIMDI (ed.) *medizinwissen*. 2011/08/03 ed. München: Deutsche Agentur für HTA.
- KURTH, B. M. & SCHAFFRATH ROSARIO, A. 2007. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 736-43.
- LAMPERT, T. 2011. Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. *GBE kompakt*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- LAMPERT, T., ZIESE, T. & KURTH, B.-M. 2010. Gesundheitliche Trends in Ost- und Westdeutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung.
- LATZITIS, N., SUNDMACHER, L. & BUSSE, R. 2011. Regionale Unterschiede der Lebenserwartung in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte und deren möglichen Determinanten. *Gesundheitswesen*, 73, 217-28.
- LGA-BW 2006. Neuaufbau der Prävention in Baden-Württemberg - Bestandserhebung. Stuttgart:

- Landesgesundheitsamt am Regierungspräsidium Baden-Württemberg.
- LGA-BW 2009a. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2007. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.
- LGA-BW 2009b. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2008. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.
- LGL 2010. Suizide in Bayern. Gesundheitsreport Bayern. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- LGL 2011. Gesundheit in der Region - auf einen Blick. In: KUHN, J. (ed.). Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Bevölkerungsbezogene Krebsregister Bayern, BASYS - Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung.
- LIGA.NRW 2008. Vermeidbare Sterbefälle in Nordrhein-Westfalen. In: HELLMEIER, W. (ed.) Gesundheit in NRW, kurz und informativ. Bielefeld: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- LOPEZ-DIAS, M. 2012. Projekt „HaLT“ im Landkreis Ravensburg: Vergleich 2010-2011. Ravensburg.
- LRA-FN/RV 2002. Gemeinsamer Suchthilfeplan des Bodenseekreises und des Landkreises Ravensburg. Landratsamt Bodenseekreis, Landratsamt Ravensburg.
- LUY, M. 2002. Warum Frauen länger leben - Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. In: BIB (ed.) Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- MAHLER, N. 2010. Die ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg: Stand und Entwicklung der letzten Jahre. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 9, 15-19.
- MAS-BW 2009. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg.
- MAS-BW 2010. AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Reutlingen: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg.
- MAS-BW 2011. AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsziele“. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg.
- MONS, U. 2011. Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern - Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. Gesundheitswesen, 73, 238-46.
- MOSS, A., KLENK, J., SIMON, K., THAISS, H., REINEHR, T. & WABITSCH, M. 2012. Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. Eur J Pediatr, 171, 289-99.
- OECD. 2012a. Health Status: Causes of Mortality [Online]. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development. Available: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30115#> [Accessed 24.5.2012].
- OECD 2012b. OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing.
- POLIZEIDIREKTION RAVENSBURG. 2012. Verkehrsunfallbilanz 2011 [Online]. Ravensburg. Available: <http://org.polizei-bwl.de/PDRavensburg/Seiten/Verkehrsunfallbilanz2011.aspx> [Accessed 23.7.2012].
- PROGNOS 2008. Endbericht: Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprojekts „HaLT - Hart am Limit“. Basel: Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- REHM, J., ROOM, R., GRAHAM, K. & FRICK, U. 2003. Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität. Sucht, 49, 87-94.
- RICHTER-KUHLMANN, E. 2012. Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts: Zivilisationskrankheiten nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt, 109, 1171-2.
- RKI 2006. Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI 2008. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

- RKI 2011a. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI 2011b. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI 2012a. Auf dem Weg zur Elimination der Masern in Deutschland: Aktuelle Epidemiologie und Erfahrungen aus Ausbruchsuntersuchungen 2010 / 2011. Epidemiologisches Bulletin, 19, 165-173.
- RKI 2012b. Krebs in Deutschland 2007/2008. Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Zentrum für Krebsregisterdaten, Robert Koch-Institut.
- RKI. 2012c. Zentrum für Krebsregisterdaten [Online]. Berlin: Robert Koch-Institut. Available: http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/Datenbankabfrage/datensaetze_gesamt_tabelle.html [Accessed 20.4.2012].
- ROHRER, S., KOCH, R., HANNAWALD, L. & ZWIPP, H. 2008. Uni- und multivariate Analyse der Einflussfaktoren auf die Verkehrsunfallmortalität von Pkw-In-sassen. Unfallchirurg, 111, 12-8.
- SARGENT, J. D., DEMIDENKO, E., MALENKA, D. J., LI, Z., GOHLKE, H. & HANEWINKEL, R. 2012. Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany. Clin Res Cardiol, 101, 227-35.
- SCHNEIDER, B., PALLENBACH, E., WETTERLING, T. & WEDLER, M. 2007. Sucht und Suizid. Suizidprophylaxe, 34, 1-3.
- SCRIBA, P. C. 2007. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) - eine einzigartige Datensammlung zur Gesundheit der heranwachsenden Bevölkerung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50, 531-2.
- SENNETT, R. 2006. Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin, Berliner Taschenbuch Verlag.
- STATISTISCHES BUNDESAMT. 2012. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Online]. Bonn: Statistisches Bundesamt. Available: <http://www.gbe-bund.de/> [Accessed 24.4.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2011a. Baden-Württemberger haben die höchste Lebenserwartung in Deutschland [Online]. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2011391.asp> [Accessed 16.4.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG 2011b. Gesundheitsökonomische Indikatoren für Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Gesundheitsforum Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2011c. Landkreis Biberach mit höchster Geburtenrate im Land [Online]. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2011308.asp> [Accessed 21.5.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2011d. Straßenverkehrsunfälle in Baden-Württemberg: Junge Erwachsene [Online]. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Faltblatt/803811025.pdf> [Accessed 23.7.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2012a. Apothekenversorgung seit 1991 [Online]. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.stala.bwl.de/SRDB> [Accessed 26.7.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2012b. Ärztliche Versorgung seit 2008 [Online]. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.stala.bwl.de/SRDB> [Accessed 26.7.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2012c. Jugendquotient und Altenquotient 1996 bis 2030 in Baden-Württemberg [Online]. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.stala.bwl.de/SRDB> [Accessed 21.4.2012].
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG. 2012d. Unfallbilanz 2011: In 32 Kreisen Ba-

- den-Württembergs ist die Zahl der im Straßenverkehr Verunglückten angestiegen [Online]. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Available: <http://www.statistik-bw.de/Pressemitt/2012135.asp?UmweltVerkehr> [Accessed 23.7.2012].
- SZAGUN, B. & PREUß, S. 2005. Genderspezifische Gesundheitsberichterstattung im Bodenseekreis: Zukunftsthema „Gesundheit von Jungen und Männern“. *Das Gesundheitswesen*, 67, 862-868.
- SZAGUN, B. & SEIDEL, H. 2000. Mortalität durch den Straßenverkehr in Baden-Württemberg – Schadstoffemissionen, Unfälle, Lärm. *Das Gesundheitswesen*, 62, 225-233.
- TAYLOR, B., IRVING, H. M., KANTERES, F., ROOM, R., BORGES, G., CHERPITEL, C., GREENFIELD, T. & REHM, J. 2010. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend*, 110, 108-16.
- VON GAUDECKER, H.-M. 2004. Lebenserwartung in den Kreisen: bis zu drei Jahre Unterschied. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
- WEBER, A. & HORMANN, G. 2008. Psychosoziale Gesundheit im Beruf - Utopie oder Notwendigkeit? *Gesundheitswesen*, 70, 105-14.
- WHO 1986. Ottawa-Charter for Health Promotion. First international Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization.
- WHO 2006. Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Kopenhagen: World Health Organization Europe.
- WHO 2008. The Global Burden of Disease - 2004 Update. *World Health Reports*. Genf: World Health Organization.
- WHO 2010. Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. *Gesundheit und Gesundheitssysteme*. Dänemark: World Health Organization.
- WHO 2011a. *World Health Statistics 2011*. Genf: World Health Organization, WHO Press.
- WHO. 2011b. World: Life expectancy at birth, both sexes, 2009 [Online]. World Health Organization. Available: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_LifeExpectancy_2009_bothsexes.png [Accessed 11.4.2012].
- WHO 2012. *World Health Statistics 2012*. Genf: World Health Organization, WHO Press.
- WILKINSON, R. G. & PICKETT, K. 2010. *The spirit level: Why equality is better for everyone [with a new chapter responding to their critics]*. London [u.a.], Penguin Books.