

Gesundheitliche Ungleichheit, Prävention und Gesundheitsberichterstattung in Bayern: Status Quo und Entwicklungsbedarf

Prof. Dr. Christian Janßen, Hochschule München

Gutachten im Auftrag der BayernSPD-Landtagsfraktion

Koordination und Redaktion: Dr. Walter Rehberg, Margit Zitzelsberger

München, Januar 2018



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Einleitung	6
Soziale Ungleichheit	11
Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen in Bayern	13
Risikofaktoren	29
Gesundheitlich vulnerable Gruppen	38
Die präventive Versorgung in Bayern	46
Gesundheitsberichterstattung in Bayern, NRW und Berlin	54
Schlussfolgerungen	56
Literatur und Quellenverzeichnis	58

Verzeichnis der Abbildung und der Tabellen

Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.....	6
Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Gebiet, Einkommen und Lebenserwartung.....	17
Tabelle 2: Anteil körperlich inaktiver Menschen in Deutschland, Bayern und Baden-Württemberg	35
Tabelle 3: Subjektive Einschätzung des täglichen Obstverzehrs in Deutschland, Bayern und Baden-Württemberg	37
Tabelle 4: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern	40

Zum Autor des Gutachten

Prof. Dr. phil. habil. Christian Janßen, M.A.. Studium der Soziologie und Promotion in Sozialwissenschaften an der Universität Düsseldorf (Graduierten-Stipendium des Landes NRW). Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Berufung an die Hochschule München im Jahr 2009. Forschungsgebiete: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsbezogene Versorgungsforschung. Funktionen an der Hochschule München: Prodekan, Leitung des Studiengangs Master Mental Health. Über 200 nationale und internationale Vorträge zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Mitarbeit in oder Leitung von 15 nationalen und internationalen gesundheitsbezogenen Forschungsprojekten. Über 70 nationale und internationale wissenschaftliche Artikel und Buchbeiträge im Gesundheitsbereich.

Zusammenfassung

Die Gesundheit der Bevölkerung in Bayern wird zum größten Teil von den sogenannten nicht-übertragbaren Krankheiten (die wichtigsten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen) geprägt. Deren Entstehung und Verlauf wird wiederum maßgeblich von sozialen Faktoren wie Geschlecht, Bildung, Beruf und Einkommen, Familienstand, Migrationshintergrund und Wohnort beeinflusst. Dabei ist seit langem bereits bekannt, dass Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind: Je schlechter die sozio-ökonomische Position (gemessen über Bildung, Beruf & Einkommen) eines Menschen in der Gesellschaft ist, desto größer ist seine Wahrscheinlichkeit zu erkranken, und desto kürzer ist seine Lebenserwartung. Die Gründe dafür liegen neben gesundheitlichen Benachteiligungen am Wohnort und am Arbeitsplatz, schlechteren Ressourcen in Form von gesundheitsbezogenen Einstellungen und sozialen Netzwerken an den gesundheitsbezogenen Risikofaktoren Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und Ernährung. Diese Risikofaktoren stehen wiederum im direkten Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kommen häufig nicht da an, wo sie am dringendsten benötigt werden: Bei Menschen mit einer eher weniger qualifizierten Bildung, einer eher schlechteren beruflichen Position und einem eher geringeren Einkommen. Diese Menschen sind zwar häufiger von Erkrankungen betroffen, nehmen die entsprechenden Maßnahmen zur Vorbeugung jedoch seltener in Anspruch. Ein Umstand, der als „inverse prevention law“ ebenfalls bereits gut untersucht und dokumentiert ist.

Auch in Bayern finden sich diese Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, auch wenn diese im Vergleich zur gesamtdeutschen Berichterstattung weniger gut dokumentiert sind. Alle wichtigen Erkrankungen weisen soziale Gradienten in der oben beschriebenen Form auf, dass sozial benachteiligte Menschen eine größere Erkrankungswahrscheinlichkeit haben. Eine besondere Stellung nehmen dabei mittlerweile die psychischen Er-

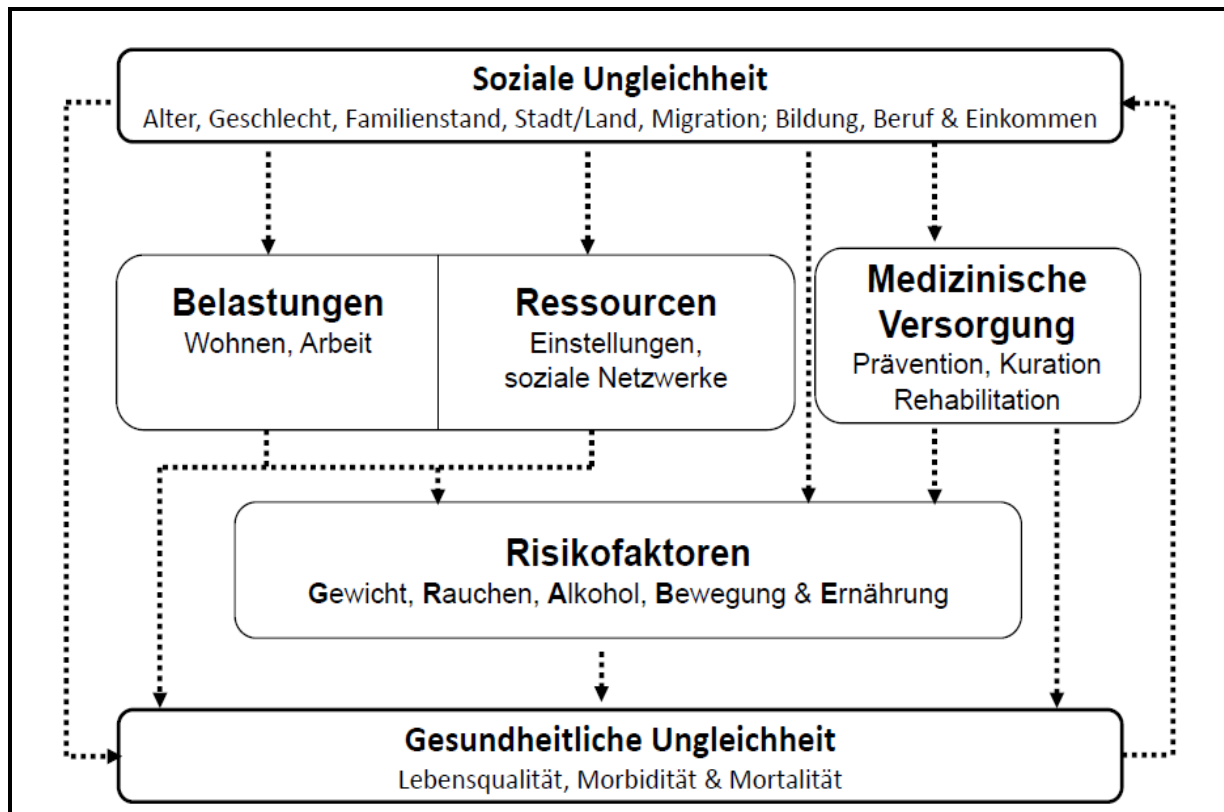
krankungen ein, zum einen, weil sie immer häufiger diagnostiziert und behandelt werden, und zum anderen, weil sie deutliche soziale Gradienten in der beschriebenen Form aufweisen. Darüber hinaus stellen diese Erkrankungen nicht nur eine große Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar, sondern bedeuten aufgrund ihrer direkten und indirekten Kosten auch eine erhebliche gesamtgesellschaftliche Belastung. Neben sozioökonomischen Faktoren spielen auch andere soziale Ungleichheiten eine Rolle in Bezug auf Gesundheit. Hier sind in erster Linie Geschlecht, Familienstand und Migrationshintergrund zu nennen, aber auch sexuelle Orientierung, Lebensabschnitt, familiäre Lebensformen, gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen oder auch Arbeits- und Wohnungslosigkeit gehören dazu. Auch hier sollten Prävention und Gesundheitsförderung auf die speziellen Bedarfe dieser Gruppen abgestimmt werden. Die bisherige Gesundheitsberichterstattung in Bayern geht zu wenig auf diese sozialen Ungleichheiten und ihre besonderen Bedürfnisse ein. Es bedarf eines strukturellen Ansatzes sowohl in der empirischen Analyse, bei der Planung von Interventionen und bei der Evaluierung, um den sozialen Ungleichheiten in der Prävention und Gesundheitsförderung gerechter zu werden als bisher. Das Ziel sollte eine sozial gerechte, nachhaltige und strukturelle präventive Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Bayern sein. Dafür braucht es dringend ein bayerisches Präventionsgesetz, in dem die entsprechenden Rahmenbedingungen festgelegt werden, um dieses wichtige Ziel für alle Menschen erreichbarer zu machen.

Einleitung

- Gesundheit und Krankheit sind in Deutschland und in Bayern sozial ungleich verteilt
- Prävention und Gesundheitsförderung spielen dabei eine zentrale Rolle
- Es gibt ein Modell zur Erklärung dieser strukturellen Zusammenhänge

In Deutschland wird die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen und das Krankheitsgeschehen im Besonderen zum weitaus größten Teil von den sogenannten nichtübertragbaren Krankheiten (die wichtigsten sind Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen) bestimmt. Deren Entstehung und Verlauf wiederum wird maßgeblich von Faktoren geprägt, welche biologischer, psychologischer und sozialer Natur sind (RKI 2015). Ein Modell, welches die wichtigsten sozialen Faktoren und ihre Wirkungsweisen veranschaulicht, haben Janßen et al. (2012) in Anlehnung an das Modell von Mielck (2000) veröffentlicht.

Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



(Quelle: Janßen et al. 2012; deutsche Übersetzung durch den Verfasser)

In diesem Modell wird z.B. davon ausgegangen, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sozial beeinflusst wird, d.h. dass u.a. das Geschlecht einen Einfluss darauf haben kann, ob eine Maßnahme zur Prävention in Anspruch genommen wird oder eben nicht (Janßen et al. 2014). Dieser Umstand wiederum kann dafür sorgen, dass Männer von bestimmten Risikofaktoren (wie z.B. Rauchen, ungesunder Alkoholkonsum, Fehlernährung) häufiger betroffen sind als Frauen und dieses wiederum hat einen direkten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Erkrankung (z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose oder Darmkrebs) zu erkranken. Daneben hat das Geschlecht aber auch einen Einfluss darauf, welchen Belastungen jemand am Arbeitsplatz ausgesetzt ist und über welche Ressourcen er oder sie in Form von sozialen Netz-

werken verfügt. Auch das hat selbstverständlich direkte oder indirekte Konsequenzen für die Wahrscheinlichkeit für und den Umgang mit Erkrankungen und somit eine kürzere bzw. längere Lebenserwartung bei Männern und Frauen. Ein anderes Beispiel wäre der Zusammenhang zwischen Einkommen, Wohnort und -ausstattung, Ausgaben für Präventionsleistungen und Ernährung. Hier führt ein niedriges Einkommen zu ungesunden Wohnbedingungen, schlechterer medizinischer Versorgung und Ernährung, ein hohes Einkommen zu gesunden Bedingungen, besserer Versorgung und gesünderer Ernährung.

Diese Auswirkungen sogenannter horizontaler sozialer Dimensionen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und -region (Stadt/Land), Migrationshintergrund sowie vertikaler sozialer Dimensionen wie Bildung, Beruf und Einkommen auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen in Bayern sollen im Zentrum dieses Gutachtens stehen. Horizontal bedeutet, dass die einzelnen Unterkategorien (z.B. alt/jung; weiblich/männlich; ledig/verheiratet/geschieden/verwitwet; Stadt/Land; mit/ohne Migrationshintergrund) nebeneinander stehen und nicht in ein besser oder schlechter unterschieden werden können. Vertikal bedeutet hingegen, dass Menschen z.B. aufgrund ihrer höheren Bildung qualifiziertere Berufe erreichen können, mit denen wiederum ein höheres Einkommen erzielt werden kann. Aufgrund dieser drei sozial vermittelten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen können diese Menschen wiederum sozialen Statusgruppen zugeordnet werden, die mit besseren oder schlechteren gesellschaftlichen Ressourcen und Bedingungen verknüpft sind, also im Sinne einer vertikalen Sozialstruktur in höhere, mittlere oder eher niedrige soziale Statusgruppen (Geißler 2014).

Durch die Fokussierung auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit soll erreicht werden, dass die gesundheitsbezogene Prävention in Bayern in Zukunft sozial gerechter, stärker am Setting orientiert und stärker als bisher unter Berücksichtigung besonders vulnerabler Gruppen durchgeführt wird. Dies setzt voraus, dass medizinisch notwendige Präventionsleistungen unabhängig von den genannten horizontalen und vertikalen Faktoren sowohl angeboten als auch in Anspruch genommen werden können (Janßen et al. 2012). Darüber hinaus sollen präventionsbezogene Programme und Projekte durch eine in dieser Form noch zu etablierende systematische Gesundheits- oder Präventionsberichterstattung kontinuierlich und langfristig auf ihre Relevanz, Effektivität, aber eben auch ausdrücklich auf ihre soziale Gerechtigkeit hin überprüft

werden. Nur so kann eine wirkungsvolle gesundheitsbezogene Prävention in Bayern sozial gerechter, unter Teilhabe aller sozialer Gruppen und nachhaltiger für alle Bürgerinnen und Bürger in Bayern in der Zukunft gestaltet werden.

Prävention ist um ein Vielfaches trennschärfer und der Nutzen empirisch besser überprüfbar als das wesentlich unschärfere Gebiet der Gesundheitsförderung. Zudem ist man im Bereich der Gesundheitsförderung mehr auf die aktiv werdende Bürgerin oder den aktiv werdenden Bürger angewiesen, während Präventionsmaßnahmen in der Regel durch das medizinische Versorgungssystem angeboten und gesteuert werden. Insofern können hier entstandene Unter-, Über- aber auch Fehlversorgungen eher dem System als der oder dem Einzelnen zugeschrieben und an dieser Stelle auch nachhaltig verbessert werden. Gesundheitsförderung dagegen ist eher ressourcenorientiert, rückt dabei aber unspezifisch Gesundheit in all ihren Facetten in den Mittelpunkt und ist somit ungleich schwieriger zu fassen. Überwiegend belastungsorientierte Präventionsmaßnahmen versuchen dagegen, spezifische Krankheitsgefahren zu vermeiden (Primärprävention), bestimmte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (Sekundärprävention) und bei bereits erkrankten Personen weitere Folgeerkrankungen oder Rückfälle im Hinblick auf die jeweilige Erkrankung zu vermeiden und die Restgesundheit zu erhalten (Tertiärprävention). Präventionsmaßnahmen können sich dabei sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention) beziehen (Schwartz et al. 2012).

Im ersten Teil des Gutachtens sollen die Prävalenzen und Morbidität der epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen in Bayern unter sozialen Gesichtspunkten analysiert und die dabei gefundenen Auffälligkeiten in einem zweiten Schritt auf ihre präventive Versorgung in Bayern überprüft werden. Im dritten und letzten Teil des Gutachtens sollen aufgrund der gefundenen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede sowie der Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Prävention in Bayern Empfehlungen ausgearbeitet werden, wie die präventive Versorgung in Bayern in Zukunft besser, sozial gerechter und nachhaltiger gestaltet und strukturell aufgestellt werden kann. Darüber hinaus sollen Vorschläge für eine kontinuierliche und systematische Präventionsberichterstattung gemacht werden, welche nachhaltig angelegt sein sollte. Operationalisierte Gesundheitsziele bzw. Krankheitsparameter sollten zudem nach sozialen



Merkmale differenziert erfasst werden somit die Teilhabe aller bayerischen Bürgerinnen und Bürger langfristig und sozial gerecht zu sichern. Besondere Berücksichtigung sollen dabei die Ergebnisse von Untersuchungen finden, in denen die Wirksamkeit von Verhaltens- und Verhältnisprävention verglichen wurde.

Soziale Ungleichheit

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit
- Soziale Ungleichheit kann anhand horizontaler und vertikaler Merkmale beschrieben werden
- Der sozioökonomische Status (Bildung, Beruf und Einkommen) spielt eine wichtige Rolle

Die soziale Verteilung von krankheitsbezogenen Merkmalen wie Lebenserwartung, Mortalität aber auch gesundheitsbezogener Lebensqualität kann anhand verschiedener sozialer Dimensionen analysiert werden. So können einerseits unter sozialer Ungleichheit horizontale Ungleichheiten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Migrationshintergrund verstanden werden. Die vertikale Stratifizierung erfolgt in der Sozialepidemiologie dagegen in der Regel anhand der drei Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen (Lampert & Kroll 2009). Bei der Operationalisierung von Bildung wird dabei auf die sogenannte schulische und universitäre Ausbildung zurückgegriffen, bei der Operationalisierung von Beruf werden häufig berufsprestigebezogene Skalen wie der Standard International Prestige Score kurz SIOPS (Ganzeboom & Treiman 1996) oder stellungsbezogene Skalen wie die sogenannte Stellung im Beruf (STIBB, Statistisches Bundesamt 2004) verwendet. Bei der Berechnung des Einkommens findet häufig eine Berechnung des sogenannten Pro-Kopf-Netto-Äquivalenzeinkommens statt, bei der nach dem dem gesamten Haushalt zur Verfügung stehenden Nettoeinkommen gefragt wird, welches dann durch die Zahl der Haushaltsmitglieder gestaffelt nach ihrem Alter dividiert wird (Statistisches Bundesamt 2006).

Sozioökonomischer Status, sozialer Status bzw. soziale Schicht als Indikatoren der vertikalen Ungleichheit werden im Folgenden synonym verwendet, denn trotz ihrer theoretisch unterschiedlichen Bedeutung kann soziale Schicht als eine gruppierte Form des sozialen Status bzw. des sozioökonomischen Status verstanden werden. Zurzeit werden in der Sozialepidemiologie vor allem zwei verschiedene Operationalisierungen von sozialem Status bzw. sozialer Schicht verwendet, die nach ihren Entwicklern benannten Helmert- und Winkler-Indizes (für den Hel-



mert-Index siehe Mielck 2000; Winkler 1998). Sinnvoll erscheint die Beschreibung anhand von sozialen Statusgruppen, die aufgrund relativ objektiver Eigenschaften (Beruf, Bildung, Einkommen) gruppiert werden können, vor allem, um größere Zusammenhänge und deren Effekte besser darstellen und veranschaulichen zu können. Unbenommen von diesen Überlegungen ist die Analyse anhand der Einzelindikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, wodurch sowohl verschiedene Vor- aber auch Nachteile entstehen können (Mielck 2000).

Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen in Bayern

Lebenserwartung

- Lebenserwartung ist in Deutschland sozial ungleich verteilt – arme Menschen sterben früher
- Die meisten Erkrankungen weisen ebenfalls einen sozialen Gradienten auf
- Für Bayern liegen nur wenig einschlägige Daten vor

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist einer der wichtigsten Indikatoren für die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung. In der Lebenserwartung kommen die verschiedensten Einflüsse in ihrer jeweiligen individuellen Gewichtung zum Tragen: Genetische Dispositionen, gesundheitsbezogene Risikofaktoren, Belastungen, Ressourcen und medizinische Versorgung (siehe dazu auch Abbildung 1). Die Lebenserwartung in Bayern liegt im Durchschnitt mit 83.5 Jahren bei den Frauen und 78.9 Jahren bei den Männern über dem deutschen Durchschnitt (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit/LGL 2017). Im bundesdeutschen Ländervergleich haben geschlechtsübergreifend nur die Menschen in Baden-Württemberg eine längere Lebenserwartung als die Menschen in Bayern (LGL 2014). Dieses auf den ersten Blick positive Ergebnis muss jedoch differenzierter betrachtet werden: Zum einen ist Bayern ein klassisches Zuzugsland und verzeichnet zusammen mit Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Niedersachsen die bei weitem höchsten Überschüsse bei Zu- bzw. Fortzügen bundesweit (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2014). Aus der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung sind zudem Effekte wie z.B. der Healthy-Migrant-Effekt (Razum 2009) bekannt: Sehr häufig migrieren junge und gut ausgebildete Menschen in wirtschaftlich starke Regionen, während die eher älteren und schlecht ausgebildeten Menschen in den wirtschaftlich schwachen Regionen zurückbleiben. Dies zeigt sich dann eben auch sehr deutlich in den regional unterschiedlichen Lebenserwartungen und Morbiditätsprävalenzen und ist bereits seit langem bekannt: Eine gute wirtschaftliche Lage zieht eine gute gesundheitsbezogene

Lage der Bevölkerung nach sich – oder umgekehrt (für einen fundierten Überblick der Geschichte der Sozialmedizin in Bayern vgl. Ärzteverband ÖGD Bayern e. V. 2017 – www.oegd.de).

Eine zweite und für die Menschen in der jeweiligen Region wesentlich relevantere Differenzierung ist jedoch die nach sozioökonomischen Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen. So zeigt eine gesamtdeutsche Analyse des Robert-Koch-Instituts (Lampert & Kroll 2014) für das Jahr 2005, dass zwischen dem geringsten Einkommen (d.h. weniger als 60% des medianen Äquivalenzeinkommens) und dem höchsten Einkommen (d.h. mehr als 150% des medianen Äquivalenzeinkommens) ein Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung bei den Frauen von 8.4 Jahren und bei den Männern von 10.8 Jahren besteht. Betrachtet man nur die gesunden Lebensjahre, das heißt die Zeitspanne, die durchschnittlich in gutem oder sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, dann macht der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe sogar 10.2 Jahre bei Frauen und 14.3 Jahre bei Männern aus. Der Median des Äquivalenzeinkommens betrug in Deutschland im Jahre 2005 1366.08 €, 60% davon bedeuten also 819.65 €, 150% davon betragen 2049.12 € (Statistisches Bundesamt 2006); rein rechnerisch bringt somit ein Mehrverdienst von rund 130 € im Monat ein weiteres Lebensjahr.

Diese große Ungleichverteilung in der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland findet sich dementsprechend auch im Morbiditätsgeschehen wieder: So sind die sogenannten großen Volkskrankheiten wie Bluthochdruck (Hypertonie), Diabetes und koronare Herzerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina Pectoris und Herzinsuffizienz ebenfalls sozial ungleich zuungunsten der niedrigen Statusgruppen verteilt, genauso wie die häufigsten Krebserkrankungen (Lampert/Kroll 2010). Daneben besteht auch ein sozialer Gradient in der Prävalenz von Depression: Eine Analyse der GEDA-Daten des Robert-Koch-Instituts von 2009 zeigt einen deutlichen sozialen Gradienten bei der diagnostizierten Depression der letzten zwölf Monate in einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. In der Altersgruppe der 30–44jährigen gab es Unterschiede von fünf (Frauen) bis sechs (Männer) Prozentpunkten zwischen der niedrigsten und der höchsten Statusgruppe (sozioökonomischer Status wurde dabei operationalisiert über Bildung, Beruf und Einkommen). In der Altersgruppe der 45–64jährigen gab es Unterschiede von drei (Frauen) bzw. acht (Männer) Prozentpunkten zwischen der niedrigsten und der

höchsten Statusgruppe, in jeder Gruppe immer zuungunsten der niedrigsten Statusgruppe, d.h. hier war die Prävalenz der Depression am höchsten. Dies kann in ähnlicher Form ebenfalls für Angststörungen und substanzbezogene Störungen gezeigt werden (RKI 2011).

Diese mortalitäts- und morbiditätsbezogenen Unterschiede sind sowohl national als auch international für alle Industrienationen seit langem belegt (Marmot 1978; Mielck 2000; Marmot & Wilkinson 2006) und werden als der „soziale Gradient in Mortalität und Morbidität“ im wissenschaftlichen Diskurs diskutiert: Je „niedriger“ die soziale Stellung eines Menschen (gemessen an seinem Schul- oder Hochschulbildungsabschluss, seinem beruflichen Prestige bzw. Stellung im Beruf und seinem ihm zur Verfügung stehenden Einkommen) innerhalb einer Gesellschaft ist, desto größer ist seine Erkrankungswahrscheinlichkeit und desto kürzer ist seine Lebenserwartung. Um diese soziale Differenzierung von Lebenserwartungen und Todesursachen noch besser erforschen zu können, bedarf es im Übrigen dringend eines nationalen Mortalitätsregisters, welches die sozialen Merkmale gestorbener Personen differenziert erfasst, statt wie bisher auf Hochrechnungen des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) angewiesen zu sein (Wolf et al. 2012).

In Bayern fehlt diese Form der sozial-vertikal differenzierten Gesundheitsberichterstattung fast völlig, im zuletzt publizierten Gesundheitsreport Bayern von 2014 (LGL 2014) ist zumindest die subjektive Gesundheitseinschätzung (nach Bildung) sowie die Adipositas-Prävalenz nach Bildungsgruppen differenziert wiedergegeben, im Übrigen mit der zu erwartenden Mehrbelastung der sozial benachteiligten Gruppen. Bei der horizontalen Differenzierung überwiegen geschlechts- und altersstratifizierte Analysen, empirische Ergebnisse, welche nach Familienstand, Wohnort oder Migrationshintergrund unterscheiden, finden sich in dieser Publikation dagegen kaum bis gar nicht. Im Gesundheitsreport Bayern (LGL 2014) ist lediglich eine Abbildung der mittleren Lebenserwartung nach Regionen dargestellt, ohne diese in einem Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren darzustellen.

Dass jedoch ein systematischer Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung auch in Bayern besteht, zeigen eigene Analysen des Gutachters anhand der Datenbank INKAR des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BSSR). Da die Daten auf aggregierter

Basis erstellt und verwendet wurden, sind die Zusammenhänge mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren, da es zu Fehlschlüssen (sogen. „ecological fallacy“) kommen kann. Die Tabelle 1 weiter unten zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommen und der mittleren Lebenserwartung in verschiedenen Regionen in Bayern, weiterführende statistische Analysen ergeben dabei eine hochsignifikante stark positive Korrelation (Pearson´s R 0.7 bei den Frauen und Pearson´s R 0.8 bei den Männern) zwischen durchschnittlichem Einkommen und mittlerer Lebenserwartung.

Dieser Befund des Nord-Süd-Gefälles in der Lebenserwartung in Bayern wurde bereits wissenschaftlich publiziert (Schulz & Kuhn 2016), wobei in dieser Publikation anhand eines 10-Jahres-Vergleichs gezeigt werden konnte, dass sozioökonomische Merkmale (Arbeitslosenquote, Pro-Kopf-Einkommen) an Erklärungskraft für die Lebenserwartung in Bayern in den letzten Jahren sogar zugenommen haben.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Gebiet, Einkommen und Lebenserwartung

Gebiet	Durchschnittliches Haushaltseinkommen in € je Einwohner ¹	Mittlere Lebenserwartung eines weiblichen Neugeborenen in Jahren ²	Mittlere Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen in Jahren ²
München	2.163,40	84,4	80,6
Oberland	2.087,60	83,2	79,3
Donau-Iller (BY)	1.951,00	83,2	79,0
Industrieregion Mittelfranken	1.926,40	82,9	78,3
Bayerischer Untermain	1.903,90	83,0	79,0
Südostoberbayern	1.891,80	83,2	78,7
Allgäu	1.881,50	83,2	79,0
Würzburg	1.881,10	83,4	79,1
Oberfranken-West	1.874,30	81,9	77,5
Ingolstadt	1.834,00	83,6	79,3
Landshut	1.813,60	82,6	78,4
Augsburg	1.811,30	83,5	78,8
Westmittelfranken	1.794,70	82,7	77,8
Regensburg	1.786,90	83,0	78,5
Oberfranken-Ost	1.785,40	81,8	76,6
Main-Rhön	1.741,60	82,5	78,3
Oberpfalz-Nord	1.703,50	81,8	77,1
Donau-Wald	1.683,30	82,2	77,4

(Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung – BBSR (2017); eigene Analyse des Verfassers)

¹ Das verfügbare Einkommen ist als der Betrag zu verstehen, der den privaten Haushalten für Konsumzwecke oder zur Ersparnisbildung zur Verfügung steht. Es ergibt sich dadurch, dass dem Primäreinkommen die monetären Sozialleistungen hinzugefügt und die Sozialbeiträge sowie Steuern abgezogen werden.

² Durchschnittliche Anzahl an Jahren, die ein Neugeborenes zu leben hätte, wenn sich die im Berichtszeitraum gemessenen Sterblichkeitsverhältnisse im gesamten Leben dieses Kindes nicht verändern würden. Indikator für regionale Unterschiede der Sterblichkeit und des durchschnittlichen Gesundheitszustands der Bevölkerung.

Subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit

- Die subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit ist ein valider Indikator
- In Bayern geben geringer gebildete Menschen einen schlechteren Gesundheitszustand an
- Alterseffekte sollten dabei stärker berücksichtigt werden

Die subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit ist in der Sozialepidemiologie seit langem ein gebräuchliches Maß zur Messung der Gesundheit und dient häufig auch zu objektiven Vergleichen (Idler & Benyamini, 1997). Sie stellt gewissermaßen einen als eigenständig zu betrachtenden Aspekt von Gesundheit dar und ist häufig wesentlich relevanter zur Ableitung von Handlungsempfehlungen als sogenannte objektive Daten. In der Publikation Gesundheitsreport Bayern (2014) zeigt sich ein klarer sozialer Gradient der subjektiven Selbsteinschätzung der Gesundheit hinsichtlich der Bildung: Während lediglich 61.4% der unteren Bildungsgruppe ihre Gesundheit auf einer fünfstufigen Antwortskala als „sehr gut oder gut“ einschätzen, sind es bei der mittleren Bildungsgruppe 74.7% und bei der hohen Bildungsgruppe 86.1%. Die Ergebnisse entsprechen in etwa denen für die Gesamtbevölkerung (vgl. RKI 2005), es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass sowohl die Schulbildung als auch subjektive Gesundheit sehr stark altersabhängig sind, sodass an dieser Stelle eigentlich aus methodischen Gründen eine altersadjustierte Betrachtung erfolgen sollte.

Arbeitsunfähigkeit (AU) und Frühberentung

- Die AU und Frühberentung in Bayern unterscheidet sich nicht von den Zahlen für das gesamte Bundesgebiet
- AU und Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen hat überall stark zugenommen
- Die Prävention von psychischen Erkrankungen wird zunehmend wichtiger werden

Der Krankenstand (auch Arbeitsunfähigkeit, kurz: AU genannt) bezeichnet den Anteil kranker Erwerbstätiger an allen Erwerbstätigen und ist ein gebräuchliches und bei allen methodischen Einschränkungen der Non-Response wissenschaftlich anerkanntes Maß zur Kennzeichnung des Morbiditätsgeschehens in der erwerbstätigen Bevölkerung. Der Krankenstand in Bayern verzeichnet bei AOK-Versicherten den bundesweit geringsten Wert, auch wenn die Daten alters- und geschlechtsbereinigt miteinander verglichen werden. Vergleicht man den Krankenstand in Bayern nach Branchen, so verzeichnen die eher manuell geprägten Branchen einen höheren Anteil als die nichtmanuellen Branchen, was wiederum auf eine soziale Ungleichheit der Belastungen am Arbeitsplatz schließen lässt. Insgesamt gesehen unterscheidet sich das Morbiditätsgeschehen bei Arbeitsunfähigkeit in Bayern nicht auffallend von dem in Deutschland (Badura et al. 2016).

Aufgrund der AU-Berichte einiger wichtiger gesetzlichen Krankenkassen (AOK: Badura et al. 2016, TK: Techniker Krankenkasse 2016, DAK: Rebscher 2016, BARMER: Rütgers & Schüchter 2014) wird jedoch deutlich erkennbar, dass sowohl die AU-Häufigkeit als auch die AU-Dauer aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben und in beiden Kategorien mittlerweile die häufigste bzw. zweithäufigste Ursache eines Krankheitsstages sind, da sie trotz einer vergleichsweise geringeren Fallzahl durch eine relativ lange Dauer gekennzeichnet sind. Über die Gründe für diesen Anstieg wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert: Neben der Zunahme belastender Arbeitsbedingungen (u.a. prekärer Arbeitsverhältnisse) wird als ein weiterer wichtiger Grund gesehen, dass Ärztinnen und Ärzte zunehmend für psychische Erkrankungen auch als Ursache für körperlicher Symptome sensibilisiert sind. Damit einher geht ebenfalls eine höhere Bereitschaft, diese Diagnose aufgrund der gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz – und damit eben nicht zuletzt auch bei der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten – eher anzusprechen, zu diagnostizieren und zu dokumentieren.

Dies geht einher mit einer vermuteten Diagnose-Verlagerung in Richtung psychischer Störungen, was bedeutet, dass bei Beschäftigten, die früher mit somatischen Diagnosen wie beispielsweise Muskel-Skelett-Erkrankungen krankgeschrieben wurden, heute öfter eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird. Demzufolge sei die reale Prävalenz aber insgesamt unver-

ändert geblieben (Richter et al. 2008; Jacobi et al. 2014). Der Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen an der Frühinvalidität hat in den letzten Jahren ebenfalls erheblich zugenommen, inzwischen geht fast jede zweite Frühberentung auf eine psychisch bedingte Erwerbsminderung zurück (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Nach Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist mit einem weiteren Anstieg der psychischen Erkrankungen zu rechnen (WHO 2016). Der Prävention dieser Erkrankungen wird daher in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommen.

Psychische Gesundheit

- Psychische Erkrankungen haben eine große Verbreitung in der Bevölkerung
- Psychische Erkrankungen weisen einen starken sozialen Gradienten auf
- In der bayerischen Gesundheitsberichterstattung wird darauf bisher nur wenig eingegangen

Es liegen drei große bundesweite Untersuchungen zur psychischen Gesundheit in Deutschland vor: Der Bundesgesundheitsurvey von 1998 (BGS, Bellach et al. 1998), die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland von 2012 (DEGS, Robert-Koch-Institut 2012) und die Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell ebenfalls von 2012 (GEDA, Robert-Koch-Institut 2014). Laut dem BGS haben insgesamt 6.3% der befragten 18–65jährigen zum Zeitpunkt der Untersuchung die Kriterien einer affektiven Erkrankung erfüllt. In der DEGS-Studie wurde eine depressive Symptomatik von 8.1% der Teilnehmer zwischen 18 und 79 Jahren festgestellt. In der GEDA-Studie, welche zwischen 2012 und 2013 durchgeführt worden ist, haben ungefähr 8% der befragten Personen ab 18 Jahren angegeben, an Depressionen zu leiden. Der BGS zeigt, dass außer in der Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren Frauen generell häufiger von Depressionen betroffen waren als Männer. Die DEGS-Studie zeigt ebenfalls eine höhere Quote von weiblichen Personen mit Depressionen: Danach haben 10.2% der Frauen und 6.1% der Männer angegeben, zum Befragungszeitpunkt an Depressionen gelitten zu haben (Punkt-Prävalenz). Die Daten der GEDA-Studie sind beinahe identisch, hier haben 6% der Männer und 10% der Frauen eine depressive Erkrankung angegeben.

Alle drei Studien bestätigen zudem den starken Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Schicht beziehungsweise niedriger Bildung und einem gehäuften Auftreten von Depressionen. Ansonsten wird bei Betrachtung der Studien ebenfalls deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Depressionen und niedriger sozialer Statusgruppe bei Frauen stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Die DEGS-Studie zeigt eine depressive Symptomatik bei 16.0% der Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status und 5.0% mit hohem sozioökonomischem Status. Bei Männern beträgt dieser Vergleich 11.1% zu 4.3%. Die GEDA-Studie veranschaulicht den Zusammenhang zwischen niedriger Bildung und der 12-Monats-Prävalenz von Depressionen. In den unterschiedlichen Altersgruppen werden Unterschiede zwischen Bildungsgrad und Depressionen dargestellt. Am größten ist der Unterschied in den Altersgruppen zwischen 30–44 und 45–64 Jahren. Bei den 30–44jährigen Frauen haben 13.1% der unteren Bildungsgruppe und 6.5% der oberen Bildungsgruppe angegeben, an Depressionen gelitten zu haben. Bei den 30–44jährigen Männern 7.6% der unteren und 4.0% der oberen Bildungsgruppe angegeben. Bei den 45–64jährigen sind insgesamt mehr Frauen als Männer von Depressionen betroffen. In dieser Altersgruppe geben 16.6% der Frauen mit niedrigem Bildungsgrad und 11.1% mit höherem Bildungsgrad an, an Depressionen gelitten zu haben. Bei Männern sind dies 17.7% der unteren Bildungsgruppe und 5.7% der oberen Bildungsgruppe. Alle Studien weisen eine höhere Erkrankungsrate an Depressionen bei Frauen auf und eine höhere Suizidrate bei Männern, dabei sterben ca. 15% der Depressiven durch Suizid und schätzungsweise gehen mehr als die Hälfte der Suizide auf Depressionen zurück.

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit stellte in einem Schwerpunktbericht die Lage der psychischen Erkrankungen (2011) in Bayern vor. Danach liegt Bayern bei der Prävalenz psychischer Störungen leicht über dem Bundesdurchschnitt, wobei Bayern von den Flächenstaaten die dritthöchste Prävalenz aufweist (die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg weisen strukturell bedingt in solchen Analysen immer höhere Prävalenzzahlen aus). Beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen verzeichnet Bayern ebenfalls eine Zunahme der AU aufgrund psychischer Störungen, bei der Frühberentung sind diese mittlerweile auch in Bayern die wichtigste Ursache. Bei den Einzeldiagnosen stehen sowohl bei den Männern als auch Frauen die Depressionen und Belastungsreaktionen im Vordergrund. Sonderauswertungen

belegen, dass bei der AU Alkohol- und Tabakkonsum eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Präventionsmaßnahmen im Bereich der Risikofaktoren übermäßiger Alkohol- und genereller Tabakkonsum einen sinnvollen Beitrag zur Verringerung der Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen in Bayern leisten könnten. Im Schwerpunktbericht des LGL erfolgt keine stratifizierte Auswertung nach sozioökonomischen Kriterien wie Bildung, Beruf und Einkommen. Aufgrund der bundesweiten Ergebnisse zur sozialen Ungleichheit bei psychischen Erkrankungen überrascht dieser Umstand, zumal Präventionsmaßnahmen so wesentlich zielgerichteter ausgerichtet werden könnten. Zudem erfüllt mit Sorge, dass der Bericht zwar den Versorgungsgrad der psychotherapeutischen Versorgung thematisiert, hier aber nur auf den zugegebenermaßen ebenfalls alarmierenden Umstand aufmerksam macht, dass es keine eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Bayern gibt. Ebenfalls Anlass zur Sorge geben jedoch Befunde, dass die Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland sozial beeinflusst wird: Obwohl Menschen mit eher geringem sozialen Status häufiger von Depression und Angststörungen betroffen sind (siehe die Ausführungen weiter oben), sind sie vergleichsweise seltener in psychotherapeutischer Behandlung (Körner et al. 2014), eine nach sozioökonomischen Merkmalen stratifizierte Berichterstattung über die Verteilung der psychischen Erkrankungen bei der Bevölkerung in Bayern ist somit zur Erkennung von Unterversorgung dringend notwendig.

Zu den regionalen Unterschieden in der psychotherapeutischen Versorgungssituation ist zu sagen, dass diese in Bayern aber auch in ganz Deutschland in den ländlichen Regionen weniger gut ist wie in den Städten (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Zudem zeigt ein Vergleich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB), dass insbesondere junge (bis 20 Jahre) und alte (ab 60 Jahre) Menschen verhältnismäßig seltener in psychotherapeutischer Versorgung sind (KVB 2009). Bei den jungen Menschen geben dabei vor allem der zunehmende exzessive Alkoholkonsum und die gestiegene Bereitschaft zum bzw. das sinkende Einstiegsalter von Cannabiskonsum Anlass zur Sorge. Kleinräumige Versorgungsanalysen zeigen hier, dass vor allem in den ländlichen Bereichen für Kinder und Jugendliche lange Wege zu einer psychotherapeutischen Behandlung erforderlich sind. Bei den älteren Menschen ist dagegen von einem wach-

senden Bedarf aufgrund des demografischen Wandels aber auch einer gestiegenen Bereitschaft, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, auszugehen.

Insgesamt ist damit bereits jetzt in der psychotherapeutischen Behandlung ein dringender Handlungsbedarf angezeigt, damit eine adäquate Behandlung nicht privat Versicherten bzw. Selbstzahlern überlassen bleibt, sondern ein sozial gerechter Zugang zu dieser medizinisch so dringend notwendigen Behandlungsform für alle Bürgerinnen und Bürger aller Altersgruppen und in allen Regionen Bayerns in Zukunft gewährleistet werden kann.

Suchterkrankungen

- Cannabis ist mit Abstand die häufigste illegale Droge
- Medikamente haben eine große Verbreitung in der Bevölkerung
- Spezielle Bevölkerungsgruppen haben besondere Hilfebedarfe

Eine bayernweite repräsentative aktuelle Erhebung (n = 1.908 Personen) des Instituts für Therapieforschung München (IFT) berichtet, dass 6.8% der 18–64jährigen in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumierten (Piontek et al. 2017). Mit einer Prävalenz von 5.9% war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 7.2%, Frauen: 4.7%). Für 1.2% der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2012 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis. Bayernweit berichteten 1.1% der Befragten (Männer: 0.9%, Frauen: 1.2%), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.5% unter Männern und 0.3% unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen (auch: Designerdrogen, „Legal Highs“, „Herbal Highs“, „Research Chemicals“ oder Badesalzdrogen), hatten insgesamt 2.2% der Befragten (Männer: 2.4%, Frauen: 2.0%). In den letzten 12 Monaten hatten 1.0% der Männer und 0.4% der Frauen solche Substanzen konsumiert.

48.6% der befragten Personen gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den Arzneimittelgruppen Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel,

Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva bzw. Neuroleptika eingenommen zu haben (Männer: 41.9%, Frauen: 55.5%), Schmerzmittel wurden dabei mit großem Abstand am häufigsten konsumiert (Männer: 38.5%, Frauen: 52.7%). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 37.3% mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen, eine klinisch relevante Einnahme von Medikamenten lag bei 5.0% der Männer und 6.4% der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz bzw. des klinisch relevanten Gebrauchs des Schmerzmittelgebrauchs. Nutzer von Schmerzmitteln zeigten jedoch einen zunehmenden wöchentlichen Gebrauch. Unterschiede nach Bildung, Beruf oder Einkommen wurden nicht gemacht.

Eine Studie an der Hochschule München (Schäffler et al. 2015) zeigt, dass die Lebenszeitprävalenzen von Partydrogen wie Kokain, Ecstasy, Amphetamin und Halluzinogenen an der Hochschule München annähernd doppelt so hoch sind wie in der Allgemeinbevölkerung. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums der 18–25jährigen ist an der Hochschule München beinahe doppelt so hoch wie in der gleichen Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung. Statistisch relevante Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Konsum zuungunsten der Männer zeigten sich bei Cannabis, Rauch-Kräuter-Mischungen (z. B. „Spice“), Kokain und Halluzinogenen (z. B. LSD). Ein relevanter Hilfebedarf bei den Studierenden wurde festgestellt, weshalb Prävention, Beratung und Safer-Use-Informationen im Kontext Hochschule mehr Aufmerksamkeit erfahren sollten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben bevölkerungsbezogen die höchste Relevanz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen einen klaren sozialen Gradienten auf
- Prävention und Gesundheitsförderung spielen dabei eine zentrale Rolle

Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommen sowohl hinsichtlich der persönlichen (vorzeitiges Lebensende) als auch der gesellschaftlichen (direkte und indirekte Kosten) Auswirkungen eine sehr hohe Relevanz zu. Dabei ist die kardiovaskuläre Mortalität bundesweit für alle Menschen

rückläufig mit einem seit längerer Zeit bekannten Morbiditäts-Gradienten von Nordosten nach Südwesten mit einer im Bundesvergleich eher durchschnittlich belasteten Rolle von Bayern. Die beobachteten regionalen und geschlechtsbezogenen Unterschiede entsprechen dabei im Wesentlichen der räumlichen und geschlechtsbezogenen Verteilung bekannter Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Tabakkonsum, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas sowie Bewegungsmangel; RKI 2014). Die sozioökonomischen Unterschiede nach Bildung, Beruf und Einkommen sind dabei sowohl bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch allen Risikofaktoren seit längerem belegt (zuletzt RKI 2012a): Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Hypertonie, erhöhte Blutfett-/Cholesterinwerte sind bei Menschen mit einer eher geringeren Bildung, einem eher geringeren beruflichen Status sowie einem eher geringeren Einkommen signifikant erhöht. Für Bayern verzeichnet auch der Gesundheitsreport Bayern (LGL 2014) in der oberen Bildungsgruppe 11.3% adipöse Menschen, in der mittleren Bildungsgruppe 15.1% und in der unteren Bildungsgruppe 24.1%. Für Rauchen gibt der Report lediglich an: „Der Sozialstatus hat auch beim Rauchen einen starken Einfluss: Es rauchen wesentlich mehr Angehörige der unteren Bildungsgruppe als Angehörige der oberen Bildungsgruppe“ (LGL 2014, S.9). An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch aus einer unteren sozioökonomischen Statusgruppe adipös ist, größer ist als die Wahrscheinlichkeit, dass er Raucher oder Raucherin ist – im Vergleich zu einem Menschen aus der höchsten Statusgruppe (Odds Ratio 2.27 bei Adipositas bzw. 1.71 bei Rauchen, vgl. Wolf 1998). Dies bedeutet, dass die soziale Ungleichheit bei Adipositas größer ist als beim Rauchen. Die Gesundheitsberichterstattung in Bayern konzentriert sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Wesentlichen auf Geschlechtsunterschiede und lässt die sozioökonomischen Unterschiede dabei fast völlig außer Acht, was bei den bekannten Befunden zum sozialen Gradienten bei diesen Erkrankungen und ihren verursachenden Risikofaktoren Anlass zur Nachfrage und Diskussion geben sollte.

Krebserkrankungen

- Krebserkrankungen haben bevölkerungsbezogen die zweithöchste Relevanz
- Krebserkrankungen weisen ebenfalls einen sozialen Gradienten auf
- Prävention und Gesundheitsförderung spielen hier ebenfalls die zentrale Rolle

Mit etwa einer halben Million Neuerkrankungen gehört Krebs zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und ist die zweithäufigste Todesursache. Die Hälfte dieser Erkrankungen entfallen auf die vier häufigsten Krebsformen Brust-, Prostata-, Darm- und Lungenkrebs. Nach der erfassten altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberate aufgrund von Krebserkrankungen unterschieden nach Geschlecht liegt Bayern im Bundesländervergleich bei den Männern leicht über dem Durchschnitt (RKI 2015). Vergleicht man die wichtigsten Krebsarten im Bund nach den erfassten altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberaten unterschieden nach Geschlecht, so liegt Bayern beim Lungen- und Brustkrebs (letzteres nur für Frauen ausgewiesen) z.T. deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, beim Prostata- (nur für Männer ausgewiesen) und Darmkrebs dagegen nahe dem bundesdeutschen Durchschnitt, wobei die bayerischen Raten aufgrund methodischer Unterschiede bei der Bestimmung des bundesdeutschen Durchschnitts je nach Quelle etwas darüber (RKI 2015) oder darunter (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. GEKID 2016) ausgewiesen werden. Im Hinblick auf Krebserkrankungen zeigen die Daten der AOK für Lungen-, Magen- und Darmkrebs ein in sozial benachteiligten Gruppen deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko (Geyer 2008). Zwei international publizierte Artikel (Wieneke et al. 2013; Wieneke et al. 2015) aus dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) befassen sich mit Krebserkrankungen in Deutschland, die auf die Risikofaktoren Tabak und Alkohol zurückzuführen sind. Dabei wurde der Anteil der mit Rauchen bzw. Alkoholkonsum einhergehenden Krebsneuerkrankungen über alle Lokalisationen mit 16% bzw. 3% geschätzt. Dies bedeutet, dass insgesamt etwa ein Fünftel aller Krebserkrankungen in Deutschland alleine durch diese beiden beeinflussbaren Risikofaktoren verursacht werden. Insbesondere der bereits erwähnte Risikofaktor Rauchen weist dabei einen starken sozialen Gradienten im Hinblick auf eine ungesündere Belastung der im Hinblick auf ihre Bildung, Beruf und Einkommen schlechter gestellten Menschen auf. Beim Alkoholkonsum in

Deutschland ist die Faktenlage jedoch aufgrund neuester Erkenntnisse differenzierter zu betrachten: Während bei den Frauen die durchschnittlich am Tag konsumierte Menge umso größer war, je besser sie hinsichtlich ihres sozialen Status aufgestellt waren, zeichnete sich bei den Männern diesbzgl. kein Anstieg des Konsums mit einem Anstieg im sozialen Status ab. Soziale Folgeprobleme des Alkoholkonsums (z.B. finanzielle und familiäre Schwierigkeiten) sind jedoch bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus häufiger zu beobachten wie bei statushöheren Gruppen (Lampert et al. 2017). Der Gesundheitsreport Bayern (LGL 2014) verzeichnet dazu nur, dass der Zusammenhang zwischen riskantem (besser: gesundheitlich riskantem) Alkoholkonsum und Sozialstatus dabei nicht dem üblichen Muster folge, sondern dass in Bayern Männer und Frauen aus der oberen Bildungsgruppe häufiger einen riskanten Alkoholkonsum als diejenigen der mittleren oder unteren Bildungsgruppe verzeichnen, dies gelte jedoch nur für das mittlere Lebensalter (30–64 Jahre).

Diabetes mellitus

- Diabetes mellitus ist eine häufige Erkrankung
- Diabetes mellitus weist einen sozialen Gradienten auf
- Prävention und Gesundheitsförderung sollte vor allem bei dieser Erkrankung auch strukturelle Maßnahmen umfassen

Nach Schätzungen aus Versorgungsdaten lag die Diabetesprävalenz (gemessen als der Anteil der wegen Diabetes behandelten Patienten an der Gesamtbevölkerung) in Deutschland im Jahr 2007 bei 7.2%, dabei gibt es einen starken sozialen Gradienten von der niedrigen (9.8 %) über die mittlere (6.9 %) bis hin zur hohen Bildungsgruppe (5.7%) mit einer eher gering ausgeprägten Geschlechterdifferenz (0.4% zuungunsten der Frauen; RKI 2012b). In Bayern liegt die Diabetesprävalenz nach Daten der Barmer-GEK leicht unterdurchschnittlich bei 7.5%, bei diesen Daten liegt der bundesdeutsche Durchschnitt bei 8.0%, die Differenz zu den DEGS-Daten kann mit der unterschiedlichen Versichertenstruktur der Barmer-GEK erklärt werden (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2014). Auch in Bayern finden sich jedoch regionale und starke soziale Unterschiede mit 9.1% in der niedrigen, 6.2% in der mittleren und 5.2% in



der hohen Bildungsgruppe. Auch hier scheint es ein regionales Nord-Süd-Gefälle in der Diabetes-Prävalenz zu geben mit Oberfranken (10.0%), Mittelfranken (9.4%), Niederbayern (8.8%) und Oberpfalz (8.7%) an der Spitze und Oberbayern (7.5%), Schwaben (7.8%) und Unterfranken (8.3%) am unteren Ende.

Ein deutlicher sozialer Gradient bei Diabetes zeichnet sich ebenfalls in Bayern ab: So liegt die Prävalenz bei der unteren Bildungsgruppe bei 9.1%, bei der mittleren Bildungsgruppe bei 6.4% und bei der oberen Bildungsgruppe bei 5.2%. Für die Prävention lässt sich daraus schlussfolgern, dass nicht nur an die Bildung angepasste individuelle Maßnahmen der Verhaltensänderung nötig sind, sondern auch strukturelle Veränderungen der Verhältnisse, z.B. am Arbeitsplatz oder beim Wohnort.

Risikofaktoren

- Risikofaktoren sind für 70–80% aller Todesfälle verantwortlich
- Risikofaktoren kommen häufig als mixed pattern vor und sind sozial ungleich verteilt
- Prävention und Gesundheitsförderung sollte dies stärker als bisher berücksichtigen

Die Bedeutung spezifischer Verhaltenseinflüsse auf die individuelle und kollektive Gesundheit ist heute vielfach belegt. Laut einer Einschätzung der WHO sind ca. 70–80 Prozent aller Todesfälle auf die sogenannten „dirty five“ der Sozialepidemiologie zu hohes Gewicht, Rauchen, gesundheitlich riskanter Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung zurückzuführen (WHO 2016). Die meisten dieser Risikofaktoren kommen als sogenannte mixed patterns (Blaxter 1990) vor, Janßen et al. (1999) entwickelten einen Index (GRABE-Index), der in der Lage ist, diese Muster des komplexen ungesunden Verhaltens adäquat abzubilden. Prävention und Gesundheitsförderung sollte dies stärker als bisher berücksichtigen. Dass die meisten dieser Risikofaktoren sozial ungleich verteilt sind, ist seit langem bekannt und wird immer wieder eindrucksvoll belegt, lediglich beim Alkoholkonsum zeigt sich ein uneinheitliches Bild (für einen Überblick siehe Robert-Koch-Institut 2015).

Gewicht

- Adipositas ist ein weit verbreiteter Risikofaktor
- Adipositas in Bayern hat sowohl einen sozialen als auch geographischen Gradienten
- Bei bestimmten Gruppen fehlt das Problembewusstsein

Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 830.000 Personen in etwa 370.000 privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften werden stellvertretend für die gesamte Bevölkerung zu ihren Lebensbe-

dingungen befragt. Dies ist 1% der Bevölkerung, die nach einem festgelegten statistischen Zufallsverfahren ausgewählt werden. Der Mikrozensus erlaubt aufgrund seiner großen Fallzahl eine regionalisierte Analyse von Adipositas auf bundesdeutscher Ebene (RKI 2015). Danach beträgt die Prävalenz in Bayern zwischen 14.6% und 16.2% und ist seit 1999 (11.1%–12.8%), 2005 und 2009 (jeweils 12.9%–14.6%) stetig angewachsen und entspricht damit dem Trend in Deutschland. Insgesamt ist in Deutschland ein relativ ausgeprägter regionaler Adipositas-Gradient von Nordost (hohe Adipositas-Prävalenz) bis Südwest (niedrige Adipositas-Prävalenz) auszumachen. Dabei gibt es durchaus auch in Bayern Regionen (wie z.B. Westmittelfranken), die über dem Bundesdurchschnitt liegen. So zeigt eine Analyse des LGL (2014) mit Daten des Mikrozensus 2009 für Bayern ebenfalls ein ausgeprägtes Nord-Süd-Gefälle: Für Männer und Frauen liegt die höchste Prävalenz von Adipositas (15.0%–19.4%) in Oberfranken, gefolgt von Mittelfranken bei den Frauen (14.9%) und Niederbayern bei den Männern (16.7%–18.3%). Die geringsten Prävalenzen von Adipositas ist bei beiden Geschlechtern in Schwaben und Oberbayern zu verzeichnen (Frauen 10.4%–12.5%; Männer 13.5%–14.4%). Auf die nach Bildungsgrad auch in Bayern unterschiedlichen Prävalenzen der Adipositas ist an anderer Stelle in diesem Bericht bereits eingegangen worden. Dabei stellt insbesondere fehlendes Problembewusstsein bei männlichen Adipösen in sozial benachteiligten Schichten Präventionsmaßnahmen vor große Herausforderungen (von Lengerke et al. 2007).

Rauchen

- Rauchen ist der der bedeutendste singuläre Risikofaktor für die Gesundheit
- Rauchen weist einen starken sozialen Gradienten auf
- Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Statusgruppen sind besonders gefährdet

Tabakkonsum ist in den modernen Industrienationen der bedeutendste singuläre Risikofaktor für die Gesundheit und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern häufiger auftreten als bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern gehören Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und vor allem Krebserkrankungen, hier ist vor

allem der Lungenkrebs zu nennen. 25% aller krebsbedingten Todesfälle sind bei Männern auf Lungenkrebs zurückzuführen, 15% bei Frauen. Damit ist Lungenkrebs die mit Abstand häufigste Krebstodesursache bei Männern und die zweithäufigste nach Brustkrebs bei Frauen. Lungenkrebs gehört zu den Krebsarten mit ungünstiger Prognose: Die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre nach der Diagnose noch zu leben, liegt für Frauen bei 21 und für Männer bei ca. 16 Prozent (Robert-Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2015a). Nahezu alle langfristigen Beobachtungsstudien legen den Schluss nahe, dass die RaucherInnenprävalenz (d.h. die Zahl der aktiven Raucherinnen und Raucher) zurückgeht. Legt man z.B. die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys zugrunde, dann ist im Zeitraum von 2003 bis 2012 die 30-Tage-Prävalenz (d.h. die Frage, ob man in den letzten 30 Tagen eine Zigarette geraucht hat) bei 18–59jährigen Frauen von 30.5% auf 24.4% und bei den Männern in der gleichen Altersstufe von 37.1% auf 30.6% gesunken (Piontek et al. 2017). Hierbei spielt der Rückgang des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle, hier halbierten sich die RaucherInnen-Quoten bei den 11–17jährigen annähernd (Lampert et al. 2014a). In Bayern ist die Zahl der Raucherinnen und Rauchern seit Beginn der Messungen eher niedrig, über die gesamte Bevölkerung gesehen ist hier mit 27.2% die zweitniedrigste RaucherInnen-Prävalenz (nach Baden-Württemberg mit 26.9%) im gesamten Bundesgebiet zu verzeichnen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2015).

Dabei mag auch die konsequente Umsetzung des Rauchverbots in Gaststätten in Bayern – im Gegensatz zu anderen Bundesländern – einen Teil dazu geleistet haben. Nichtsdestotrotz zeigen sich beim Tabakkonsum starke soziale Gradienten sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen und Kindern ab – auch in Bayern (LGL 2014). Im Gegensatz zu den Anfängen des Tabakkonsums zu Beginn des letzten Jahrhunderts verlagert sich somit seit Jahrzehnten dieses gesundheitlich äußerst riskante Verhalten immer mehr auf Männer und Frauen mit niedrigem sozialem Status (gemessen über Bildung, Beruf und Einkommen). Dieser soziale Gradient im Rauchverhalten ist bei den Männern in allen Altersgruppen ausgeprägt, bei den Frauen jedoch lediglich in der Altersgruppe 30–64 Jahre. Auch bei Jugendlichen machen sich soziale Unterschiede im Rauchverhalten bemerkbar. Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status rauchen häufiger und stärker als Gleichaltrige aus Familien mit einem hohen sozialen Status (RKI 2015).

Alkohol

- Zu viel Alkohol gefährdet die Gesundheit
- Die Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Alkohol sind nicht eindeutig
- Rauschtrinken nimmt in Bayern zu

Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit – ab einer bestimmten Menge und einer bestimmten Häufigkeit (Rehm et al. 2009). In der Rangfolge der wichtigsten Risikofaktoren für Morbidität und vorzeitiger Mortalität liegt Alkohol nach Tabak und Bluthochdruck in Europa an dritter Stelle (WHO 2016). Neben Schädigungen der Leber und des Gehirns hat Alkohol auch kanzerogene Wirkungen, zudem steigt unter Alkoholeinfluss das Risiko für Unfälle, Verletzungen und gewalttätige Auseinandersetzungen sprunghaft an (RKI 2014a). Während der Schwangerschaft kann Alkoholkonsum erhebliche Folgen für das ungeborene Kind bewirken – dies gilt im Übrigen auch für Tabakkonsum. Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen unterscheidet drei Gruppen von Alkoholkonsumenten: Abstinente Menschen (0 Gramm Alkohol pro Tag), risikoarmer Konsum (1–12 Gramm Alkohol pro Tag bei Frauen entsprechend 0.3 Liter Bier) und 1–24 Gramm pro Tag bei den Männern entsprechend 0.6 Liter Bier) und riskanter Konsum (13 und mehr Gramm pro Tag bei den Frauen und 25 und mehr Gramm pro Tag bei den Männern). Darüber hinaus wird unter riskantem Konsum das sogenannte Rauschtrinken (engl.: binge-drinking) verstanden, welches durch den Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol gekennzeichnet und überwiegend mit Gesundheitsgefahren wie Unfällen oder Vergiftungserscheinungen assoziiert ist (Seitz et al. 2008).

Der riskante Konsum alkoholischer Getränke ist in Deutschland weit verbreitet. So zeigen Ergebnisse der DEGS-Studie, dass 26% der Frauen und 42% der Männer zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland eine die eigene Gesundheit gefährdende Menge an Alkohol konsumieren. Monatliches Rauschtrinken trifft auf 11% der Frauen und 31% der Männer zu (Hapke et al. 2013). Die aktuellsten und differenziertesten Daten, welche für den Alkoholkonsum in Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern existieren, sind vom Institut für Therapieforchung München

im Januar 2017 publiziert worden (Piontek et al. 2017). Das von dem Institut veröffentlichte Epidemiologische Suchtsurvey für Bayern rekurriert auf Daten von 2015, allerdings unterscheidet sich die Altersgruppe (hier: 18–64 Jahre): Über den o.g. gesundheitlich bedenklichen Schwellenwerten lagen bei den Frauen 20.0% und 23.9% bei den Männern. Episodisches Rauschtrinken wie oben beschrieben berichteten 16.5% der Frauen und 42.9% der Männer. Die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit 1995 signifikant zurückgegangen, im Vergleich zum Jahr 2003 zeigt sich jedoch ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens in Bayern (Piontek et al. 2017).

Bewegung

- Mangelnde Bewegung ist relativ häufig in der Bevölkerung
- Mangelnde Bewegung ist sozial ungleich verteilt
- Bayern weist keine großen Unterschiede auf

Nach den Empfehlungen zur Bewegung oder auch körperlichen Aktivität der WHO (2010) sollten Erwachsene wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßig anstrengend körperlich aktiv sein, alternativ dazu können auch 75 Minuten sehr anstrengende Tätigkeiten ausgeübt werden. Zusätzlich wird eine Kräftigung der sogenannten großen Muskelgruppen an mindestens zwei Tagen der Woche empfohlen, Kinder und Jugendliche sollten laut WHO-Empfehlung jeden Tag mindestens 60 Minuten mit einer mindestens mäßigen Intensität körperlich aktiv sein und an mindestens drei Tagen der Woche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur ausführen. 65.0% der Frauen bzw. 56.4% der Männer in Deutschland (Robert-Koch Institut 2014) verfehlen die Bewegungsempfehlungen der WHO und sind demnach als körperlich inaktiv zu bezeichnen. Während der Anteil derjenigen, die die WHO-Empfehlungen zu körperlicher Aktivität nicht erfüllen, bei Männern bereits ab der Altersgruppe 30–44 Jahre ansteigt, ist bei Frauen erst ein Anstieg in der Altersgruppe ab 65 Jahren festzustellen. Eine nach sozioökonomischem Status differenzierte Analyse des Sporttreibens verdeutlicht, dass der Anteil der Personen, die in den letzten drei Monaten sportlich inaktiv waren, von der hohen (30.6%) zur niedrigen (46.3%) Statusgruppe stetig zunimmt (RKI 2014). Auch die regelmäßige Sportausübung (2 und mehr Stun-

den pro Woche) variiert nach sozialer Schicht mit 30.0% bei den Frauen und 36.8% bei den Männern bei der niedrigsten Gruppe, 33.4% bei den Frauen und 41.4% bei den Männern bei der mittleren Gruppe sowie 36.5% bei den Frauen und 43.3% bei den Männern der höchsten Statusgruppe (RKI 2005a). Hingegen weisen Personen mit niedrigem Sozialstatus eine höhere Alltagsaktivität auf als Personen mit hohem Sozialstatus; ein Grund hierfür könnte sein, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus vermehrt berufsbedingt körperlich aktiv sind und Personen mit hohem Sozialstatus eine fehlende körperliche Aktivität im Beruf durch vermehrtes Sporttreiben in der Freizeit ausgleichen (Lampert et al. 2012).

In Bayern sind annähernd 5 Millionen Mitglieder in etwa 17.000 Sportvereinen organisiert. Eigene Berechnungen des Gutachters mit den GEDA-Daten des RKI von 2012 zeigen einen Vergleich der prozentualen Anteile der körperlich inaktiven Menschen in Deutschland, Bayern und Baden-Württemberg stratifiziert nach niedriger, mittlerer und hoher Bildungsgruppe. In GEDA 2012 wurden die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer nach der Anzahl der Tage in der Woche befragt, an denen sie körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten, sowie nach der Dauer pro Tag. Es werden im Folgenden in der Tabelle 2 die Anteile derjenigen dargestellt, die weniger als 2.5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind. Dabei wird deutlich, dass zwischen dem Bundesdurchschnitt, Bayern und Baden-Württemberg keine großen Unterschiede auftreten, es jedoch große Unterschiede nach Geschlecht und Bildung gibt: Während die Frauen zwischen 2%-Punkte (niedrige Bildungsgruppe/Deutschland) und 12.2%-Punkte (mittlere Bildungsgruppe/Baden-Württemberg) höhere Anteile bei den körperlich Inaktiven besitzen als die Männer ist es bei einem Vergleich der unterschiedlichen Bildungsgruppen so, dass die mittlere Bildungsgruppe hier deutlich am besten (sprich: die geringsten Anteile der körperlich Inaktiven verzeichnet) abschneidet. Darüber hinaus fällt auf, dass bei dieser Bildungsgruppe die mit Abstand größten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten auftreten, wobei diese Unterschiede aus methodischen Gründen zurückhaltend interpretiert werden sollten.

Tabelle 2: Anteil körperlich inaktiver Menschen in Deutschland, Bayern und Baden-Württemberg

	gesamt	niedrige Bildung	mittlere Bildung	hohe Bildung
Deutschland gesamt	60.8%	64.3%	58.3%	63.3%
Bayern gesamt	60.3%	66.5%	57.2%	61.3%
Baden-Württemberg gesamt	61.5%	62.5%	59.4%	65.0%
Deutschland Frauen	61.9%	58.3%	60.5%	67.8%
Bayern Frauen	60.9%	61.4%	59.5%	64.3%
Baden-Württemberg Frauen	63.3%	58.3%	61.7%	71.3%
Deutschland Männer	53.6%	56.3%	49.7%	59.9%
Bayern Männer	52.5%	57.5%	47.6%	59.5%
Baden-Württemberg Männer	52.8%	47.0%	49.5%	60.6%

Quelle: GEDA 2012, n = 19.294, eigene Berechnungen; prozentualer Anteile der Befragten, die weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind.

Andere Zahlen des RKI belegen (RKI 2014), dass Bayern sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern bei der sportlichen Aktivität im Bundesvergleich hinter Baden-Württemberg die zweithöchsten Anteile an der Bevölkerung aufweist.

Ernährung

- Ernährung hat einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit
- Es gibt Hinweise auf soziale Unterschiede, gerade bei zuckerhaltigen Getränken
- Ernährung weist einen starken Geschlechterunterschied auf

Die Ernährung hat seit der Entstehung des Menschen einen wichtigen, wenn nicht sogar den entscheidenden Einfluss auf unsere Gesundheit, auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten und unser allgemeines Wohlbefinden (RKI 2015). Lebensmittel sichern (wie der Name schon sagt) in erster Linie die Energie- und Nährstoffversorgung des Körpers und ermöglichen somit Stoffwechselprozesse, Aufbau und Erhaltung von Zell-, Immun- und Nervensystem. Außerdem spielt Essen eine wichtige Rolle im psychologischen, sozialen und kulturellen

Kontext. Bayern verfügt mittlerweile über ein ausdifferenziertes und – im internationalen Vergleich – relativ günstiges Lebensmittelangebot (EHI Retail Institute 2017). Trotzdem (oder gerade deswegen) kommt es immer wieder zu unausgewogener und nicht an den Energiebedarf angepasster Ernährung, welche wiederum zu Adipositas und damit verbunden zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Krebserkrankungen führen kann (WHO 2016). Die Nationale Verzehrsstudie II (NVS II) ergab dabei bundesweit, dass Männer im Durchschnitt erstens mehr Fleisch verzehren als Frauen und zweitens mit ihrer Menge auch sogar die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) überschreiten. Auf der anderen Seite werden die empfohlenen Mengen u. a. an Fisch, Gemüse und Obst sowohl von Männern als auch von Frauen unterschritten (DGE 2012). Die Ergebnisse der NVS II zeigen darüber hinaus, dass sowohl Männer als auch Frauen mit einem eher niedrigen Sozialstatus gesundheitlich ungünstigere Ernährungsmuster angeben als Personen mit höherem Sozialstatus (Giskes et al. 2010): Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus essen demnach weniger rohes Gemüse, Obst und Milcherzeugnisse als Frauen und Männer mit höherem Sozialstatus, auf der anderen Seite konsumieren sie mehr stark zuckerhaltige Getränke. Ein erhöhter Konsum zuckerhaltiger Getränke muss nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der Energiebilanz führen, bei gleichzeitigem Verzehr anderer ernährungsphysiologisch ungünstiger Lebensmittel und ohne körperlichen Ausgleich ist dies jedoch zwangsläufig. Dass ein gleichzeitiger Konsum von ungünstigeren Lebensmitteln bei Jugendlichen wie Erwachsenen häufig vorkommt, zeigen Analysen von Richter et al. (2012), in denen die kombinierte Zufuhr von Lebensmitteln über Ernährungsmuster untersucht wurde. Bei Erwachsenen wurde ein Muster identifiziert, bei dem ein hoher Konsum gesüßter Getränke mit einem hohen Verzehr von raffinierten Getreideprodukten, verarbeitetem Fleisch und Snacks einherging (Heidemann et al. 2011). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass in Deutschland ein hohes Präventionspotenzial bzgl. des Konsums zuckerhaltiger Getränke besteht. Dies gilt insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Jungen und Männer sowie Personen mit niedrigem Sozialstatus. Für Bayern zeigt sich kein ausgeprägter sozialer Gradient im Ernährungsverhalten, insbesondere bei den Männern zeigt sich der geringste Anteil der täglichen Obstkonsumenten bei der mittleren Bildungsgruppe. Sehr ausgeprägt zeigt sich jedoch in allen Gruppen ein starker Geschlechtsunterschied zugunsten einer gesünderen Ernährung bei den weiblichen Befragten (siehe eigene Berechnungen des Gutachters mit den GEDA-Daten von 2012):

Tabelle 3: Subjektive Einschätzung des täglichen Obstverzehrs in Deutschland, Bayern und Baden-Württemberg

	gesamt	niedrige Bildung	mittlere Bildung	hohe Bildung
Deutschland gesamt	59.1%	59.2%	57.5%	62.5%
Bayern gesamt	56.5%	58.9%	54.8%	58.1%
Baden-Württemberg gesamt	58.8%	61.4%	55.8%	62.6%
Deutschland Frauen	69.5%	68.8%	68.0%	74.5%
Bayern Frauen	68.5%	66.7%	68.2%	72.5%
Baden-Württemberg Frauen	68.8%	70.6%	65.0%	76.4%
Deutschland Männer	48.1%	42.4%	46.7%	53.8%
Bayern Männer	43.8%	45.2%	41.3%	48.4%
Baden-Württemberg Männer	48.4%	45.8%	46.3%	53.3%

Quelle: GEDA 2012, n = 19.294, eigene Berechnungen; prozentuale Anteile der Befragten, die jeden Tag Obst essen.

Gesundheitlich vulnerable Gruppen

Kinder und Jugendliche

- Soziale Ungleichheit und Gesundheit fängt bereits in der Schwangerschaft an
- Auch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen weisen starke soziale Gradienten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit auf
- Eine besondere Rolle nimmt die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ein

Die umfassendste Untersuchung der Gesundheit bei Kindern stellt die Schuleingangsuntersuchung dar. Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Datenquelle, die umfassend Aufschluss über den Gesundheits- und Impfstatus der 5 – 6jährigen Kinder in Bayern im zeitlichen Verlauf gibt. In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/2014 wurden 107.723 Kinder in Bayern untersucht. Knapp ein Drittel dieser Kinder hatte einen Migrationshintergrund, wobei der Anteil über die Jahre leicht steigt, während der Anteil adipöser Kinder (3.3%) eher gleich bleibt (LGL 2016). Einschulungskinder mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt häufiger geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund (außer bei FSME); bei einigen Impfquoten gibt es innerhalb von Bayern jedoch große regionale Unterschiede. Generell liegen die Impfquoten in den Regierungsbezirken Oberbayern und Schwaben niedriger als in den anderen Regierungsbezirken. Bei den Impfquoten zeigen sich z. T. Unterschiede zu anderen Bundesländern. So sind die Impfquoten für Masernimpfungen in Bayern mit 90.7% die drittniedrigsten im Bundesvergleich. Dabei zeichnet sich hier ein Trend ab, der schon relativ lange bekannt ist: Analysen der KiGGS-Studie haben gezeigt, dass vor allem Eltern mit einem hohen sozioökonomischen Status häufiger Vorbehalte gegenüber Impfungen haben (Reiter & Poethko-Müller 2009).

Bei den U-Untersuchungen in Bayern sinkt die Teilnahme von der U1 (98.2%) auf den niedrigsten Wert bei der U8 (94.5%). An allen 9 U-Untersuchungen haben dabei 88.7% aller Kinder teilgenommen. Während 59.7% der bayerischen Kinder keine relevanten gesundheitlichen Beein-

trüchtigungen aufweisen, so haben doch 40.3% mindestens eine Auffälligkeit im Sehvermögen, bei der Sprachentwicklung, der Visuomotorik oder beim Körpergewicht. An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass insbesondere U-Untersuchungen, aber auch die genannten körperlichen Beeinträchtigungen, große soziale Unterschiede aufweisen: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen eine signifikant niedrigere Inanspruchnahme der U-Untersuchungen auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus (Rattay et al. 2014). Dies ist umso besorgniserregender, als die Chancen für gesundes Aufwachsen ungleich verteilt sind: Körperliche und psychosoziale Entwicklungsstörungen wie Übergewicht, motorische Defizite, Sprachprobleme und Verhaltensauffälligkeiten sind bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status signifikant häufiger als bei Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Häufig beginnen die Benachteiligungen dabei bereits pränatal, wie Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (RKI 2017). Klare soziale Gradienten finden sich auch für den allgemeinen Gesundheitszustand (z. B. subjektiver Gesundheitszustand), Entwicklungsstörungen (körperliche, kognitive, sprachliche und motorische Defizite) und bei der Mund- und Zahngesundheit (z. B. Karies).

Diese Befunde führten u.a. zur Einrichtung eines Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“, der auch in Bayern etabliert wurde. Umso mehr verwundert deswegen jedoch die zaghafte Berichterstattung in Bezug auf soziale Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern. Empirische Befunde zur sozioökonomischen Chancengerechtigkeit bei der Gesundheit im Kindesalter finden in der Berichterstattung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (2015) wenig Berücksichtigung.

Bei der Gesundheit von Jugendlichen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, auch wenn die Autoren des betreffenden Berichts (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016) hier immerhin zu der Schlussfolgerung kommen, dass die Größenordnung der psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Bayern dem Bundesdurchschnitt ähneln. Wie in Deutschland insgesamt sind auch in Bayern Jungen in der Regel stärker betroffen als Mädchen, ebenso sind auch in Bayern psychische Auffälligkeiten bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien deutlich häufiger als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Insgesamt ist

dabei von einer relativ hohen Belastung von Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen, wie die folgende Tabelle 4 verdeutlicht:

Tabelle 4: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern

	alle psychischen Störungen		Verhaltens-/emotionale Störungen (F90-F98)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
5–9 Jahre	38.3%	26.0%	17.2%	9.8%
10–14 Jahre	23.1%	16.1%	15.1%	7.5%
15–19 Jahre	14.4%	20.7%	6.1%	2.8%

GKV-Versicherte mit ambulanter Diagnose als Anteil an allen Versicherten. Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2011; Datenquellen: KVB, LfStaD, Berechnungen: LGL

Alleinerziehende Mütter und Väter sowie ihre Kinder

- Die Zahl alleinerziehender Eltern nimmt zu, vor allem im städtischen Bereich
- Alleinerziehende Eltern weisen eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Problemen auf
- Kinder von alleinerziehenden Eltern weisen häufiger gesundheitliche Probleme auf

Alleinerziehende sind eine wachsende Gruppe in der bundesweiten und auch in der bayerischen Bevölkerung. 16% der Familien mit minderjährigen Kindern sind im Jahr 2010 in Bayern Einelternfamilien, d.h. etwa 205.000 alleinerziehende Eltern leben mit 282.000 Kindern zusammen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, 2012). Damit liegt Bayern zwar an vorletzter Stelle der Bundesländer, aber in den Großstädten ist auch in Bayern der prozentuale Anteil sehr viel höher und liegt schätzungsweise bei einem Viertel (Statistisches Bundesamt 2010). Die Zahl der Einelternfamilien in Bayern ist von 179.000 im Jahr 1999 auf 205.000 im Jahr 2010 gestiegen. Etwa 90% der alleinerziehenden Eltern von minderjährigen Kindern sind Mütter. Von den alleinerziehenden Eltern sind 30% ledig, 63% sind verheiratet und leben getrennt oder sind geschieden, und 7% sind verwitwet. Die gesundheitliche Situation der betroffenen Kinder ist geprägt von vermehrten psychischen und verhaltens-

bezogenen Auffälligkeiten und erhöhten Adipositas-, Raucherinnen- und Raucher-Prävalenzen (Robert-Koch-Institut 2010). Verschiedene Indikatoren weisen auf eine schlechtere Gesundheit vor allem bei alleinerziehenden Müttern hinsichtlich allgemeiner Beschwerden, psychischer Erkrankungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität hin (Robert-Koch-Institut 2003).

Die Gesundheitssituation von alleinerziehenden Vätern ist noch relativ unerforscht, nicht zuletzt wegen der im Vergleich zu den Müttern geringeren Fallzahlen. Eine besonders vulnerable Gruppe stellt dabei die Gruppe der kinderlosen Väter dar, d.h. Männer, die von ihren Kindern getrennt leben müssen. Sie leiden überdurchschnittlich häufig an seelischen und gesundheitlichen Beschwerden (Amendt 2006; Grill et al. 2001) und weisen einen ungesünderen Lebensstil auf als Väter, die mit ihren Kindern zusammen leben (Grill et al. 2001).

Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender (LGBT)

- LGBT-Personen weisen besondere gesundheitsbezogene Problemlagen auf
- Die speziellen Probleme von LGBT-Personen wurden bisher zu wenig berücksichtigt
- Angebote in Prävention und Gesundheitsförderung sollten stärker darauf ausgerichtet sein

Quantitative empirische Studien zur gesundheitlichen Situation liegen vor allem aus den USA vor. Diese zeigen, dass erwachsene LGB-Personen erhöhte Prävalenzen von Krebs, Arthritis, Hepatitis und Lungenerkrankungen und im Vergleich zu heterosexuell orientierten Menschen eine schlechtere selbstberichtete körperliche und psychische Gesundheit aufweisen. Auch in Bezug auf gesundheitsbezogene Risikofaktoren weisen LGB-Personen eine höhere Raucherinnen- und Raucherprävalenz sowie einen höheren Alkoholkonsum auf (Fredriksen-Goldsen et al. 2017). Darüber hinaus berichten Angehörige dieser Gruppe über höhere Barrieren beim Zugang zur gesundheitsbezogenen Versorgung, sowie eine schlechtere finanzielle Absicherung. In einer Sonderstudie zum Thema „Älter werden in München“ (Landeshauptstadt München 2015) wurde anhand qualitativer Interviews die gesundheitsbezogene Lage älterer Menschen mit LGBT-Hintergrund in München erforscht. In den betreffenden Communities ist die Pflege im

Alter ein großes Thema. Dabei sind teilweise große Potentiale der Selbsthilfe in den Communities vorhanden, es fehlt jedoch an koordinierenden Strukturen. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass neben der Öffnung vorhandener allgemeiner Angebote in der Prävention insbesondere auch für diese Zielgruppe spezifischere Angebote dringend erforderlich sind, um den ihren besonderen Anforderungen gerecht werden zu können.

Menschen mit Migrationshintergrund

- Migration ist vor allem im Zusammenhang mit geringerem sozialen Status ein gesundheitsbezogenes Problem
- Prävention und Gesundheitsförderung sollte für diese Gruppe speziell ausgerichtet sein
- Ein umfassendes Konzept von Diversity Management im Gesundheitssystem ist erforderlich

Im „Bayerischen Bericht Gesundheit und Migration – Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4“ von 2011 konstatiert das LGL, dass der Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten in vielen Bereichen dem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund entspricht. Allerdings sei die Datenlage nicht immer ausreichend, z.B. bei psychischen Erkrankungen. Bei den Risikofaktoren gibt es Hinweise auf gesundheitsgefährdende Belastungen hinsichtlich Adipositas, Rauchen und Bewegungsmangel. Die Autorinnen und Autoren leiten aus den Befunden ab, dass ein Migrationshintergrund allein für sich genommen nur eingeschränkt systematische Unterschiede erklären kann. Dieser geht vielmehr häufig mit Bildungs- und Sprachbenachteiligungen einher, die wiederum direkt gesundheitliche Benachteiligungen mit sich bringen (LGL 2011). Insbesondere für die Prävention bedeutet dies, dass die Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten verstärkt werden müssten und zielgerichteter sein sollten. Noch wichtiger als bei der nichtmigrierten Bevölkerung scheint dabei die Etablierung aufsuchender, niedrigschwelliger Setting-Angebote unter Einbindung von Peer-Beratung und Sprachangeboten zu sein. An dieser Stelle sei auf den besonderen Bedarf von unbegleiteten, minderjährigen Flüchtlingen in der Suchtprävention von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen hingewiesen, da hier große, aber bisher ungedeckte Bedarfe vorhanden sind (Peter 2017).

Das RKI schreibt der interkulturellen Öffnung von Präventionsmaßnahmen im Besonderen und dem gesundheitsbezogenen Versorgungssystem im Speziellen große Bedeutung zu und plädiert an dieser Stelle für ein umfassendes Konzept von Diversity Management, bei dem Menschen mit unterschiedlicher religiöser und sexueller Orientierung, in unterschiedlichen Familienformen lebend, mit diversen sozioökonomischen und migrationsbezogenen Hintergründen als gleichberechtigte Gruppen in den Versorgungsalltag, in die Berichterstattung und damit in die Gesellschaft integriert werden (RKI 2015).

Arbeitslose Menschen

- Die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit sind seit langem bekannt
- In Bayern wird zu wenig über diese Gruppe berichtet
- Besonders Langzeitarbeitslose brauchen eine spezielle Betreuung

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen sind in zahlreichen empirischen Studien für Deutschland belegt worden (Hollederer 2011; Kroll & Lampert 2012). Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, an psychischen (Depression, Sucht) oder körperlichen Erkrankungen (Muskel-Skeletal-System, Bindegewebe) zu leiden (RKI 2015). Unterschiede im Gesundheitsverhalten zeigen sich dabei insbesondere beim Gesundheitsbewusstsein, der sportlichen Aktivität und dem Tabakkonsum. Dabei werden Präventionsangebote wie z. B. Früherkennungsmaßnahmen von arbeitslosen Menschen seltener in Anspruch genommen (Büttner & Schweer 2011), die Gründe hierfür sind noch nicht vollständig erforscht. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass neben dem mangelnden Gesundheitsbewusstsein manche Maßnahmen auch eine nicht unerhebliche finanzielle Eigenbeteiligung erfordern. Für Bayern liegen derzeit keine aktuellen publizierten Zahlen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit vor. Neben den Maßnahmen der Primärprävention, die auf gesunde Arbeitslose abzielen, bedarf es vor allen Dingen auch Maßnahmen der Sekundärprävention, um psychisch oder somatisch erkrankte Arbeitslose zu identifizieren und in geeignete Behandlungsformen zu bringen (Weber et al. 2007).

Wohnungslose Menschen

- Wohnungslosigkeit ist vor allem ein Problem in den Städten
- Wohnungslosigkeit vor allem in München hat stark zugenommen
- Wohnungslose weisen eine Vielzahl von Gesundheitsproblemen auf

Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2011). Der kleine, harte Kern dieser Gruppe sind Wohnungslose, die über längere Zeit ohne jegliche Unterkunft „auf der Straße“ leben oder – wie es im Jargon heißt – „Platte machen“. Sie werden häufig auch als „extrem Wohnungslose“ bezeichnet. Wer seine Wohnung verliert, dem wird eine elementare Grundlage für ein gesichertes, menschenwürdiges Leben entzogen. Die Wohnung ist nicht nur materielle Basis für Wärme, Schutz und Geborgenheit, sondern unabdingbare Voraussetzung für Arbeit, Familie, Privatleben, Hygiene, für bestimmte Formen der Kommunikation (z. B. Postzustellung, Internet, in der Regel auch Fernsehen) und für ein Mindestmaß an sozialer Anerkennung. Arbeitslosigkeit und unverschuldete Notlagen, z. B. durch Krankheit, haben bei der Entstehung von Wohnungslosigkeit eine große Bedeutung. Familiäre Ereignisse wie Scheidung oder Geburten spielen ebenfalls eine Rolle, sind aber von mindermem Gewicht (Geißler 2014).

Im Jahr 2015 lebten in München ca. 4.700 Menschen in Notquartieren, Pensionen, Sammelunterkünften und ca. 550 Menschen auf der Straße, sind somit also extrem wohnungslos. Geschätzt 2.000 Wohnungslose lebten bei Verwandten, Freunden oder Bekannten. Insgesamt ist also jeder 200. Münchner als wohnungslos zu bezeichnen. München weist in dieser Problematik einen stärkeren Zuwachs als die restliche Republik auf, wobei die Effekte der Flüchtlingszahlen noch gar nicht richtig erfasst worden sind. Wohnungslose Menschen leiden vor allem unter einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Angst- und Suchterkrankungen), aber zum Teil auch unter körperlichen Benachteiligungen (Bluthochdruck bei beiden Geschlechtern, Adipositas bei den Frauen) wie die SEEWOLF-Studie (Brönnner et al. 2013) für München gezeigt hat. Daten für Bayern liegen derzeit nicht vor.

Menschen mit Behinderungen

- Gesundheitsbezogene Behinderungen sind weit verbreitet in der Bevölkerung
- Menschen mit Behinderungen weisen spezielle Gesundheitsprobleme auf
- Bisher wird zu wenig über diese Menschen berichtet

In Deutschland lebten im Jahr 2013 rund 10.2 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung (12% der Gesamtbevölkerung), davon 7.5 Millionen mit einer Schwerbehinderung. Es gibt keine Hinweise darauf, ob der Anteil in Bayern signifikant höher oder niedriger ausfällt. Da die meisten Behinderungen erst im Lebensverlauf entstehen, wird sich im Zuge des demographischen Wandels die Zahl betroffener Personen weiter erhöhen (RKI 2015). Der erste Teilhabebericht von 2013 benennt folgende gesundheitliche Problembereiche: Menschen mit Beeinträchtigung schätzen ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein als Menschen ohne Beeinträchtigung, und sie verzeichnen deutlich mehr Tage der Arbeitsunfähigkeit und Besuche bei einer Ärztin oder einem Arzt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013).

Mangelhafte Barrierefreiheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens führt dabei häufig zu einer Unterversorgung, z. B. bei der zahn- und augenärztlichen Versorgung. Bei den Risikofaktoren fällt insbesondere bei den jüngeren Menschen mit Behinderung ein höherer Tabakkonsum auf, als bei Menschen ohne Behinderung. Eine zentrale Botschaft des Teilhabeberichts 2013 ist die klare Forderung nach einer belastbaren Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Behinderung auch auf kommunaler Ebene. Dieses wurde in Bayern bisher so nicht umgesetzt.

Die präventive Versorgung in Bayern

Der bayerische Präventionsplan

- Der bayerische Präventionsplan folgt unrealistischen Zielen
- Der bayerische Präventionsplan wirkt unstrukturiert
- Der bayerische Präventionsplan ist nicht evaluierbar

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege legte mit dem „Bayerischen Präventionsplan“ eine Broschüre vor, in der erklärt wird, welche Ziele Prävention in Bayern anvisiert, welchen Leitprinzipien dabei verfolgt und in welchen Handlungsfeldern sie vor allem tätig werden sollte (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016a). Die Ziele „bestmögliche Gesundheit und Chancengleichheit für alle“, „Integration von Prävention in gesellschaftliche Subsysteme“ sowie „Empowerment“ sind dabei sehr allgemein und vage gefasst bzw. fordern zugleich einen Zustand ein, den es bei der Komplexität des menschlichen Lebens nicht geben kann: Chancengleichheit. Die Gleichheit der Chancen für alle Bürgerinnen und Bürger Bayerns kann nicht erreicht werden, denn jeder Mensch ist anders und individuell mit seinen ganz speziellen Dispositionen, seiner familiären Herkunft, seiner Sozialisation, seiner Persönlichkeit und seinen schicksalhaften Wendungen im Leben. Worum es jedoch gehen sollte ist „Chancengerechtigkeit“, d.h. jeder Mensch sollte die Chancen bekommen, die er in seiner spezifischen Lage benötigt, um aus seinem Leben das Beste machen zu können. Die gesellschaftlichen Chancen sollten „gerecht“ verteilt werden. Dabei muss in einer Welt der begrenzten Ressourcen darauf geachtet werden, dass niemand zu viel oder zu wenig Chancen bekommt und dass benachteiligte Menschen besonders gefördert werden. Das bedeutet unter anderem, dass niemand aufgrund seines Alters, seines Geschlechts, seiner sexuellen Orientierung, seiner sozioökonomischen oder familiären Lage, seiner gesundheitlichen Verfassung, seiner Herkunft oder seiner Religion von der gesundheitsbezogenen präventiven, kurativen oder rehabilitativen Versorgung ausgeschlossen werden darf. „Empowerment“ wiederum ist

kein Zustand, der in einer Art „Top-Down-Prozess“ von oben verordnet werden kann, sondern Menschen sollten aufgrund der gesellschaftlichen Verhältnisse in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheit selbst zu bestimmen – im „Bottom-up-Prinzip“.

Die vier Handlungsfelder „gesundes Aufwachsen der Kinder“, „Arbeitswelt“, „Altern“ sowie „Chancengleichheit“ wirken im bayerischen Präventionsplan dabei erratisch gewählt. Entweder man entscheidet sich für Handlungsfelder, die in ein Lebensphasenmodell eingebettet sind, oder man orientiert sich am Setting-Ansatz. So aber ist die Auswahl der Handlungsfelder nicht recht nachzuvollziehen. Gesundheitliche Chancengleichheit dagegen sollte sich eigentlich als Querschnittsthema durch alle Bereiche ziehen. Hier wäre der Vorschlag, sich an einer Systematik oder einem Modell wie z. B. dem Modell der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit von Janßen et al. (2012) zu orientieren. Handlungsfelder sind konkret die vier Bereiche der Meso-Ebene „Belastungen am Arbeitsplatz (wahlweise KiTa, Schule etc.) und Wohnort“, „Ressourcen durch Einstellungen und soziale Netzwerke“, „gesundheitsbezogenes Versorgungssystem“ sowie die fünf Risikofaktoren „Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und Ernährung“. Diese wiederum werden durch die Faktoren Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, Religion sowie Bildung, Beruf und Einkommen gewissermaßen als Schwerpunktthemen durchzogen.

Die Umsetzung des bayerischen Präventionsplanes erschöpft sich in jährlichen Schwerpunktthemen sowie unstrukturiert nebeneinander wirkenden Einrichtungen wie dem Zentrum für Prävention (ZPG), der Landesarbeitsgemeinschaft (LAGeP) sowie regionaler Präventionsmanager und Gesundheitsregionen. Nicht deutlich wird, inwieweit die Gesundheitsziele durch die Maßnahmen des Präventionsplans erreicht werden sollen. Dies wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund deutlich, dass der Plan aus bereits vorher geplanten und anderweitig geförderten Einzel- und Pilotprojekten besteht, deren Beitrag zur Reduktion von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wenig erkennbar wird und deren Evaluation anhand von Outcomes ebenfalls nicht deutlich und nachvollziehbar erscheint.

Das Präventionsgesetz (PrävG)

- Das Präventionsgesetz sieht die Verringerung der sozialen Ungleichheit vor
- Prävention erfolgt durch die Finanzierung der Krankenkassen
- Landesrahmenvereinbarungen sollen die Umsetzung in den Bundesländern sichern

Das Bundesgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) trat am 25.7.2015 in Kraft. Die wesentlichen Inhalte sind: Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz mit allen an der Prävention beteiligten Partnern (Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Bund, Länder, Kommunen, Bundesagentur für Arbeit und Sozialpartner); Verschärfung des Impfrechts; Verbesserung und Individualisierung der Früherkennung; Vereinbarung der Ausschüttung von finanziellen Ressourcen durch Kranken- und Pflegekassen; Verbesserung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz. Das Gesetz sieht vor, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbezogener Ungleichheit beitragen sollen (Deutscher Bundestag 2015).

Die Nationale Präventionskonferenz mit ihrer Geschäftsstelle bei der BZgA hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie mit gemeinsamen Zielen, Handlungsfeldern, zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten zu erarbeiten und laufend fortzuschreiben. Diese werden in bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Als Ziele werden Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Depression, Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums, Bewegung, Ernährung, gesundheitsbezogene Kompetenz und Gesundheit im Alter genannt. Dazu sollen die Krankenkassen pro Versichertem 7 € (rund 500 Mio. €) bereitstellen, wovon 2 € (rund 140 Mio. €) in die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den sogenannten Lebenswelten fließen sollen. Lebenswelten werden dabei definiert als für die Gesundheit bedeutsame, soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung (einschließlich der beruflichen Rehabilitation) sowie der Freizeitgestaltung und des Sports. Um dies zu erreichen, soll die Situation empirisch analysiert und beschrieben werden. Ergänzt werden diese Lebenswelten um Kindertages-, Kinderhilfe- und Jugendhilfeeinrichtungen, Lebenswel-

ten von älteren Menschen sowie den Aufbau und die Stärkung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ein Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention soll erstmals zum 1.7.2019 vorgelegt werden.

Eine wichtige Einrichtung sind dabei die Landesrahmenvereinbarungen (LRV), die für Bayern im Gegensatz zu anderen Bundesländern erst im Juni 2017 von der zuständigen Staatsministerin in Verständigung mit den Sozialversicherungsträgern unterschrieben worden ist. Damit verbunden sind die Einrichtung einer Geschäftsordnung, einer Finanzierungsvereinbarung sowie einer Geschäftsstelle. Wichtig erscheint dabei, dass als zentrales Ziel die Förderung der Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen formuliert worden ist (Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vom 26.6.2017), welche nachhaltig, evaluiert und qualitätsgesichert erfolgen soll.

Das Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG)

- Das GDVG regelt Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern
- Dem LGL kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu
- LAGeP ist eine Netzwerkstruktur zur landesweiten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung

Das Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG) trat am 24.7.2003 in Kraft. Darin wird u.a. die Aufgabe des Landesamtes für Gesundheit- und Lebensmittelsicherheit mit Sitz in Erlangen festgelegt. Darüber hinaus enthält es die Verpflichtung zu Gesundheitsförderung und Prävention, zur Gesundheitsberichterstattung, zur gesundheitlichen Aufklärung und Beratung sowie zum besonderen Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (GDVG 2003). Die gesundheitliche Aufklärung und Beratung der Bevölkerung soll dabei in körperlicher, psychischer und sozialer Hin-

sicht insbesondere in den Feldern Familie (einschließlich Schwangerenberatung), sucht-, psychisch oder chronisch erkrankter Menschen und sozial benachteiligter, besonders belasteter oder schutzbedürftiger sowie älterer Menschen erfolgen. Dem Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist dabei ein ganzer Artikel (Art. 14) gewidmet, in dem vor allem die Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen, Schutz des Kindeswohls, Schulgesundheitspflege (einschließlich der Überprüfung der Verpflichtung zur U9 bzw. Teilnahme einer schulärztlichen Untersuchung), sowie die Verpflichtung des ärztlichen Personals bzw. der Hebammen zur Weitergabe der Daten bei Verdacht auf Kindesmissbrauch normiert ist.

Eine zentrale Rolle kommt dabei dem bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) als der entsprechenden Fachbehörde des Freistaats Bayern zu. Das LGL ist dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV), dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGp) und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) nachgeordnet. Als Ziele und Aufgaben gibt das LGL insbesondere die gesundheitsbezogene Risikoerfassung, Information, Forschung sowie Zusammenarbeit mit der amtlichen Lebensmittelüberwachung, den öffentlichen Gesundheitsdiensten, dem amtlichen Veterinärwesen und der Arbeitsschutzverwaltung in Bayern an. Wichtig ist dem LGL, dass moderne Gesundheits- und Verbraucherpolitik eine wissenschaftliche Grundlage braucht (https://www.lgl.bayern.de/das_lgl/).

Die für die Prävention relevanten Arbeitsgruppen sind dabei dem Landesinstitut für Gesundheit untergeordnet und umfassen die Sachgebiete GE4 (Gesundheitsberichterstattung - GBE, Epidemiologie, Sozialmedizin) sowie GE7 (Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung). Letzteres umfasst Aufgaben wie die Leitung der Gesundheitsinitiative Bayern (eine modellhafte Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten), Koordinierung und Vernetzung von Aktivitäten, Akteuren, Internet- und Medienpräsenz, Durchführung von Kampagnen, Weiterbildung, Beteiligung an Forschung und Lehre sowie die Geschäftsführung der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention (LAGeP).

Mehr als 70 Verbände, Organisationen und Einrichtungen aus ganz Bayern haben sich in der LAGeP zusammengeschlossen, um landesweit Prävention und Gesundheitsförderung zu stär-

ken. Die Geschäftsstelle ist im Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) eingerichtet, dort arbeiten neben sechs Verwaltungsmitarbeiterinnen und Mitarbeitern insgesamt zehn wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Speziellen widmet sich das ZPG der HIV/Aids-Prävention, Suchtvorbeugung, Qualitätsentwicklung, dem Netzwerk Prävention sowie der gesundheitlichen Chancengleichheit, den letztgenannten Bereich betreut dabei eine Mitarbeiterin allein.

Wünschenswert wäre hier ein weiterer personeller und struktureller Ausbau. Darüber hinaus sollten weitere Themenfelder abgedeckt werden. Insbesondere die gesundheitlich besonders vulnerablen Gruppen (Kinder und Jugendliche, alleinerziehende Mütter und Väter, LGBT, Menschen mit Migrationshintergrund, arbeitslose Menschen, wohnungslose Menschen und Menschen mit Behinderung) wären hier zu nennen, da diese häufig von den anderen Anbietern und Trägern präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen (z. B. den Krankenkassen) wenig Berücksichtigung finden.

Verhältnis-/Verhaltensprävention

- Verhältnisprävention scheint effektiver zu sein
- Es gibt zu wenig Studien dazu
- Prävention und Gesundheitsförderung sollte nicht nur unter ökonomischen Aspekten bewertet werden

Prävention (Krankheitsverhütung, lat. *praevenire*: zuvorkommen) sucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention) beziehen (Schwartz et al. 2012). Die große Frage bleibt dabei, welche Form der Prävention mehr bewirkt.

In Deutschland wurden in den letzten Jahren mehrere Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums umgesetzt. Den größten Anteil am Rückgang hatten dabei verhältnispräventive Maßnahmen wie z. B. gesetzliche Maßnahmen, die alle erreichen, insbesondere Tabaksteuererhöhungen und Nichtraucherschutzgesetze. Maßnahmen zur öffentlichen Aufklärung und Tabakpräventionsprogramme zeigten aufgrund der geringen Reichweite und Wirksamkeit nur einen schwachen Einfluss auf das Rauchverhalten (DKFZ 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Forschung über HIV-Prävention, in denen die Überlegenheit von verhältnispräventiven (insbesondere die Veränderung der legislativen und der ökonomischen Rahmenbedingungen) über eher an einzelnen Verhaltensweisen orientierte Maßnahmen (Parkhurst 2014) beeindruckend belegt wurde.

Ein Report der Initiative Gesundheit und Arbeit (Initiative Gesundheit und Arbeit 2015) zeigt jedoch auch, dass für den Bereich der Verhältnisprävention sehr viel weniger Studien vorliegen als für die Verhaltensprävention. Die eindeutige Ursache-Wirkungs-Feststellung ist in diesen

Fällen darüber hinaus stark erschwert, da systematische Verzerrungen in beide Richtungen durch Über- oder Unterschätzung des Effekts in den meisten Studien aufgrund der Komplexität des menschlichen Lebens nicht ausgeschlossen werden können.

Bühler & Thrul (2013) warnen in einer Expertise für die BZgA jedoch ausdrücklich vor einer überwiegend medizinischen evidence-based-Vorgehens- und efficacy-efficiency-Betrachtungsweise. So gibt es von der Gesundheitsförderung Schweiz ein alternatives Konzept (Bröskamp-Stone 2012), das ethische Werte, evidenzbasiertes Wissen und soziale Kontexte in ein Modell zu integrieren versucht. Ebenso stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten von 2000/2001 fest, dass Investitionen in Prävention nicht nur einen höheren gesundheitlichen Nutzen sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken können. So ließen sich rund 25–30% der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden. Allerdings liegt zu vielen bevölkerungsbezogenen Interventionen keine ausreichende Bewertung der ökonomischen Effizienz vor, teils mangels Studien, teils wegen der Schwierigkeit, Kosten und Erträge zu bewerten. Zudem werden die heute verwendeten Berechnungsmethoden vielfach nicht der Komplexität der multifaktoriellen Verursachung einer oder mehrerer miteinander verbundener Zielkrankheiten sowie der multiplen Wirkungen präventiver Anstrengungen gerecht. Kosten-Nutzen-Analysen sollten lediglich eines von mehreren Entscheidungskriterien darstellen. Sozialpolitische Kriterien (z. B. die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen) sowie im politischen Diskurs vereinbarte Gesundheitsziele treten gleichberechtigt hinzu (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Das Robert-Koch-Institut hat dieser Thematik eine ganze Buchpublikation gewidmet (Robert-Koch-Institut 2012c).

Gesundheitsberichterstattung in Bayern, NRW und Berlin

- Die GBE in Bayern wirkt unstrukturiert
- Die GBE in Bayern geht zu wenig auf Aspekte der sozialen Ungleichheit ein
- Die GBE in Bayern berücksichtigt Minderheiten zu wenig

In der Gesundheitsberichterstattung des LGL werden Daten und Informationen zur Gesundheit der bayerischen Bevölkerung in allgemeinverständlicher Form bereitgestellt. Die zentrale Datenbasis ist der Bayerische Gesundheitsindikatorensatz. Die Jahresschwerpunkte des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege werden durch Gesundheitsberichte unterstützt. 2013 ging es dabei um Krebs, 2014 um Diabetes, 2015 um die Kindergesundheit in Bayern, 2016 um die psychische Gesundheit. Des Weiteren gibt es eine Reihe mit Kurzberichten (Gesundheitsreport Bayern), in der Übersichtsdarstellungen zu einzelnen Themen gegeben werden. Im Jahr 2015 waren dies das Rauchen bzw. Nichtrauchen in Bayern sowie der Impfstatus der Kinder, 2014 wurden Eckdaten zur Gesundheit in Bayern zur Verfügung gestellt sowie zum Impfen bei Kindern und zu Demenzerkrankungen (https://www.lgl.bayern.de/das_lgl/ Stand: 1.11.2017). Künftig sollen weitere Indikatoren und Veröffentlichungen mit Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt werden (Präventionsberichterstattung)

Kritisch anzumerken ist dabei, dass die GBE in Bayern in den letzten 14 Jahren die Themen Alkohol, Impfstatus, Rauchen, Demenzerkrankungen, allgemeine Gesundheit, Adipositas, psychische Gesundheit, Suizide, Gesundheit und Arbeit, Gesundheit im Alter, Unfälle, Lebenserwartung, Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen, Demenzerkrankungen und Krankenstand behandelt hat, diese Themen jedoch keiner erkennbaren Systematik bei der Auswahl sowie der Darstellung folgen. Darüber hinaus wird das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ in den einzelnen Berichten lediglich hinsichtlich Alters- und Geschlechtsgruppen behandelt. Eine stratifizierte Darstellung nach Bildung, Beruf oder Einkommen fehlt in der Regel völlig, auch existiert kein Bericht mit diesem Schwerpunktthema. Zudem werden in weiteren Schwer-

punktberichten nur bestimmte Gruppen behandelt (z.B. Kinder, alte Menschen, Migrantinnen und Migranten), jedoch keine anderen vulnerablen Gruppen mit besonderen Bedarfen (z. B. Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender; wohnungslose Menschen; Menschen mit Behinderungen). Darüber hinaus mangelt es an Berichten zu Erkrankungen, die zwar hinsichtlich ihres Vorkommens in der Bevölkerung relevant, aber politisch wenig opportun erscheinen (HIV, illegaler Drogenkonsum etc.).

Vergleicht man die GBE in Bayern mit der in NRW bzw. Berlin, dann fällt auf, dass die GBE in Bayern einem anderen Prinzip folgt: Während in NRW (2015, 2011, 2009) und Berlin (2010/2011, 2012/2013, 2014/2015) umfassende Basisdatenberichte in Internet veröffentlicht wurden, gibt das LGL wie oben dargelegt jedes Jahr ein bis drei Schwerpunktreporte aus. Insbesondere bei der Berliner GBE ist positiv hervorzuheben, dass zum einen Daten des Gesundheits- und Sozialwesens miteinander verknüpft werden sowie relevante Bevölkerungs-, Sozial- und Gesundheitsdaten im Zeitverlauf seit 1991 für die verschiedenen Bezirke von Berlin stratifiziert im Anhang ausgegeben werden. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass in keinem der drei Bundesländer soziale Ungleichheit im Sinne der unterschiedlichen Verteilung von Lebenserwartung, Erkrankungen, Risikofaktoren, Inanspruchnahme von präventiven Leistungen im Hinblick auf Bildung, Beruf und Einkommen oder vulnerable Gruppen wie Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender, Menschen mit Beeinträchtigungen oder Menschen ohne Wohnung auch nur in einem annähernd ausreichendem Maße über eine gelegentliche Erwähnung bei spezifischen Erkrankungen und Risikofaktoren hinausgehend thematisiert wird. Dies hat in NRW dazu geführt, dass in einer Empfehlung der Landesgesundheitskonferenz (LGK) NRW „Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern“ (2014) genau diese Forderung gestellt wird: „Die LGK empfiehlt, die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu verknüpfen und dies dauerhaft in die Statistiken des Landes und der Kommunen zu implementieren. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter wird die Gesundheitsberichterstattung im Hinblick auf die Indikatoren zur sozialen Lage weiterentwickeln.“ (LGK 2014, S. 9)

Schlussfolgerungen

- I. Prävention ist ein wichtiger Teil der gesundheitsbezogenen Versorgung und sollte deshalb ein zentraler Bestandteil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung (GBE) sein.
- II. Die GBE in Bayern sollte wie in den anderen Bundesländern (NRW, Berlin) auch alle zwei Jahre einen Basisbericht publizieren, der die relevanten Erkrankungen, Risikofaktoren und Inanspruchnahme präventiver Leistungen nach sozialen Faktoren (Alter, Geschlecht, Familienstand, Migrationshintergrund, Bildung, Beruf und Einkommen) sowie regional differenziert darstellt.
- III. Darüber hinaus sollte die Berichterstattung für besonders vulnerable Gruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche, alleinerziehende Mütter und Väter, Lesbian Gay Bisexual Transgender, Menschen ohne Arbeit, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen ohne Wohnsitz oder Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen fester Bestandteil der GBE werden.
- IV. Die GBE sollte Defizite bei der Prävention für die unter 2. und 3. genannten Gruppen identifizieren und das Ergebnis der Anstrengungen zu ihrer Beseitigung in den zweijährlich erscheinenden Berichten entsprechend dokumentieren.
- V. Der Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit beim Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) sollte personell aufgestockt und inhaltlich ein zentralerer Bestandteil als bisher am ZPG sein.
- VI. Das Bündnis für Prävention bzw. der bayerische Präventionsplan sollte sich viel stärker als bisher an den wissenschaftlichen Ergebnissen der sozialstrukturellen Defizite in der Prävention auch in Bayern orientieren. Projekte und Programme sollten stärker an dem Ziel der



Verringerung der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet werden und anhand überprüfbarer Outcomes (z. B. Absenkung der sozialen Statusunterschiede beim Rauchen) evaluiert werden.

Literatur und Quellenverzeichnis

1. Amendt G (2006): Scheidungsväter – Wie Männer die Trennung von ihren Kindern erleben. Frankfurt: Campus
2. Ärzteverband ÖGD Bayern e. V.
<http://www.oegd-bayern.de/index.html> (Stand: 1.11.2017)
3. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Themenfeld 03: Gesundheitszustand der Bevölkerung I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität
<https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld03/indikator0309.htm> (Stand: 1.11.2017)
4. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern. Ausgabe 2 / 2014
https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2014_02.pdf (Stand: 1.11.2017)
5. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheitsreport Bayern. Psychische Gesundheit. 1/2011
https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2011_01.pdf (Stand: 1.11.2017)
6. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011): Gesundheit und Migration. München: LGL
<https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/themen/#migration> (Stand: 1.11.2017)
7. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2016): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/2014 Statistisch-epidemiologischer Bericht.
https://www.lgl.bayern.de/publikationen/gesundheit/doc/schuleingangsuntersuchung_2013_2014.pdf (Stand: 1.11.2017)

8. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2012): Dritter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern.
http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/sozialpolitik/sozialbericht_2012.pdf (Zugriff: 1.11.2017)
9. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2014): Bayerischer Diabetesbericht. München: STMGP
10. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2015): Bayerischer Kindergesundheitsbericht. München: STMGP
11. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München: STMGP
<https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/themen/> (Stand: 1.11.2017)
12. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016a): Bayerischer Präventionsplan. München: StMGP
13. Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998): Der Bundesgesundheitsurvey 97/98. Gesundheitswesen 60: Sonderheft 2, S59-S68
14. Blaxter M (1990): Health and lifestyles. London: Tavistock
15. Brönner M, Bauer B, Pritschel-Walz G, Jahn T, Bäuml J (2013): Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: Die SEEWOLF-Studie. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2013: 65-71
16. Bröskamp-Stone U (2012): Evidenz – und was noch? Ein Qualitätsrahmen für »Best Practice« in der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Gesund aufwachsen in KiTa, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention. Köln: BZgA
17. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.: BAG-W-Position: Wohnungsnotfalldefinition der BAG W. Bielefeld: BAG
www.bagw.de (Stand: 1.11.2017)
18. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung – BBSR (2017): INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Bonn: BBSR <http://inkar.de/> (Stand: 1.11.2017)

19. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Berlin: BAS
20. Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung 2013.
<http://www.bptk.de/> (Stand: 1.11.2017)
21. Bühler A, Thrul J (2013): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Köln: BZgA
22. Büttner R, Schweer O (2011): Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung. Duisburg: IAQ-Report
<http://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2011/report2011-01.pdf> (Stand: 1.11.2017)
23. Deutscher Bundestag (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 31
24. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn: DGE
25. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. Berlin: DKFZ
26. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ 2014): Tabakprävention in Deutschland – Was wirkt wirklich? Berlin: DKFZ
https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabakpraevention_in_Deutschland_was_wirkt_wirklich.pdf (Stand: 1.11.2017)
27. EHI Retail Institute (Hrsg.) (2017). Factbook Lebensmittelhandel 2017. Münster: LPV
28. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Shui C, Bryan AEB (2017): Chronic Health Conditions and Key Health Indicators Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older US Adults, 2013-2014. American Journal of Public Health 107 (8):1332-1338
29. Ganzeboom HBG, Treiman DJ (1996): Internationally comparable measures of occupational status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. Social Science Research, 25:201-239
30. Geißler R (2014): Die Sozialstruktur Deutschlands. Wiesbaden: Springer
31. Geyer S (2008): Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. Cancer Causes Control (2008) 19:965-974
32. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID)
<http://www.gekid.de/> (Zugriff: 1.11.2017)

33. Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG) Vom 24. Juli 2003 (GVBl. S. 452, ber. S. 752) BayRS 2120-1-U/G
34. Giskes K, Avendaño M, Brug J, Kunst AE (2010): A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obesity Reviews*. 11(6):413-429
35. Grill E, Weitkunat R, Crispin A (2001): Separation from child as a specific risk factor to father's health and lifestyles. *International Journal of Public Health*. 46(4): 273-278
36. Hapke U, Lippe von der E, Gaertner B (2013): Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56:809-813
37. Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011): Diabetes mellitus in Deutschland. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. *GBE kompakt* 2(3). Berlin: RKI
38. Holleder A (2011): Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. *Journal of Public Health* 19(3): 257-268
39. Idler EL, Benyamini Y (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* , 38(1):21-37.
40. Initiative Gesundheit und Arbeit IGA (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Berlin: IGA
41. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85:77-87
42. Janßen C, Crispin A, Weitkunat R, Abel T (1999): Lebensstile und Gesundheit – Eine empirische Studie zum Verständnis spezifischer Verhaltensmuster bei Erwachsenen im zweiten und dritten Lebensabschnitt. *Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public-Health* (Hrsg.): *Public-Health-Forschung in Deutschland*, Bern: Huber
43. Janssen C, Sauter S, Kowalski C: The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review. *GMS Psychosocial Medicine* 2012; 9:Doc07 (20121025)

44. Janssen C, Swart E, von Lengerke T (eds.) (2014): Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results. New York: Springer
45. Kassenärztliche Vereinigung Bayern KVB (2009): Psychotherapeutische Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern – Aktuelle Informationen und Prognosen zur ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung. München: KVB
46. Körner M, Maschke M, Janssen C (2014): Social determinants of psychotherapeutic care in Germany. Janssen C, Swart E, von Lengerke T (eds.) (2014): Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results. New York: Springer
47. Kroll LE, Lampert T (2011): Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. Deutsches Ärzteblatt 108(4): 47-52
<http://www.aerzteblatt.de/int> (Stand: 08.03.2012)
48. Lampert T, Kroll L (2009): Die Messung des sozio-ökonomischen Status in der Sozial-Epidemiologie. Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Springer
49. Lampert T, Kroll LE (2010) Armut und Gesundheit. GBE kompakt 5: 1.9
<http://www.rki.de> (Stand: 1.11.2017)
50. Lampert T, Mensink GBM, Müters S (2012): Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Bundesgesundheitsblatt, 55:102-110
51. Lampert T, Kroll LE (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Berlin: Robert Koch-Institut
52. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014a): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11-17jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 57:830-839
53. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll LE (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: RKI
54. Landeshauptstadt München (2015): Ältere Menschen in München – Gesundheit und Umweltbedingungen – Sonderauswertung der Studie „Älter werden in München“. München: Referat für Gesundheit und Umwelt

55. Lengerke von T, Janssen C, John J (2007). Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: physical limitations and psychological normalcies. *International Journal of Public Health*, 52: 16-26
56. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton JS (1978): Employment grade and coronary heart disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32: 244-249
57. Marmot M, Wilkinson RG (2006): *Social determinants of health*. New York: Oxford
58. Mielck A (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber
59. Parkhurst JO (2014): Structural approaches for prevention of sexually transmitted HIV in general populations: definitions and an operational approach. *Journal of the International AIDS Society*, doi: 10.7448/IAS.17.1.19052.
60. Peter E (2017): *Der Versorgungsbedarf unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in den Münchner Einrichtungen bezüglich Angeboten der Suchtprävention*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
61. Piontek D, de Matos EG, Atzendorf J, Kraus L (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 - IFT-Berichte Bd. 189*. München: Institut für Therapieforschung
62. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014): Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. *Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50 (5/6): 878–891
63. Razum O, Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Springer
64. Rebscher H (Hrsg.) (2016): *Gesundheitsreport 2016 der DAK – Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit*. Hamburg: DAK
65. Rehm J, Mathers C, Popova S et al. (2009): Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682): 2223-2233
66. Reiter S, Poethko-Müller C (2009): Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impflücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 52:1037-1044

67. Richter A, Heidemann C et al. (2012): Dietary patterns of adolescents in Germany – Associations with nutrient intake and other health related lifestyle characteristics. BMC Pediatrics, 12: 35.
68. Richter D, Berger K, Reker T (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 35: 321-330
69. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Berlin: RKI
<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Tabellen/alleinerziehende.pdf?> (Stand: 1.11.2017)
70. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: RKI
71. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005a): Körperliche Aktivität. Berlin: RKI
72. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI
73. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Berlin: RKI
74. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012a) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
75. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012b): DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Berlin: RKI <https://www.degs-studie.de/> (Stand: 1.11.2017)
76. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012c): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI
77. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
78. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014a): Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin: RKI
www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014)
79. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

80. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2015a): Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin: RKI
81. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin: RKI
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/Journal-of-Health-Monitoring_02S3_2017_KiGGS-Welle2_Methodik_Module.pdf? (Stand: 1.11.2017)
82. Rütgers G, Schüchter W (2014): Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz. Bergisch-Gladbach: Heider
83. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bonn: SVR Gesundheit <http://www.svr-gesundheit.de/> (Stand: 1.11.2017)
84. Schäffler F, Greim L, Engelfried C, Janßen C (2015): Drogen und Studium – eine quantitative Querschnittsstudie zum Drogenkonsum von Studierenden an der Hochschule München". Suchttherapie. DOI: 10.1055/s-0035-1545313
85. Schulz R, Kuhn J (2016): Regionale Unterschiede der Lebenserwartung in Bayern – ein 10-Jahres-Vergleich. Augustin J, Koller D (Hrsg.): Geografie der Gesundheit – Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung. Göttingen: Hogrefe
86. Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks L, Busse R, Schneider N (2012): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier
87. Seitz HK, Bühringer G, Mann K (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland
88. Statistisches Bundesamt (2004): Demographische Standards. Methoden – Verfahren – Entwicklungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
89. Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit, Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
90. Statistisches Bundesamt (2010): Statistisches Jahrbuch 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
91. Statistisches Bundesamt (2014): Statistisches Jahrbuch – Deutschland und Internationales 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

92. Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2016): Gesundheitsreport 2016 – Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Hamburg: Techniker Krankenkasse
93. Weber J, Hörmann G, Heipertz W (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt, (104)43: A2957-A2962
94. World Health Organization (2010): Global recommendations on physical activity for health. Genf: WHO
95. WHO (2016): World Health Statistics. Genf: WHO
96. Wienecke A, Barnes B, Lampert T, Kraywinkel K (2013): Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany 1999-2008. International Journal of Cancer DOI: 10.1002/ijc.28392: 51-52.
97. Wienecke A, Barnes B, Neuhauser H, Kraywinkel K (2015): Incident cancers attributable to alcohol consumption in Germany 2010. Cancer Causes and Control: doi: 10.1007/s10552-015-0566-8.
98. Winkler J (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheits-surveys der DHP. In: Ahrends W, Bellach B, Jöckel KH (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München 1998
99. Wolf, C (2002): Vorschläge zur Messung sozialer Ungleichheit in gesundheitsbezogenen Befragungen. Vortrag auf dem Workshop: „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Public Health, Köln am 25.02.02, Universität zu Köln, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Abt. Medizinische Soziologie
100. Wolf IK, Knopf H, Scheidt-Nave C, Kurth BM (2012): Möglichkeiten und Grenzen retrospektiver Todesursachenrecherchen im Rahmen bundesweiter epidemiologischer Studien. Bundesgesundheitsblatt. 55: 431-435