

2 Gesundheitliche Lage

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Lebenserwartung in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung nimmt weiter zu: Laut Sterbetafel 2012/2014 hat ein männlicher Neugeborener eine durchschnittliche Lebenserwartung von 77 Jahren und 10 Monaten, im Vergleich dazu knapp fünf Jahre mehr sind es bei einer weiblichen Neugeborenen (82 Jahre und 7 Monate).

Im Jahr 2013 wiesen 15,7 % der Bevölkerung gesundheitliche Beeinträchtigungen auf, d. h. sie hatten eine lang andauernde Krankheit bzw. Unfallverletzung oder eine amtlich festgestellte Behinderung. 2009 lag dieser Anteil noch um 1,3 Prozentpunkte niedriger bei 14,4 %.

2013 waren gut 581 492 Personen pflegebedürftig nach dem SGB XI. Gegenüber 2009 ist die Zahl der Pflegebedürftigen um 72 347 Personen gestiegen. Knapp zwei Drittel (64,8 %) der Pflegebedürftigen waren weiblich. Über vier Fünftel (82,5 %) der Pflegebedürftigen waren bereits 65 Jahre und älter.

Im Jahr 2013 haben 22,3 % der Frauen und 29,8 % der Männer regelmäßig oder gelegentlich geraucht, gegenüber 2009 ist dies eine Verringerung um 0,5 bzw. 1,5 Prozentpunkte. Überdurchschnittlich hoch war die Raucherquote bei den 30- bis unter 65-Jährigen.

2.1 Einleitung

Gesundheit wird von den meisten Menschen als hohes persönliches und gesellschaftliches Gut betrachtet. Besonders die Konfrontation mit Krankheit – durch eigene durchgestandene Krankheiten, zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter, gesundheitliche Probleme im Umfeld und das sich nähernde Lebensende – kann den Wert von Gesundheit im Leben eines Menschen hervorheben. Eine Krankheit kann für den betroffenen Menschen mit einer Einschränkung der Lebensqualität sowie der Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten einhergehen. Dies umso mehr, wenn Rahmenbedingungen wie Wohnen, Verkehrs- und Kommunikationswege nicht barrierefrei gestaltet oder Hilfsangebote nur eingeschränkt vorhanden sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die zentrale Säule zur Absicherung der Bevölkerung gegen Krankheitsrisiken und deren Folgen, zur gesundheitlichen Prävention und Versorgung. Im Jahr 2011 waren 88,2 % der nordrhein-westfälischen Bevölkerung über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert, 11,8 % waren privat krankenversichert.¹³⁾

Seit 2010 gab es relevante Änderungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung: Am 1. Januar 2011 ist das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) in Kraft getreten. Neben einer Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes von 14,9 % auf 15,5 % sieht das

13) Seit dem 1. Januar 2009 besteht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, d. h. alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland müssen sich bei einem in Deutschland zugelassenen Krankenversicherer gegen Krankheitskosten versichern. Dennoch waren 2011 bundesweit 137 000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz, dies entsprach 0,2 % der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2012a).

II.2 Gesundheitliche Lage

Gesetz eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 7,3 % vor. Zudem ist ein Beitragsanteil von 0,9 % nur von den Versicherten zu tragen. Diese Abkehr von der paritätischen Finanzierung bedeutet eine Verschiebung der Kosten zulasten der Versicherten. Zukünftige Kostensteigerungen werden daher hauptsächlich von den Versicherten über einkommensabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden, die von den Krankenkassen unbegrenzt erhoben werden dürfen.¹⁴⁾

Mit dem am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung auf 14,6 % gesenkt, zudem wurde der nur von den Versicherten zu tragende Beitragsanteil in Höhe von 0,9 % wieder abgeschafft. Die Einziehung von einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen bleibt jedoch bestehen.

Die seit 2004 bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhobene sogenannte Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro bei Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapeutenbesuchen sowie im kassenärztlichen Notdienst war zum 1. Januar 2013 wieder abgeschafft worden. Die Praxisgebühr war u. a. angelegt als Instrument zur (Mit-)Finanzierung der Krankheitskosten, gleichzeitig ging damit jedoch auch eine Verlagerung der Kosten von der gesamten Versichertengemeinschaft auf die Kranken einher. Eine weitere Intention der Einführung der Praxisgebühr war die Steuerung der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch einen negativen Anreiz. Dies hatte mutmaßlich zur Folge, dass Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und aus untersten Einkommensgruppen aus finanziellen Gründen auf Arztbesuche verzichteten (Böcken et al 2005).

Zahlreiche Studien belegen, dass Krankheits- und Sterberisiken in der Bevölkerung ungleich verteilt sind und ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Krankheitsrisiko sowie einer verringerten Lebenserwartung einhergeht (Lampert/Kroll 2014; Lampert/Kroll 2010; Lampert/Kroll/Dunkelberg 2007; Luy 2006: 13-14). Dies wird zum einen auf die ungleichen Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen, ungleiche Chancen im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, psychosoziale Faktoren sowie Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückgeführt (Richter/Hurrelmann 2007: 8). Zum anderen kann eine Armutslage aber auch die Folge eines schlechten Gesundheitszustands sein, wenn z. B. die gesundheitliche Beeinträchtigung mit einer Beschränkung der Möglichkeiten zur Erwerbsbeteiligung einhergeht. Auf die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Armut bzw. sozioökonomischem Status wird in Kapitel III.3.6.3 näher eingegangen.

In diesem Kapitel werden grundlegende Informationen zum Gesundheitszustand der nordrhein-westfälischen Bevölkerung dargestellt. Kapitel II.2.2 geht zunächst auf die grundlegenden Mortalitätsindikatoren, die Lebenserwartung bei Geburt sowie die Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit ein. Sodann wird die Verbreitung gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Bevölkerung differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht in den Blick genommen. Im Kapitel II.2.3 wird auf das Thema Pflegebedürftigkeit eingegangen.

14) Die Zusatzbeiträge sind individuell auf 2 % des jährlichen beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten gedeckelt.

Kapitel II.2.4 wendet sich unter dem Aspekt gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dem Rauchen zu. Seit langem ist unzweifelhaft, dass der Konsum von Tabakprodukten erhebliche Gesundheitsschäden für die direkten wie indirekten Konsumenten zur Folge hat und eine Verringerung der Lebenserwartung bedeutet. Dargestellt werden daher die Entwicklung und Verbreitung des Tabakkonsums in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung.

2.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung

In Nordrhein-Westfalen, wie auch in Deutschland insgesamt, hat sich der langfristige Trend ansteigender Lebenserwartung auch in diesem Jahrtausend weiter fortgesetzt. Erhöht hat sich nicht nur die Lebenserwartung bei Geburt, sondern auch die Lebenserwartung im Alter.¹⁵⁾ Die seit dem vorletzten Jahrhundert realisierten deutlichen Gewinne an Lebensjahren waren Folge der Reduzierung der Sterblichkeit insbesondere im Säuglings- und jungen Kindesalter. Hingegen sind die Zugewinne an Lebensjahren ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend auf den Anstieg der Lebenserwartung bei den 65-Jährigen und älteren zurückzuführen (Doblhammer/Kreft/Dethloff 2012).

Nach der aktuellen Sterbetafel 2012/2014, d. h. basierend auf den durchschnittlichen Sterblichkeitsverhältnissen der Jahre 2012 bis 2014, hatte ein männlicher Neugeborener in Nordrhein-Westfalen eine Lebenserwartung von 77 Jahren und 10 Monaten: Knapp Fünf Jahre höher lag die durchschnittliche Lebenserwartung einer weiblichen Neugeborenen (82 Jahre und 7 Monate). Gegenüber den Vorjahren bedeutet dies einen fortgesetzten, leichten Anstieg.

Die Lebenserwartung bei Geburt liegt damit in NRW – ebenfalls wie in den Vorjahren – etwas unter dem Durchschnitt für Westdeutschland (ohne Westberlin). Die Differenz beträgt bei den männlichen Neugeborenen sieben Monate und bei den weiblichen Neugeborenen sechs Monate.

Die in der Landesgesundheitsberichterstattung NRW¹⁶⁾ berichteten Zahlen zur Lebenserwartung in den nordrhein-westfälischen Kreisen bzw. kreisfreien Städten lassen deutliche regionale Unterschiede erkennen. Wie bereits in den Vorjahren fällt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach der Sterbetafel 2011/2013 in Bonn für beide Geschlechter am höchsten aus, nämlich für weibliche Neugeborene um 1 Jahr und 6 Monate und bei den männlichen Neugeborenen um 1 Jahr und 11 Monate über dem jeweiligen Landesdurchschnitt. Dagegen ist die Lebenserwartung in Gelsenkirchen für beide Geschlechter am niedrigsten: Gemessen am Landesdurchschnitt liegt die Lebenserwartung bei weiblichen Neugeborenen um 2 Jahre und 3 Monate niedriger, bei neugeborenen Jungen um 2 Jahre und 10 Monate niedriger.

Mit der steigenden Lebenserwartung kann ein erhöhtes Risiko der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit in höheren Altersstufen einhergehen. Hier stellt sich die Frage, ob der Gewinn an Lebenszeit auch mit einem Gewinn an Lebenszeit bei guter Gesundheit einhergeht. Im Mittelwert der Jahre 2011 – 2013 hatten weibliche Neugeborene eine

15) Vgl. auch die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung 65-Jähriger in Kapitel IV.4.6.1.

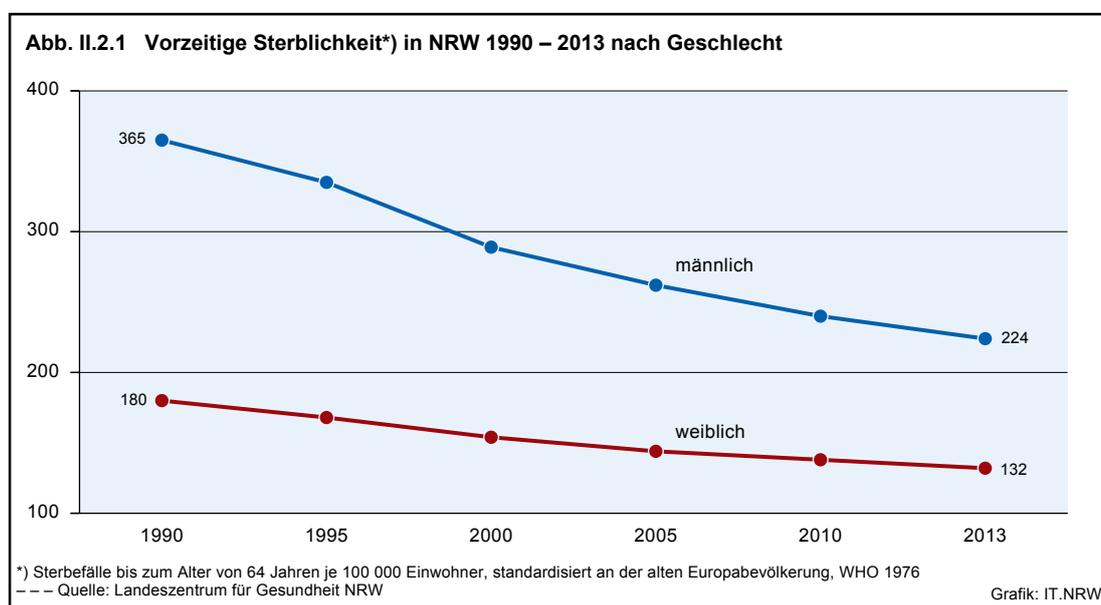
16) Vgl. LZG.NRW: Indikatoren Länder-GBE, Indikator 03.10; <https://www.lzg.nrw.de/00indi/Odata/03/03-10-00.html>; Zugriff am 04.11.2015.

II.2 Gesundheitliche Lage

durchschnittliche Lebenserwartung ohne Schwerbehinderung von 75 Jahren, männliche Neugeborene von knapp 70 Jahren. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lebenserwartung haben männliche Neugeborene mit 7,9 Jahren eine etwas längere Lebensspanne mit Behinderungen zu erwarten als weibliche Neugeborene (7,4 Jahre). Im Vergleich zur vorherigen Sterbetafel 2009/2011 hat sich die voraussichtliche Lebenszeit mit Behinderung für beide Geschlechter erhöht (weiblich: +0,3 Jahre; männlich: +0,2 Jahre).¹⁷⁾ Die Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung ist demzufolge in den jüngsten Jahren mit einer Verlängerung der zu erwartenden Lebensjahre mit Behinderung einhergegangen. Im Trend fällt diese jedoch geringer aus als der Zugewinn an Lebenszeit.

Als vorzeitige Sterblichkeit werden Sterbefälle bezeichnet, die deutlich vor Erreichen der durchschnittlichen Lebenserwartung erfolgen. Hohe bzw. steigende Zahlen bei der vorzeitigen Sterblichkeit können auch Hinweise auf erhöhte, vermeidbare Gesundheitsrisiken geben.

Abbildung II.2.1 weist die Entwicklung der Sterbefälle vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres bezogen auf 100 000 Einwohner aus.¹⁸⁾ Im Jahr 2013 starben in Nordrhein-Westfalen 224 Männer und 132 Frauen jeweils je 100 000 Einwohner desselben Geschlechts vorzeitig, also vor Erreichen des 65. Geburtstages. Die vorzeitige Sterblichkeit ging seit 1990 für beide Geschlechter nahezu kontinuierlich zurück. Der Rückgang fiel bei der männlichen Bevölkerung deutlicher aus (–29,9 %) als bei der weiblichen (–26,5 %). Dadurch hat sich der geschlechtsspezifische Abstand in der vorzeitigen Sterblichkeit weiter verringert.

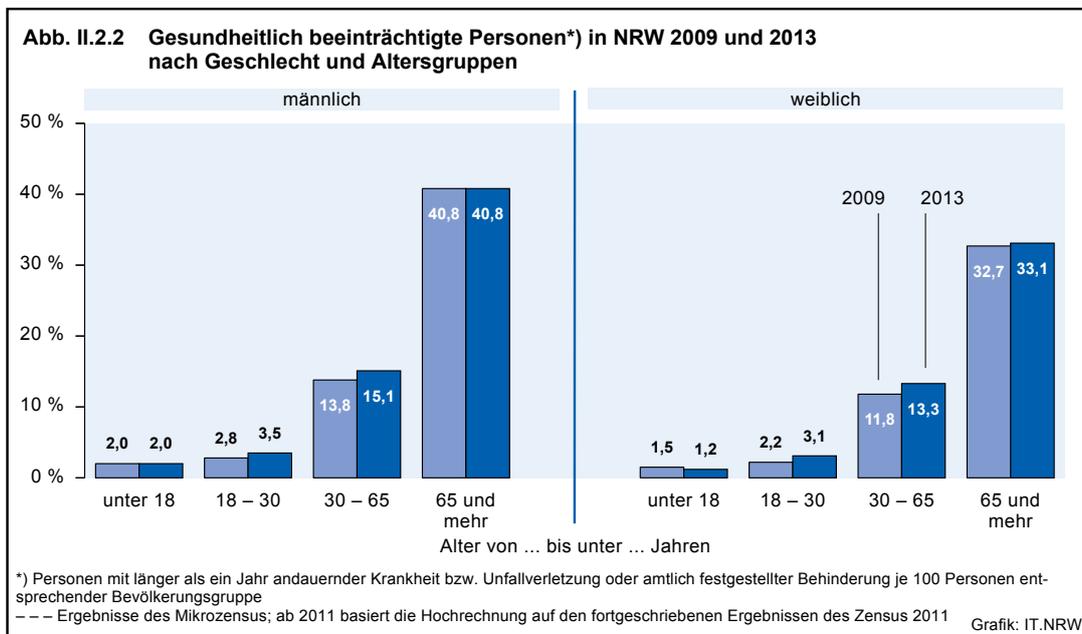


Ein zentraler Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist die Verbreitung gesundheitlicher Beeinträchtigungen: Zu den gesundheitlich beeinträchtigten Personen zählen im Folgenden solche mit einer chronischen Krankheit (Krankheit bzw. Unfallverletzung mit einer Dauer von einem Jahr oder länger) oder Personen mit einer amtlich festgestellten Behinderung.

17) Vgl. LZG.NRW: Indikatoren Länder-GBE, Indikator 3.11; https://www.lzg.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laender/themen3_1/index.html; Zugriff am 04.11.2015

18) Die Sterbefälle werden auf Basis der sogenannten alten Europabevölkerung altersstandardisiert. Die Altersstandardisierung unterstellt den Gruppen der Männer und Frauen eine identische Altersstruktur, so dass ein direkter Vergleich der Sterblichkeit zwischen Frauen und Männern möglich ist.

Insgesamt 15,7 % der Bevölkerung zählten im Jahr 2013 zu denjenigen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, 2009 lag dieser Anteil um 1,3 Prozentpunkte niedriger bei 14,4 %. Die männliche Bevölkerung ist mit 16,5 % (2009: 15,2 %) häufiger betroffen als die weibliche Bevölkerung mit 15,0 % (2009: 13,7 %). Wie Abbildung II.2.2 verdeutlicht, steigt der Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten Personen deutlich mit dem Alter an.



Bei Personen im Alter von unter 30 Jahren liegen die Anteile der gesundheitlich Beeinträchtigten noch deutlich im einstelligen Prozentbereich. Erst im späteren Erwachsenenalter (30 bis unter 65 Jahre) ist ein größerer Kreis der Bevölkerung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen: 2013 traf dies auf 13,3 % der Frauen zu und auf 15,1 % der Männer. Die entsprechenden Anteile steigen ab dem Rentenalter deutlich: Bei den 65-Jährigen und Älteren waren schließlich etwa jede dritte Frau (33,1 %) und etwa zwei Fünftel der Männer (40,8 %) gesundheitlich beeinträchtigt.

Im Vergleich 2013 gegenüber 2009 ist die auffälligste Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter (30 bis unter 65 Jahre) erkennbar: In dieser Altersgruppe nahm bei Frauen der Anteil der gesundheitlich Beeinträchtigten um 1,5 Prozentpunkte, bei Männern um 1,3 Prozentpunkte zu. In den übrigen Altersgruppen fallen die Änderungen im Zeitvergleich nur gering aus.

2.3 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit wird die Zahlung eines Pflegegeldes oder von Zuschüssen zu den Pflegekosten gewährt. Die Prüfung über das Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit obliegt den Kranken- und Pflegekassen bzw. im Falle einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung den Versicherungsunternehmen. Daten zu Angebot und Nachfrage pflegerischer Versorgung liefert die alle zwei Jahre durchgeführte Pflegestatistik.

II.2 Gesundheitliche Lage

Information und Technik Nordrhein-Westfalen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist – hauptsächlich bedingt durch die Alterung der Gesellschaft – seit 2005 stetig gestiegen. Im Dezember 2013 waren 581 492 Menschen in Nordrhein-Westfalen pflegebedürftig, gegenüber 2009 ist dies eine Zunahme um 72 347 Personen. Knapp zwei Drittel (64,8 %) der Pflegebedürftigen im Jahr 2013 waren Frauen.

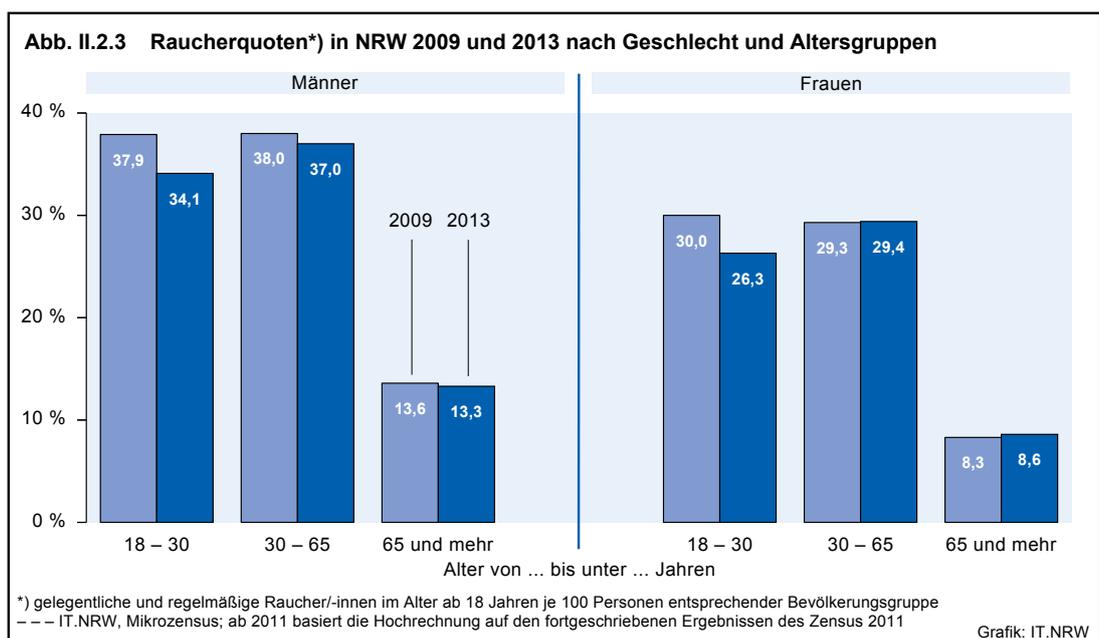
Die überwiegende Mehrheit (82,5 %) der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter. Aufgrund dieser Altersstruktur wird auf die Entwicklung und Struktur der Pflegebedürftigkeit näher in Kapitel IV.4.6.2 eingegangen.

2.4 Gesundheitsrelevantes Verhalten: Rauchen

Rauchen erhöht das Risiko für (chronische) Erkrankungen und für eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung. Beim Rauchverhalten werden Unterschiede nach der sozialen Herkunft konstatiert, die insgesamt zur sozialen Ungleichheit im Gesundheitszustand sowie zum Auseinanderdriften der Lebenserwartung nach sozio-ökonomischem Status beitragen (vgl. Kuntz/Hoebel/Lampert: 2014; siehe auch Kapitel III.3.6.3).

Rauchen ist in der nordrhein-westfälischen Bevölkerung weniger verbreitet als in den Jahren zuvor. Als Raucherinnen und Raucher gelten hier Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die angeben, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen. Männer rauchen häufiger als Frauen. Dabei ist der Anteil der rauchenden Männer von 2005 (33,5 %) über 2009 (31,3 %) bis ins Jahr 2013 (29,8 %) kontinuierlich gesunken. Gleiches gilt für die Frauen: Die Raucherquote sank ausgehend von 24,8 % im Jahr 2005 auf 22,8 % im Jahr 2009 und schließlich auf 22,3 % im Jahr 2013.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Frauen: 20,3 %, Männer: 29,0 %) fällt der Raucheranteil der nordrhein-westfälischen Frauen und Männer damit leicht überdurchschnittlich aus (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b).



II.2 Gesundheitliche Lage

Am höchsten waren die Raucheranteile in Nordrhein-Westfalen 2013 bei den 30- bis unter 65-Jährigen (Frauen: 29,4 %, Männer: 37,0 %). Deutlich geringer ist die Raucherquote bei den Älteren: 13,3 % der Männer und 8,6 % der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren haben im Jahr 2013 gelegentlich oder regelmäßig geraucht.

Von 2009 auf 2013 sank der Anteil der Raucherinnen und Raucher am stärksten in der jungen Bevölkerung: Bei den 18- bis unter 30-jährigen Männern bzw. Frauen nahm die Raucherquote 2013 gegenüber 2009 gleichermaßen um 3,8 bzw. 3,7 Prozentpunkte ab.

Bei den Männern in der Altersgruppe der 30– bis unter 65–Jährigen ist ein geringerer Rückgang der Raucherquote festzustellen (–1,0 Prozentpunkte), bei den gleichaltrigen Frauen blieb die Raucherquote nahezu konstant. Auch im Rentenalter zeigen sich im Zeitvergleich für Frauen wie Männer nur geringe Veränderungen im Rauchverhalten.

Wie Hollereeder (2013) anhand von Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2009 zeigt, bestehen in Nordrhein-Westfalen auch regionale Disparitäten im Tabakkonsumverhalten. Besonders hohe Anteile an Rauchenden in der Erwerbsbevölkerung im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurden für Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebietes festgestellt. Die Untersuchung zeigt, dass ein hoher statistischer Zusammenhang auf regionaler Ebene zwischen Transferleistungsquoten (SGB II und SGB III) und Raucherquote besteht.

II.2 Gesundheitliche Lage

Information und Technik Nordrhein-Westfalen
