



# GESUNDHEITSUMFRAGE 2013

## BERICHT 1: GESUNDHEIT UND VORSORGE ZUSAMMENFASSUNG DER UMFRAGEERGEBNISSE



# **GESUNDHEITSUMFRAGE 2013**

**BERICHT 1 : GESUNDHEIT UND VORSORGE  
ZUSAMMENFASSUNG DER UMFRAERGEERGEBNISSE**

## **Die Auftraggeber der Gesundheitsumfrage:**

Laurette Onkelinx  
Ministerin für Soziales, Gesundheit und Umwelt (Föderale Regierung)

Jo Vandeurzen  
Flämischer Minister für Gesundheit, Vorsorge und Familie (Flämische Gemeinschaft)

Guy Van Hengel  
Minister der Regierung der Region Brüssel-Hauptstadt (Region Brüssel-Hauptstadt)

Didier Gosuin  
Minister der Regierung der Region Brüssel-Hauptstadt (Region Brüssel-Hauptstadt)

Joëlle Milquet  
Vize-Präsidentin und Ministerin für Unterricht, Kultur und Kind (Französische Gemeinschaft)

Maxime Prévot  
Vize-Präsident und Minister für Öffentliche Arbeiten, Gesundheit, Soziales und Kulturerbe (Wallonische Region)

Antonios Antoniadis  
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Deutschsprachige Gemeinschaft)

Die Gesundheitsumfrage 2008 wurde durch die Operative Direktion Volksgesundheit und Überwachung (WIV-ISP) in Zusammenarbeit mit der Allgemeinen Direktion Statistik durchgeführt.

## **Das Umfrageteam der WIV-ISP (in alphabetischer Reihenfolge)**

Rana Charafeddine  
Stefaan Demarest  
Sabine Drieskens  
Lydia Gisle  
Jean Tafforeau  
Johan Van der Heyden  
Kalidou Sarr

## **Organisation der Tätigkeiten vor Ort durch die Allgemeine Direktion Statistik**

Erik Meersseman  
Sandrine Dewaleffe

## **Administrative Unterstützung**

Els Delporte  
Monique Schoonenburg  
Marie-Joelle Robberechts  
Tadek Krzywania

## TABLE DES MATIÈRES

Einleitung .....	7
Subjektive Gesundheit.....	7
Chronische Erkrankungen .....	9
Chronische Erkrankungen im Allgemeinen .....	10
Spezifische chronische Erkrankungen .....	10
Multimorbidität .....	13
Langfristige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit .....	17
Geistige Gesundheit - Wohlbefinden und Vitalität.....	19
Emotionale Probleme.....	21
Suizidales Verhalten .....	23
Konsum psychotroper Medikamente.....	25
Körperliche Schmerzen .....	27
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	29
Krankheitsbedingter Arbeitsausfall.....	31
Methodologische Erläuterung .....	33



## EINLEITUNG

Alle Minister, die auf föderaler, regionaler und Gemeinschaftsebene für den Bereich Volksgesundheit zuständig sind, haben beschlossen, im Jahr 2013 die Organisation einer fünften Gesundheitsumfrage in Auftrag zu geben, die dem Zweck dient, ihre Politik besser auszurichten. Mit der Zielsetzung der Gewährleistung einer kohärenten Vorgehensweise und aufgrund der größenbedingten Kostenvorteile wurde beschlossen, diese Umfrage von nur einem Institut durchführen zu lassen. Dieser Auftrag wurde dem ‚Wissenschaftsinstitut für Öffentliche Gesundheit‘ (WIV-ISP) erteilt.

Diese Umfrage richtete sich an alle offiziell gemeldeten Einwohner des Landes und es gab keinerlei Altersbeschränkungen. Für das Sammeln der Gesundheitsdaten wurden 8.850 Haushalte kontaktiert und davon nahmen 5.049 (57%) an der Umfrage teil.

Insgesamt wurden 10.829 Personen zuhause befragt: 3.512 Personen in der Flämischen Region, 3.103 Personen in der Region Brüssel-Hauptstadt und 4.214 Personen in der Wallonischen Region. Durch den Einsatz von Gewichtungstechniken konnten repräsentative Ergebnisse für das ganze Land und für jede Region generiert werden.

## SUBJEKTIVE GESUNDHEIT

### KERNASPEKTE

- Mehr als eine von fünf Personen ab einem Alter von 15 Jahren gibt in Belgien an, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben.
- Ein schlechter Gesundheitszustand und ein fortgeschrittenes Alter gehen Hand in Hand.
- Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und der sozialen Position.
- Einwohner der Region Flandern sind – im allgemeinen – zufriedener mit ihrer Gesundheit, aber der Unterschied zur Wallonischen Region ist im Vergleich zu vorangegangenen Umfragen kleiner geworden.
- Der Prozentsatz der Personen, der mitteilt, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, geht mit der Zeit leicht zurück.

Die subjektive Gesundheit ist ein Thema, das im Rahmen von Gesundheitsumfragen sehr häufig behandelt wird. Das Konzept basiert auf der Frage, wie eine Person selbst ihre Gesundheit einschätzt. Es handelt sich dabei folglich um eine absolut subjektive Sichtweise, die eventuell nicht nur Aufschlüsse über die körperliche Gesundheit, sondern auch über die psychische und soziale Gesundheit zulässt. Zahlreiche Untersuchungen haben bewiesen, dass ein starker Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und Erkrankungen, der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und der Mortalität besteht.

Im Rahmen der Umfrage wurde die Frage nach der subjektiven Gesundheit so eingesetzt, wie sie durch die Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird und wie sie in den Fragenkatalog der Europäischen Gesundheitsumfrage aufgenommen wurde. Die subjektive Gesundheit wurde auf der Grundlage der allgemeinen Beurteilung der Gesundheit durch den Umfrageteilnehmer eingeschätzt: entweder ‚sehr gut oder gut‘, oder ‚akzeptabel, schlecht oder sehr schlecht‘.

Im Jahr 2013 beurteilen 77,9% der belgischen Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren die eigene Gesundheit als ‚gut oder sehr gut‘. Dagegen vertreten 22,1% der Bevölkerung die Ansicht, dass die eigene Gesundheit akzeptabel, schlecht oder sogar sehr schlecht ist.

Aus den Ergebnissen der verschiedenen Gesundheitsumfragen seit dem Jahr 1997 geht hervor, dass die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Frauen immer negativer ausfällt als bei Männern. Dieser Unterschied war früher allerdings ausgeprägter (bis zu 7% Unterschied zwischen Männern und Frauen im Jahr 1997). 2013 ist dieser Unterschied recht gering (23,6% der Frauen schildern einen schlechten Gesundheitszustand, im Vergleich sind dies 20,4% der Männer).

Die subjektive Gesundheit verändert sich mit dem Alter: bei Personen im Alter ab 75 Jahren geben lediglich 56,4% an, einen guten Gesundheitszustand zu haben. Unterschiede zwischen Männern und Frauen gestalten sich immer zum Nachteil der Frauen, abgesehen von der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren.

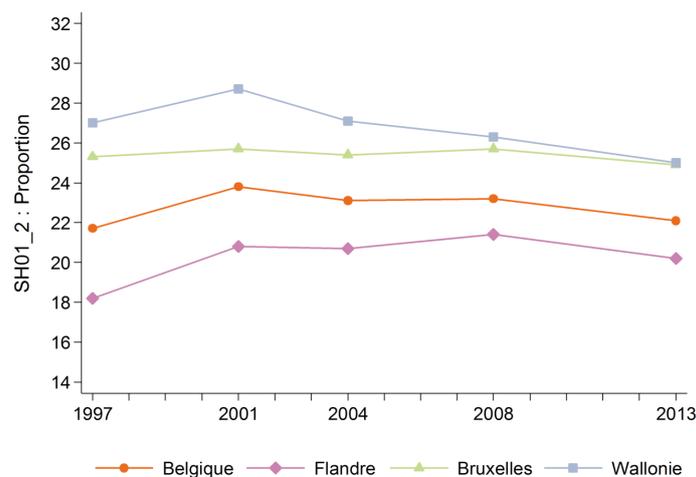
Die subjektive Gesundheit variiert auch auf der Grundlage des Bildungsniveaus: Personen mit geringem Bildungsniveau geben relativ gesehen häufiger an, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben als Personen mit einem hohen Bildungsniveau.

In der Region Flandern teilen 20,2% der Bevölkerung mit, subjektiv einen schlechten Gesundheitszustand zu haben. In der Region Brüssel-Hauptstadt sind das 24,9% und in der Wallonischen Region sind es 25%.

Wenn Änderungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur berücksichtigt werden, kann für Belgien eine leichte, aber substantielle Veränderung des Prozentsatzes der Personen festgestellt werden, die einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand angeben.

Die Entwicklung des Anteils der Bevölkerung, der mit fortschreitender Zeit einen schlechten Gesundheitszustand angibt, verläuft nicht in allen Regionen gleich: in der Region Flandern ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen, in der Region Brüssel-Hauptstadt sind die Ergebnisse unverändert, während in der Wallonischen Region ein erheblicher Rückgang festzustellen ist. Dennoch bleiben die Zahlen für die Region Flandern etwas positiver als für die Wallonische Region.

Abbildung 1 | Anteil der Bevölkerung (ab 15 Jahren) mit einer schlechten subjektiven Gesundheit, pro Jahr und für jede Region, Gesundheitsumfrage, Belgien



Es ist möglich, die Ergebnisse für Belgien mit den anderen europäischen Mitgliedsstaaten zu vergleichen. Dies geschieht über die Daten der SILC (Survey on Income and Living Conditions), die auf der

Webseite von Eurostat veröffentlicht wurden: Belgien befand sich im Jahr 2012 unter dem europäischen Durchschnitt.

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die subjektive Gesundheit stellt für Belgien eine Konstante dar, obwohl in diesem Zusammenhang angemerkt werden muss, dass dieser Unterschied im Jahr 2013 nicht mehr sehr ausgeprägt ist. Dieses Phänomen wird auch in den anderen europäischen Ländern konstatiert.

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren weniger ausgeprägt. Das ist das Alter, in dem die Mehrheit der Bevölkerung in den Ruhestand wechselt. Eventuell hat dieser Umstand vor allen Dingen bei Männern dieser Altersgruppe eine Auswirkung auf die Beurteilung der eigenen Gesundheit.

**Tabelle 1 |** Entwicklung der Indikatoren der subjektiven Gesundheit

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der ...					
die eigene Gesundheit als akzeptabel bis sehr schlecht beurteilt	21,7%	23,8%	23,1%	23,2%	22,1%
- die eigene Gesundheit als gut bis sehr gut beurteilt	78,3%	76,2%	76,9%	76,8%	77,9%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

### KERNASPEKTE

- Mehr als 1 von 4 Personen ab einem Alter von 15 Jahren teilt mit, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, die im Rahmen der Gesundheitsumfrage als eine „Langzeitkrankheit, Langzeiterkrankung oder Langzeitbehinderung“ definiert ist.
- Die am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen, sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in der Personengruppe ab 65 Jahren, sind Probleme im unteren Rücken, Arthrose, Bluthochdruck und ein zu hoher Cholesteringehalt im Blut.
- Zwischen 1997 und 2013 ist die Anzahl der Personen mit hohem Blutdruck, Diabetes, Arthrose und Schilddrüsenerkrankungen in der allgemeinen Bevölkerung systematisch angestiegen.
- Die meisten chronischen Erkrankungen sind bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau. Allergien treten allerdings bei Menschen mit hohem Bildungsniveau häufiger auf.
- Mehr als 1 von 3 Personen ab 65 Jahren hat mindestens zwei relevante chronische Erkrankungen (Multimorbidität).
- Die zunehmende Anzahl von Personen mit Multimorbidität zeigt, dass die integrale Pflege, bei der verschiedene Akteure auf koordinierte Weise zusammenarbeiten, zukünftig immer häufiger erforderlich sein wird.

Bei den chronischen Erkrankungen handelt es sich in erster Linie um Herz- und Gefäßerkrankungen, Krebs, chronische Lungenerkrankungen und Diabetes. Es treten aber auch zahlreiche andere Erkrankungen wie zum Beispiel psychische Erkrankungen, Arthrose, Nierenerkrankungen etc. auf, die ebenfalls unter diese Bezeichnung fallen. Chronische Erkrankungen bringen spezifische Folgen für den Alltag und den Umfang der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens mit sich.

Eine Gesundheitsumfrage liefert Informationen über das Auftreten chronischer Erkrankungen in der allgemeinen Bevölkerung auf der Grundlage der individuellen Angaben der befragten Personen. Es handelt sich folglich nicht um medizinische Diagnosen. Dennoch sind Umfragedaten über chronische Erkrankungen von großer Bedeutung, weil sie zeigen, in welchem Maße die Menschen selbst empfinden, dass sie (nicht) chronisch krank sind. Außerdem sind diese Umfragedaten häufig die einzige Informationsquelle über die Größenordnung relevanter Gesundheitsprobleme in der allgemeinen Bevölkerung.

In diesem Kapitel gehen wir sukzessive ein auf:

- chronische Erkrankungen im Allgemeinen;
- spezifische chronische Erkrankungen oder Erkrankungen mit chronischen Folgen;
- Multimorbidität (das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bei derselben Person).

## CHRONISCHE ERKRANKUNGEN IM ALLGEMEINEN

Mehr als eine von vier Personen (28,5%) ab einem Alter von 15 Jahren gibt über sich selbst an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Dies wird im Rahmen der Gesundheitsumfrage an Hand der folgenden Frage beurteilt: „Leiden Sie an einer oder mehrere Langzeitkrankheiten, Langzeiterkrankungen oder Langzeitbehinderungen?“. Der Prozentsatz der Personen mit einer chronischen Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter stark an. Bei jungen Menschen in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren sind dies 9,6%; bei Menschen der Altersgruppe ab 75 Jahren ist es beinahe die Hälfte (48,8%). Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher die Gefahr einer chronischen Erkrankung. In der Region Flandern finden wir einen geringeren Anteil von Menschen mit einer chronischen Erkrankung (27,2%) als in der Region Brüssel-Hauptstadt (30,5%) und in der Wallonischen Region (30,2%). Fast 40% der Personen mit einer chronischen Erkrankung sind dadurch im Alltagsleben dauerhaft eingeschränkt und 3,3% sind dauerhaft bettlägerig. Der Anteil der Personen, der mitteilt, eine chronische Erkrankung zu haben, ist zwischen 1997 und 2014 relativ stabil geblieben.

## SPEZIFISCHE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Im Rahmen der Gesundheitsumfrage wird das Auftreten von 38 spezifischen chronischen Erkrankungen beziehungsweise Erkrankungen, die chronische Folgen haben, abgefragt. Die Auswahl der Erkrankungen hat mit der Häufigkeit des Auftretens und mit der Bedeutung der Erkrankung im Bereich der Volksgesundheit zu tun.

In Tabelle 1 werden die Top 10 der am häufigsten vorkommenden Erkrankungen bei Personen ab 15 Jahren angegeben. Für bestimmte Erkrankungen (wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck und hohen Cholesteringehalt im Blut) liegen diese Anteile sicherlich zu niedrig, weil Personen, die selbst nicht wissen, dass sie an dieser Erkrankung leiden, nicht einbezogen werden.

**Tabelle 2 |** Die am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung ab 15 Jahren, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013

Männer		Frauen	
Beschwerden im unteren Rücken	18,7%	Beschwerden im unteren Rücken	22,7%
Hoher Cholesteringehalt im Blut	16,3%	Arthrose	21,2%
Bluthochdruck	15,6%	Bluthochdruck	17,3%
Allergie	12,7%	Hoher Cholesteringehalt im Blut	17,3%
Arthrose	11,8%	Allergie	15,6%
Beschwerden an Hals und Nacken	9,1%	Beschwerden an Hals und Nacken	14,3%
Arthritis	6,5%	Schwere Kopfschmerzen wie zum Beispiel Migräne	13,2%
Diabetes	5,4%	Arthritis	9,6%
Schwere Kopfschmerzen wie zum Beispiel Migräne	5,1%	Schilddrüsenerkrankungen	9,6%
Depression	4,9%	Depression	8,3%

Die Top 5 der am häufigsten auftretenden Erkrankungen sind bei Männern und Frauen gleich, obwohl die Reihenfolge nicht genau dieselbe ist. Es handelt sich um zwei Erkrankungen des Bewegungsapparats (Beschwerden im unteren Rücken und Arthrose), zwei kardiovaskuläre Risikofaktoren (Bluthochdruck und hoher Cholesteringehalt im Blut) und Allergie.

Praktisch alle chronischen Erkrankungen treten im höheren Alter häufiger auf. Bei Personen ab 65 Jahren liegt die Prävalenz zwar ein Stück höher als in der allgemeinen Bevölkerung ab 15 Jahren, aber die Erkrankungen in den Top 10 sind zum Großteil dieselben, wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

**Tabelle 3 |** Die am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung ab 65 Jahren, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013

Männer		Frauen	
Bluthochdruck	35,5%	Arthrose	49,8%
Hoher Cholesteringehalt im Blut	31,9%	Hoher Cholesteringehalt im Blut	38,2%
Arthrose	28,4%	Bluthochdruck	38,0%
Beschwerden im unteren Rücken	27,5%	Beschwerden im unteren Rücken	34,2%
Prostatabeschwerden	16,8%	Arthritis	21,1%
Beschwerden an Hals und Nacken	16,2%	Beschwerden an Hals und Nacken	20,0%
Arthritis	15,4%	Osteoporose	19,5%
Diabetes	14,6%	Urininkontinenz	15,7%
Urininkontinenz	10,9%	Katarakt	13,4%
Allergie	10,2%	Schilddrüsenerkrankungen	13,2%
Katarakt	8,5%	Diabetes	12,4%

Bei Frauen stellen wir für eine Reihe von chronischen Erkrankungen höhere Prävalenzen als bei Männern fest. Das gilt für Arthrose, Arthritis, Beschwerden im unteren Rücken, Beschwerden an Hals und Nacken, Schilddrüsenleiden, Inkontinenz, chronische Blasenentzündung, Katarakt (Star), Allergie, Migräne, langfristige Abgeschlagenheit und Osteoporose. Nur für einige Erkrankungen (koronare Herzerkrankungen, andere schwer wiegende Herzerkrankungen und Nierensteine) liegt die Prävalenz bei Männern höher.

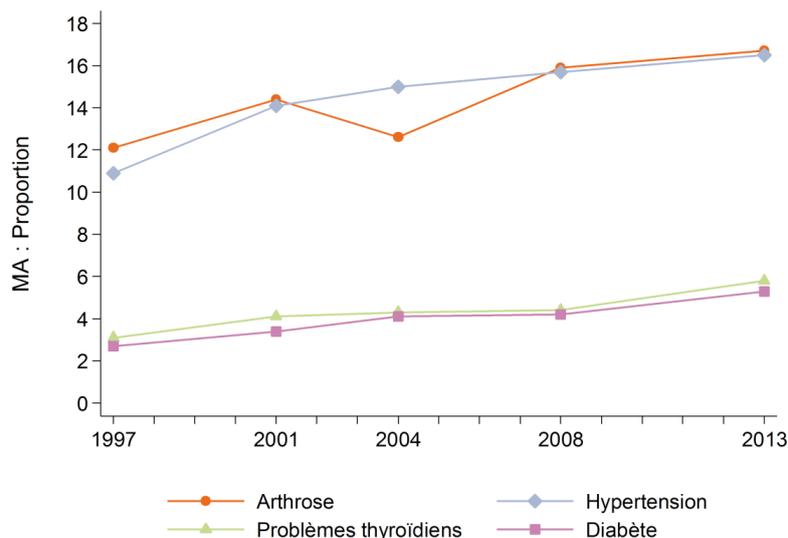
Die meisten Erkrankungen treten bei Menschen mit geringem Bildungsniveau häufiger auf als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau. Konkret handelt es sich dabei um schwer wiegende chronische Erkrankungen wie z. B. Herz- und Gefäßkrankheiten, chronische Lungenerkrankungen, Diabetes und schwerwiegende Nierenerkrankungen. Außerdem hat es den Anschein, dass einige sozioökonomische Ungleichheiten zunehmen. So wurden z. B. für Asthma und schwer wiegende Nierenerkrankungen in der Gesundheitsumfrage 2008 keine signifikanten sozioökonomischen Unterschiede festgestellt, während 2013 solche Unterschiede vorliegen. Lediglich Allergien treten bei Menschen mit hohem Bildungsniveau häufiger auf.

Regionale Unterschiede bei der Prävalenz von chronischen Erkrankungen sind allgemein betrachtet begrenzt. Einwohner der Region Brüssel-Hauptstadt berichten allerdings etwas häufiger von chronischen Erkrankungen als Einwohner der Wallonischen Region, die ihrerseits etwas häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als Einwohner der Region Flandern. Vor allem die deutlich höhere Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen in der Wallonischen Region im Vergleich zur Region Flandern fällt auf. Bemerkenswert ist, dass koronare Herzerkrankungen in der Region Flandern häufiger bei Menschen mit hohem Bildungsniveau auftreten, während das Risiko solcher Erkrankungen in der Wallonischen Region bei Menschen mit geringem Bildungsniveau höher ist.

### Die Aufsteiger

Die chronischen Erkrankungen, die zwischen 1997 und 2013 am stärksten zugenommen haben, sind Bluthochdruck, Diabetes, Arthrose und Schilddrüsenerkrankungen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 | Entwicklung des Anteils der Bevölkerung (ab 15 Jahren) mit Arthrose, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen und Diabetes zwischen 1997 und 2013, Gesundheitsumfrage, Belgien



Die Zunahme der Prävalenz von Bluthochdruck in der allgemeinen Bevölkerung ist im Hinblick auf die Volksgesundheit von grosser Bedeutung. Bluthochdruck ist schließlich ein wichtiger Risikofaktor für

Herz- und Gefäßerkrankungen, die immer noch eine der wichtigsten Todesursachen darstellen. Positiv ist, dass 94,3% der Personen mit Bluthochdruck mitteilen, in diesem Zusammenhang medizinisch betreut zu werden.

Aus den Zahlen der Gesundheitsumfrage geht außerdem eindeutig hervor, dass Belgien bei der aktuellen, weltweiten Diabetesepidemie keine Ausnahme bildet. Seit 1997 hat sich die Prävalenz von Diabetes in der belgischen Bevölkerung verdoppelt. Dies steht zum Teil in Zusammenhang mit dem zunehmenden Alter der Bevölkerung, aber auch wenn man diesen Faktor ausblendet, ist eine erhebliche Steigerung zu verzeichnen.

Auch die Zunahme von Arthrose ist in erheblichem Maße, aber nicht vollständig, auf die zunehmende Alterung der Gesellschaft zurückzuführen. Eine von drei Personen mit Arthrose geht deshalb nicht zu einem Arzt oder einem anderen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen.

Und abschließend sind auch Schilddrüsenerkrankungen Beschwerden, die in den vergangenen Jahren sehr stark zugenommen haben. In der Region Brüssel-Hauptstadt und in der Wallonischen Region hat sich die Anzahl der Personen mit einer solchen Erkrankung zwischen 1997 und 2013 sogar verdoppelt. In Flandern ist die Steigerung nicht ganz so ausgeprägt, aber dennoch erheblich.

### *Die Absteiger*

Andererseits ist die Prävalenz einiger chronischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren auch zurückgegangen. Dies ist der Fall bei koronaren Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, ernsthaften Darmerkrankungen, chronischer Blasenentzündung, schweren Kopfschmerzen wie beispielsweise Migräne und schweren oder chronischen Hauterkrankungen.

## MULTIMORBIDITÄT

Multimorbidität ist der allgemeine Begriff für das Auftreten von mehr als einer (chronischen) Erkrankung bei einer Person in einem bestimmten Zeitraum. Multimorbidität führt häufig zu zusätzlichen Gesundheitsproblemen. Das Auftreten von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen führt regelmäßig zu Problemen beim Patienten wie beispielsweise zu eingeschränkter Leistungsfähigkeit und zum Verlust von Lebensqualität, zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, einem größeren Risiko von Komplikationen bei Behandlungen und einem größeren Risiko eines frühen Todes. Weil häufig zahlreiche verschiedene Akteure aus dem Gesundheitswesen in die Behandlung involviert sind, droht eine Verpuffung der Versorgung.

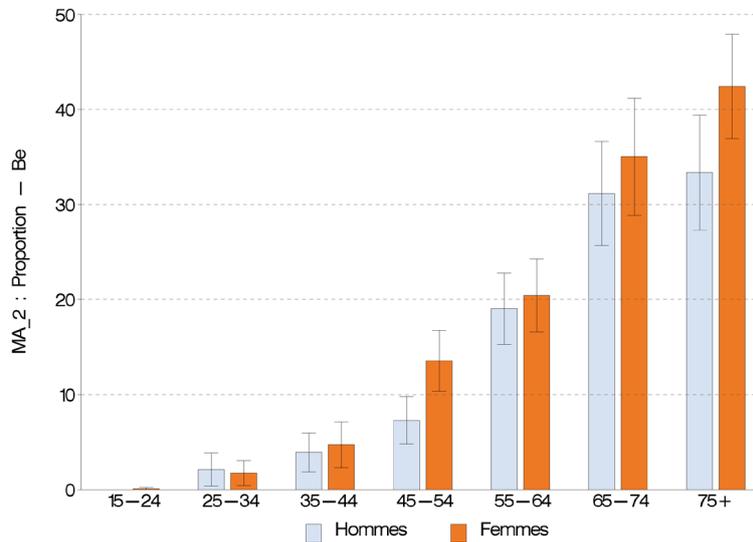
Eine eindeutige Definition des Begriffs Multimorbidität gibt es nicht. Die Prävalenz von Multimorbidität variiert daher auch sehr stark je nachdem, welche Studie man betrachtet. Im Rahmen der Gesundheitsumfrage wird der Begriff Multimorbidität als das Auftreten von mindestens 2 der folgenden Erkrankungen definiert: chronische Lungenerkrankung, schwere Herzerkrankung, Diabetes, Gelenkerkrankung (Arthritis oder Arthrose), Bluthochdruck und Krebs.

64,4% der Bevölkerung ab 15 Jahren haben keine dieser 6 Erkrankungen, 22,1% leiden an einer Erkrankung, 9,4% haben zwei Erkrankungen und 4,1% haben deren drei oder mehr. Multimorbidität liegt daher bei 13,5% der Bevölkerung vor.

Der Prozentsatz der Personen mit Multimorbidität steigt mit dem Alter stark an und sie kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern (Abbildung 3). Es gibt auch einen eindeutigen Bildungsgradienten. Je geringer das Bildungsniveau, desto höher die Gefahr einer Multimorbidität. Wenn man die Effekte von

Alter und Geschlecht ausblendet, kommt Multimorbidität 1,6 Mal häufiger bei Menschen mit geringem Bildungsniveau vor als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau.

Abbildung 3 | Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Multimorbidität in den vergangenen 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Der Anteil von Personen mit Multimorbidität hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, vor allen Dingen in der älteren Bevölkerungsgruppe. Zwischen 1997 und 2013 stieg der Anteil der Menschen mit Multimorbidität in der Personengruppe ab 65 Jahren von 30,6% auf 36,1%. Dieser Anstieg trat vor allen Dingen in der Region Flandern und in der Region Brüssel-Hauptstadt auf.

Unter politischen Gesichtspunkten bildet die zunehmende Anzahl von Menschen mit Multimorbidität eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen. Eine integrale Gesundheitsversorgung, bei der zahlreiche Akteure koordiniert zusammenarbeiten müssen, wird zukünftig immer häufiger erforderlich sein.

Tabelle 4 | Entwicklung der Indikatoren für chronische Erkrankungen

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der angibt, an einer oder mehreren Langzeiterkrankungen, Langzeitkrankheiten oder Langzeitbehinderungen zu leiden	27.5	28.9	26.9	31.5	28.5
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit einer spezifischen chronischen Erkrankung (oder mit einer spezifischen Erkrankung, die chronische Folgen hat)					
Beschwerden im unteren Rücken				20.5	20.8
Hoher Cholesteringehalt im Blut					16.8
Arthrose	12.1	14.4	12.6	15.9	16.7
Bluthochdruck	10.9	14.1	15.0	15.7	16.5
Allergie	12.7	13.9	13.4	13.3	14.2
Beschwerden an Hals und Nacken				11.5	11.8
Schwere Kopfschmerzen wie z. B. Migräne	11.5	10.9	9.3	9.6	9.3
Arthritis	6.6	7.8	7.1	7.3	8.1
Depression	6.5	6.3	5.9	6.0	6.7
Schilddrüsenerkrankung	3.1	4.1	4.3	4.4	5.8
Diabetes	2.7	3.4	4.1	4.2	5.3
Lang anhaltende Abgeschlagenheit		5.2	4.8	4.0	5.0
Asthma		4.7	4.3	4.2	4.3
Urininkontinenz				3.6	4.2
Osteoporose	2.8	4.3	3.9	4.7	4.1
Chronische Lungenerkrankung		6.0	5.8	4.0	4.0
Katarakt (Star)	1.3	2.0	2.3	2.8	3.0
Schwere oder chronische Hauterkrankung	3.5	3.5	3.7	2.9	2.8
Darmerkrankung, die länger als drei Monate anhält	3.5	3.5	3.2	3.1	2.8
Magengeschwür	3.0	3.8	3.3	3.8	2.7
Verengung der Blutgefäße in Bauch oder Beinen					2.4
Herzkrankung (kein Infarkt/keine koronare Herzkrankung)					2.2
Krebs	1.2	1.7	1.2	2.0	1.9
Chronische Blasenentzündung	1.9	1.9	2.1	1.4	1.7
koronare Herzkrankung				2.1	1.5
Schlaganfall	0.8	0.6	0.7	1.1	1.0
schwere Nierenerkrankung (außer Nierensteine)	0.8	0.7	0.6	0.7	1.0

Herzinfarkt				0.8	1.0
Glaukom	1.3	2.2	2.3	1.8	1.0
Epilepsie	0.6	0.7	0.8	0.7	0.9
Nierensteine	1.0	0.9	1.1	0.7	0.8
Gallensteine oder Gallenblasenentzündung	0.8	0.9	1.0	0.6	0.7
Lebererkrankung	0.9	0.9	0.8	0.5	0.6
Hüftfraktur	0.3	0.5	0.4	0.4	0.6
Makuladegeneration					0.6
Parkinson	0.3	0.4	0.3	0.4	0.5
Diabetische Retinopathie					0.1
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit mindestens zwei der folgenden chronischen Erkrankungen: chronische Lungenerkrankung, schwer wiegende Herzerkrankung, Diabetes, Gelenkbeschwerden (Arthritis oder Arthrose), Bluthochdruck, Krebs	8.9	11.4	11.5		13.5

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

# LANGFRISTIGE BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER LEISTUNGSFÄHIGKEIT

## KERNASPEKTE

- 16% der Bevölkerung ab 65 Jahren teilen mit, aufgrund von Beeinträchtigungen gezwungen zu sein, zuhause zu bleiben oder sogar permanent im Sessel zu sitzen oder im Bett zu liegen.
- Knapp weniger als die Hälfte der älteren Bevölkerung kreuzte in einer Liste von Basisaktivitäten mindestens eine Aktivität an, die sie nur schwer oder gar nicht ausüben kann.
- Mehr als ein Viertel der älteren Bevölkerung hat (in einem gewissen Maße) Probleme damit, eine oder mehrere alltägliche Aktivitäten auszuüben.
- Etwas weniger als die Hälfte der älteren Bevölkerung teilt mit, bei der Ausübung von Haushaltsaktivitäten einigermaßen beziehungsweise stark eingeschränkt zu sein.
- Frauen schildern in der Regel häufiger Einschränkungen der Leistungsfähigkeit als Männer und dies gilt vor allen Dingen für schwer wiegende Einschränkungen.
- Der Zusammenhang zwischen dem Alter und langfristigen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ist frappierend: vor allen Dingen ab einem Alter von 75 Jahren ist eine starke Steigerung des Anteils der älteren Menschen mit langfristigen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit zu verzeichnen.
- Bei älteren Menschen existiert ein klarer sozialer Gradient bei der Prävalenz von Beeinträchtigungen: bei älteren Menschen mit geringem Bildungsniveau liegt der Anteil der Personen mit Beeinträchtigungen immer höher als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau.

In den vergangenen 15 Jahren ist die Lebenserwartung um ungefähr 10 Jahre auf 82,8 Jahren bei Frauen und auf 77,6 Jahren bei Männern gestiegen. Parallel dazu stieg der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung an. Während im Jahr 2000 die Anzahl der Personen im Alter ab 65 Jahren bei 16,8% der Gesamtbevölkerung lag, stieg dieser Anteil im Jahr 2013 auf 17,4% und es wird prognostiziert, dass dieser Anteil bis zum Jahr 2020 auf 20% beziehungsweise auf 26% im Jahr 2060 ansteigen wird.

Die steigende Lebenserwartung kann allerdings mit einer wachsenden Anzahl von Menschen einhergehen, die mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit konfrontiert werden, die ein Hindernis für die uneingeschränkte Beteiligung an allen Bereichen des menschlichen Lebens darstellen. Das Sammeln von Erkenntnissen über die Art und das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen ist daher außerordentlich wichtig. Eine adäquate körperliche Leistungsfähigkeit spielt schließlich eine ganz wichtige Rolle bei der Bewahrung der Selbstständigkeit von Senioren. Die abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit und chronische Erkrankungen tragen außerdem zu zunehmendem Bedarf und zu einer wachsenden Notwendigkeit der Institutionalisierung bei.

Vier Arten von Beeinträchtigungen werden in diesem Kapitel besprochen: Beeinträchtigungen der Mobilität, Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Basisaktivitäten, Alltagsaktivitäten und Haushaltstätigkeiten. Für jeden dieser Themenbereiche wurden die befragten Personen gefragt, ob sie in der Lage sind, diese Tätigkeiten ohne Probleme auszuführen oder ob sie bei (einigen dieser) diesen Aktivitäten leicht oder schwer beeinträchtigt sind. Hierbei geht es ohne Ausnahme um langfristige Beeinträchtigungen und nicht um vorübergehende Beeinträchtigungen, die eventuell von selbst wieder verschwinden. In Bezug auf die Alltags- und Haushaltsaktivitäten wurde außerdem untersucht, ob

Menschen mit Beeinträchtigungen auf professionelle Unterstützung und/oder auf die Unterstützung von Familienmitgliedern oder Freunden zählen können.

Für Belgien teilen 83,6% der Bevölkerung ab 65 Jahren mit, im Bereich der Mobilität nicht eingeschränkt zu sein, für 9,3% ist die Bewegungsfreiheit auf Haus und Garten beschränkt und 5,2% sind gezwungen, die ganze Zeit in einem Sessel zu verbringen, während 1,9% bettlägerig sind.

In derselben Altersgruppe schildern 51,9% der Bevölkerung, keine Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Basisaktivitäten zu spüren und 27,3% der Bevölkerung teilen mit, leicht eingeschränkt zu sein, während 20,6% ernsthaft eingeschränkt sind.

Von den Menschen in der Altersgruppe ab 65 Jahren teilen 71,2% mit, bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten nicht beeinträchtigt zu sein und 12,1% dieser Altersgruppe teilen mit, leicht beeinträchtigt zu sein, während 16,7% erhebliche Beeinträchtigungen schildern.

Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung der Altersgruppe ab 65 Jahren (53,2%) ist bei der Ausführung von Haushaltsaktivitäten nicht beeinträchtigt, 12,2% teilen mit, Probleme mit der Ausführung von mindestens einer Aktivität zu haben und werden daher als leicht beeinträchtigt betrachtet; 34,6% teilen mit, dass mindestens eine dieser Aktivitäten ohne die Hilfe von Anderen unmöglich ist und werden daher als schwer beeinträchtigt betrachtet.

Frauen der Altersgruppe ab 65 Jahren teilen erheblich häufiger als Männer in dieser Altersgruppe mit, sowohl im Bereich der Mobilität als auch bei der Verrichtung von Basisaktivitäten und Alltagsaktivitäten wie z. B. Haushaltstätigkeiten beeinträchtigt zu sein. Genauer gesagt liegen die Anteile bei den Frauen höher als bei den Männern, wenn es um schwere Beeinträchtigungen geht.

Ein eindeutiger Zusammenhang kann zwischen dem Alter und den Beeinträchtigungen festgestellt werden; so teilen 8,4% der Bevölkerung der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren mit, im Bereich der Mobilität beeinträchtigt zu sein, und dieser Prozentsatz steigt in der Altersgruppe ab 75 Jahren auf 24,3%. Auch in Bezug auf Basisaktivitäten, Alltagsaktivitäten und Haushaltstätigkeiten steigen die Anteile der Personen mit Beeinträchtigungen ab einem Alter von 75 Jahren spektakulär an. Nicht weniger als 64% der Personen in der Altersgruppe ab 75 Jahren teilen mit, bei der Ausführung von Haushaltstätigkeiten zumindest leicht beeinträchtigt zu sein.

In der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren ist ein klarer sozialer Gradient in Bezug auf langfristige körperliche Beeinträchtigungen zu erkennen: bei Menschen mit geringem Bildungsniveau werden immer höhere Anteile festgestellt als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau und diese Regel gilt sowohl für Beeinträchtigungen der Mobilität als auch für Beeinträchtigungen bei Basisaktivitäten, Alltagsaktivitäten oder Haushaltstätigkeiten.

Lediglich ein geringer Anteil der Altersgruppe ab 65 Jahren teilt mit, zwar Hilfe zu benötigen, aber nicht zu bekommen (5,1% der Personen mit Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten; 3,7% der Personen mit Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Haushaltstätigkeiten).

Der Anstieg der Lebenserwartung ist einer der Erfolge des Wohlfahrtsstaates. Der Anstieg der Lebenserwartung ist auch die Ursache dafür, dass die ältere Bevölkerung einen immer größeren Anteil der Gesellschaft ausmacht. Die Ergebnisse der Gesundheitsumfrage zeigen, dass zahlreiche Senioren - besonders in der Personengruppe ab 75 Jahren - angeben, in der Ausführung von Aktivitäten beeinträchtigt zu sein. Positiv ist, dass lediglich eine Minderheit mitteilt, bei der Ausführung dieser Aktivitäten nicht auf Hilfe zählen zu können. Jetzt und vor allen Dingen zukünftig ist es für die Gesundheitspolitik von erheblicher Bedeutung, kontinuierlich in eine breite professionelle Unterstützung für Menschen mit Beeinträchtigungen zu investieren, wobei den Menschen spezifische Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, die - aus welchen Gründen auch immer - keine Hilfe bekommen.

Tabelle 5 | Übersichtstabelle der langfristigen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren mit Beeinträchtigungen in...					
Mobilität	18,9%	20,5%	19,3%	14,8%	16,4%
Basisaktivitäten	49,5%	51,5%	50,0%	53,0%	48,1%
Alltagsaktivitäten				31,5%	28,8%
Haushaltstätigkeiten					46,8%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## GEISTIGE GESUNDHEIT - WOHLBEFINDEN UND VITALITÄT

### KERNASPEKTE

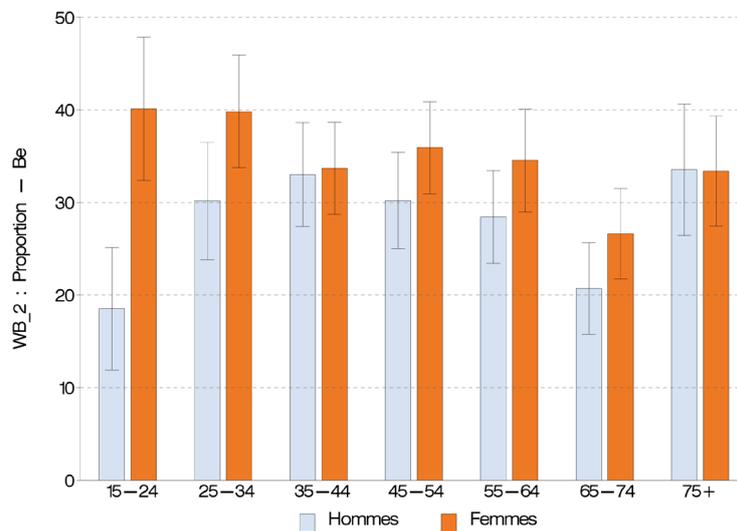
- Im Jahr 2013 schildert ein Drittel der Bevölkerung ab 15 Jahren psychische Probleme wie zum Beispiel den Eindruck, gestresst oder angespannt, schlecht gelaunt oder deprimiert zu sein oder aufgrund großer Sorgen keinen Schlaf zu finden.
- Das Wohlbefinden und die vitale Energie der belgischen Bevölkerung ist in den vergangenen fünf Jahren zurückgegangen.
- Frauen haben häufiger als Männer mit dieser Art von psychischen Problemen zu kämpfen. Sie zeigen im Durchschnitt auch eine geringere vitale Energie als Männer.
- Psychische Probleme und eine geringere vitale Energie treten in der aktiven Bevölkerung (zwischen 25 und 55 beziehungsweise 65 Jahren) häufiger auf.
- Personen mit geringem Bildungsniveau haben relativ gesehen häufiger psychische Probleme und eine geringere vitale Energie. Die Indikatoren für psychisches Wohlbefinden und die vitale Energie zeigen für die Region Flandern ein positiveres Bild als für die übrigen Regionen des Landes.

Im Rahmen der Gesundheitsumfrage wird das allgemeine psychische Wohlbefinden (beziehungsweise Unwohlsein) an Hand eines Fragebogens eingeschätzt, der aus 12 Punkten besteht (GHQ-12), die eine Reihe von gemeinsamen Symptomen für psychopathologische Zustände ohne präzise Diagnose beinhalten. Ein hoher Wert weist auf ein höheres Maß von Unwohlsein hin. Für den Indikator für psychisches Unwohlsein, der hier vorgeschlagen wird, wird ein Schwellenwert von 2 oder mehr positiven Symptomen, die Bestandteil des Fragebogens sind, zu Grunde gelegt. Diese Definition wird für Studien in der allgemeinen Bevölkerung empfohlen. Ein Grenzwert von 4 positiven Symptomen oder mehr ist ein Hinweis auf einen psychopathologischen Sachverhalt (siehe Übersichtstabelle). Die hier angewandte Vitalitätsskala (vom SF-36 Fragebogen) beinhaltet 4 Aspekte, die das Vitalitätsniveau (im Gegensatz zum Abgeschlagenheitsniveau) einer Person messen. Die vorgeschlagenen Indikatoren sind der durchschnittliche Wert für vitale Energie (auf einer Skala von 0 bis 100) und die Proportion von Personen mit einer optimalen vitalen Energie (hier ein Wert von mindestens 78).

Die Ergebnisse der Gesundheitsumfrage 2013 zeigen, dass in Belgien bei einer von drei Personen (32%) der Altersgruppe ab 15 Jahren Hinweise auf psychisches Unwohlsein gefunden werden. Das ist eine

Steigerung im Vergleich zu früheren Ergebnissen (zwischen 2001 und 2008 teilten 25% bis 26% Prozent der Bevölkerung mit, psychische Probleme zu haben). Auch das durchschnittliche Niveau der vitalen Energie liegt 2013 niedriger als 2004 und 2008.

**Abbildung 4 |** Anteil der Bevölkerung (ab 15 Jahre) mit kürzlich psychologischen Problemen, nach der Klassifizierung GHQ-12 [2+], nach Alter und Geschlecht, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Psychische Probleme treten häufiger bei Männern als bei Frauen auf (siehe Abbildung). Auffällig ist die Erkenntnis, dass 40% der jungen Frauen (15-24 Jahre) bereits psychische Probleme schildern, während dieser Prozentsatz bei jungen Männern in dieser Altersgruppe gerade einmal halb so hoch liegt. Und bei Männern als auch bei Frauen liegen die Anteile für psychisches Unwohlsein in der aktiven Altersgruppe, also zwischen 25 und 64 Jahren, höher.

Das psychische Unwohlsein und die vitale Energie schwanken je nach Bildungsniveau. Menschen mit geringem Bildungsniveau schildern häufiger psychische Probleme und haben (im Durchschnitt) eine geringere vitale Energie als Menschen mit hohem Bildungsniveau.

Psychische Probleme und eine geringere vitale Energie werden häufiger von Einwohnern von Großstädten geschildert als von Einwohnern von ländlichen Gebieten oder kleineren Städten. In der Region Brüssel-Hauptstadt wird eine größere Konzentration von Personen mit psychischen Problemen (40%) verzeichnet als in der Wallonischen Region (35%) und in der Region Flandern (29%). Die Einwohner der Region Flandern haben im Durchschnitt eine höhere Vitalitätsrate (durchschnittlicher Wert 65) als die Einwohner der Wallonischen Region und der Region Brüssel-Hauptstadt (hier liegt der durchschnittliche Wert jeweils bei 55).

Tabelle 6 | Entwicklung der Indikatoren für psychisches Unwohlsein und Vitalität

	1997	2001	2004	2008	2013
Durchschnittlicher Wert für ...					
psychisches Unwohlsein (GHQ-12)	1,6	1,3	1,3	1,3	1,7
vitale Energie (SF-36)	-	-	63	62	61
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit ...					
psychischen Problemen (GHQ 2+)	31%	25%	24%	26%	32%
einer möglichen Psychopathologie (GHQ 4+)	17%	13%	13%	14%	18%
einer optimalen vitalen Energie (VT)	-	-	18%	18%	16%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## EMOTIONALE PROBLEME

### KERNASPEKTE

Emotionale Probleme, die im Rahmen der Gesundheitsumfrage erfasst werden, sind Angststörungen, depressive Gefühle und Schlafprobleme. Die wichtigsten Erkenntnisse sind die folgenden:

- Die Prävalenz dieser Probleme bei der Bevölkerung ab 15 Jahren ist in den vergangenen fünf Jahren stark angestiegen, und zwar in allen drei Regionen des Landes.
- Im Jahr 2013 ist die Prävalenz von emotionalen Problemen auch bei den jüngeren Menschen zwischen 15 und 24 Jahren stark angestiegen; früher traten diese Probleme in dieser Altersgruppe relativ selten auf.
- Frauen haben mehr als Männer mit emotionalen Problemen zu kämpfen.
- Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau sind anfälliger für emotionale Probleme.
- Einwohner der Region Flandern melden weniger häufig emotionale Probleme als Einwohner der beiden anderen Regionen.

Auch Essstörungen (Anorexie – Bulimie) wurden 2013 untersucht:

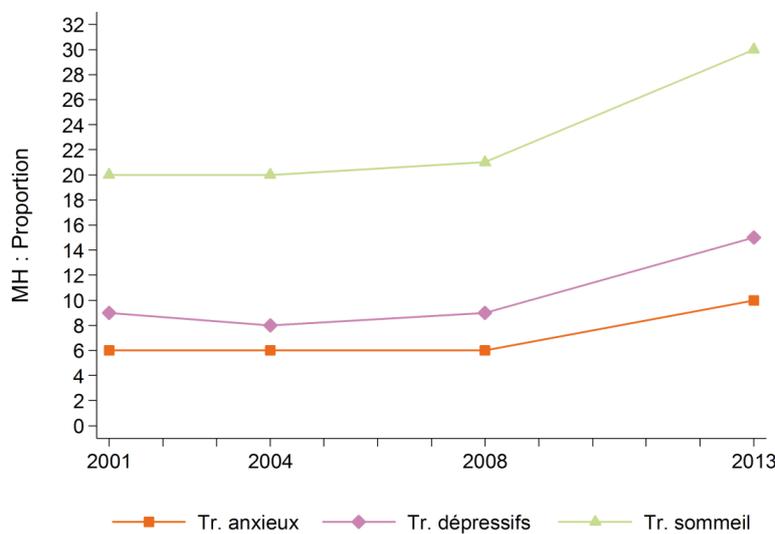
- Essstörungen treten offensichtlich häufiger bei jungen Frauen in der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren, bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau und in Städten auf.

Die ‚emotionalen Probleme‘, die in der Gesundheitsumfrage erfasst werden, sind depressive Gefühle, Angststörungen und/oder Schlafprobleme. Der Fragebogen, der im Rahmen der Gesundheitsumfrage verwendet wird (SCL-90-R), ermöglicht keine Diagnose in Bezug auf diese Probleme, aber durch die Erfassung der Präsenz und der Schwere der spezifischen Symptome sind Hinweise darauf möglich, dass solche Probleme auftreten. Die Ergebnisse beziehen sich auf den Anteil der Personen, die eine Reihe von Symptomen angeben, die ausreichend ausgeprägt sind, damit sie die fragliche Störung haben.

Außerdem werden im Rahmen der Gesundheitsumfrage zum ersten Mal Informationen über Essstörungen gesammelt (sowohl über Anorexie als auch über Bulimie, ohne diesbezüglich allerdings separate Informationen zu sammeln). Dies geschieht über ein Screening-Instrument mit fünf Punkten (SCOFF). Die Störung wird als vorhanden angesehen, wenn befragte Person mindestens zwei (von fünf) Symptomen melden.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass 10% der Bevölkerung ab 15 Jahren Angststörungen haben, 15% zeigen Anzeichen für depressive Gefühle und 30% schildern Schlafprobleme. Alle diese Erkrankungen haben im Vergleich zum Jahr 2008 zugenommen (siehe Abbildung). Die verschiedenen emotionalen Probleme hängen eng zusammen: 9% der Bevölkerung haben sowohl depressive Gefühle als auch Angststörungen, während 7% auch Schlafprobleme haben. Außerdem leiden scheinbar 8% der Bevölkerung an einer Essstörung.

Abbildung 5 | Anteil der Bevölkerung (ab 15 Jahre) mit emotionalen Störungen, pro Jahr, Gesundheitsumfrage, Belgien 2013



Emotionale Probleme treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern (siehe Übersichtstabelle) und stehen allesamt, auf die eine oder andere Weise, in Zusammenhang mit dem jeweiligen Alter. So treten beispielsweise Essstörungen häufiger bei Jüngeren (Frauen) auf und gehen offensichtlich mit zunehmendem Alter zurück. Hingegen scheint das kritische Alter für Angststörungen und depressive Gefühle zwischen 45 und 65 Jahren beziehungsweise ab 75 Jahren zu liegen. Schlafprobleme liegen bereits bei einem von vier jüngeren Menschen zwischen 15 und 24 Jahren vor und nehmen mit zunehmendem Alter zu (37% bei den Senioren). Vor allen Dingen in der Gruppe ‚Junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren‘ sind die emotionalen Probleme zwischen 2008 und 2013 am stärksten angestiegen.

Emotionale Probleme weisen einen klaren sozioökonomischen Gradienten auf: solche Probleme treten umso seltener auf, desto höher das Bildungsniveau ist. Die Prävalenz solcher Probleme ist in der Region Flandern niedriger als in den anderen beiden Regionen des Landes. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass in der Region Flandern relativ gesehen die höchste Anzahl junger Frauen (15-24 Jahre) emotionale Probleme schildert. So ist die Prävalenz von Essstörungen (18%), Angststörungen (16%) und depressiven Gefühlen (25%) in dieser Altersgruppe sehr hoch.

**Tabelle 7 |** Entwicklung der Indikatoren für emotionale Probleme

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Frauen ab 15 Jahren mit...					
Depressiven Gefühlen		11%	10%	13%	18%
Angststörungen		8%	8%	8%	13%
Schlafprobleme		23%	23%	24%	33%
Essstörungen					10%
Anteil der Männer ab 15 Jahren mit...					
Depressiven Gefühlen		6%	6%	6%	11%
Angststörungen		4%	4%	4%	7%
Schlafprobleme		17%	17%	18%	26%
Essstörungen					6%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## SUIZIDALES VERHALTEN

### KERNASPEKTE

- Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche (im vergangenen Jahr) treten in der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren bei Männern und Frauen gleich häufig auf.
- Das kritische Alter für solche Absichten und Versuche liegt zwischen 45 und 54 Jahren.
- Suizidales Verhalten hat keinen Zusammenhang zum Bildungsniveau.
- In der Region Flandern haben relativ gesehen weniger Menschen jemals an Selbstmord gedacht oder einen entsprechenden Versuch unternommen als in den anderen Regionen. Diese regionalen Unterschiede werden für Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche in der jüngsten Vergangenheit (< 12 Monate) nicht beobachtet.
- Die Anzahl der gemeldeten Selbstmordversuche (im vergangenen Jahr) ist im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2004 bzw. 2008 nicht gestiegen.

Suizidales Verhalten und Selbstmord bilden ein erhebliches Problem für die Volksgesundheit und die Prävention dieser Phänomene ist laut Angaben der WHO zu einer Priorität worden. Die Selbstmordrate in Belgien gehört zu den höchsten in Europa und wird auf 18 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010 geschätzt. Ein Selbstmordversuch ist der wichtigste Risikofaktor für einen letztlich durchgeführten Selbstmord in der allgemeinen Bevölkerung.

Vier Fragen in der Gesundheitsumfrage befassen sich mit Selbstmordabsichten: zwei davon untersuchen, ob Menschen schon einmal ernsthaft über Selbstmord nachgedacht haben, zwei andere fragen nach tatsächlichen Selbstmordversuchen. Es wird zwischen Selbstmordabsichten und Selbstmordversuchen

unterschieden, die irgendwann im Laufe des Lebens aufgetreten sind und die in den vergangenen 12 Monaten vor der Umfrage aufgetreten sind.

In Belgien haben 14% der Bevölkerung schon einmal daran gedacht, ihrem Leben ein Ende zu setzen und 4% haben tatsächlich schon einen entsprechenden Versuch unternommen. In den 12 Monaten vor der Untersuchung haben 5% an Selbstmord gedacht; 4 von 1000 Personen haben tatsächlich einen Selbstmordversuch unternommen. Selbstmordabsichten und Selbstmordversuche (im vergangenen Jahr) treten ebenso häufig bei Männern wie bei Frauen auf. Das kritische Alter für Selbstmordabsichten und Versuche liegt zwischen 45 und 54 Jahren. Obwohl Selbstmordabsichten bei Menschen mit niedrigerem oder höherem Bildungsniveau in gleichem Maße auftreten, scheint ein hohes Bildungsniveau ein Faktor zu sein, der dem Schritt zu einem tatsächlichen Selbstmordversuch in gewisser Weise entgegenwirkt.

Die Ergebnisse zum Thema Selbstmord sind seit der letzten Umfrage im Jahr 2008 sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene relativ stabil. In der Region Flandern berichtet die Bevölkerung weniger häufig als in den anderen beiden Regionen, jemals an Selbstmord gedacht oder jemals einen entsprechenden Versuch unternommen zu haben. Im vergangenen Jahr traten Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche in den drei Regionen allerdings im gleichen Maße auf.

Tabelle 8 | Entwicklung der Indikatoren zu Selbstmordabsichten

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der ...					
Jemals ernsthaft über Selbstmord nachgedacht hat			12%	12%	14%
Jemals versucht hat, Selbstmord zu begehen	-		3,7%	4,9%	4,2%
In den vergangenen 12 Monaten an Selbstmord gedacht hat				3,6%	5,0%
In den vergangenen 12 Monaten versucht hat, Selbstmord zu begehen			0,4%	0,4%	0,4%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## KONSUM PSYCHOTROPER MEDIKAMENTE

### KERNASPEKTE

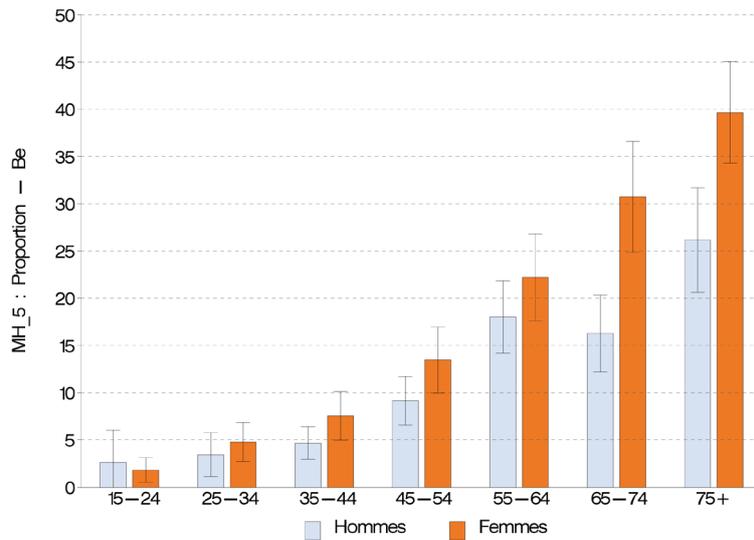
- Bei der Bevölkerung ab 15 Jahren teilen Frauen (20%) häufiger als Männer (12%) mit, psychotrope Medikamente zu einzunehmen. Dabei handelt es sich um Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Antidepressiva.
- Die Einnahme von psychotropen Medikamenten steigt mit zunehmendem Alter erheblich an. In der Altersgruppe ab 75 Jahren greifen ungefähr 40% der Frauen und 26% der Männer zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln.
- Der Konsum von psychotropen Medikamenten liegt relativ gesehen bei Menschen mit geringem Bildungsniveau höher.
- Einwohner der Wallonischen Region konsumieren relativ gesehen mehr Antidepressiva (10%) als Einwohner der anderen beiden Regionen (7%).
- Im Vergleich zu den Ergebnissen der ersten Gesundheitsumfrage (1997) ist der Konsum von Antidepressiva um 3% gestiegen.
- Zwischen 2004 und 2013 ist der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Region Flandern und in der Wallonischen Region stabil geblieben und in der Region Brüssel-Hauptstadt sogar zurückgegangen.

Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für die Behandlung von Angst, Stress und Schlafproblemen ist nicht ohne Gefahren. Der Konsum dieser Medikamente kann zur Gewöhnung und zur Sucht führen oder Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme verursachen. Der Konsum dieser Mittel kann eine Veränderung der psychomotorischen Funktionen mit sich bringen, die das Risiko auf Stürze und Unfälle erhöht. Auch der Konsum von Antidepressiva ist nicht ohne Gefahren und kann zu unerwünschten Folgen führen. Eine zweckmäßige Einnahme dieser Art von Medikamenten muss daher immer auf einer ernsthaften klinischen Bewertung basieren. Eine aufmerksame klinische Verfolgung ist erforderlich. Der Konsum von psychotropen Medikamenten in der Bevölkerung ab 15 Jahren, der hier besprochen wird, bezieht sich auf den gemeldeten Konsum von Schmerzmitteln (Schlaf- und Beruhigungsmitteln) und Antidepressiva in den beiden Wochen vor der Untersuchung.

In Belgien teilen 16% der Bevölkerung mit, in den beiden Wochen vor der Befragung ein oder mehrere psychotrope Medikamente eingenommen zu haben: 13% ein Schlaf- und Beruhigungsmittel, 8% ein Antidepressivum.

Der Konsum von psychotropen Medikamenten ist bei Frauen (20%) häufiger als bei Männern (12%) und zwar sowohl in Bezug auf die Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (siehe Abbildung 5) als auch in Bezug auf die Einnahme von Antidepressiva. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Einnahme von psychotropen Medikamenten sind ab einem Alter von 65 Jahren am frappierendsten. Die Anzahl der Konsumenten psychotroper Medikamente steigt mit zunehmendem Alter an (siehe Abbildung x). Nicht weniger als 35% der Personen der Altersgruppe ab 75 Jahren konsumieren beispielsweise ein Schlaf- und Beruhigungsmittel, und zwar 40% der Frauen und 26% der Männer in dieser Altersgruppe.

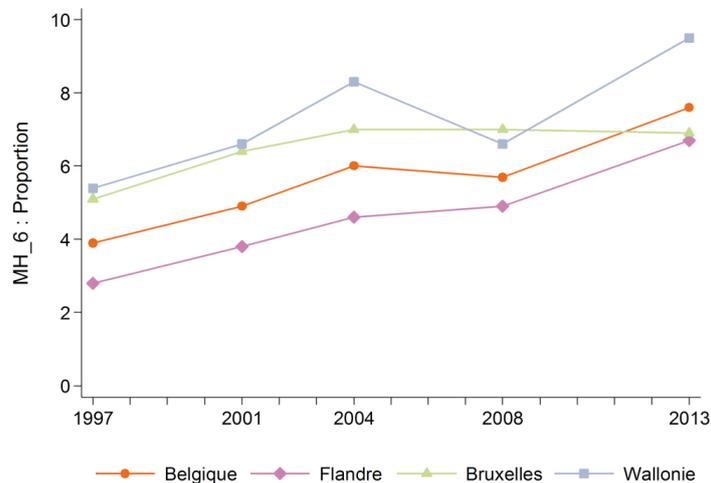
**Abbildung 6 |** Anteil der Bevölkerung (ab 15 Jahre), die in den letzten 2 Jahren Sedativa eingenommen haben, nach Geschlecht und Alter, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Die Einnahme psychotroper Medikamente tritt bei den Menschen mit dem geringsten Bildungsniveau am häufigsten auf (33%) und verringert sich auf eine Quote von 11% bei den Menschen mit dem höchsten Bildungsniveau.

In der Wallonischen Region wird die Einnahme psychotroper Medikamente häufiger geschildert (19%) als in der Region Brüssel-Hauptstadt (13%) und in der Region Flandern (16%).

**Abbildung 7 |** Anteil der Bevölkerung (ab 15 Jahre), die in den letzten 2 Jahren Antidepressiva eingenommen haben, pro Jahr und für jede Region, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Es ist beruhigend, feststellen zu können, dass die Einnahme von Schmerzmitteln (Schlaf- und Beruhigungsmitteln) in der allgemeinen Bevölkerung seit der Gesundheitsumfrage im Jahr 2004 nicht mehr gestiegen ist (13%). Bei Frauen ist der Konsum zwischen 2008 (19%) und 2013 (16%) sogar zurückgegangen. Im Gegensatz dazu nimmt der Konsum von Antidepressiva offensichtlich zu. Dies ist vor allen Dingen in der Region Flandern und in der Wallonischen Region der Fall (siehe Abbildung 6). Die Zunahme beim Konsum von Antidepressiva erfordert eine höhere Aufmerksamkeit in Bezug auf die adäquate Verschreibung solcher Mittel.

Tabelle 9 | Entwicklung der Indikatoren der Einnahme psychotroper Medikamente

	1997	2001	2004	2008	2013
Anteil der Frauen ab 15 Jahren, der... einnimmt					
Psychotrope Medikamente, darunter:	13%	17%	19%	21%	20%
Schlaf- und Beruhigungsmittel	11%	15%	16%	19%	16%
Antidepressiva	5,2%	6,3%	8,2%	7,4%	9,5%
Anteil der Männer ab 15 Jahren, der... einnimmt					
Psychotrope Medikamente, darunter:	7%	10%	11%	10%	12%
Schlaf- und Beruhigungsmittel	6%	8%	10%	9%	10%
Antidepressiva	2,5%	3,5%	3,7%	3,8%	5,6%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## KÖRPERLICHE SCHMERZEN

### KERNASPEKTE

- In der Bevölkerung ab 15 Jahren empfinden Frauen mehr körperliche Schmerzen als Männer.
- Je älter die Bevölkerung, desto häufiger liegen körperliche Schmerzen vor.
- Die Personen mit dem geringsten Bildungsniveau haben mehr Probleme mit körperlichen Schmerzen.
- Körperliche Schmerzen treten in der Region Flandern seltener auf als in der Region Brüssel-Hauptstadt und in der Wallonischen Region.
- Neben den körperlichen Einschränkungen haben körperliche Schmerzen auch negative Konsequenzen für die geistige Gesundheit.

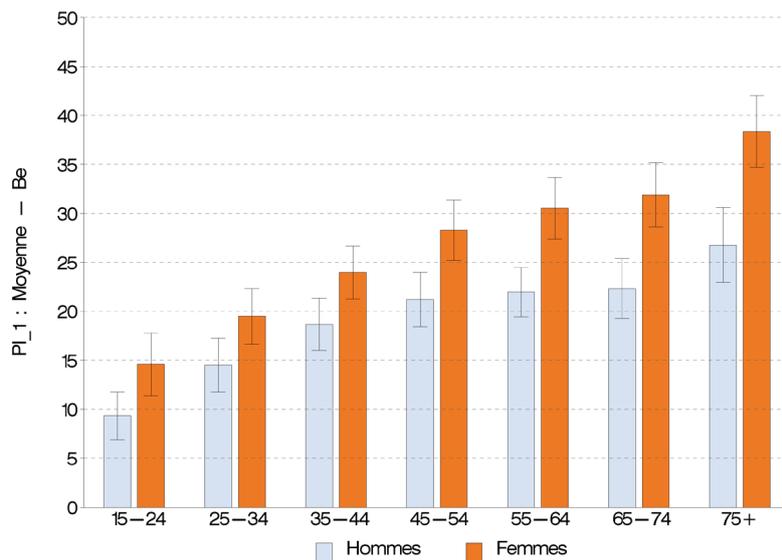
Schmerz ist ein wichtiger Gradmesser des Wohlbefindens/Unwohlseins. Körperliche Schmerzen haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, und zwar sowohl im physischen und sozialen als auch im psychischen Bereich. Neben den persönlichen Auswirkungen haben Schmerzen auch wirtschaftliche Auswirkungen. Die Anerkennung von Schmerzen als Problem der Volksgesundheit ist daher von grösster Bedeutung.

Im Rahmen der Gesundheitsumfrage wird die Auswirkung von Schmerzen im alltäglichen Leben durch zwei SF-36<sup>1</sup> Fragen an die Bevölkerung ab 15 Jahren abgefragt: die Schwere der körperlichen Schmerzen und die Beeinträchtigung durch die körperlichen Schmerzen. Der Wert der körperlichen Schmerzen wird durch die Kombination der beiden Fragen berechnet. Der Wert zeichnet ein allgemeines Bild der Behinderung durch körperliche Schmerzen innerhalb einer Bevölkerung: je stärker die Schmerzen sind, desto stärker wird ein Mensch dadurch behindert.

1 Der SF-36 ist ein validierter Fragebogen, der verschiedene Gesundheitsdimensionen misst.

Der Wert der körperlichen Schmerzen in der Bevölkerung ab 15 Jahren in Belgien liegt bei 23 (bei einem Maximalwert von 100). Dieser Wert liegt bei Frauen (27) höher als bei Männern (19). Ältere Menschen geben häufiger als jüngere Menschen an, durch körperliche Schmerzen beeinträchtigt zu sein. Der Wert für Menschen in der Altersgruppe ab 75 Jahren steigt bis auf 34 an. Der Wert für Menschen mit dem geringsten Bildungsniveau liegt bedeutend höher (34) als für Menschen mit dem höchsten Bildungsniveau (20).

Abbildung 8 | Der durchschnittliche Wert für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der allgemeinen Bevölkerung (ab 15 Jahren) nach Geschlecht und Alter, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Der Wert liegt in der Region Flandern (22) im Vergleich zur Wallonischen Region (25) und im Vergleich zur Region Brüssel-Hauptstadt (24) tiefer .

Neben den körperlichen Beeinträchtigungen hat körperlicher Schmerz auch negative Folgen für die geistige Gesundheit. Menschen mit körperlichen Schmerzen haben ein höheres Risiko, an depressiven Symptomen und Schlafstörungen zu leiden.

Biologische, psychische und soziale Faktoren tragen wahrscheinlich zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden beim Schmerzwert bei. Der Alterungsprozess geht häufig Hand in Hand mit einer chronischen Erkrankung, die ihrerseits mit körperlichen Schmerzen einhergeht. Soziale Abweichungen können eventuell teilweise durch die Tatsache erklärt werden, dass ein geringes Bildungsniveau häufig mit körperlich härteren Tätigkeiten (vor allen Dingen bei Männern) und schlechteren psychosozialen Arbeitsbedingungen verbunden ist. Daher ist Prävention bei der Arbeit ein wichtiges Thema.

Körperliche Schmerzen haben auch für die geistige Gesundheit negative Folgen. Der Zusammenhang zwischen Schmerzen und Folgeerkrankungen funktioniert häufig in zwei Richtungen. So können z. B. Schlafstörungen die Folge von körperlichen Schmerzen sein und gleichzeitig dazu führen, dass die Schmerzen anhalten. Daher ist eine multidisziplinäre Vorgehensweise von Bedeutung, um die Lebensqualität zu verbessern. Obwohl ein leicht zurückgehender Trend beim Wert der körperlichen Schmerzen zu beobachten ist, ist es dennoch wichtig, dass dieses Gesundheitsproblem mit der obersten Priorität behandelt wird, weil die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem, den Patienten selbst und die Gesellschaft erheblich sind.

indicatoren rond het gebruik van psychotrope geneesmiddelen

**Tabelle 10** | Entwicklung der Indikatoren körperlicher Schmerzen

	1997	2008	2013
Wert der körperlichen Schmerzen	23,1	24,3	23,0
Anteil der Befragten, die in den vergangenen 4 Wochen körperliche Schmerzen hatten	20,3%	28,4%	26,0%
Anteil der Befragten, die durch körperliche Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen bei der normalen Arbeit behindert wurden	26,6%	37,4%	35,7%

Quelle: Gesundheitsumfragen, Belgien, 1997, 2008, 2013

## GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

### KERNASPEKTE:

- In der Bevölkerung ab 15 Jahren schildern Männer eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Frauen.
- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität geht mit dem Alter zurück.
- Personen mit höherem Bildungsniveau schildern eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Personen mit geringerem Bildungsniveau.
- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist in der Region Flandern besser als in der Region Brüssel-Hauptstadt oder in der Wallonischen Region.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein komplexes und multidimensionales Konzept, das weiter reicht als die traditionellen Indikatoren für Morbidität und Mortalität, um die Auswirkung des Gesundheitsstatus auf die Lebensqualität zu messen.

Das Konzept wurde zunächst für wirtschaftliche Zielsetzungen entwickelt. Die Integration dieses Indikators in gesundheitsökonomische Analysen trägt zu einer rationaleren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei. Neben den ökonomischen Analysen wird dieser Indikator ebenfalls eingesetzt, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität innerhalb der Bevölkerung zu messen. Aus diesen Gründen werden Instrumente für die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer mehr in Bevölkerungsumfragen integriert - beispielsweise in Spanien, Deutschland, in den Vereinigten Staaten und in Kanada.

2013 wurde das EQ-5D Instrument zum ersten Mal in die belgische Gesundheitsumfrage aufgenommen. Es handelt sich um eine standardisierte Skala zur Einschätzung der Lebensqualität, die durch die europäische EuroQol Gruppe entwickelt wurde und auf einem einfachen Fragebogen basiert, der es ermöglicht, die Auswirkung der Gesundheit auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung von fünf Dimensionen zu messen: Mobilität, Selbstversorgung, tägliche Aktivitäten, Schmerzen/Unwohlsein und Angst/Depression.

Auf der Grundlage der Antworten für diese fünf Dimensionen ist es möglich, jedem Befragten gemäß einem Algorithmus, der auf der Grundlage der Vorlieben der Bevölkerung in Bezug auf verschiedene

Gesundheitszustände entwickelt wurde, einen Wert zuzuordnen. Dieser Wert variiert zwischen 0 und 1 (dabei steht 1 für die beste gesundheitsbezogene Lebensqualität). Der durchschnittliche Wert für die Bevölkerung ab 15 Jahren, der auf der Grundlage der Daten der Gesundheitsumfrage berechnet wurde, liegt bei 0,81.

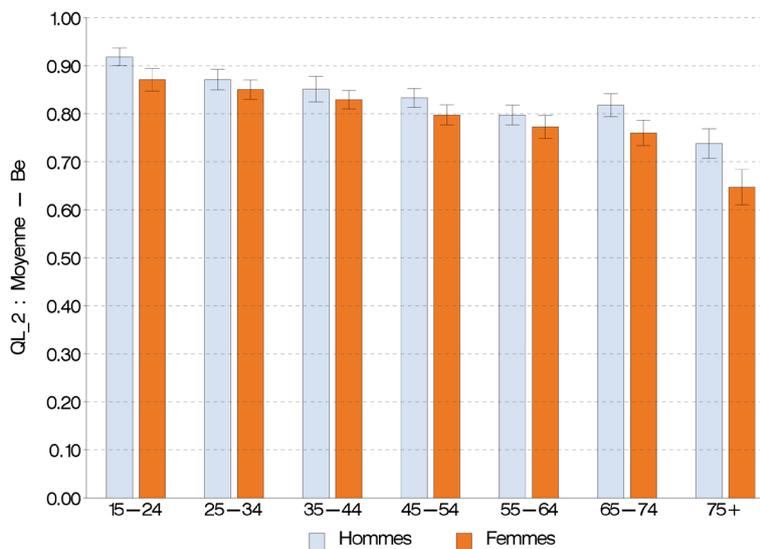
Der Fragebogen ermöglicht es außerdem, die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch den Befragten zu bewerten. Dies geschieht an Hand einer visuellen analogen Skala (VAS), einer Skala mit Werten zwischen 0 und 100 (dabei steht 100 für den bestmöglichen Gesundheitszustand). Der durchschnittliche Wert der VAS für die Bevölkerung ab 12 Jahren liegt bei 76,9.

Auf der Grundlage unserer Analysen konnten verschiedene wichtige Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf der Basis des Geschlechts, des Alters, des Bildungsniveaus und der Region festgestellt werden.

Männer schildern eine bessere (gesundheitsbezogene) Lebensqualität als Frauen und lassen einen bedeutend höheren Wert verzeichnen (0,84) als Frauen (0,79).

Die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität nimmt mit zunehmendem Alter ab. Der Wert liegt in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren bei 0,89 und in der Altersgruppe ab 75 Jahren bei 0,68. Interessant ist, dass der Wert sich bei Männern, die das Rentenalter erreicht haben (65 bis 74 Jahren) offensichtlich verbessert.

**Abbildung 9 |** Durchschnittliche Anzahl der Tage des Arbeitsausfalls aufgrund persönlicher Gesundheitsprobleme in den vergangenen 12 Monaten bei der berufstätigen Bevölkerung, nach Geschlecht und Alter, Belgien, Gesundheitsumfrage 2013



Die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität steigt parallel zum Bildungsniveau (siehe Abbildung 8). So ist der durchschnittliche Wert bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau deutlich weniger hoch (0,72) als bei Menschen mit hohem Bildungsniveau (0,84).

Die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität variiert nach der jeweiligen Region. Der Wert liegt in der Region Flandern erheblich höher (0,83) als in der Region Brüssel-Hauptstadt (0,80) und in der Wallonischen Region (0,78).

Außerdem ermöglicht der Einsatz des Instruments nicht nur, die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemäß soziodemographischen Eigenschaften einzuschätzen, sondern auch die Bewertung der Auswirkungen von Risikofaktoren und Erkrankungen. So haben wir als Beispiel den Zusammenhang

zwischen der Lebensqualität und chronischen Erkrankungen untersucht. Der durchschnittliche Wert für die Lebensqualität liegt bei den Personen, die angeben, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zu leiden, erheblich niedriger (0,67) als bei Menschen, die keine chronische Erkrankung schildern (0,87).

**Tabelle 11** | Übersicht der Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

	2013
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit:	
Mobilitätsproblemen (gemäß dem EQ-5D Instrument)	18,5%
Autonomieproblemen (gemäß dem EQ-5D Instrument)	6,9%
Selbstversorgungsproblemen (gemäß dem EQ-5D Instrument)	17,9%
Schmerzen/Unwohlsein (gemäß dem EQ-5D Instrument)	50,1%
Angst/Depression (gemäß dem EQ-5D Instrument)	26,5%
Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der keine Gesundheitsprobleme schildert (gemäß dem EQ-5D Instrument)	
	41,5%
Durchschnittlicher Wert für das EQ-5D Instrument bei der Bevölkerung ab 15 Jahren	0,81 (von 1)
Durchschnittlicher Wert für die visuelle analoge Skala bei der Bevölkerung ab 15 Jahren	76,9 (von 100)

## KRANKHEITSBEDINGTER ARBEITSAUSFALL

### KERNASPEKTE

- Der krankheitsbedingte Arbeitsausfall ist eine schwer wiegende Problematik: 36% der berufstätigen Männer und 44% der berufstätigen Frauen fallen jährlich mindestens einmal krankheitsbedingt aus.
- Der krankheitsbedingte Arbeitsausfall weist in der Regel keinen Zusammenhang zum jeweiligen Alter auf. Eine Ausnahme stellt die relativ hohe Häufigkeit (mindestens einmal) des Arbeitsausfalls bei jungen berufstätigen Frauen dar.
- Berufstätige Männer fallen durchschnittlich 8 Tage pro Jahr krankheitsbedingt aus, bei berufstätigen Frauen sind es durchschnittlich 15 Tage.
- Bei Frauen ist die durchschnittliche Anzahl der Tage des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls in der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren am höchsten, bei Männern ist die durchschnittliche Anzahl der Tage des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren am höchsten.

Der krankheitsbedingte Arbeitsausfall ist eine Problematik, die in der belgischen und europäischen sozioökonomischen Aktualität eine immer wichtigere Rolle spielt. Eine Reihe von möglichen Ursachen wird in diesem Zusammenhang angeführt. Diese Ursachen beziehen sich auf (a) den sozialen Kontext wie z. B. die Sozialsicherheitsysteme, (b) Charakteristika der jeweiligen Arbeit wie zum Beispiel die Arbeitsbelastung und (c) individuelle Faktoren wie das Alter und die Gesundheit. Im Rahmen der Gesundheitsumfrage richten wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf die persönlichen Gesundheitsprobleme, die zu krankheitsbedingtem Arbeitsausfall führen.

Zwei diesbezügliche Fragen wurden aufgenommen: eine Frage, die sondierte, ob (berufstätige) Befragte im Jahr vor der Umfrage aufgrund von Gesundheitsproblemen nicht zur Arbeit gehen konnten und eine daran anknüpfende Frage bezog sich auf die (Gesamt-) Anzahl der Tage des Arbeitsausfalls in dem Jahr.

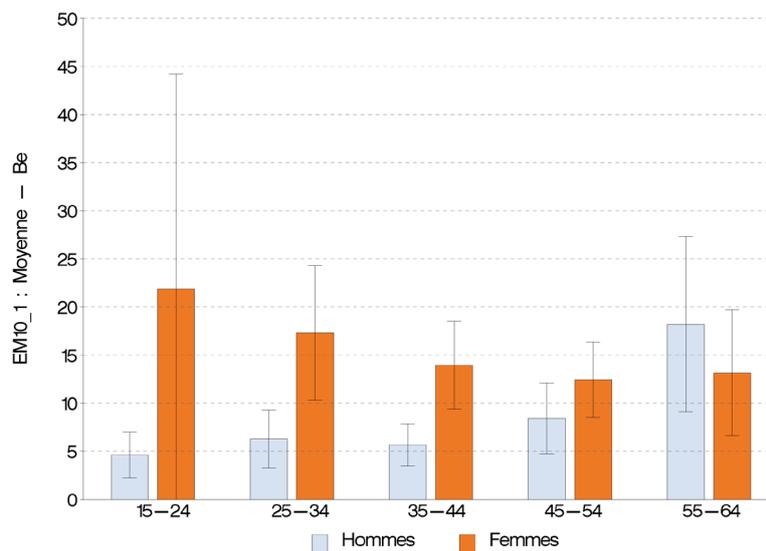
40% der berufstätigen Einwohner teilten mit, im Jahr vor der Umfrage (mindestens) ein Mal krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gegangen zu sein. Dieser Anteil liegt bei Frauen deutlich höher (44%) als bei Männern (36%).

In der Regel sinkt die Prävalenz des (mindestens einmal aufgetretenen) krankheitsbedingten Arbeitsausfalls mit zunehmendem Alter. Eine Ausnahme von dieser Regel bildet die relativ hohe Frequenz von (mindestens einmal aufgetretenem) krankheitsbedingtem Arbeitsausfall bei jungen berufstätigen Frauen.

Beim krankheitsbedingten Arbeitsausfall ist kein Zusammenhang zum Bildungsniveau zu erkennen.

Durchschnittlich erscheint ein berufstätiger Einwohner des Landes an 11 Tagen pro Jahr krankheitsbedingt nicht zur Arbeit. Bei Männern sind es durchschnittlich 8 Tage, bei Frauen sind es deutlich mehr Tage: durchschnittlich 15 (Abbildung 9).

**Abbildung 10** | Durchschnittliche Anzahl Abwesenheitstagen, auf Grund von Gesundheitsproblemen während der letzten 12 Monate, die aktive Bevölkerung betreffend, nach Alter und Geschlecht, Gesundheitsumfrage, Belgien, 2013



Bei Frauen liegt die durchschnittliche Anzahl der Tage des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls in den jüngsten Altersgruppen höher (15-34 Jahre). Bei Männern liegt die durchschnittliche Anzahl in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren am höchsten.

Die durchschnittliche Anzahl der Tage des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls zeigt keine oder zumindest keine systematischen Zusammenhänge zum Bildungsniveau.

Die durchschnittliche Anzahl der Tage des Arbeitsausfalls wegen persönlicher Gesundheitsprobleme liegt in der Region Flandern und in der Wallonischen Region gleich hoch (durchschnittlich 12 Tage), während die Anzahl in der Region Brüssel-Hauptstadt erheblich niedriger liegt (durchschnittlich 6 Tage).

**Tabelle 12 |** Übersicht der Indikatoren des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls

	2013
Anteil der berufstätigen Bevölkerung, der im vergangenen Jahr mindestens einmal krankheitsbedingt nicht zur Arbeit erschienen ist	40%
Durchschnittliche Anzahl der Tage des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls bei der berufstätigen Bevölkerung	11 Tage

## METHODOLOGISCHE ERLÄUTERUNG

Obwohl in Belgien bereits viele Gesundheitsinformationen verfügbar sind, bietet die Gesundheitsumfrage aus den folgenden Gründen einen wichtigen Mehrwert:

- Eine Gesundheitsumfrage bietet einen allgemeinen Überblick des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung, und zwar aus der Perspektive der betroffenen Personen selbst;
- Es werden Informationen über die Gesundheit und die Lebensweise der gesamten Bevölkerung gesammelt - auch von den Personen, die selten oder nie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen;
- Eine Gesundheitsumfrage bietet die Möglichkeit, einen Zusammenhang zwischen zahlreichen gesundheitsbezogenen Faktoren herzustellen;
- Die regelmäßige Wiederholung der Umfrage ermöglicht es, Entwicklungen in der Zeit zu verfolgen.

Die Ergebnisse der Gesundheitsumfragen müssen in einem spezifischen Rahmen platziert und interpretiert werden.

In erster Linie ist immer ein subjektives Element vorhanden: es handelt sich um die Angaben der befragten Personen. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass die Extrapolation der Ergebnisse der untersuchten Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung einer gewissen Fehlerquote unterliegt - nicht nur, weil die Stichprobe niemals 100% relativ sein kann, und zwar ungeachtet der Anstrengungen, die unternommen wurden, um dies zu verhindern, sondern auch aus rein statistischen Gründen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, zu betonen, dass die Ergebnisse, die im vorliegenden Bericht aufgeführt sind, Schätzungen sind, die in gewissem Maße von den Zahlen abweichen würden, die man erhielte, wenn man die Gesamtbevölkerung befragen würde. Die Abweichungen werden größer, je kleiner die Anzahl der Personen wird, auf die sich die Ergebnisse beziehen.

In der Gesundheitsumfrage 2013 wurden 10.834 Personen im Rahmen eines strukturierten Interviews zuhause befragt. Diese Personen wurden willkürlich aus allen Einwohnern Belgiens ausgewählt. Die Ergebnisse zeigen ein repräsentatives Bild der Gesundheit der Bevölkerung. Alle Personen, die im nationalen Einwohnermelderegister eingetragen sind, kamen für eine Befragung in Betracht - mit Ausnahme der Personen, die in den folgenden Einrichtungen gemeldet waren:

- In einer Einrichtung, abgesehen von Personen, die in Sanatorien und Alters- und Pflegeheimen untergebracht waren (diese Personen gehörten ausdrücklich zur Zielgruppe der Stichprobe);
- In einer religiösen Gemeinschaft von mehr als 8 Personen;
- In einem Gefängnis.

Es wurde versucht, das demographische Profil der Stichprobe so genau wie möglich dem Profil der Gesamtbevölkerung anzupassen. Die Ausgangsbasis war eine zufällige Auswahl von Haushalten aus dem nationalen Einwohnermelderegister für jede Region, für jede Provinz und für jede Gemeinde (systematische Stichprobe). Für jede Region stand die Anzahl der ausgewählten Personen in jeder Provinz im Verhältnis zur Gesamtzahl der Einwohner. Die Basis-Stichprobe bestand aus 3500 Interviews in der Region Flandern, 3500 Interviews in der Wallonischen Region und 3000 Interviews in der Region Brüssel-Hauptstadt. Auf Antrag der Provinz Luxemburg mussten zusätzlich 600 Personen mit Wohnsitz in der Provinz Luxemburg befragt werden, so dass insgesamt 4100 Personen in der Wallonischen Region befragt werden mussten (3500 + 600).

Innerhalb jeder Provinz wurden die Städte und Gemeinden ausgewählt, in denen die Interviews stattfinden sollten. In diese Auswahl mussten sowohl Großstädte als auch mittelgroße oder kleine Gemeinden aufgenommen werden. In jeder ausgewählten Stadt oder Gemeinde wurden mindestens 50 Personen befragt. Um diese Anzahl zu erreichen, wurde eine begrenzte Anzahl von Haushalten ausgewählt, wobei jeweils maximal vier Personen pro Haushalt befragt wurden. Die Referenzpersonen des Haushalts und – wenn anwendbar – der jeweilige Partner mussten immer befragt werden.

Letztendlich führte die umgesetzte Stichprobenmethodik zu 3512 Interviews in der Region Flandern, zu 3103 Interviews in der Region Brüssel-Hauptstadt und zu 4214 Interviews in der Wallonischen Region.

Um repräsentative Ergebnisse für das gesamte Land und für jede Region zu erhalten, wurde jeder Person, die an der Umfrage teilnahm, eine Gewichtung auf der Grundlage der Auswahlmöglichkeit innerhalb des Haushalts, der Gemeinde, der Provinz, der Region und des Quartals zugewiesen, in dem das Interview durchgeführt wurde.

Trotz der Zielsetzung, die Zusammensetzung der Stichprobe so genau wie möglich mit der Zusammensetzung der belgischen Bevölkerung übereinstimmen zu lassen, war es natürlich unmöglich, eine absolut repräsentative Stichprobengruppe auszuwählen. Personen, die im nationalen Einwohnermelderegister nicht eingetragen waren, kamen für die Auswahl ohnehin nicht infrage. Bei einigen Haushalten scheiterte die Kontaktaufnahme. Die Teilnahme an der Umfrage war außerdem nicht obligatorisch. Von allen Haushalten, zu denen das Umfrageinstitut Kontakt aufnahm, stimmten 57% der Teilnahme an der Umfrage zu.

Die übrigen 43% verweigerten eine Teilnahme aus sehr unterschiedlichen Gründen (vor allen Dingen aus Desinteresse und/oder aus Zeitmangel). Um eine Verzerrung der Ergebnisse als Folge solcher Weigerungen zu kompensieren, wurde jedem ausgewählten Haushalt ein Ersatz-Haushalt zugewiesen (ansässig in derselben Gemeinde, mit derselben Anzahl an Familienmitgliedern und mit einer Referenzperson, die dasselbe Alter hat wie die Referenzperson im ursprünglich ausgewählten Haushalt). Wenn die Kontaktaufnahme zu einem Haushalt nicht möglich war (trotz mehrerer Versuche) oder wenn ein Haushalt sich weigerte, an der Umfrage teilzunehmen, wurde ein Ersatz-Haushalt eingeschaltet.

Für die Gesundheitsumfrage wurden drei Arten von Fragebögen eingesetzt.

- Der erste Fragebogen befasste sich mit dem Haushalt (und bezog sich auf die Größe und die Zusammensetzung des Haushalts, auf das Haushaltseinkommen, auf die Ausgaben für die Gesundheit, Umgebungsfaktoren, ...) und wurde in der Regel der Referenzperson oder seinem/ihrem Partner vorgelegt.
- Ein zweiter Fragebogen, der sich auf den Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen konzentrierte, musste durch jede der ausgewählten Personen innerhalb des Haushalts beantwortet werden. Wenn eine ausgewählte Person nicht in der Lage war, selbst zu antworten (beispielsweise aufgrund einer Erkrankung oder einer langfristigen Abwesenheit) oder wenn eine ausgewählte Person jünger als 15 Jahre war, antwortete eine andere Person in ihrem Namen (meistens ein anderes Mitglied des Haushalts).
- Für beide Fragebögen wurde während der Gesundheitsumfrage 2013 zum ersten Mal ein Computer eingesetzt (Computer Aided Personal Interview oder CAPI). Für die Eingabe der Daten wurde ein dafür bestimmtes Programm in Blaise© geschrieben. Der Einsatz von CAPI erleichtert die Arbeit des Umfrageinstituts, verringert das Risiko des Verlustes von Fragebögen und macht die im Nachhinein erfolgende elektronische Bearbeitung der Ergebnisse überflüssig.
- Abschließend füllte jeder Teilnehmer ab 15 Jahren auch einen schriftlichen Fragebogen aus, der Fragen enthielt, die eher persönlicher Art waren (wie z. B. Fragen über die mentale Gesundheit, über den Alkohol- und Tabakkonsum, ...).

## Internetseite

### *Bericht*

Der ausführliche Bericht mit der Erörterung der Ergebnisse kann gemeinsam mit dem zusammenfassenden Bericht auf der Webseite der Gesundheitsumfrage unter der folgenden Adresse abgerufen werden:

<http://his.wiv-isp.be/nl>

### *HISIA, die interaktive Webseite*

Wissenschaftler und die Öffentlichkeit können selbst bestimmte Analysen über die interaktive Webseite der Gesundheitsumfrage unter der folgenden Adresse ausführen:

<http://hisia.wiv-isp.be>

Alle Schritte, die umgesetzt werden müssen, um diese Analysen durchzuführen, werden auf dieser Internetseite erläutert. Die Benutzung der interaktiven Webseite ist sehr einfach gestaltet und wurde für Laien im Bereich der Statistik konzipiert. Die Analysen, die ausgeführt werden können, sind selbstverständlich begrenzt. Es handelt sich vor allen Dingen um die Berechnung von Prävalenzen, Verteilungen oder Durchschnittswerten eines Indikators auf der Grundlage zweier oder dreier Parameter (oder Hintergrundkennzeichen). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die generierten Ergebnisse zwar gewichtet, aber nicht für das Alter oder das Geschlecht korrigiert wurden. Die Daten des Jahres 2013 werden nach und nach auf der Webseite freigegeben - also immer, wenn ein spezifischer Bericht veröffentlicht wird.



© Institut Scientifique de Santé Publique  
DIRECTION OPÉRATIONELLE  
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE  
Rue Juliette Wytsman  
1050 Bruxelles | Belgique  
[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)

Éditeur responsable : Dr Johan Peeters  
Numéro de dépôt : D/2014/2505/53