

5 Wie werden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt?

5.1 Impfen

- ▶ In der BRD wurden, entsprechend den heutigen Regelungen, Impfempfehlungen ausgesprochen, in der DDR bestand teilweise eine Impfpflicht.
- ▶ Nach der Wiedervereinigung sanken die wesentlich höheren Impfquoten in den neuen Bundesländern zunächst merklich ab.
- ▶ Die Impfquoten in den neuen und alten Bundesländern haben sich bei jüngeren Kindern und Schulanfängern heute weitgehend angenähert und sind für die meisten Impfungen auf einem zufriedenstellenden Niveau.
- ▶ Deutliche Impflücken bestehen im gesamten Bundesgebiet bei älteren Kindern und Jugendlichen für Hepatitis B und für Keuchhusten (Pertussis), der zweiten Masern aber auch Mumps und Röteln – Impfung sowie bei den Auffrischimpfungen, hier vor allem in den alten Bundesländern.
- ▶ Besonders für die Elimination von Masern und für einen ausreichenden Kollektivschutz gegen Pertussis ist die Durchimpfung in ganz Deutschland noch ungenügend, wobei die höheren Durchimpfungsraten in den neuen Bundesländern zu finden sind.
- ▶ Die immer noch höhere Impfkzeptanz in den neuen Bundesländern zeigt sich auch in der erwachsenen Bevölkerung an der besseren Durchimpfung älterer Menschen gegen Influenza.

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Einerseits bieten sie Schutz vor schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine bzw. nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt. Andererseits lassen sich durch Impfungen Krankheitskomplikationen und schwere Krankheitsverläufe bei Risikopatientinnen und -patienten sowie eine Mutter-Kind-Übertragung

von Erregern bei Schwangeren vermeiden. Die Kosten-Nutzen-Relation ist bei Impfungen häufig sehr günstig. Impfungen schützen nicht nur individuell, sondern führen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Dies ist in der Allgemeinbevölkerung dann der Fall, wenn hohe Impfquoten erzielt werden. Der dazu notwendige Prozentsatz an geimpften Personen ist u. a. abhängig von der Übertragbarkeit der jeweiligen Infektionskrankheit: Bei Masern ist beispielsweise eine für die Eliminierung ausreichende Impfquote von 92 % bis 95 % notwendig.

Daten zum Impf- und Immunstatus sind daher ein unverzichtbarer Bestandteil um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten zu beurteilen. Gleichzeitig geben sie wertvolle Hinweise zur Effektivität von Versorgungsstrukturen und zur Impfkzeptanz. Entsprechend des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wird der Impfstatus von Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer erfasst, an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet und dort ausgewertet. Schuleingangsuntersuchungen erfolgen jedoch erst 3 bis 4 Jahre nachdem die Grundimmunisierung abgeschlossen sein sollte. Zudem sind die Indikatoren der Erfassung nicht in allen Bundesländern gleich. Es besteht daneben eine Meldepflicht für einige impfpräventable Erkrankungen (z. B. für Masern und Diphtherie). In einigen Bundesländern gibt es darüber hinaus aufgrund von Landesverordnungen für weitere impfpräventable Krankheiten eine Meldepflicht (z. B. in den neuen Bundesländern für Keuchhusten (Pertussis)).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde auf Grundlage des Impfausweises der Impfstatus von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren einheitlich erfasst. Damit sind Analysen der Impfquoten in allen Altersgruppen sowie unter anderem Auswertungen nach der Wohnregion möglich.

In der DDR war die Impfprävention entsprechend der Struktur des staatlichen Gesundheitswesens organisiert. Impfpflicht existierte gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis,

Masern und Tuberkulose. Die Impfungen (insbesondere zum Abschluss der Grundimmunisierung) wurden überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte in den Kindereinrichtungen (Krippen bzw. Kindergärten) durchgeführt, soweit bei dem Kind keine medizinische Kontraindikation bestand und die Eltern gegen die Impfung keinen Einspruch erhoben hatten. Die Impfquoten waren sehr hoch, da die Mehrzahl der Kinder eine Kindereinrichtung besuchte. Die impfpräventablen Krankheiten, wie Masern und Pertussis, galten deshalb als weitgehend eliminiert. In der BRD wurden, entsprechend der heutigen Regelungen, Impfempfehlungen ausgesprochen.

Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung war bei einigen Infektionskrankheiten die Zurückdrängung der Erkrankungen durch Impfmaßnahmen in der DDR bereits sehr erfolgreich. Bei anderen Krankheiten brachte die breite Anwendung von bis zur Wiedervereinigung in der DDR nicht verfügbaren Kombinationsimpfstoffen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie in ganz Deutschland die Einführung neuer Impfstoffe (z. B. gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib), Hepatitis B) in den Jahren nach der Wiedervereinigung einen erheblichen Zugewinn in der allgemeinen Gesundheitsvorsorge. Dennoch gibt es, hinsichtlich des Zeitpunktes und der Vollständigkeit sowie der Impfquoten allgemein, weiterhin Optimierungsbedarf.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung werden aber von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder auf der Grundlage von Empfehlungen angeraten, welche die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut regelmäßig aktualisiert (im Internet abrufbar unter: www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Impfempfehlungen). Die von der STIKO generell empfohlenen Impfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dies befürwortet.

Die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen in der Bundesrepublik Deutschland ist innerhalb der letzten Jahre gestiegen. So belegen Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1998, 2002 und 2007, dass die Impfquoten bei Diphtherie-, Tetanus- und Poliomyelitis gestiegen sind und auf einem zufrieden stellenden Niveau liegen (siehe Abbildung 5.1.1).

Auch hinsichtlich der ersten und zweiten Masern (Mumps, Röteln)-Impfung hat sich die Durchimpfung von Schulanfängern verbessert. Besonders stark ist der Anstieg bei den Immunisierungen gegen Pertussis, Hib und Hepatitis B. Weiterhin zeigt sich, dass die einzuschulenden Kinder in den neuen Bundesländern einen besseren Impfschutz gegen Pertussis, Hepatitis B und Masern (Mumps, Röteln) aufweisen (siehe Abbildung 5.1.2).

Abbildung 5.1.1
Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007

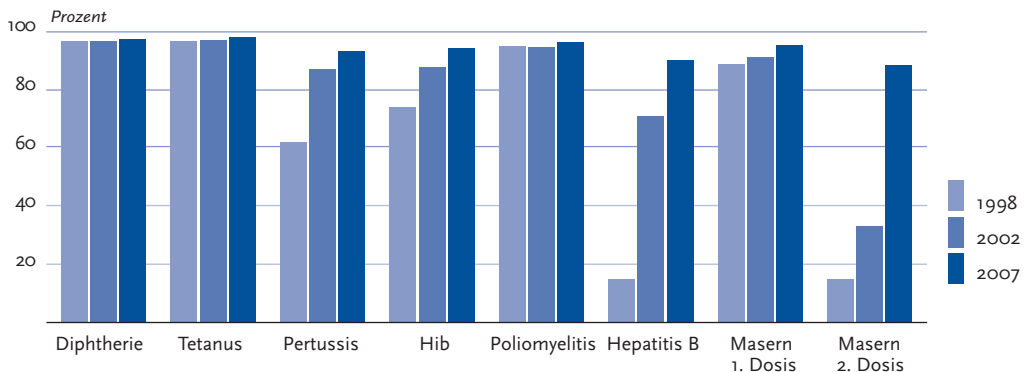
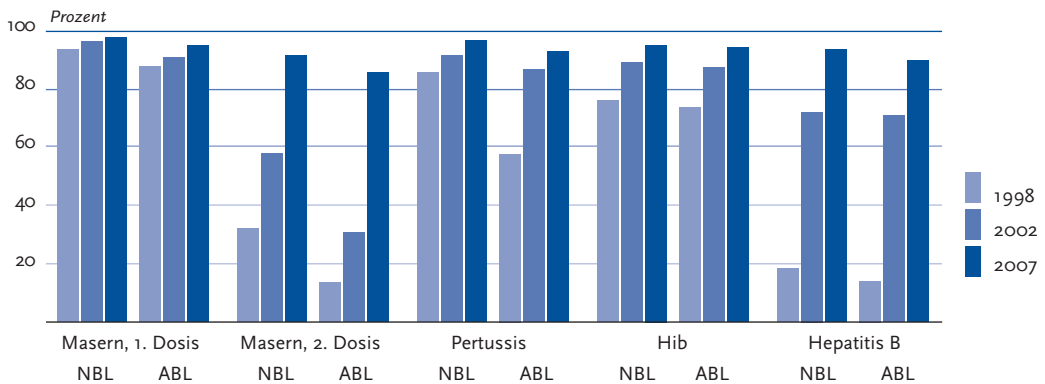


Abbildung 5.1.2
Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf nach Region
 Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007



Den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zufolge bestehen jedoch insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen deutliche Defizite hinsichtlich der Grundimmunisierung gegen Hepatitis B und Pertussis. So hatten über 40 % der 14- bis 17-Jährigen keine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B und über 60 % keine Grundimmunisierung gegen Pertussis (Poethko-Müller et al. 2007). Offensichtlich wurde die Nachimpfung von Kindern und Jugendlichen, die vor den Jahren des Bestehens der allgemeinen Impfempfehlung gegen Pertussis und Hepatitis B geboren worden sind, nicht in ausreichendem Ausmaß durchgeführt.

Große Defizite bestehen auch bei den für das 6. bis 7. Lebensjahr empfohlenen Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. In den alten Bundesländern hatten 28 % der 7- bis 17-Jährigen (15 % in den neuen Bundesländern) keine Auffrischimpfung gegen Tetanus erhalten. Zudem betragen die Impfquoten der für das 9. bis 17. Lebensjahr empfohlenen Polioauffrischimpfung bei 11- bis 17-Jährigen insgesamt nur 54 % (Reiter, Poethko-Müller 2009).

Aufgrund der gefundenen regionalen Unterschiede werden die Inanspruchnahme von Masern- und Pertussis-Impfung, sowie als weiteres Beispiel die Gripeschutzimpfung näher betrachtet.

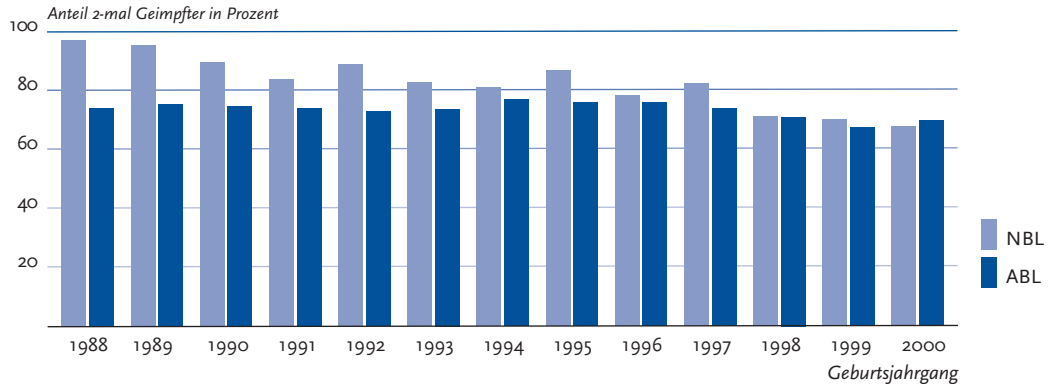
Masern

Bei Masern, einer meldepflichtigen Erkrankung mit hochgradiger Ansteckungsgefahr, besteht die Möglichkeit und das Ziel der Eliminierung durch Impfung, wenn eine sehr hohe Impfquote erreicht wird; bisher ist diese für Deutschland nicht zufriedenstellend. Die Impfung wird in der Bundesrepublik seit 1980 zunächst mit einer Dosis eines Kombinationsimpfstoffes (Masern, Mumps, Röteln) empfohlen. In der DDR bestand seit 1970 eine Impfpflicht gegen Masern, die seit 1986 zwei Impfungen umfasste. Seit 1991 gilt in der gesamten Bundesrepublik eine einheitliche Impfempfehlung für zwei Dosen des Kombinationsimpfstoffes, wobei sich die empfohlenen Alterszeitpunkte seitdem geändert haben. Seit 2001 wird die erste Impfung im Alter von 11 bis 14 Monaten empfohlen, die zweite sollte bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr durchgeführt worden sein.

Insgesamt ist zwar ein Anstieg bei der ersten und zweiten Masernimpfung und ein Rückgang der Maserninzidenz in Deutschland zu erkennen, allerdings bestehen große regionale Unterschiede: Ausbrüche finden sich mehrheitlich in den alten Bundesländern (siehe dazu Kapitel 3.7).

Historisch bedingt ist die Impfbereitschaft in den neuen Bundesländern höher. Nach der Wiedervereinigung kam es zu einem Rückgang der Impfquoten, der sich beispielsweise an der deutlich verringerten Inanspruchnahme der zweiten Masernimpfung zeigt (siehe Abbildung 5.1.3).

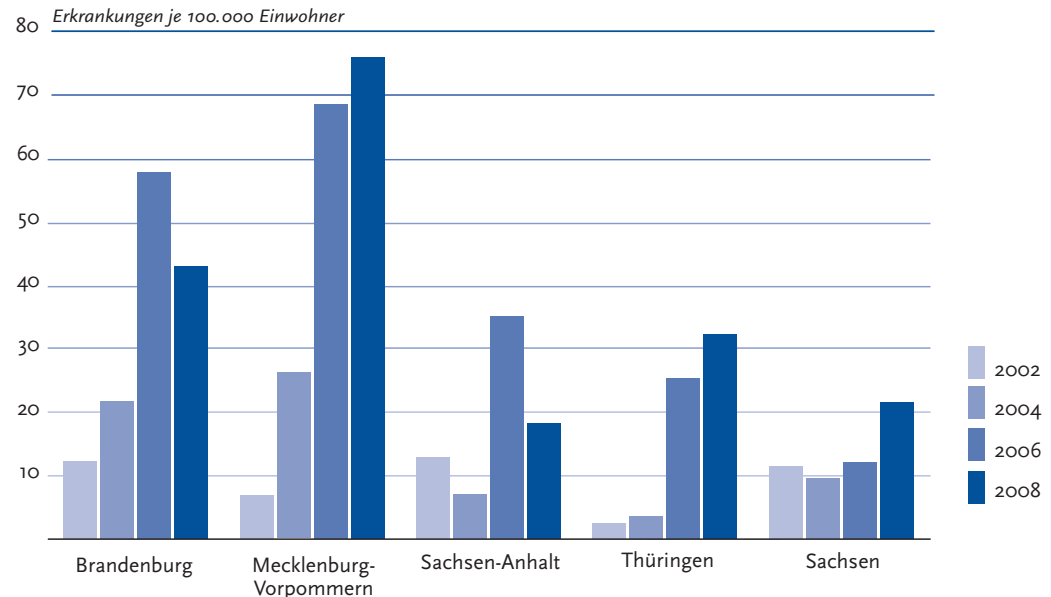
Abbildung 5.1.3
Vollständige Masern-Impfung (zwei Impfungen) nach Geburtsjahrgang; Impfquoten bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen
 Quelle: KiGGS



Die jüngsten Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahr 2007 belegen, dass der zunächst eingetretene deutliche Rückgang bei den Impfquoten der Masern-Impfung weitgehend kompensiert werden konnte (RKI 2009a). Das bis zur Wiedervereinigung bestehende hohe Niveau bei Masernimpfungen in den neuen Bundesländern ist jedoch gegenwärtig dort noch nicht wieder

erreicht. Für die zweite Masernimpfung zeigt sich ein besonders deutlicher Anstieg, doch bestehen bei nach 1990 geborenen Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern deutliche Defizite; in den alten Bundesländern fehlt auch vor 1990 geborenen Jugendlichen häufig die zweite Masernimpfung (Poethko-Müller et al. 2007). Das ist vor allem damit zu begründen,

Abbildung 5.1.4
Entwicklung der Inzidenz von Pertussis-Erkrankungen in den neuen Bundesländern 2002 bis 2008
 Quelle: RKI: SurvStat



dass die 2. Impfung dort erst ab 1991 empfohlen worden ist.

Wie die Daten aus dem Jahr 2007 zeigen, ist die Impfbeteiligung in den neuen Bundesländern weiterhin höher als in den alten Bundesländern. Bei der zweiten Impfung gegen Masern liegt die Impfquote von Schulanfängern in den neuen Bundesländern bei 91,5%, in den alten Bundesländern bei 85,8% (siehe Abbildung 5.1.2). Bundesweit beträgt die Impfquote für die 2. Masernimpfung 88%. Damit liegt diese Quote noch unter der notwendigen Impfquote von 95% für beide Impfungen, um die Masern zu eliminieren; zumal hier nur von Kindern mit Impfausweis berichtet werden kann (RKI 2009a).

Pertussis (Keuchhusten)

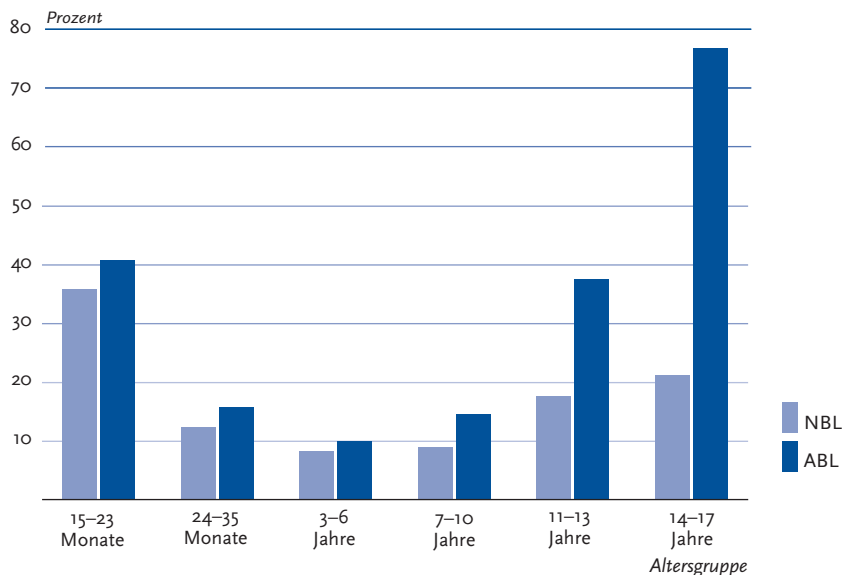
Eine Impfung gilt als zentrale präventive Maßnahme gegen die hoch ansteckende Infektionskrankung Pertussis. Diese Schutzimpfung wird seit 1991 für Säuglinge und Kleinkinder durch die STIKO empfohlen. In der DDR bestand seit 1964 eine allgemeine Impfpflicht gegen Pertussis. Im alten Bundesgebiet wurde die allgemeine Impfpflicht ab 1974 eingeschränkt und nur

für Kinder mit hohem Erkrankungsrisiko ausgesprochen. Das führte zu einer niedrigen Impfquote bei entsprechend hohen Erkrankungsraten. In Anbetracht der aktuellen epidemiologischen Situation und der Schwere der Krankheitsverläufe im Säuglingsalter empfiehlt die STIKO, die Pertussis-Grundimmunisierung für Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu beginnen, d. h. unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats. Derzeit ist Pertussis nur in den neuen Bundesländern aufgrund von Landesverordnungen eine meldepflichtige Erkrankung. Hier zeigt sich seit 2002 eine Zunahme der Pertussis-Erkrankungsraten, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß in den einzelnen Ländern (siehe Abbildung 5.1.4).

Bei den Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich, dass einzuschulende Kinder aus den neuen Bundesländern einen deutlich besseren Impfschutz haben: Bei der Pertussis-Grundimmunisierung wird in den neuen Bundesländern eine Impfquote von 96,7% erreicht, in den alten Bundesländern von 92,9% (RKI 2009a).

Sehr deutliche Impfdizite gibt es bei älteren Kindern und Jugendlichen, die in den alten Bundesländern noch ausgeprägter sind als in den neuen Bundesländern. Die Daten des Kinder- und

Abbildung 5.1.5
Kinder und Jugendliche ohne ausreichende Grundimmunisierung gegen Pertussis nach Altersgruppen
Quelle: KiGGS



Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigen, dass 76,9% der 14- bis 17-Jährigen in den alten Bundesländern und 21,2% der Gleichaltrigen in den neuen Bundesländern keine vollständige Grundimmunisierung gegen Pertussis haben (RKI 2008) (siehe Abbildung 5.1.5).

Auch bei der Auffrischimpfung gegen Pertussis, seit dem Jahr 2000 von der STIKO für die 9- bis 17-Jährigen empfohlen, gibt es große Defizite: Der Anteil der Jugendlichen, bei denen zusätzlich zur Grundimmunisierung auch eine Auffrischimpfung durchgeführt worden war, beträgt 13,3% (neue Bundesländer: 39,5%; alte Bundesländer: 5,3%).

In den aktuellen STIKO-Empfehlungen (RKI 2009b) wird für Erwachsene (ab 18 Jahren) eine Auffrischimpfung empfohlen. In der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2008 gaben 55,2% der Frauen und 43,4% der Männer aus den

neuen Bundesländern im Alter ab 18 Jahren an, niemals eine Pertussisschutzimpfung erhalten zu haben. In den alten Bundesländern waren es hingegen nur 26,1% der Frauen und 17,2% der Männer.

Influenza

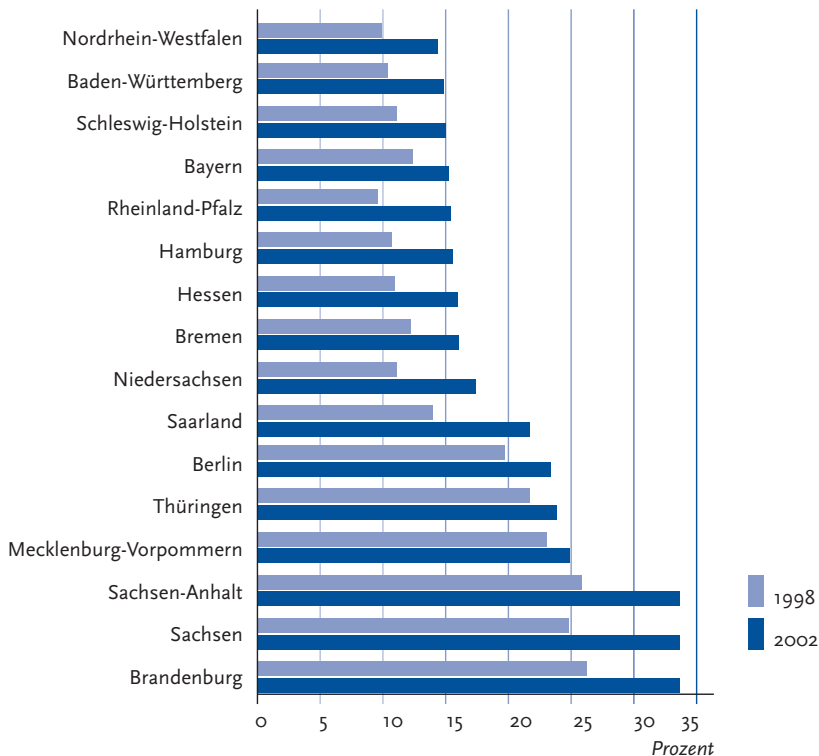
In der Folge von Influenza-Infektionen kommt es jährlich zu einer Vielzahl von Arztbesuchen und Todesfällen: In den Jahren 1996 bis 2006 führten Influenzawellen zu ca. 8.000 bis 11.000 Todesfällen (Arbeitsgemeinschaft Influenza 2008). Die STIKO am Robert Koch-Institut empfiehlt unter anderem für Personen über 60 Jahre, Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Personen, die beruflich starken Publikumsverkehr erleben, jährlich eine Influenza-Impfung.

In den neuen Bundesländern zeigt sich auch bei der Influenza-Schutzimpfung eine höhere

Abbildung 5.1.6

Anteil der gegen Influenza Geimpften in der Bevölkerung nach Bundesländern 1998 und 2002

Quelle: Mikrozensus 1998, 2002



Impfbereitschaft der Bevölkerung. Laut der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell« (GEDA) waren in der Wintersaison 2007/2008 in den neuen Bundesländern insgesamt 46,1% der Frauen und 38,4% der Männer gegen Influenza geimpft, in den alten Bundesländern hingegen 28,1% der Frauen und 27,0% der Männer. Als entscheidend für die Impfkzeptanz gilt die direkte Empfehlung der Impfung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Es konnten aber auch sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung festgestellt werden.

Auch die Daten des Mikrozensus, einer amtlichen Repräsentativstatistik über die Bevölkerung, aus dem Jahr 2003 bestätigen die Unterschiede zwischen den Bundesländern beim aktuellen Influenzaimpfschutz (Statistisches Bundesamt 2004): Während die Impfquoten für alle Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen bei 14,4% und in Bayern bei 14,9% lagen, erreichten sie in Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt Werte von 34% (siehe Abbildung 5.1.6). Der Vergleich mit der Durchimpfung gegen Influenza im Jahr 1998 zeigt für alle Bundesländer eine Zunahme der Impfquoten gegen Influenza.

Fazit

Nach der Wiedervereinigung und dem Umbau der Impforganisation in den neuen Bundesländern sanken die Impfquoten dort zunächst merklich ab und haben auch gegenwärtig – trotz einer Verbesserung in den letzten Jahren – das frühere hohe Niveau noch nicht wieder erreicht. Auswirkungen dieser Entwicklung zeigten sich insbesondere hinsichtlich des Auftretens von Masern und Pertussis. Für diese beiden Krankheiten, die in den neuen Bundesländern bei Kindern praktisch eliminiert waren, stieg die Erkrankungshäufigkeit nach der Wiedervereinigung deutlich an. Sie ist allerdings – soweit man das aufgrund der im Bundesgebiet fehlenden Erfassung überhaupt beurteilen kann – in den neuen Ländern noch immer niedriger als im übrigen Bundesgebiet. Ältere Kinder und Jugendliche haben noch Defizite bei den Impfungen gegen Pertussis, Hepatitis B und Masern (2. Impfung). Jedoch sind bei den Schulanfängern die Impfquoten in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Es bestehen zudem Defizite bei den

Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis. Auch wenn sich bei jüngeren Kindern die meisten Impfquoten in den neuen und alten Bundesländern weitgehend angenähert haben, ist die Durchimpfung älterer Kinder und Jugendlicher gegen Pertussis, bei der zweiten Masernimpfung und bei den Auffrischimpfungen in den alten Bundesländern deutlich seltener ausgeprägt als in den neuen Bundesländern. Eine höhere Impfbereitschaft in den neuen Bundesländern zeigt sich auch in der erwachsenen Bevölkerung bei der Durchimpfung gegen Influenza.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Influenza (2008) Abschlussbericht der Influenzasaison 2007/08. Berlin
- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 851–862
- Reiter S, Poethko-Müller C (2009) Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impflücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz: in press
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Pertussis: Zum Vergleich von Grundimmunisierung und Auffrischimpfung in den alten und neuen Bundesländern. Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Epid Bull 27: 213–215
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009a) Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007. Epid Bull 16: 143–145
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009b) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2009. Epid Bull 30: 279–298
- Robert Koch-Institut (2009c) SurvStat www3.rki.de/SurvStat (Stand: 29.07.2009)

5.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

- ▶ Krebsfrüherkennungsprogramme wurden in den 1970er-Jahren sowohl in der DDR als auch im früheren Bundesgebiet eingeführt.
- ▶ Die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hat sich in beiden Landesteilen in den 1990er-Jahren deutlich verbessert, bei Frauen etwas mehr als bei Männern.
- ▶ Insgesamt hat eine Angleichung der Teilnehmeraten zwischen neuen und alten Bundesländern stattgefunden.
- ▶ Die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen ist noch nicht zufriedenstellend. Unterschiede ergeben sich nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage.

Krebserkrankungen sind ein bedeutendes Gesundheitsproblem. Sie führen in Deutschland neben den Herz-Kreislaufkrankungen seit Jahrzehnten das Krankheitsspektrum an und sind bei Frauen und Männern die zweithäufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt 2008). Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören im Rahmen der Sekundärprävention auch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Sie dienen der frühzeitigen Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen. Damit sollen die Krankheitsbelastung und Sterblichkeit in der Bevölkerung gesenkt und die Lebensqualität von Krebspatientinnen und -patienten erhöht werden.

Angebote zur Krebsfrüherkennung sind für die alten Bundesländer seit 1971 gesetzlich verankert (§ 25 Absatz 2 des SGB V). In den »Krebsfrüherkennungs-Richtlinien« (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008) ist festgelegt, welche Leistungen die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassen und von der GKV erstattet werden. In der ehemaligen DDR wurde die Krebsfrüherkennung ebenfalls Anfang der 1970er-Jahre initiiert. Strukturell gab es jedoch Unterschiede zwischen den beiden deutschen Staaten (siehe dazu auch Kapitel 3.4).

Angebote der Krebsfrüherkennung und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt sind Männer ab dem Alter von 35 und Frauen ab dem Alter von 20 Jahren. Eine obere Altersgrenze ist mit Ausnahme des kürzlich eingeführten Mammographiescreenings (bis max. 70 Jahre) nicht vorgesehen. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können in der Regel pro Jahr einmal von dem anspruchsberechtigten Personenkreis wahrgenommen werden.

Zum Zielkatalog der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören bei Frauen: Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren, der Brust ab dem Alter von 30 Jahren, der Haut ab dem Alter von 35 Jahren (zweijährlich), des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008). Zusätzlich wird die Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust mittels Mammographie-Screening ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres angeboten. Zu diesem Screening werden Frauen der genannten Altersgruppe alle zwei Jahre schriftlich eingeladen.

Für Männer werden für folgende Neubildungen Früherkennungsuntersuchungen angeboten: Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren (zweijährlich), des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren, sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008).

Versicherte beiderlei Geschlechts haben ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl zur Früherkennung von Darmkrebs. Nach dem 55. Lebensjahr besteht der Anspruch nur noch in jedem zweiten Jahr, sofern nicht zwischenzeitlich bereits eine Früherkennungs-Koloskopie vorgenommen worden ist. Früherkennungs-Koloskopien können seit Oktober 2002 gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ab dem Alter von 55 Jahren erfolgen, wobei die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie vorgenommen werden kann.

Für alle Krebserkrankungen, deren Früherkennungsuntersuchungen in das Angebot der GKV aufgenommen wurden, gilt, dass die Möglichkeit einer zuverlässigen Diagnose im Vor- bzw. Frühstadium besteht und bei einem ausreichend strukturellen Angebot wirksame Behandlungsmethoden vorliegen.

Teilnahme an der Krebsfrüherkennung

Seit Beginn der Einführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für gesetzlich Krankenversicherte haben bis zum Jahr 1990 im Durchschnitt lediglich 31% der anspruchsberechtigten Frauen und ca. 12% der anspruchsberechtigten Männer in den alten Bundesländern diese Untersuchungen wahrgenommen (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Im Zeitraum von 1991 bis 1997 stieg die Teilnehmerate, die auf der Grundlage abgerechneter Früherkennungsuntersuchungen ermittelt wurde.

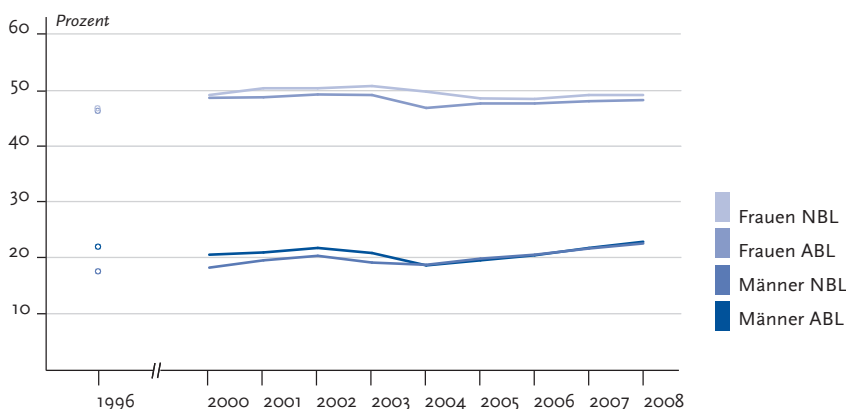
Bei Frauen erhöhte sie sich von etwa einem Viertel im Jahr 1997 bis auf knapp 40% im Jahr 2001 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009a). Die Teilnehmeraten der Männer stiegen im gleichen Zeitraum ebenfalls an, wenn auch deutlich geringer: von knapp unter 10% auf ca. 12% (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009a). Die Anzahl der abgerechneten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen war unmittelbar nach der Wiedervereinigung in den

neuen Ländern deutlich geringer als in den alten Ländern, geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich auch hier. Männer aus den neuen Bundesländern nutzten das Angebot besonders selten (Bundesministerium für Gesundheit 2000). Insgesamt zeigte sich in beiden Landesteilen Deutschlands eine deutliche Steigerung der Teilnahmebereitschaft an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in den 1990er-Jahren, bei Frauen stärker als bei Männern (Bundesministerium für Gesundheit 2000).

Eine Sonderauswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ermöglicht einen detaillierten Blick auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsangebote für Frauen und Männer in Ost und West für ausgewählte Jahre (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b). Abbildung 5.2.1 zeigt, dass bereits im Jahr 1996 eine weitgehende Angleichung der Teilnahmequoten zwischen Ost und West stattgefunden hatte. Bei den Frauen waren die Unterschiede minimal, bei den Männern etwas größer zu Ungunsten der Männer aus den neuen Bundesländern. In den folgenden Jahren wurden weiterhin nur geringe Unterschiede zwischen den Landesteilen beobachtet.

Die Früherkennung von Darmkrebs wurde in Deutschland im Oktober 2002 neu geregelt. Seitdem gehört die Früherkennungs-Koloskopie zu den Präventivmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz dieses neuen Angebots liegen Schätzungen des Zent-

Abbildung 5.2.1
Geschätzte Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den Jahren 1996 sowie 2000 bis 2008
Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b



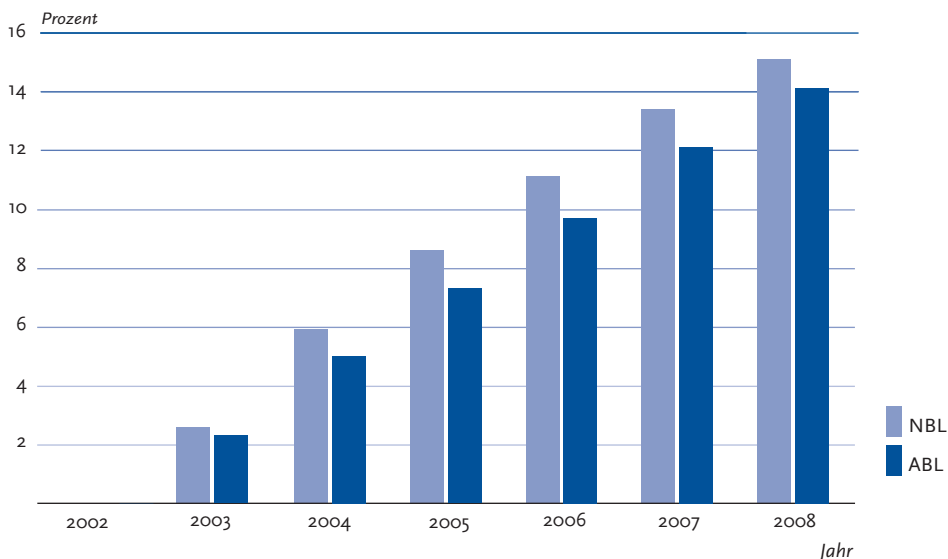
Als **Datengrundlage** werden für die folgenden Ausführungen die Abrechnungsdaten der GKV herangezogen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) nimmt anhand dieser Daten Schätzungen zur Beteiligung an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen vor. Diese Schätzungen beruhen auf einer jährlichen Abfrage der Summe von Früherkennungsleistungen (EBM-Gebührenpositionsnummer) bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), einer Auswertung von verfügbaren Datensätzen über abgerechnete Früherkennungsleistungen (aus denen sich die Zusammensetzungen der Fälle nach KV, Alter und Geschlecht ergeben) sowie aus der KM-6-Statistik der gesetzlichen Krankenkassen, die als Vollerhebung anzusehen ist (Altenhofen 2007). Bei den Daten des ZI handelt es sich um Querschnittsdaten, so dass über die wiederholte Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (Teilnahmekontinuität im Zeitverlauf) der Versicherten keine Aussagen getroffen werden können. Im Jahr 2000 erfolgte ein Verfahrenswechsel bei der Berechnungsgrundlage. Eine lückenlose Interpretation im Zeitverlauf kann aus diesem Grund nicht vorgenommen werden.

ralinstituts für die kassenärztliche Versorgung vor (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b).

Darmkrebs ist bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebserkrankung und auch die zweithäufigste Krebstodesursache (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2008). Männer erkranken im Mittel mit 69 Jahren an Darmkrebs, Frauen mit 75 Jahren. Abbildung 5.2.2 enthält die Schätzung der zusammengefassten Teilnehmeraten für den Zeitraum seit der Einführung der Maßnahme. Jeder Erwachsene ab 55 Jahren hat einmal und 10 Jahre danach ein zweites Mal Anspruch auf diese Form der Darmkrebsfrüherkennung. Die zunächst sehr zurückhaltende Teilnahme verbesserte sich in den neuen und alten Bundesländern von Jahr zu Jahr. Aktuell war etwa jede bzw. jeder siebente Anspruchsberechtigte bei einer Früherkennungs-Koloskopie. In den neuen Ländern liegen die Teilnehmeraten durchgehend etwas über den Raten, die für Versicherte aus den alten Bundesländern geschätzt wurden.

Abbildung 5.2.2
Geschätzte kumulative Teilnahme an Früherkennungskoloskopien 2002 bis 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b



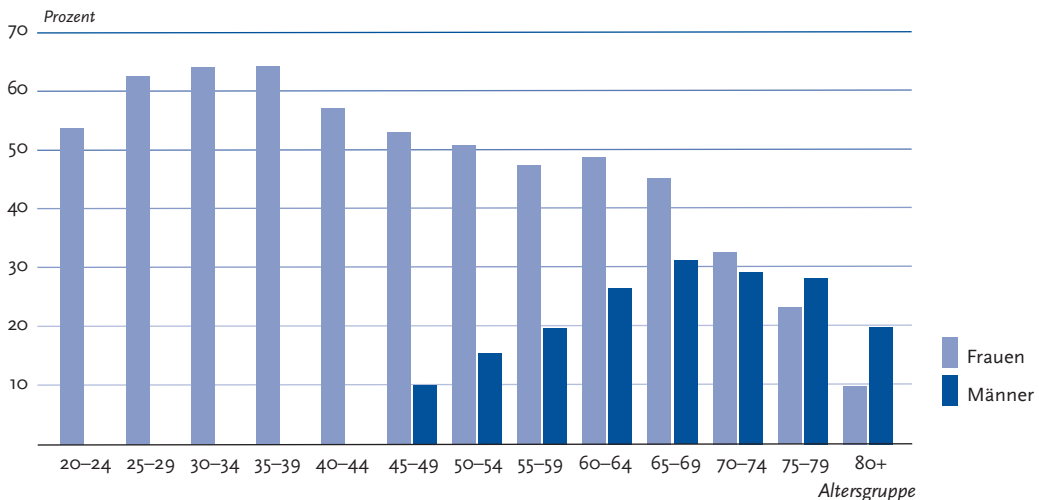
Mit Blick auf alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen insgesamt weisen die aktuellen Schätzungen aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung darauf hin, dass es vor allem geschlechtsspezifische Unterschiede sind, die bei der Akzeptanz der Untersuchungen eine Rolle spielen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007). 33,9 Millionen Leistungsfälle von Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen wurden im Jahr 2007 bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet: 29,8 Millionen Abrechnungsfälle bei Frauen und 4,1 Millionen bei Männern (Statistisches Bundesamt 2009). Bezogen auf die Anspruchsberechtigten bedeutet dies: Im Jahr 2007 nahmen in Deutschland 48,1 Prozent der Frauen und 21,8 Prozent der Männer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b). In Abbildung 5.2.3 wird deutlich, dass es neben geschlechtsspezifischen Einflüssen auf die Beteiligung an den Untersuchungen auch deutliche Schwankungen entlang des Alters gibt. Mit zunehmendem Alter zeigen sich bei Frauen und Männern unterschiedliche altersspezifische Trends: Frauen in der Altersgruppe 35 bis 39 Jahre nutzen das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen am häufigsten. In den höheren Altersgruppen geht die Beteiligung zurück,

ein starker Abfall ist ab dem 70. Lebensjahr zu beobachten. Bei den Männern ist ein langsamer Anstieg der Teilnehmeraten mit zunehmendem Alter zu sehen. Die 65- bis 69-Jährigen beteiligen sich schließlich am stärksten. Danach sinken die Raten wieder, übersteigen allerdings ab dem Alter von 75 Jahren die Teilnahmequoten der Frauen.

Auf der Ebene der Bundesländer wurden geringe Schwankungen in der Beteiligung an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen festgestellt (Teilnahmeschätzung für die Bundesländer im Jahr 2003, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2003). In den Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) ist die Beteiligung zumeist etwas besser. Ein Grund dafür könnte die gute Infrastruktur vertragsärztlicher Untersuchungs- und Betreuungsmöglichkeiten in großstädtischen Regionen sein. Es könnte sich hierbei allerdings auch um methodische Besonderheiten der Schätzung handeln, vermutet werden Zuzugseffekte aus der Umgebung (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2003).

Bereits bei den Mitte der 1990er-Jahre durchgeführten Analysen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurde deutlich, dass sich Unterschiede in der Inanspruchnahme in den neuen und alten Bundesländern, wie sie direkt nach der Wiedervereinigung beobachtet wurden, weitgehend angeglichen hatten. Auch

Abbildung 5.2.3
Geschätzte Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppen 2007
Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2007



im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, bei dem im ärztlichen Interview die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erfragt wurde, zeigte sich, dass sich die Teilnahmeraten von Frauen und Männern zwischen Ost und West nicht wesentlich unterscheiden (Kahl 1999). Die regionalen Auswertungen aus dem Jahr 2003 bestätigen dies: Regionale Schwankungen der Teilnahme werden beobachtet, aber keine Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern.

Neben den bereits genannten Faktoren, die die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen beeinflussen, spielt ein weiterer wichtiger Aspekt eine Rolle: die sozioökonomische Lage. Aus der internationalen Forschung ist bekannt, dass neben Alter und Geschlecht auch Variablen wie Bildung, familiäre Lebenssituation oder Versichertenstatus die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen beeinflussen (Zusammenfassung bei Scheffer et al. 2006). Ältere Menschen, Frauen, Personen mit höherer Bildung, Personen in fester Partnerschaft und Personen, die krankenversichert sind, nutzen diese Angebote häufiger. Für die Bundesrepublik wurden von Scheffer et al. (2006) zwölf Studien zur Inanspruchnahme, die zwischen 1973 und 2003 durchgeführt wurden (vor 1990 nur Studien aus den alten Bundesländern), zusammengefasst. Übereinstimmend zeigte sich bei Frauen ein signifikanter Einfluss von Ausbildungsniveau und beruflichem Status auf die Inanspruchnahme von Früherkennung: Frauen mit einer höheren Schul- bzw. Ausbildung (mehr Schul- bzw. Ausbildungsjahre) und Frauen in qualifizierter beruflicher Positionen nehmen öfter teil als schlechter gestellte Frauen. Bei Männern ist die Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen jedoch weniger stark ausgeprägt.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den Jahren seit der Wiedervereinigung eine kontinuierliche Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu verzeichnen ist. Sie betrifft sowohl Männer als auch Frauen, Frauen allerdings in stärkerem Maße. Teilnahmeschätzungen für Erwachsene aus den neuen Bundesländern liegen Anfang der 1990er-

Jahre niedriger als für Personen aus dem ehemaligen Bundesgebiet. Unter anderem war das System der Krebsfrüherkennung in der ehemaligen DDR anders organisiert. Es bedurfte einiger Jahre, bis die in den alten Bundesländern etablierten Präventionsstrukturen auch in den neuen Bundesländern geschaffen waren und akzeptiert wurden. Die Angleichung der Teilnahmeraten in Ost und West ist aktuell, 20 Jahre nach dem Fall der Mauer, vollständig erfolgt.

Trotz des beschriebenen Anstiegs der Beteiligung an den Untersuchungen, werden die Angebote jedoch nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen genutzt. Studien zeigen übereinstimmend niedrigere Raten bei Männern, vor allem bei den jüngeren Männern zu Beginn des altersgestaffelten Früherkennungsprogramms (Scheffer et al. 2006). Bei Frauen sinkt die Inanspruchnahme hingegen ab dem Alter von etwa 55 Jahren. Einflüsse der sozioökonomischen Lage – besser Gestellte gehen häufiger zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (insbesondere Frauen) – wurden ebenfalls in verschiedenen Studien belegt. Bemühungen um eine weitere Verbesserung der Teilnahme am gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsprogramm sind nur dann erfolgreich, wenn sie die Personengruppen spezifisch ansprechen, die diese Angebote bislang in geringem Umfang wahrnehmen. Differenzierte Analysen von soziodemografischen Merkmalen dieser Personengruppen müssen dem vorausgehen. Das Robert Koch-Institut leistet hier einen wichtigen Beitrag, indem detaillierte Fragen zur Teilnahme an einzelnen Maßnahmen der Krebsfrüherkennung in die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) aufgenommen wurden. Von 2009 bis 2011 werden insgesamt 7.500 Männer und Frauen zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten befragt.

Literatur

- Altenhofen L (2007) Informationen zur Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. Persönliche Mitteilung (29.05.2007) Bundesministerium für Gesundheit (2000) Gesundheit in den neuen Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit. BMG, Bonn

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen («Krebsfrüherkennungs-Richtlinien») in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. August 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger, Nr. 174: S 4 113, in Kraft getreten am 15. November 2008
- Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2008) Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. RKI, Berlin
- Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 86: 139–146
- Statistisches Bundesamt (2008) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009) Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle. KG 3-Statistik www.gbe-bund.de (Stand: 29.07.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L et al. (2003) Krankheitsfrüherkennung Krebs, Männer und Frauen, Teilnahmeschätzung für das Jahr 2002. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2007) Wissenschaftliche Begleitung der Früherkennungs-Koloskopie. 5. Jahresbericht (2007) www.zi-berlin.de/koloskopie/downloads/5_Jahresbericht.pdf (Stand: 08.09.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2009a) Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf (Stand: 08.09.2009)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Altenhofen L (2009b) Schätzungen zur Akzeptanz der bestehenden Krankheitsfrüherkennungsprogramme, Version 0.9, unveröffentlichte Sonderauswertung für das Robert Koch-Institut (Stand: 13.08.2009)

5.3 Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder

- ▶ Anfang der 1990er-Jahre bestanden deutliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, mit niedrigerer Beteiligung in den neuen Bundesländern.
- ▶ Die Inanspruchnahmeraten in den neuen Bundesländern haben sich denen in den alten Bundesländern angeglichen.
- ▶ Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter werden von den Eltern im hohem Maße akzeptiert, die Inanspruchnahmeraten liegen deutlich höher als bei Früherkennungsprogrammen für Erwachsene.
- ▶ Jenseits des Säuglingsalters geht die Teilnahme rate stetig zurück, die U₉ bei den 5-Jährigen verzeichnet von allen Untersuchungen des Vorschulalters die niedrigste Inanspruchnahme.
- ▶ Familien mit Migrationshintergrund und solche aus niedrigen Sozialstatusgruppen nutzen die Untersuchungen deutlich seltener als Familien aus den jeweils anderen (korrespondierenden) Gruppen.

Angebote ne Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder

Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zielt auf eine frühzeitige ärztliche Diagnose kindlicher Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Eine Voraussetzung für die Aufnahme von Erkrankungen in das Früherkennungsprogramm ist, dass es sich um behandelbare Erkrankungen handelt, die in einem Vor- bzw. Frühstadium diagnostizierbar sind.

Das Früherkennungsprogramm gibt es seit 1971 und bestand zunächst aus sieben Untersuchungen bis zum 4. Geburtstag. Später wurde es schrittweise erweitert, zuletzt durch die J₁ (im Jahr 1998) und die U_{7a} (im Jahr 2008). Das Programm umfasst

heute elf freiwillige Untersuchungen – zehn bei Kindern von null bis sechs Jahren (U₁ bis U₉), die in einem standardisierten Untersuchungsheft dokumentiert werden, sowie eine Jugenduntersuchung bei den 11- bis 15-Jährigen (J₁). Das Programm wird überwiegend von Kinderärztinnen und -ärzten durchgeführt, z. T. aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen.

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sind im Sozialgesetzbuch verankert (§ 26 SGBV). In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern («Kinderrichtlinien») bzw. Jugendlichen sind die Zeiträume (siehe Tabelle 5.3.1) und Inhalte der so genannten U-Untersuchungen festgelegt. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von den Krankenkassen übernommen (gesetzlicher Leistungsanspruch), wenn sie im vorgeschriebenen Zeitraum – mit Toleranzbereich – stattfinden.

Die Früherkennungsuntersuchungen orientieren sich inhaltlich an den für das jeweilige Alter relevanten Erkrankungen und Störungen. Schwerwiegende behandelbare Erkrankungen sollen früh erkannt und therapiert werden können. Neben dieser sekundärpräventiven Ausrichtung der U-Untersuchungen geht es aber auch darum, Krankheiten zu verhüten (Primärprävention). In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Schutzimpfungen zu nennen, die mit den Untersuchungsterminen gekoppelt werden können.

Zur primären Prävention zählt aber auch der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor ande-

Tabelle 5.3.1
Untersuchungszeiträume der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, 2009

im ersten Lebensjahr		nach dem ersten Lebensjahr	
U1:	sofort nach der Geburt	U7:	21.–24. Monat
U2:	3.–10. Tag	U7a:	34.–36. Monat
U3:	4.–5. Woche	U8:	46.–48. Monat
U4:	3.–4. Monat	U9:	60.–64. Monat
U5:	6.–7. Monat	J1:	12–14 Jahre
U6:	10.–12. Monat		

ren Gesundheitsgefährdungen, nicht allein vor Krankheiten. Unfälle sind beispielweise die häufigste Todesursache bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres. Die kinder- bzw. hausärztliche Betreuung im Rahmen der U-Untersuchungen leistet hier einen wichtigen Beitrag, zum Beispiel durch Elternberatung (über Unfallverhütung, Ernährung etc.) sowie durch die Kontrolle einer altersgerechten körperlichen und psychischen Entwicklung.

Die **Daten** der KiGGS-Studie ermöglichten erstmals bundesweit repräsentative Aussagen zu Ausmaß, Vollständigkeit und Determinanten der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. Die Teilnahme der Kinder an den einzelnen Untersuchungen wurde über den Elternfragebogen erhoben. Das gelbe Untersuchungsheft sollte als Gedächtnisstütze zur Beantwortung herangezogen werden, denn besonders bei älteren Kindern steigt die Wahrscheinlichkeit erinnerungsbedingter Fehler (recall bias). Die untersuchte Gruppe ($n=7.352$) hatte Anspruch auf alle ambulanten Früherkennungsuntersuchungen des Vorschulalters (U₃ bis U₉) und konnte so auch hinsichtlich der Vollständigkeit der Inanspruchnahme untersucht werden. Es wurden die Daten von Kindern der Geburtsjahrgänge 1990 bis 2000 ausgewertet.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) stellt Daten zur Inanspruchnahme zur Verfügung, die auf Leistungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder beruhen. Einbezogen werden alle U-Untersuchungen, die bei gesetzlich versicherten Kindern durchgeführt wurden. Das ZI schätzt den Anteil der Untersuchten an allen anspruchsberechtigten Kindern im entsprechenden Alter je Kalenderjahr. Personenbezogene Aussagen sind nicht möglich. Sonderauswertungen zur geschätzten bundesweiten Inanspruchnahme der U-Untersuchungen liegen für 1997 bis 2008 vor.

Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen werden auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in den meisten Bundesländern erhoben.

Die möglichst vollständige Teilnahme aller Kinder ist deshalb aus medizinischer wie gesundheitspolitischer Sicht ein wichtiges Ziel.

Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Es existieren verschiedene Datenquellen zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, wobei die Erhebungsmethoden jeweils unterschiedlich sind. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

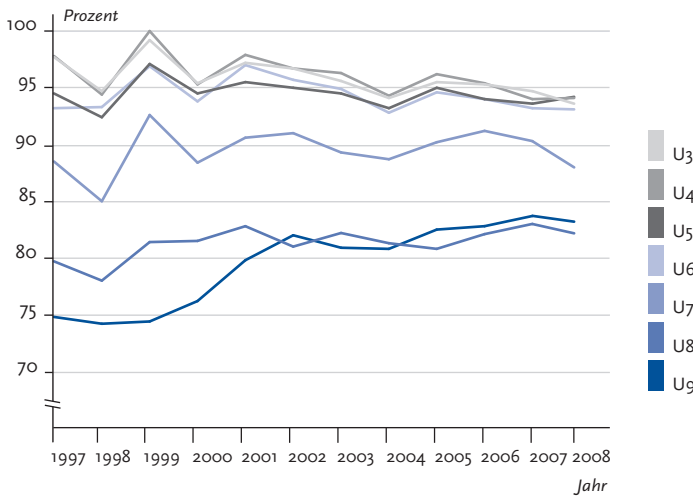
Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird auf die Darstellung von Ergebnissen zu U₁, U₂ und J₁ verzichtet, da diese Untersuchungen nicht in allen zugrunde gelegten Datenquellen berücksichtigt werden. Die U₁ und U₂ haben überdurchschnittlich hohe Teilnahmequoten, da sie überwiegend noch in der Geburtsklinik erfolgen.

Aussagen zum gesamten Berichtszeitraum seit der Wiedervereinigung können punktuell auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK getroffen werden.

Für die frühen 1990er-Jahre liegen nur wenig repräsentative Daten zur Inanspruchnahme vor. Der AOK-Bundesverband wies, allerdings nur für die alten Bundesländer, für 1990 bis 1993 Teilnehmeraten von 90 bis fast 100 % bei den Säuglingsuntersuchungen U₃ bis U₆ aus, die Beteiligung an der erst im Jahr 1990 eingeführten U₉ war deutlich geringer und überstieg erst 1993 die 70 %-Marke (BzGA 1998). Im Jahr 1994 nahmen nach den Leistungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen 96 % aller gesetzlich versicherten Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen U₃ bis U₇ teil, bei der U₈ waren es 85 % und 69 % bei der U₉ (Statistisches Bundesamt 1998).

Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland liegen ab 1997 als Sonderauswertung vor, so auch die aktuellsten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2008. In allen Beobachtungsjahren von 1997 bis 2008 konnten Teilnehmeraten von konstant über 90 % bei allen Untersuchungen des ersten Lebensjahres (U₃ bis U₆) nachgewiesen werden. Insgesamt ist in den letzten Jahren ein leichter Rückgang der Beteiligung an diesen vier Untersuchungen festzustellen. Die Teilnahme an der U₈

Abbildung 5.3.1
Geschätzte Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 1997 bis 2008
 Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung; eigene Darstellung

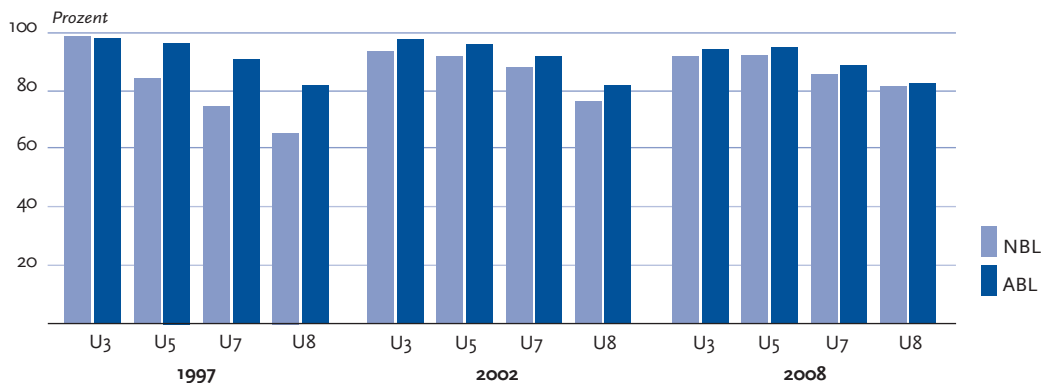


und U9 hat sich seit 2002 in etwa angeglichen und lag zuletzt bei ca. 83% mit insgesamt leicht steigender Tendenz (siehe Abbildung 5.3.1).

Regionale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen neuen und alten Bundesländern zeigten sich vor allem zu Beginn des betrachteten Zeitraums durch eine niedrigere Beteiligung in den neuen Ländern. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass in der DDR die Kinderuntersuchungen in den Betreuungsinstitutionen durchgeführt wurden und vor 1990 Untersuchungen kaum verpasst werden konnten, da Amtsärzte

die Kinder dort aufgesucht haben. Die Familien in den neuen Bundesländern mussten sich auf ein anderes Untersuchungsprogramm neu einstellen. Darüber hinaus zeigten neu eingeführte Untersuchungen, wie z. B. die U9 (1990), in den alten Bundesländern ebenfalls zunächst niedrige Inanspruchnahmeraten. Die Differenz zwischen den Teilnahmeraten in den neuen und alten Bundesländern haben sich in den letzten ca. 10 Jahren stark angenähert. Durchgehend zeigt sich aber eine geringere Teilnahmequote bei älteren Kindern (siehe Abbildung 5.3.2).

Abbildung 5.3.2
Geschätzte Inanspruchnahme von U3, U5, U7 und U8 in den Jahren 1997, 2002 und 2008
 Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung; eigene Darstellung



Die KiGGS-Daten ermöglichen einen neuen Blick auf das Inanspruchnahmegeschehen, denn hier kann die Teilnahme personenbezogen (anonymisiert) ausgewertet werden. Die in KiGGS untersuchten Kinder durchliefen die Früherkennungsuntersuchungen zwischen 1990 und 2006. Die durchschnittlichen Inanspruchnahmeraten einzelner Untersuchungen lagen für die U₃ bei 95 % und bis einschließlich U₇ weiterhin oberhalb der 90 %-Marke. Auch die KiGGS-Daten belegen eine kontinuierliche Abnahme der Beteiligung mit dem Alter der Kinder. So nahmen an der U₉ im Mittel nur noch 86 % der Kinder teil. Gruppenunterschiede hinsichtlich Geschlecht oder Altersgruppe zeigten sich nicht. Bei der Unterscheidung nach Wohnregion war eine signifikant geringere Beteiligung in den neuen Bundesländern festzustellen und zwar besonders bei den Untersuchungen nach dem ersten Geburtstag. Bei Betrachtung der regionalen Daten im Zeitverlauf zeigte sich, dass sich die Zahlen zur Inanspruchnahme in den neuen und den alten Bundesländern stetig angenähert und fast angeglichen haben.

Deutliche Unterschiede ließen sich jedoch hinsichtlich Sozialstatus und Migrationshintergrund erkennen: Familien mit Migrationshintergrund und solche aus niedrigen Sozialstatusgruppen nutzen die Untersuchungen deutlich seltener als Familien aus den jeweils anderen (korrespondierenden) Gruppen (Kamtsiuris et al. 2007).

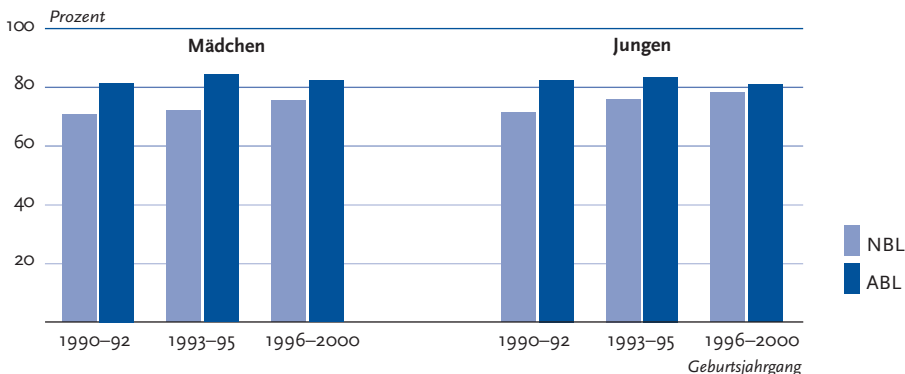
Ein weiterer Vorteil der KiGGS-Daten ist, dass die Vollständigkeit des Untersuchungsprogramms pro Kind abgebildet werden kann. Hin-

sichtlich der Vollständigkeit der Teilnahme sind dabei zwei Gruppen von besonderem Interesse: Der Anteil der Kinder, die alle Untersuchungen absolviert haben ist ein Indikator für die Akzeptanz und Reichweite des Früherkennungsprogramms in der Bevölkerung. Auf der anderen Seite gibt es jene Kinder, die zu keiner einzigen Untersuchung vorgestellt wurden und als Risikogruppe anzusehen sind, da in dieser Gruppe mit einem höheren Interventionsbedarf (Beratung oder Therapie) gerechnet werden muss. Insgesamt haben 81 % der Kinder vollständig an den U₃ bis U₉ teilgenommen, 3 % haben überhaupt keine dieser Untersuchungen erhalten.

Wird die Entwicklung der vollständigen Teilnahme nach der Region betrachtet, fällt auf, dass in den neuen Bundesländern weniger Kinder komplett an den Untersuchungen U₃ bis U₉ teilnahmen (siehe Abbildung 5.3.3). Der Unterschied fiel aber bei jüngeren Kindern (Geburtsjahr 1996 bis 2000) deutlich niedriger aus als bei älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Geburtsjahr 1990 bis 1992). Dies entspricht einer Angleichung der Regionen mit der Zeit.

Der Anteil der Kinder ohne jegliche Früherkennungsuntersuchung lag in den alten Bundesländern durchschnittlich bei 3 %, in den neuen Ländern bei 4 %. Auch bei diesem Aspekt der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen ist die Beteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus unterdurchschnittlich. KiGGS konnte zudem zeigen, dass die Chance für das vollständige

Abbildung 5.3.3
Vollständige Inanspruchnahme von U₃ bis U₉ nach Geburtsjahr
Quelle: KiGGS



ge Durchlaufen des Früherkennungsprogramms steigt, wenn ein Kind keine älteren Geschwister hat (Kamtsiuris 2007).

Die Einschulungsuntersuchungen der Bundesländer geben Hinweise auf regionale Unterschiede der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, die jedoch bei den erwähnten methodischen Unterschieden nicht leicht zu interpretieren sind. Auch in diesen Daten finden sich jedoch im Allgemeinen die zuvor dargestellten Befunde: relativ hohe Beteiligungsraten im ersten Lebensjahr (in der Regel oberhalb von 90 %) und eine abnehmende Teilnahmequote mit steigendem Alter der Kinder (vgl. Gesundheitsberichterstattung der Länder, hier exemplarisch: Einschulungsuntersuchungen in Berlin, NRW und Sachsen). Die Teilnahmeraten von Kindern ausländischer Herkunft sowie von Kindern aus Familien mit niedrigerem sozialem Status sind z. B. in Berlin bei allen Einzeluntersuchungen und auch bei der vollständigen Inanspruchnahme geringer als bei den Kindern der jeweils anderen Gruppe. Bei ausländischen Kindern gibt es große Unterschiede abhängig vom Herkunftsland (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, 2009).

Fazit

Unterschiedliche Teilnahmeraten in den neuen und alten Bundesländern haben sich aktuell fast vollständig aufgehoben. Ein stabiler Trend, der sich in den Analysen aller Datenquellen findet, ist der Rückgang der Inanspruchnahme mit dem Alter. Die Ursache dafür sind bislang unzureichend untersucht. Möglicherweise erleichtern die relativ kurzen Abstände zwischen den Untersuchungsterminen im ersten Lebensjahr die regelmäßige Teilnahme. Auch könnte die elterliche Unsicherheit bei Säuglingen größer sein als bei älteren Kindern und deshalb zu einer stärkeren Inanspruchnahme führen.

Verpasste Untersuchungen können bei älteren Kindern und deren Familien lange Intervalle ohne kinderärztliche Begleitung bedeuten. Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen, insbesondere ab der U7, sollte auch deshalb weiter verbessert werden.

Kinder aus sozial stark belasteten Familien (z. B. materielle Armut, alleinerziehende Eltern, Eltern mit psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen) und Kinder mit Migrationshintergrund haben in vieler Hinsicht geringere Gesundheitschancen als andere, nehmen aber gleichzeitig deutlich seltener an den Vorsorgeuntersuchungen teil (Lampert et al. 2005; Schenk et al. 2008). Untersuchungstermine werden leichter versäumt, wenn Familien stark belastet sind oder wenn Eltern das Angebot nicht kennen.

Eine Nichtteilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen kann Hinweise auf mögliche Hilfs- und Unterstützungsbedarfe in den Familien geben (Arbeitsgemeinschaft der oberen Landesgesundheitsbehörden 2008). Einige Bundesländer haben deshalb »Positivmeldungen« eingeführt, das heißt Ärztinnen und Ärzte melden die durchgeführten Untersuchungen an die Gesundheitsämter, welche dann die Familien der »fehlenden« Kinder kontaktieren und an die Untersuchung erinnern.

Auch auf Basis einer Verbesserung der freiwilligen Teilnahme gibt es vielversprechende Ansätze. Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme wurden z. B. vom Berufsverband der niedergelassenen Kinderärzte (BVKJ) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) initiiert: Die Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?« (www.ich-geh-zur-u.de) vernetzt Kitas und Kinderarztpraxen mit dem Ziel, die Inanspruchnahme der U8 und U9 zu erhöhen. Die Evaluation der Pilotphase ergab eine Steigerung der Teilnahme in den untersuchten Regionen um 16 %, bei ausländischen Eltern sogar um 31 %. Erste Ergebnisse lokaler Netzwerke fallen ebenfalls positiv aus (BZgA 2004, 2008). Wichtig sind weitere Anstrengungen zur besseren Einbindung von Familien in sozial benachteiligten Lebensumständen, vorzugsweise durch interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Akteure (Kinderärzte, KiTa, Öffentlicher Gesundheitsdienst).

Neben der weiteren Verbesserung der Teilnahme an den U-Untersuchungen ist auch eine Überarbeitung und Neubewertung inhaltlicher und zeitlicher Aspekte des Früherkennungsprogramms von Bedeutung. Auch bei Kindern hat sich das Krankheits- und Risikospektrum in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Eine Aktuali-

sierung des Untersuchungsprogramms wird aktuell von medizinischen Fachverbänden und Politik intensiv vorangetrieben. Diskutiert wird beispielsweise die Aufnahme weiterer Untersuchungen im Schulalter, da die Termine zur Früherkennung eine niedrigschwellige Möglichkeit darstellen, Kinder und ihre Familien in dieser Entwicklungsphase zu erreichen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der oberen Landesgesundheitsbehörden (2008) Ergebnisse der Länderumfrage zu bewertenden Umsetzungsstrategien für die Prävention von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen
www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_81-GMK_Top0504_Anlage_Laenderumfrage.pdf
 (Stand: 08.09.2009)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (1998) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 3: Gesundheit von Kindern, – Epidemiologische Grundlagen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Pressemitteilungen zur Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?«
www.bzga.de/?uid=a81279594913822bfcd4cfc1f3f15fe3&id=pressearchiv&jahr=2004&nummer=252
 (Stand: 21.08.2009)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) Pressemitteilungen zur Aktion »Ich geh´ zur U! und DU?«
www.bzga.de/?uid=a81279594913822bfcd4cfc1f3f15fe3&id=pressearchiv&jahr=2008&nummer=499
 (Stand: 21.08.2009)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung. Bundesanzeiger Nr. 159 (1998); Bundesanzeiger Nr. 133 (2008), S 3236
www.g-ba.de/downloads/62-492-281/RL_Jugend_2008-06-19.pdf (Stand: 27.08.2009)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (»Kinder-Richtlinien«). Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 (1976); Bundesanzeiger Nr. 114 (2009), S 2672
www.g-ba.de/downloads/62-492-355/RL_Kinder_2009-06-18.pdf (Stand: 27.08.2009)
- Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin
www.gsi-berlin.info (Stand: 07.09.2009)
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
- Lampert T, Saß AC, Häfeli M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U et al. (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat I A(Hrsg) (2009) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007, Berlin
www.gsi-berlin.info (Stand: 07.09.2009)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

5.4 Gesundheitsförderung

- ▶ In Ost- und Westdeutschland dominierten bis zum Ende der 1970er-Jahre Konzepte der Gesundheitsvorsorge und -erziehung, die den Einfluss der individuellen Lebensverhältnisse nur wenig berücksichtigten.
- ▶ Ab den 1980er-Jahren rückte in den alten Bundesländern zunehmend die Bedeutung der individuellen Ressourcen sowie der Lebenswelten in den Blick.
- ▶ Seit der Wiedervereinigung haben sich im Bereich Gesundheitsförderung verschiedene Akteure auf Bundes- und Länderebene sowie unter privater Trägerschaft etabliert.
- ▶ Gesundheitsförderung sollte vor allem im Setting stattfinden, um Menschen in ihren Lebenswelten besser zu erreichen und gesundheitsfördernde Maßnahmen gezielter umsetzen zu können.
- ▶ Die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteure und Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist gegenwärtig eine vordringliche Aufgabe.

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken, während sich primäre Prävention vor allem auf spezifische Risiken und Belastungen bezieht. Neben der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen durch persönliche Kompetenzen strebt Gesundheitsförderung an, die gesundheitsrelevanten Lebenswelten, die so genannten Settings, gesundheitsförderlich zu gestalten (Rosenbrock, Michel 2007). Betrieb, Schule, Kindergarten, Krankenhaus, Hochschule, Gemeinde oder Wohnquartier sind wichtige Settings der Gesundheitsförderung. Durch die aktive Einbindung von Zielgruppen vor Ort ist es möglich, diejenigen Zielgruppen anzusprechen, die bislang für Gesundheitsförderung und Prävention am wenigsten interessiert werden konnten. So sind z. B. Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund im Setting Schule gut zu erreichen. Dadurch können gesundheitsfördernde Aktivitäten im Set-

ting dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Gesundheitschancen in der gesamten Bevölkerung zu erhöhen.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundes- und Länderebene beschrieben sowie die Umsetzung der Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben diesen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung werden exemplarisch die Entwicklung und Situation der Gesundheitsförderung in zwei zentralen Settings – dem Betrieb und der Schule – vorgestellt.

Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundesebene

In der DDR und BRD dominierten bis zum Ende der 1970er-Jahre biomedizinische Konzepte der Gesundheitsvorsorge und -erziehung, die den Einfluss der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit nicht berücksichtigten. In der Bundesrepublik wurde mit der Einrichtung des »Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung« im Jahr 1954 (der späteren Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. bzw. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.) sowie mit der Gründung der »Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung« (BZgA) in Köln 1967 Institutionen geschaffen, die sich vor allem um die Gesundheitserziehung des Einzelnen bemühten. Eine vergleichbare Aufgabe nahm in der DDR das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden mit den Gründungen des »Instituts für Gesundheits-erziehung« und des »Instituts für biologisch-anatomische Anschauungsmaterialien« im Jahr 1967 wahr (Franzkowiak, Sabo 1993).

In der DDR war die Gesundheitspolitik staatlich-zentralistisch gestaltet. Hier wurde die staatliche Verantwortung für eine allgemeine Prophylaxe betont und der Ansatz der Gruppenprävention verfolgt. Gesundheitserziehung und -vorsorge wurden in der DDR als allgemeine sozialpolitische Aufgaben begriffen. Als Resultat wurden beispielsweise Massenimpfungen und Reihenuntersuchungen in Schulen und Betrieben eingeführt (RKI 2006).

In der BRD rückten bereits seit den 1980er-Jahren verstärkt die sozialen Verhältnisse und ihre Bedeutung für die Gesundheit in den Blick. Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung fand ein Paradigmawechsel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit statt. Gesundheit wird nun als Prozess definiert, der in den konkreten Lebenszusammenhängen stattfindet. Ziel ist dabei, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Als Leitgedanke gilt, dass Gesundheitsförderung Aufgabe aller Politikbereiche ist. Die Ottawa-Charta benennt drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung:

1. Anwaltschaft für Gesundheit (advocate): Das aktive Eintreten für Gesundheit durch das Beeinflussen politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller und biologischer Faktoren.
2. Befähigen und Ermöglichen (enable): Kompetenzförderung und Empowerment (Stärkung), vor allem um gesundheitliche Ungleichheit zu beseitigen und größtmögliche Gesundheitspotenziale zu verwirklichen.
3. Vermitteln und Vernetzen (mediate): Kooperation innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens (WHO 1986; Trojan, Legewie 2001).

Im Jahr 1989 wurde durch die Einführung des § 20 in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) Prävention im Sinne von Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik gesetzlich verankert. Dabei erhielten die gesetzlichen Krankenkassen einen allgemeinen Präventionsauftrag, der im Jahr 1996 wegen ausgabenpolitischer Gründe wieder aus dem SGB V gestrichen wurde. Erhalten blieb der Auftrag der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit wurde die Weiterentwicklung der primären Prävention im Gesundheitswesen unterbrochen. Mit der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung

erhalten (RKI 2006), zugleich werden sie verpflichtet, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Der § 20 SGB V gibt einen Ausgabenrahmen für primäre Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen vor; dieser wurde für das Jahr 2008 mit 339 Millionen Euro um das 1,7-fache überschritten (Wanek, Schreiner-Kürten 2009). Siehe dazu auch Abschnitt »Primärprävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen« in diesem Kapitel.

Präventionsorientierte Regelungen sind darüber hinaus in zahlreichen anderen Gesetzen auf Bundes- und Landesebene enthalten, wie z. B. in den Sozialgesetzbüchern zur Arbeitsförderung (SGB III), der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Weitere Gesetzesfelder sind Schule und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) (Walter 2003). Verschiedene Akteure auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene bieten auf der Grundlage dieser gesetzlichen Regelungen primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen an. Dazu gehören staatliche Institutionen, öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger. Jedoch fehlt es nach wie vor an Transparenz, Vernetzung und Koordinierung, sodass Synergieeffekte trotz vieler positiver Ansätze und zahlreicher Akteure bislang nicht immer genutzt werden können.

Seit Ende der 1990er-Jahre hat die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesundheitspolitischen Reformdiskussion einen neuen Stellenwert erhalten. Im Jahr 2002 wurde auf Initiative der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) gegründet, in dem über 70 wesentliche Akteure des Gesundheitswesens zusammengeschlossen waren. Diese arbeiteten bei der Entwicklung und Umsetzung breitenwirksamer, ganzheitlicher Präventionskonzepte und der Bündelung der verschiedenen Präventionsaktivitäten und -strategien in Bund, Ländern und Kommunen zusammen. Mit der Identifikation der prioritären Handlungsfelder »Gesunde Kindergärten und Schulen«, »Betriebliche Gesundheitsförderung« und »Gesund altern« wurden drei

wesentliche Aufgabenbereiche abgesteckt. Am 21. November 2007 hat das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung seine Arbeit unter diesem Namen und in dieser Organisationsform offiziell beendet. Die Aufgaben werden nun durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) fortgeführt, die davor den Namen Bundesvereinigung für Gesundheit trug und in der bis auf wenige Ausnahmen alle ehemaligen Mitglieder des DFGP mitarbeiten (www.bvpraevention.de). Derzeit (Stand August 2009) sind in der BVPG 127 Institutionen und Verbände für Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeschlossen. Die Bundesvereinigung hat – u. a. durch Mitwirkung in zentralen Bundesgremien wie z. B. dem Ständigen Koordinierungsausschuss der BZgA, der Beratenden Kommission zur Umsetzung des § 20 SGB V oder der AOLG-Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin – maßgeblichen Anteil an der fachlichen und politischen Diskussion und an der praktischen Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Ihre Arbeit wird in den Ländern durch die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) ergänzt, die die Koordination und Kommunikation im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich auf der Landesebene übernehmen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (www.bzga.de) ist heute eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind die Entwicklung und Durchführung wissenschaftlich fundierter, bundesweiter Informations- und Kommunikationsaufgaben (z. B. Kampagnen) in wichtigen Präventionsfeldern sowie die bundesweite Sicherung der Qualität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Auf Bundesebene wurde im Jahr 2003 von der BZgA der Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« initiiert, mit inzwischen 53 Partnerorganisationen (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Im Rahmen der Arbeit des Kooperationsverbundes begann im Jahr 2004 der Aufbau von so genannten »Regionalen Knoten« in den Ländern, die den Informationsaustausch und die Vernetzung der Akteure zur Stärkung soziallyagenbezogener

Gesundheitsförderung unterstützen. Parallel zu diesen Entwicklungen haben sich seit dem Jahr 2000 Kostenträger, Leistungserbringer, Politik und Verwaltung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, Patient(inn)enorganisationen, Sozialpartner, Industrie, Wissenschaft, Berufs- und Fachverbände unter dem Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (www.gesundheitsziele.de) zusammengeschlossen, um ihre Aktivitäten in der Prävention und Gesundheitsförderung an Gesundheitszielen zu orientieren und systematisch zu vernetzen. Mit der abgestimmten Erarbeitung von Gesundheitszielen soll auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse ein gemeinsamer Handlungsrahmen geschaffen werden, um mit geeigneten Maßnahmen die Gesundheit der Bevölkerung bei den dringendsten Gesundheitsproblemen zu verbessern. Durch Evaluation sollen die Gesundheitsziele überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Insgesamt wurden bislang sechs Nationale Gesundheitsziele entwickelt. Dazu zählen: »Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln«, »Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen«, »Tabakkonsum reduzieren«, »Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung« »Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken« und »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln« (GVG 2009).

Entwicklung und Aufgaben der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung

Im Juli 2009 arbeiten in 14 Bundesländern insgesamt 13 Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) – die Länder Berlin und Brandenburg haben eine gemeinsame LVG. In Baden-Württemberg und Nordrhein Westfalen bestehen keine Landesvereinigungen. Hier übernehmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landesgesundheitsamtes (Baden-Württemberg) bzw. des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit (Nordrhein-Westfalen) Aufgaben von Landesvereinigungen. Alle Landesvereinigungen sind als eingetragene Vereine organisiert. Mitglieder sind Institutionen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitsbereich und daran angrenzenden Handlungsfeldern, beispielsweise

gesetzliche Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Landessportbünde, Kliniken oder Selbsthilfverbände. Die Namensgebung der eingetragenen Vereine ist länderspezifisch unterschiedlich, im Folgenden wird einheitlich die Bezeichnung »Landesvereinigung (LVG)« verwendet.

Der Aufbau von Landesvereinigungen begann in den Ländern der alten Bundesrepublik Ende der 1950er-Jahre (Hessen) und setzte sich in den 1960er- und 1970er-Jahren fort. Ende 1989 arbeiteten in den elf alten Bundesländern (einschließlich Berlin) sechs Landesvereinigungen. Unmittelbar nach dem Mauerfall begann der Aufbau von Landesvereinigungen in den neuen Bundesländern. Bereits im Jahr 1990 entstanden die Landesvereinigungen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, deren Arbeitsschwerpunkt die (medizinischen) Prävention wurde. Eine organisatorische Einbindung erfolgte bei den Gesundheitsämtern. Der Struktur Aufbau in den neuen Bundesländern wurde durch Landesvereinigungen der alten Bundesländer sowie durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) – die damals noch »Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe)« hieß – begleitet. In Thüringen beispielsweise unterstützte die HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. beratend den Aufbauprozess, Sachsen wurde von der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) unterstützt. Finanzierungsstrukturen, personelle und finanzielle Ausstattung sowie die Arbeitsaufgaben und Ziele variieren stark zwischen den Bundesländern. Der überwiegende Teil der Landesvereinigungen erhält eine institutionelle Grundfinanzierung seitens der Landesministerien für Gesundheit und akquiriert ergänzende Mittel im Rahmen von Projekten oder Aufträgen.

Alle Landesvereinigungen teilen das gemeinsame Verständnis von Gesundheitsförderung als einer politikfeld- und professionsübergreifenden Aufgabe, auch außerhalb des engen Gesundheitsbereiches. Für ihre Arbeit ist die Ottawa-Charta der WHO der wichtigste konzeptionelle Bezugspunkt. Die dort formulierten zentralen Handlungsstrategien (siehe oben) sind die Grundlage der LVG-Aktivitäten.

Das Spektrum der LVG-Aktivitäten umfasst die

- ▶ Durchführung von Fachveranstaltungen,
- ▶ Koordinierung und Begleitung von Arbeitskreisen,
- ▶ Schulung und Qualifizierung,
- ▶ Erstellung von Informationsmaterialien,
- ▶ Durchführung von Modellprojekten,
- ▶ Fachliche Begleitung und Beratung von Institutionen und Projekten,
- ▶ Begleitung landesweiter Gesundheitsziele-Prozesse.

Punktuell arbeiten die Landesvereinigungen auch im Rahmen länderübergreifender Projekte zusammen, beispielsweise die Vereinigungen aus Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz im Projekt »Gesund Leben Lernen« zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung oder zur Auditierung »Gesunder KITAS« und »Gesunder Schulen«. Zu den Aktivitäten mit bundesweiter Ausstrahlung gehören daneben auch der von Gesundheit Berlin-Brandenburg jährlich durchgeführte Kongress »Armut und Gesundheit« (www.armut-und-gesundheit.de) oder das Projekt »quint-essenz Projektmanagement und Qualitätsentwicklung« der LVG Bremen (www.lv-gesundheitbremen.de/home/projekte/). Alle Landesvereinigungen wie auch die BVPG sind Gründungsmitglieder des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (siehe oben). Die seit dem Jahr 2004 bestehenden länderbezogenen »Regionalen Knoten« sind bei den Landesvereinigungen als Träger angesiedelt, um mit ihrer Arbeit an die bereits bestehenden Strukturen und Netzwerke anknüpfen zu können. Seit dem Frühjahr 2009 sind alle Landesvereinigungen auch Träger von Zentren für Bewegungsförderung. Diese Vernetzungsstellen werden im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Primärprävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen

Wichtiger Akteur der Gesundheitsförderung ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Rechtsgrundlage für Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen bilden die §§ 20 und 20a des Fünften Sozialgesetzbuchs. Die gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen der primären Prävention und sind in die Bereiche: **Setting-Ansatz**, **individueller Ansatz** und **betriebliche Gesundheitsförderung** gegliedert. Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden in die Lebenswelten der Menschen, wie z. B. Kindergärten, Schulen, Kommunen oder Betriebe, eingebracht und richten sich sowohl an die Menschen selbst als auch auf die Rahmenbedingungen vor Ort. Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die Versicherte bei Interesse aufsuchen. Laut Gesetzesauftrag ist auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten. Die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für GKV-Leistungen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung werden im GKV-Leitfaden Prävention (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008) definiert und unter Einbeziehung externer Sachverständigen kontinuierlich dem aktuellen Kenntnisstand angepasst. Zur Qualitätssicherung wurden darüber hinaus von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und zwei wissenschaftlichen Instituten einheitliche Instrumente und Verfahren zur Evaluation der Aktivitäten entwickelt (Schröder et al. 2006).

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung werden seit dem Jahr 2001 kontinuierlich dokumentiert. Die Leistungen in allen drei Bereichen – dem nichtbetrieblichen Settingansatz, dem individuellen Ansatz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung – wurden seit der erstmaligen Erhebung kontinuierlich ausgeweitet. Eine Dokumentation nach Regionen bzw. Bundesländern existiert jedoch nicht. Im Jahr 2007 erreichten die Krankenkassen mit ihren Leistungen im ganzen Bundesgebiet rund 4,2 Millionen Versicherte. Weitere 2,4 Millionen Versicherte profitierten indirekt von den initiierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z. B. durch betriebliche Gesundheitszirkel, deren Ergebnisse in den Arbeitsalltag umgesetzt wurden und damit allen

Beschäftigten zugute kamen (MDS 2008). Insgesamt gaben die gesetzlichen Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung 339 Millionen Euro im Jahr 2008 aus, das entspricht 4,82 Euro je Versichertem. Damit wurde das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von zurzeit 2,82 Euro je Versichertem deutlich überschritten. Der Schwerpunkt der GKV-geförderten Prävention liegt auf den Leistungen des so genannten individuellen Ansatzes, den Gesundheitskursen. Hierfür werden ca. 83 % der Mittel verwendet. Für die betriebliche Gesundheitsförderung werden 11 % und für die Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings und Lebenswelten werden lediglich 6 % der Ausgaben investiert. Aus der Sicht der Krankenkassen ist es offenbar attraktiver, ihren jeweils eigenen Versicherten individuelle Maßnahmen, z. B. Ernährungs- oder Rückenurse, anzubieten, als in Settings zu investieren, z. B. Schulen und Kindertagesstätten, wo von den Aktivitäten auch Kinder und Eltern aus anderen Krankenkassen profitieren würden. Obwohl eine Abstimmung und Kooperation unter den Krankenkassen in diesen Settings inhaltlich wünschenswert wäre, sind Kooperationen eher die Ausnahme (Wanek, Schreiner-Kürten 2009).

Für die Jahre 2008 und 2009 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen erstmalig quantifizierbare bundesweite Präventionsziele gesetzt, die in Ober- und Teilziele untergliedert sind. Diese sollen Impulse für die Aktivitäten der Krankenkassen geben. Ein Oberziel für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz ist, die salutogenen Potenziale – die gesunderhaltenden bzw. -fördernden Möglichkeiten in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen auszuschöpfen. So sollen beispielsweise die Anzahl an Kindertagesstätten sowie Schulen mit etablierten Steuerungskreisen (Entscheidungsgremium, in dem alle Interessenvertreter und Experten zur Prävention im jeweiligen Setting vertreten sind) innerhalb der nächsten zwei Jahre um 20 % bzw. 10 % gesteigert werden. Als Gesundheitsförderungsziel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird u. a. eine Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen sowie Gesundheitszirkeln (Arbeitsgruppen mit dem Ziel gesundheitliche Probleme aus der Sicht der Betroffenen anzugehen und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten) um 10 % innerhalb von

zwei Jahren definiert. Als Teilziele sind jeweils die Ausweitungen bestimmter Maßnahmen formuliert. Ausgangsbasis für die Messung der künftigen Zielerreichung sind die Daten des aktuellen Präventionsberichtes 2008. Die Ergebnisse hinsichtlich der Zielerreichungen werden sich in den kommenden Präventionsberichten widerspiegeln (MDS 2008).

Gesundheitsförderung im Setting Schule

Erst durch den mit der Ottawa-Charta verbundenen Paradigmawechsel wurde die traditionelle Gesundheitserziehung an Schulen um Maßnahmen der Gesundheitsförderung erweitert. Die schulische Gesundheitsförderung hat seitdem eine stetige Weiterentwicklung durchlaufen. Zunächst stand die an bestimmtem Risikoverhalten orientierte Förderung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen der Schülerinnen und Schüler im Mittelpunkt. Seit den 1990er-Jahren verbreitete sich zunehmend das Konzept der gesundheitsfördernden Schule. Danach soll durch einen Schulentwicklungsprozess ein Setting geschaffen werden, welches die gesundheitsbezogene Lebenskompetenz der Schülerinnen und Schüler erhöht und die Arbeits- und Lernbedingungen an der Schule für alle Beteiligten verbessert. Entscheidend vorangetrieben wurde die schulische Gesundheitsförderung von den bundesweiten Modellversuchen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK), dem »Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen« (1993 bis 1997) und »OPUS – Offenes Partizipationsnetzwerk und Schulgesundheit« (1997 bis 2000).

Weitere Ergänzungen dieser Entwicklung stellen die Wiedereinführung der primären Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen im § 20 SGB V dar und die Berücksichtigung des Themas Gesundheit im Unterricht (BZgA 2004). Der Verbreitungsgrad, insbesondere von gesundheitsfördernden Maßnahmen, die auch Schulentwicklung umfassen, ist allerdings eher noch gering. Dies zeigt eine Studie der Leuphana Universität Lüneburg aus dem Jahr 2008. Hierfür wurden 105 überregional tätige Behörden, Nichtregierungsorganisationen und Unternehmen sowie 91 in Datenbanken und

im Internet recherchierte Institutionen schriftlich nach ihnen bekannten schulischen Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung befragt (Paulus, Witterriede 2008). 85 Einrichtungen beantworteten den Fragebogen und es wurden für 6.593 Schulen Angaben zu ganzheitlicher, schulischer Gesundheitsarbeit erfasst, worunter in dieser Untersuchung schulische Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung verstanden wurden. Das entsprach zum Zeitpunkt der Untersuchung 13,7 % aller Schulen in Deutschland. 43,5 % aller Maßnahmen dauerten zwischen fünf Monaten und drei Jahren, 42,4 % hatte einen Zeitrahmen von vier bis zu zehn Jahren und nur 14,1 % wurden länger als zehn Jahre durchgeführt. Die Mehrzahl der Aktivitäten fand an Grundschulen statt. Im Zentrum standen häufig themenspezifische Interventionen und Kompetenzförderung (62,4 %), Schul- und Unterrichtsorganisation (21,2 %), Kooperationsförderung/Vernetzung/Schulöffnung (12,9 %) und die Entwicklung von Projektinstrumenten oder Programmstrukturen (12,9 %). Diese Maßnahmen wurden entweder als Einzelschulprojekt oder als schulübergreifender Verbund oder Förderprogramm angestoßen oder durchgeführt. Bei einem Vergleich der Bundesländer fällt auf, dass Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin die meisten Aktivitäten zur schulischen Gesundheitsförderung aufweisen, wobei die überdurchschnittliche Anzahl an Aktivitäten in NRW auf das NRW-Netzwerk OPUS zurückzuführen sein dürfte, das die Schulen bei der ganzheitlichen Gesundheitsförderung seit vielen Jahren unterstützt. 32 % der Einrichtungen starteten Gesundheitsförderung aufgrund eines Eigeninteresses oder einer Problemlage, 25 % nahmen eine schulische Bedarfsanalyse zum Anlass, bei 21 % meldeten Externe wie Behörden oder Vereine Interesse an und 4 % wurden auf der Grundlage des § 20 SGB V aktiv (Paulus, Witterriede 2008).

Die schulische Gesundheitsförderung in Deutschland ist heute durch eine Vielfalt an Akteuren und Ansätzen gekennzeichnet. Es gibt Konzepte, die die Schule als gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte gestalten möchten. Daneben stehen Ansätze, die im Unterricht Gesundheit thematisieren, oder Programme, die versuchen,

Bezüge zwischen Schule und Kommune herzustellen (Paulus, Witteriede 2008).

Vor dem Hintergrund einer Strategie zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sollte stärker als bisher Wert darauf gelegt werden, dass im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen vor allem Haupt-, Sonder- und berufsbildende Schulen berücksichtigt werden (Altgeld 2006). Auch sollten die entsprechenden Interventionen nicht nur Einzelaspekte wie die Bewegungs- oder Sprachförderung, die Ernährungs- und Verkehrserziehung oder die Suchtprävention in den Blick nehmen, sondern durch eine programmatische Weiterentwicklung auf die komplexe Lebenssituation benachteiligter Familien zugeschnitten werden. Dies ist durch eine partizipative Organisationsentwicklung möglich, an der sowohl die Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern als auch die Erziehenden und Lehrenden beteiligt werden (Richter et al. 2004). Internationale Studien konnten zeigen, dass ganzheitliche, systematische und längerfristige Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung erfolgreicher sind als ein alleiniges themenspezifisches Vorgehen im Unterricht (Richter et al. 2004). Dies wird zunehmend in neueren Programmen berücksichtigt. Beispielhaft könnte der Ansatz der »gesunden guten Schule« sein, der Gesundheitsförderung im Dienst von Schul-, Bildungs- und Erziehungsqualität sieht. Er wurde von OPUS NRW und Anshub.de der Bertelsmann Stiftung sowie dem »bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz« formuliert. Die gute gesunde Schule fördert bei den Schülerinnen und Schülern Kompetenzen zum lebenslangen Lernen, wendet konsequent Erkenntnisse der Gesundheits- und Bildungswissenschaften an und fördert das Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein sowie die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler (Paulus, Witteriede 2008).

Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

Das Interesse für das Thema betriebliche Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Hintergrund hierfür ist vor allem ein Wandel der Arbeitswelt mit veränderten Anforderungen an die Beschäftigten und den sich daraus ergebenden Gesundheitsbelastungen (Giesert 2008; Badura 2006). Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung mit seiner Orientierung an den konkreten Alltagsproblemen im Betrieb und die Einbeziehung der Beschäftigten in die Problemlösung hat sich in den alten Bundesländern in den 1980er-Jahren aus kleinen Initiativen heraus entwickelt und in den Folgejahren relativ schnell professionalisiert (Kuhn 2008). Gesundheitsförderung im Betrieb umfasst, nach der so genannten Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP 1997), alle gemeinsamen Aktivitäten von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessern. Ziel ist es, Krankheit am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken, das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern sowie persönliche Kompetenzen zu stärken. Dies ist beispielsweise durch Optimierung der Arbeitsorganisation, die angenehme Gestaltung der Arbeitsbedingungen oder die Förderung der Mitarbeiterbeteiligung, z. B. durch Gesundheitszirkel, möglich.

Die Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung liegt bei den Unternehmen, die dabei von überbetrieblichen Akteuren, wie z. B. Sozialversicherungsträgern, Tarifvertragsparteien, Handwerkskammern und Innungen sowie privatwirtschaftlichen Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, unterstützt werden können. Die überbetrieblichen Akteure haben dabei vor allem beratende und unterstützende Aufgaben. Dazu zählen u. a. Aufklärung über den Nutzen, Vermittlung von Prozessverständnis und Instrumentenkenntnis, Qualifizierung, Beratung, Vernetzung, Begleitung, Moderation sowie Evaluation und Schaffung und Pflege von geeigneten Anreizen (Rosenbrock 2008). Eine besondere Rolle spielt hierbei die gesetzliche Krankenversicherung, deren Auftrag für die betriebliche Gesundheitsförderung in § 20 Abs. 2 Satz 1 und in § 65a Abs. 3 SGBV gesetzlich geregelt ist. Für Unternehmen

bedeutet dies, dass die Krankenkassen neben einem möglichen Bonusanreiz auch begrenzte Mittel zur finanziellen Förderung der Maßnahmen selbst bereitstellen. Ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt bzw. (teil-)finanziert werden, steht allerdings im Ermessen der Kassen (Wellmann 2007).

Seit einigen Jahren gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Bestrebungen, im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, eine Systematisierung und Professionalisierung voranzutreiben. So wurde im Jahr 2002 das »Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung« (DNBGF, www.dnbgf.de) gegründet. Die Ziele bestehen u. a. in einer verbesserten Kooperation zwischen den Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Verbreitung. Außerdem sollen der internationale Erfahrungsaustausch intensiviert sowie Forschungs- und Praxisergebnisse aufbereitet werden (Wellmann 2007). Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die Aktivitäten der von der Bundesregierung ins Leben gerufene »Initiative Neue Qualität der Arbeit« (INQA: www.inqa.de) (Schröer et al. 2006). INQA ist ein Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und engagierten Unternehmen, die u. a. eine gesellschaftliche Debatte zum Thema »Zukunft der Arbeit« initiieren, um die Interessen der Menschen an positiven, gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit den Anforderungen wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze zu verbinden. Auch im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) war »betriebliche Gesundheitsförderung« ein zentrales Handlungsfeld, welches nach der Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) in einer Arbeitsgruppe weiter bearbeitet wird. Diese wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geleitet und durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unterstützt und versteht sich als Plattform zum Informationsaustausch und zur Förderung der Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb.

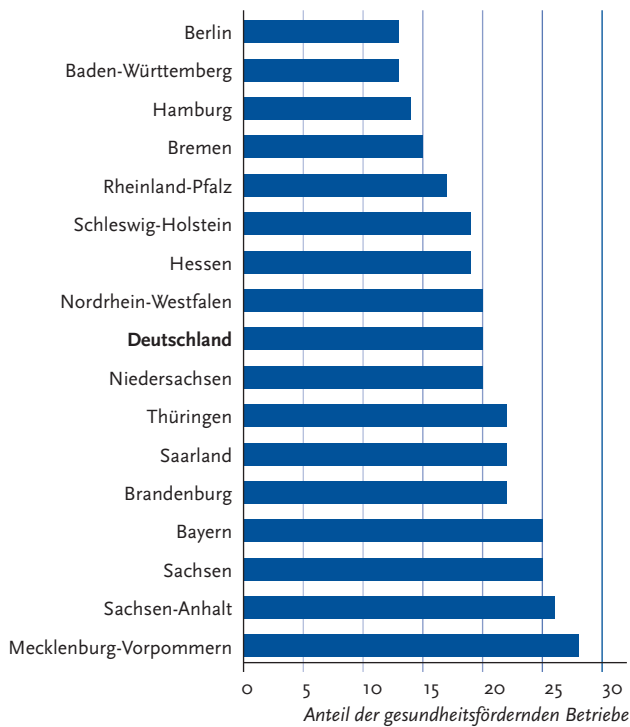
Bezüglich der Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist festzustellen, dass sie in weiten Bereichen der Wirtschaft keine oder nur

eine marginale Rolle spielt. Dies gilt vor allem für die öffentliche Verwaltung, für Niedriglohnbranchen und für Kleinbetriebe. Die Fokussierung auf große Betriebe liegt sicherlich an der günstigeren Kosten-Nutzen-Relation für die außerbetrieblichen Akteure. Mit wenigen Maßnahmen können dort sehr viele Beschäftigte erreicht werden. Hinzu kommt, dass es in größeren Betrieben oftmals bereits aufbaufähige Strukturen und professionelle Ansprechpartner gibt, was die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung erleichtern kann (Kuhn 2008; Holleederer 2007). Nach Daten des aktuellen Präventionsberichts der Krankenkassen wurden im Jahr 2007 ca. 627.000 Personen direkt oder indirekt von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V erreicht (MDS 2008). Zu beachten ist, dass im Präventionsbericht der Krankenkassen jedoch nur über die durch die Krankenkassen finanzierten Vorhaben berichtet wird. Eine Auswertung des IAB-Betriebspanels, eine repräsentative Befragung von Arbeitgebern in Deutschland, die Betriebe aller Wirtschaftszweige und Betriebsgrößenklassen zu einer Vielzahl personalpolitischer Themen befragt, ergibt für die Jahre 2002 und 2004 ein etwas positiveres Bild: Nach Angaben von Arbeitgebern führten etwa ein Fünftel der Betriebe in Ost- und Westdeutschland Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten durch (Holleederer 2007). Auch diese Daten bestätigen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung hinsichtlich der Betriebsgrößen und Wirtschaftszweigen sehr unausgewogen verbreitet ist. Eine unterdurchschnittliche Versorgung ist beispielsweise in den unternehmensnahen Dienstleistungen und ganz besonders im Gastgewerbe festzustellen. Darüber hinaus zeigen die Daten des IAB-Betriebspanels, dass die Anteile der gesundheitsfördernden Betriebe in den einzelnen Bundesländern variieren. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Bayern nannte mindestens jeder vierte befragte Betrieb in 2004 Gesundheitsförderungsmaßnahmen, während dies in Baden-Württemberg und Berlin nur bei rund jedem achtem Betrieb der Fall war. Insgesamt setzte in Ostdeutschland fast ein Viertel und in Westdeutschland knapp ein Fünftel der befragten Betriebe Gesundheitsförderungsmaßnahmen um (siehe Abbildung 5.4.1, Holleederer 2007).

Abbildung 5.4.1

Anteil der gesundheitsfördernden Betriebe nach Bundesland 2004

Quelle: nach Holleeder 2007



Die Ursachen für die Unterschiede zwischen den Bundesländern können vielfältig sein und z. B. durch die verschiedenen vorherrschenden Wirtschaftsstrukturen und Bedarfslagen begründet werden. Die etwas höheren Anteile an gesundheitsfördernden Betrieben in den neuen Bundesländern könnten möglicherweise historisch mitbedingt sein, d. h. durch frühere Strukturen und die Praxis des Betriebsgesundheitswesens zu DDR-Zeiten (z. B. vorgeschriebene Krankheitsstandsanalysen) erklärt werden. Eventuell wirken sich in den Bundesländern aber auch unterschiedliche Angebotsstrategien der überbetrieblichen Partner, wie z. B. Landesverbände der Krankenkassen oder lokale Akteure, aus. Schließlich können auch politische Rahmenbedingungen, regionale Initiativen und Netzwerkaktivitäten einen Einfluss auf die Anzahl der Angebote haben (Holleeder 2007). Einschränkend muss festgehalten werden, dass mit den Angaben des IAB-Betriebspanels keine Aussagen über die Qualität der Fördermaß-

nahmen wie Interventionstiefe, Komplexität oder Dauer gemacht werden können. Der aktuelle Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen zeigt zumindest, dass die Qualität der Projekte sich in den letzten Jahren leicht verbessert hat: So verlängerte sich die durchschnittliche Laufzeit der Projekte, die Zahl der verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen stieg, die Menge der durchgeführten Gesundheitszirkel erhöhte sich, und es wurden häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt (MDS 2008). Andererseits handelt es sich trotz dieser Verbesserungen immer noch in der Mehrzahl der betrieblichen Aktivitäten um zeitlich befristete Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention, ohne dass damit ein Prozess der Organisationsentwicklung, z. B. Veränderungen der Arbeitsorganisation und Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen angestoßen wird. Insgesamt besteht also weiterhin nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ Entwicklungspotenzial für betriebliche Gesundheitsför-

derung in Deutschland. Die Nachhaltigkeit stellt dabei eine der größten Herausforderungen dar (Kuhn 2008; Holleederer 2007). Besondere Probleme weist die betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) auf. Auch neuere, gesundheitlich belastende Arbeitsformen, wie z. B. befristete Beschäftigung, Leih- und Zeitarbeit, finden wenig Berücksichtigung. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Alterung der Belegschaft in den Unternehmen, gilt die betriebliche Gesundheitsförderung als geeignete Maßnahme, um den zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können (Bellmann et al. 2007; Wellmann 2007).

Ausblick

Neben Betrieben und Schulen gehören auch Kindertagesstätten und Stadtteile zu den wichtigen Settings der Gesundheitsförderung. Hierbei sind insbesondere partizipative Ansätze wichtig, die Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit fördern (Altgeld 2006). Interventionen der Gesundheitsförderung haben größte Erfolgschancen, wenn die Beteiligten vor Ort die Problemlagen und Gegenmaßnahmen gemeinsam definieren (Richter et al. 2004). Außerdem sollten die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Settings: Schule, Kita und Wohnquartier nicht unverbunden nebeneinander stehen, sondern sinnvoll miteinander vernetzt werden. Dafür gibt es bereits in verschiedenen Bundesländern und im Rahmen unterschiedlicher Projekte Vorbilder. Beispielsweise wurde in Niedersachsen das Konzept »Gesund in allen Lebenslagen« für Kindertagesstätten erarbeitet, welches die Förderung von Gesundheitspotenzialen sozial benachteiligter Mädchen und Jungen sowie deren Eltern in den Vordergrund stellt (Richter et al. 2004). Dabei werden unter Berücksichtigung von gehäuft vorkommenden Gesundheitsrisiken in den Kitas selbst Leitziele entwickelt, unterschiedliche Handlungsfelder benannt und die Umsetzung von Maßnahmen erprobt.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in der Gesundheitsförderung vor allem Settingansätze bewähren, spielt das Engagement nicht-öffentlicher, gemeinnütziger Träger sowie

des privaten Sektors in der Gesundheitsförderung eine zunehmend wichtige Rolle. Zukünftig wird es darauf ankommen, die Vielzahl der unterschiedlichen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene transparent zu koordinieren bzw. zu vernetzen. Gesundheitsförderung sollte nicht länger als ein isolierter Teil der Gesundheitsversorgung verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil der Gesamtpolitik – im Sinne der Ottawa-Charta der WHO. Damit wird Gesundheitsförderung zu einer intersektoralen Aufgabe, die im Idealfall beispielsweise den Bildungsbereich, die Wirtschafts-, Stadt- und Verkehrsplanung oder die Jugendarbeit einschließt. Dies macht Gesundheitsförderung zu einer komplexen und gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (Altgeld, Kolip 2004).

Die Sicherung der Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Umsetzung aussagekräftiger Evaluationen sollten durch die Praxis und durch Forschungsmaßnahmen weiter vorangebracht werden. Aufgrund der zunehmenden Vernetzung der Akteure der Gesundheitsförderung und der steigenden Anzahl von Fachkräften der Gesundheitsförderung, die in Studiengängen zur Gesundheitsförderung und zu Gesundheitswissenschaften ausgebildet werden, bestehen hier gute Aussichten. Außerdem gibt es bereits nennenswerte Initiativen, beispielsweise der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes bei sozial Benachteiligten (initiiert von der BZgA) oder das von der BZgA und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte Gutachter-Verfahren »Qualität in der Prävention« (QIP). Ergänzend sollten einerseits partizipative Qualitätsentwicklungsverfahren in Betracht gezogen werden und andererseits Methoden klinischer Studien (evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung) stärker Berücksichtigung finden (Kolip, Müller 2009). Eine Bestandsaufnahme und wissenschaftliche Analyse der praktizierten Qualitätssicherungsverfahren für primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wird darüber hinaus von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) durchgeführt. Auf Basis einer Befragung ihrer Mitglieder wird eine wissenschaftlich-empirisch fundierte Konsensbildung über angemessene Maßnahmen für die

Sicherung bzw. Stärkung der Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland angestrebt.

Der Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung als »vierte Säule« im System der Gesundheitssicherung – neben Kuration, Rehabilitation und Pflege – ist ein erklärtes gemeinsames Ziel der Gesundheitspolitik und konnte sich zunehmend als eines der zentralen Aufgabengebiete der Gesundheitsressorts auf allen Verwaltungsebenen entwickeln. In der Fachwelt besteht Konsens darüber, dass gesetzliche Grundlagen zu Kontinuität und einer verlässlichen Entwicklungsperspektive in der Prävention und Gesundheitsförderung beitragen (SVR 2009).

Literatur

- Altgeld T (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS-Verlag, Wiesbaden, S 389–404
- Altgeld T, Kolip P (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, S 41–51
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) *Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, Frankfurt am Main
- Badura B (2006) *Betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse einer Expertenkommission der Bertelsmann- und Hans-Böckler-Stiftung. Prävention und Gesundheitsförderung 1: 47–50*
- Bellmann L, Kistler E, Wahse J (2007) *Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen*. IAB Kurzbericht 21
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004) *Lehrkräfte, Schule und Gesundheit. Befragung von Lehrerinnen und Lehrern zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an bundesdeutschen Schulen*. BZgA, Köln
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997) *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/Luxemburger_Deklaration_05_09.pdf (Stand: 01.09.2009)
- Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg) (2003) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierungen*. Peter Sabo Verlag, Mainz
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2009) *Was sind Gesundheitsziele?*
- Giesert M (2008) *Prävention: Pflicht und Kür – es lohnt sich für Sie! Einführung*. In: Giesert M (Hrsg.) *Prävention: Pflicht und Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis*. VSA-Verlag, Hamburg, S 8–10
www.gesundheitsziele.de (Stand: 02.09.09)
- Hollederer A (2007) *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004*. *Gesundheitswesen* 69: 63–76
- Kolip P, Müller VE (Hrsg) (2009) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Verlag Hans Huber, Bern
- Kuhn J (2008) *Gute Arbeit als Leitbild der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik*. In: Giesert M (Hrsg) *Prävention: Pflicht und Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis*. VSA-Verlag, Hamburg, S 166–175
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg) (2008) *Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007*. Essen
- Paulus P, Witteriede H (2008) *Schule – Gesundheit – Bildung. Bilanz und Perspektiven*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Richter A, Holz G, Altgeld T (2004) *Gesund in allen Lebenslagen – Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. ISS-Eigenverlag, Frankfurt
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
- Rosenbrock R, Michel C (2007) *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Rosenbrock R (2008) *Gesundheitsgerechte Arbeitswelt – fördernde und hemmende Bedingungen*. Vortrag auf dem Symposium der AG Recht und Politik in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Halle (Saale)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009
www.svr-gesundheit.de (Stand: 11.08.2009)

- Schröder A, Sochert R, Voß KD (2006) Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1: 78–82
- Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main
- Walter U (2003) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Revidierte Fassung. Forschungsbericht 303. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
- Wanek V, Schreiner-Kürten K (2009) Finanzierung über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). *Impulse* Nr. 63: 4–5
- Wellmann, H (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung. *IQPR Forschungsbericht* Nr. 3: 39–48
- World Health Organization (WHO) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1: iii-v