

04



/ 04

Wie steht es um

Prävention und

Gesundheitsförderung?

4.1
RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PRÄVENTION
UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- / *Eine Vielzahl von Akteuren trägt auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zur Prävention und Gesundheitsförderung bei.*

- / *Trotz verstärkter Netzwerkbildung werden Maßnahmen überwiegend dezentral geplant und wenig aufeinander abgestimmt.*

- / *Evidenzbasierung sollte auch in Prävention und Gesundheitsförderung handlungsleitend sein und wird in Forschung und Praxis zunehmend vorangebracht.*

- / *Bevölkerungsweit gelten Mehrebenen-Interventionen als aussichtsreich, um den komplexen Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung gerecht zu werden.*

- / *Mit dem kürzlich verabschiedeten Präventionsgesetz werden die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich verbessert.*

INFOBOX 4.1.1 PRÄVENTION

Prävention umfasst alle Aktivitäten mit dem Ziel, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (pathogenetische Perspektive): Es geht darum, **Risikofaktoren und Belastungen** zu verringern.

Präventionsansätze unterscheiden sich hinsichtlich der zeitlichen Perspektive im Krankheitsverlauf: vor Krankheitsbeginn (Primärprävention), im Frühstadium einer Erkrankung (Sekundärprävention) und bei einer bereits bestehenden Krankheit (Tertiärprävention). Durch **Primärprävention** soll Gesundheit erhalten und Krankheit möglichst verhindert werden (zum Beispiel

durch Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, von mehr Bewegung oder dem Einüben von Stressbewältigungstechniken, wie auch durch medizinische Maßnahmen wie Impfen). Die **Sekundärprävention** umfasst gezielte medizinische Untersuchungen, mit denen Entwicklungsstörungen und Krankheiten im Frühstadium erkannt werden sollen. Die möglichst frühzeitige Diagnose soll die Prognose einer Erkrankung verbessern. Ist eine Erkrankung bereits eingetreten, sollen **tertiärpräventive** Maßnahmen Komplikationen verhindern oder hinauszögern beziehungsweise das Wiederauftreten der Erkrankung verhindern (zum Beispiel durch Patientenschulungen).

INFOBOX 4.1.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, **personale, soziale und materielle Ressourcen** für die Gesunderhaltung zu stärken (salutogenetische Perspektive; Infobox 4.1.3). Menschen sollen befähigt werden, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen (**Empowerment**). Zudem sollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen gesundheitsförderlicher gestaltet werden [2]. Zentral ist außerdem die gesundheitsförderliche Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebenswelten (**Settings**, zum Beispiel in Betrieb, Schule, Kindergarten, Krankenhaus, Hochschule,

Gemeinde oder Wohnquartier). Die Beteiligung der Zielgruppe (**Partizipation**) ist ein wesentliches Prinzip gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Die aktive Einbindung von Zielgruppen vor Ort (etwa in der Schule, im Gemeindezentrum, im Betrieb) macht es möglich, auch diejenigen anzusprechen, die bislang für Gesundheit am wenigsten interessiert werden konnten. Gesundheitsfördernde Aktivitäten im Setting gelten deshalb als geeignet, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Gesundheitschancen in der gesamten Bevölkerung zu erhöhen. In der Praxis finden sich Methoden der Gesundheitsförderung auch in Maßnahmen zur Primärprävention.



INFOBOX 4.1.3 SALUTOGENESE UND PATHOGENESE

Der Begriff »Salutogenese« ist als Gegenvorstellung zur »Pathogenese« zu verstehen. Die Pathogenese setzt sich mit der Entstehung und den Prozessen von Erkrankungen auseinander. Dabei spielen auch personengebundene oder verhaltensbezogene Risikofaktoren eine wichtige Rolle. Die Salutogenese untersucht hingegen

diejenigen Prozesse, welche die Gesundheit erhalten und fördern. Beiden Ansätzen liegen gegensätzliche Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit zugrunde. In der pathogenetischen Perspektive ist Krankheit die Abweichung vom Normalfall der Gesundheit, während in der salutogenetischen Perspektive Gesundheit und Krankheit die beiden Enden eines Kontinuums darstellen [3, S. 487].

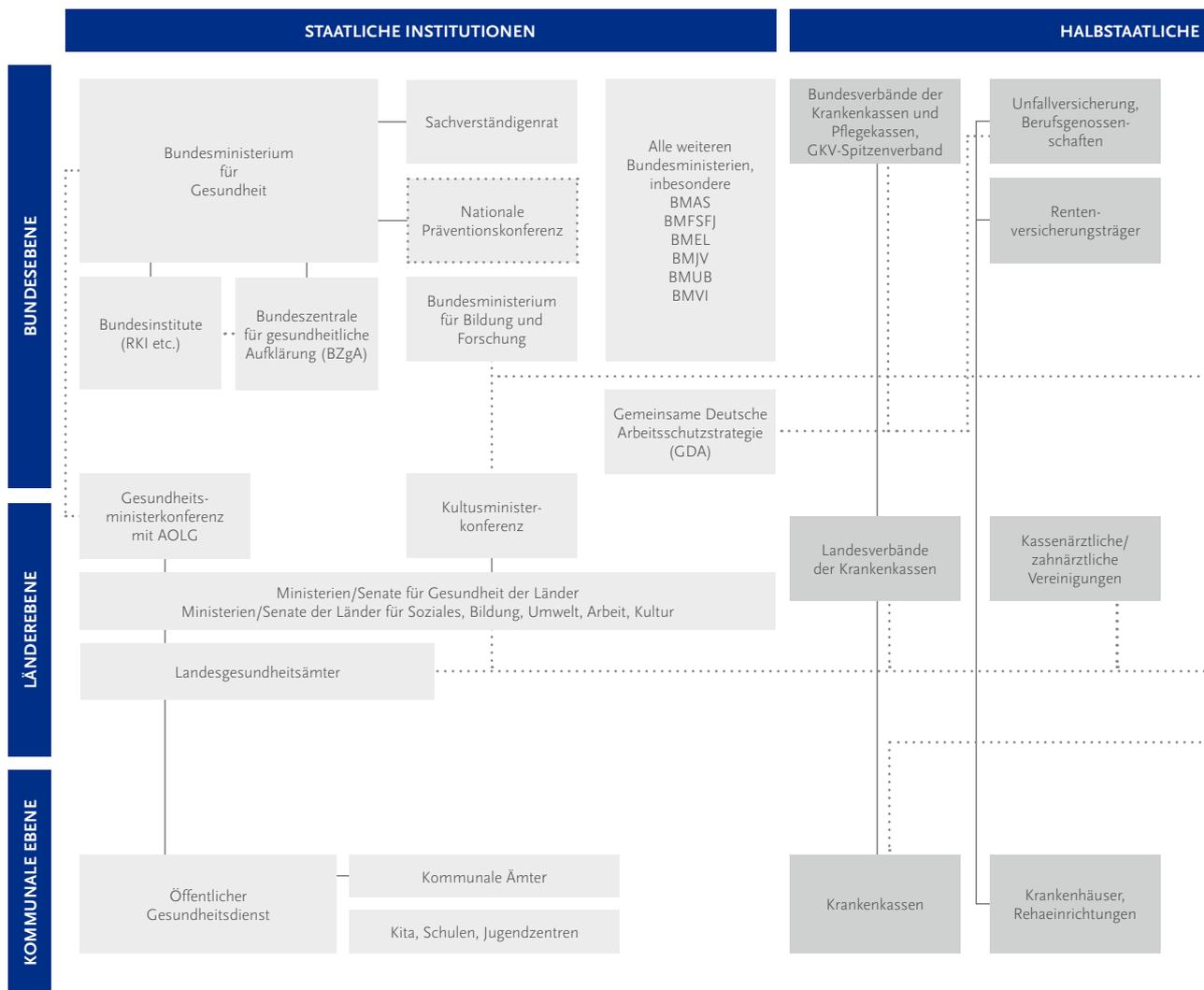
4.1

4.1 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Dieses Kapitel beschreibt wichtige Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Zu diesen gehören bestehende Organisationsstrukturen, die derzeitige Finanzierung sowie die notwendige Evidenzbasierung. Zunächst geht es um die gegenwärtigen Anforderungen, die an Prävention und Gesundheitsförderung gestellt werden, und denen die Rahmenbedingungen Rechnung tragen sollten. Abschließend wird auf den Handlungsbedarf für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung eingegangen.

4.1.1 ANFORDERUNGEN AN PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUS PUBLIC-HEALTH-PERSPEKTIVE

Die Entwicklungen der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung (Public Health) bestimmen weitgehend die Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung. Einfluss nehmen aber auch aktuelle Public-Health-Strategien, die darauf ausgerichtet sind, die Gesundheitsbelastungen zu senken und die Gesundheitsressourcen zu stärken, um die Erkrankungs- und Sterberisiken in der Bevölkerung zu vermindern [1] (Infoboxen 4.1.1, 4.1.2 und 4.1.3).



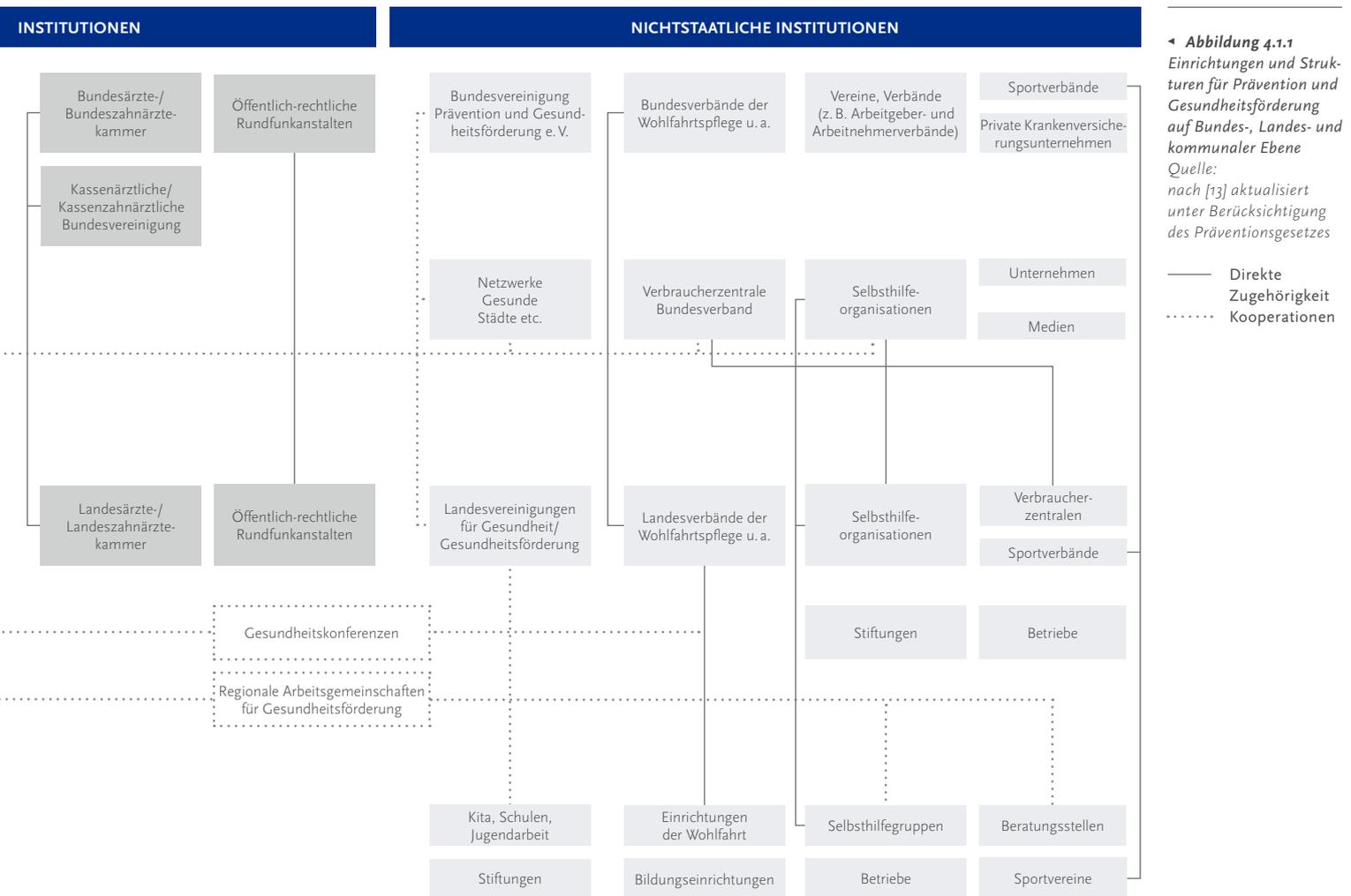
AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

In Deutschland werden die Häufigkeit von Krankheiten (Morbidität) und die Sterblichkeit (Mortalität) der Bevölkerung überwiegend von nichtübertragbaren Krankheiten geprägt, deren Entstehen und Verlauf von vielen Faktoren beeinflusst wird (Multifaktorialität) [4]. Dazu gehören Alter, Geschlecht und genetische Disposition, die Verhaltens- und Lebensweisen, das soziale Umfeld, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu Einrichtungen und Dienstleistungen, aber auch ökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen [5]. Die Determinanten von Gesundheit und Krankheit wirken somit in allen gesellschaftlichen Bereichen. Sie können fast alle aktiv verändert werden, sich aber auch wechselseitig beeinflussen. Dementsprechend werden Prävention und Gesundheitsförderung heute als Querschnittsaufgaben angesehen, zu denen Akteure in allen Bereichen der Gesellschaft einen Beitrag leisten sollten.

Für eine bevölkerungsweite Wirkung sollten die verschiedenen präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen daher so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sein und auf vielen Ebenen ansetzen. Mehrebenen-Interventionen, bei denen politisch-strukturelle Maßnahmen mit Beratungs- und Informationsangebo-

ten, Öffentlichkeitsarbeit sowie der Koordination von Maßnahmen vor Ort kombiniert werden, gelten dabei als besonders erfolgversprechend [6].

Die Gesundheit der Bevölkerung ist darüber hinaus ein wichtiges Zukunftsthema und entscheidend für die ökonomische und soziale Entwicklung. Die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Europäischen Region haben sich daher 2012 zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme auf das neue gemeinsame Rahmenkonzept »Gesundheit 2020« (Health 2020) geeinigt [7]. Dessen strategische Ziele sind, Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung erheblich zu verbessern, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern sowie die gesundheitspolitische Steuerung zu verbessern. Die Strategie ist insbesondere darauf ausgerichtet, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Betont wird, dass ein gesamtgesellschaftliches Handeln (whole-of-society approach) erforderlich sei, um gesundheitliche Ungleichheit abzubauen [8]. Nach diesem Ansatz haben die sozialen Determinanten von Gesundheit ebenfalls große Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung [9, 10]. Die Strategie »Gesundheit in allen Politikfeldern« (Health in all Policies) [11, 12] betont daher, die multifaktoriellen Ursachen



◀ **Abbildung 4.1.1**
Einrichtungen und Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene
Quelle:
nach [13] aktualisiert
unter Berücksichtigung
des Präventionsgesetzes

von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen und alle Politikfelder – also auch diejenigen außerhalb des Gesundheitswesens – an Prävention und Gesundheitsförderung zu beteiligen (Gesundheit als Querschnittsthema).

4.1.2 ORGANISATION

Die Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft ist in Deutschland durch eine vielfältige Trägerstruktur gekennzeichnet (Trägerpluralität), in der föderale Strukturen eine wichtige Rolle spielen. Staatliche Institutionen, öffentlich-rechtliche Körperschaften, freie Träger und private Organisationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene haben Prävention und Gesundheitsförderung als Ziel oder als einen Teil ihrer Aufgaben [13] (Abb. 4.1.1). Es sind sowohl Einrichtungen des Gesundheitswesens, des Sozial- und Bildungswesens als auch des Arbeits- und Freizeitbereichs an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt. Hinzu kommen Einrichtungen aus dem Bereich des verhältnispräventiven Gesundheitsschutzes (zum Beispiel die Trinkwasseraufbereitung oder die Verkehrs- und Produktsicherheit) [14]. Die Bandbreite der Inhalte reicht von der Konzeption

über die Finanzierung bis hin zur praktischen Umsetzung einzelner Projekte oder Programme. Für einen Teil der Institutionen regeln gesetzliche Grundlagen die Aufgabenbereiche, zum Beispiel das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen [15] oder Schulgesetze für den Schulbereich [16].

Insgesamt ergibt sich ein sehr heterogenes Bild von Akteuren, die in Prävention und Gesundheitsförderung aktiv sind und die teilweise auch in Konkurrenz zueinander stehen [15]. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weist in einer Schätzung zur Erfassung der in der Gesundheitsförderung tätigen Fachinstitutionen aus dem Jahr 2004 etwa 230 überregional tätige Fachinstitutionen aus [17]. Das Online-Angebot, das aus diesem Projekt hervorgegangen ist, weist aktuell eine Zahl von 272 Institutionen aus [18]. Bei der Fülle von Anbietern erscheint eine Koordination der Maßnahmen notwendig, zugleich stellt sie unter der Trägervielfalt, den föderalen Strukturen und dem gegliederten System der sozialen Sicherung eine Herausforderung dar. So werden Maßnahmen bislang in Deutschland kaum aufeinander abgestimmt, insbesondere im Hinblick auf primärpräventive Aktivitäten [15].

Abhilfe sollten verschiedene Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention schaffen, die in den vergangenen Jahren ins Leben gerufen oder deren Arbeit ausgebaut wurde. Zu den wichtigen Akteuren zählen das Netzwerk Gesunde Städte, das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) sowie die Vernetzungsaktivitäten im Rahmen des Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung«. Auf Länderebene ist beispielsweise der »Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!« zu nennen, der von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) in Hamburg initiiert wurde. Hier arbeiten Institutionen, Vereinen, Kammern, Kassen, Initiativen und Verbänden zusammen, um gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in Hamburg zu bündeln und zu stärken [19].

Der Austausch in den Netzwerken soll den Akteuren eine Orientierung darüber bieten, welche Maßnahmen es bereits im jeweiligen Präventionsbereich gibt und welche Ansätze erfolgreich sind. Dabei kann es auch zu einer Koordination und Abstimmung von Maßnahmen kommen, zum Beispiel hinsichtlich bestimmter Qualitätskriterien oder Zielsetzungen [20]. Die Vernetzungsaktivitäten sollen zudem die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren fördern, die eine besondere Relevanz für Gesundheit haben z. B. durch eine Kooperation zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitswesen), Schulen (Bildungssektor) und Sportvereinen (Freizeitbereich) (siehe Kapitel 4.7). Netzwerkbildungen können damit einen wichtigen Beitrag für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik leisten, wie es in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gefordert wurde [21].

Zentrales Anliegen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz), das in weiten Teilen im Juli 2015 in Kraft trat, ist es, die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. In einer Nationalen Präventionskonferenz sollen die Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger und der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen unter Beteiligung des Bundes, der Länder und der Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele festlegen und sich auch auf ein gemeinsames Vorgehen bei der Umsetzung verständigen. Zudem wird die gesetzlich vorgegebene Höhe der Ausgaben für Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung ab dem Jahr 2016 mehr als verdoppelt [22].

Neben der genannten Vielfalt an Akteuren und Einrichtungen gibt es auch eine Vielzahl an Inhalten bei Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Themenpluralität) [15], die aufgrund der Trägervielfalt schwierig aufeinander abzustimmen sind. Viele Maßnahmen werden aufgrund der häufig befristeten Finanzierung einmalig und als Einzelprojekte umgesetzt, häufig

handelt es sich um Maßnahmen zur Reduzierung einzelner verhaltensbezogener Risikofaktoren [23] wie Rauchen oder körperliche Aktivität.

Angesichts der Vielfalt von existierenden Programmen und Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung kann es für die einzelne Einrichtung schwierig sein, eine Auswahl für ihre Kita oder ihren Betrieb zu treffen [15].

Für eine bessere thematische Abstimmung und Schwerpunktsetzung werden zunehmend Gesundheitsziele erstellt. In diesem Prozess erarbeitet der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de aus Public-Health-Sicht übergeordnete und abgestimmte vorrangige (prioritäre) Gesundheitsziele, die überwiegend Prävention und Gesundheitsförderung als Zielsetzung haben (siehe Kapitel 7). Die Gesundheitsziele sollen den verschiedenen Institutionen und Einrichtungen als Orientierung für die Entwicklung von Maßnahmen dienen. Damit soll zum einen erreicht werden, dass sich durch die Umsetzung von abgestimmten, auf verschiedenen Ebenen ansetzenden Maßnahmen die Wirksamkeit der Prävention und Gesundheitsförderung erhöht. Zum anderen sollen koordinierte Maßnahmen für einen optimalen Einsatz der begrenzten finanziellen Mittel sorgen, die für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Auch im Präventionsgesetz werden Gesundheitsziele genannt, welche die Krankenkassen bei der Erarbeitung ihrer Kriterien und Handlungsfelder zukünftig berücksichtigen. Hierbei handelt es sich vorrangig um die Gesundheitsziele, die von gesundheitsziele.de erarbeitet wurden. Darüber hinaus sollen die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele Berücksichtigung finden [22].

4.1.3 FINANZIERUNG

Informationen über die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes (GAR) entnehmen. Die GAR fasst unter Prävention/Gesundheitsschutz sämtliche Leistungen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Gesundheitswesen zusammen und unterscheidet dabei Ausgaben nach Leistungsarten, Einrichtungen und Ausgabenträgern. Demnach betragen die Gesundheitsausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz seit dem Jahr 2008 etwa elf Milliarden Euro jährlich. Das entspricht einem Anteil von weniger als 4 % der jährlichen Gesamtausgaben für Gesundheit (Tab. 4.1.1). Den höchsten Anteil daran hatten 2013 die vom Statistischen Bundesamt unter der Rubrik »Gesundheitsförderung« erfassten Ausgaben mit rund 5,8 Milliarden Euro. Hierzu zählt das Statistische Bundesamt Leistungen, die darauf abzielen, das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten. Dazu gehören Informations- und Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge, Aids-Beratung, zahnprophylaktische Leistungen, Schutzimpfungen oder die Förderung von Selbsthilfegruppen [24].

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Mio. €	%										
Gesundheitsausgaben	266.228	100,0	280.552	100,0	290.297	100,0	295.525	100,0	302.812	100,0	314.939	100,0
Investitionen	6.155	2,3	6.772	2,4	6.559	2,3	6.217	2,1	6.275	2,1	6.455	2,0
Laufende Gesundheitsausgaben	260.073	97,7	273.780	97,6	283.738	97,7	289.308	97,9	296.537	97,9	308.484	98,0
Prävention/ Gesundheitsschutz	10.670	4,0	10.966	3,9	10.918	3,8	10.647	3,6	10.756	3,6	10.906	3,5
Allgemeiner Gesundheitsschutz	2.126	0,8	2.269	0,8	2.357	0,8	2.222	0,8	2.288	0,8	2.307	0,7
Gesundheitsförderung	6.094	2,3	5.987	2,1	5.939	2,0	5.736	1,9	5.741	1,9	5.767	1,8
Früherkennung von Krankheiten	1.494	0,6	1.692	0,6	1.583	0,5	1.636	0,6	1.634	0,5	1.667	0,5
Gutachten und Koordination	956	0,4	1.018	0,4	1.038	0,4	1.052	0,4	1.092	0,4	1.165	0,4
Ärztliche Leistungen	72.922	27,4	77.049	27,5	80.058	27,6	82.155	27,8	84.128	27,8	87.647	27,8
Pflegerische/ therapeutische Leistungen	62.958	23,6	66.865	23,8	70.007	24,1	72.576	24,6	75.542	24,9	79.546	25,3
Unterkunft und Verpflegung	22.331	8,4	23.474	8,4	23.783	8,2	24.565	8,3	24.848	8,2	25.637	8,1
Waren	73.168	27,5	76.275	27,2	78.896	27,2	78.929	26,7	80.544	26,6	83.515	26,5
Transporte	4.516	1,7	4.840	1,7	4.986	1,7	5.284	1,8	5.536	1,8	5.940	1,9
Verwaltungsleistungen	13.509	5,1	14.311	5,1	15.091	5,2	15.154	5,1	15.184	5,0	15.293	4,9

◀ **Tabelle 4.1.1**
Zeitliche Entwicklung der
Gesundheitsausgaben
nach Art der Leistung
Quelle: Gesundheits-
ausgabenrechnung,
Statistisches Bundesamt
[24]

Die wichtigsten Ausgabenträger für Prävention/ Gesundheitsschutz waren 2013 die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 4,9 Milliarden Euro und die öffentlichen Haushalte mit 2,1 Milliarden Euro. Die Unfallversicherung gab 1,2 und die privaten Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck 1,1 Milliarden aus. Die Ausgaben der anderen Träger (gesetzliche Pflege-, Rentenversicherung, private Krankenversicherung, Arbeitgeber) fielen erwartungsgemäß entsprechend ihrer vorrangigen gesetzlichen Aufgaben teilweise deutlich niedriger aus [24]. Die gesetzliche Verpflichtung der GKV zur Prävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) macht in diesen Ausgaben nur einen geringen Teil aus. Sie umfasste 2013 nur 4 % der Ausgaben der Krankenkassen für Prävention inklusive Gesundheitsförderung. Überdies wurden sie seit 2008 von 340 Millionen auf 238 Millionen Euro im Jahr 2012 verringert [25]. Nach dem Präventionsgesetz müssen die Krankenkassen künftig jährlich rund 490 Millionen Euro für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung aufwenden [22].

Die vom Statistischen Bundesamt beschriebenen Ausgaben beziehen sich aber nur auf Ausgaben im Gesundheitswesen und spiegeln somit nur einen Teil der finanziellen Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung wider. Gerade für die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung kommen neben den Ausgaben der GKV und den öffentlichen Haushalten noch Mittel gemeinnütziger Träger und privater Organisationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene hinzu. Bislang existiert für diese

Maßnahmen keine übergreifende Berichterstattung. Damit ist insgesamt und insbesondere für den Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung weitgehend unklar, wie viele Mittel bereitgestellt werden, ob diese ausreichend sind, wer an der Finanzierung in welchem Umfang beteiligt ist, und ob die Mittel sinnvoll eingesetzt werden [15, 23]. Im Präventionsgesetz ist festgelegt, dass auf nationaler Ebene eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie entwickelt wird. Dabei sollen die relevanten Träger und Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung in der Nationalen Präventionskonferenz zusammenkommen, die dann auch den alle vier Jahre erscheinenden Präventionsbericht erstellt. In diesem Bericht sollen neben den Angaben über die durchgeführten Maßnahmen auch die Ausgaben der gesetzlichen Träger aber ggf. auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgebildet werden [22].

4.1.4 EVIDENZBASIERUNG

Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Mittel ist es wichtig, solche Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen, welche die Bevölkerungsgesundheit auch tatsächlich verbessern können: Sie müssen in der praktischen Umsetzung vor Ort geeignet und wirksam sein. Gleichzeitig sollen die Maßnahmen zu keinen unerwünschten Nebenwirkungen bei vorrangig noch gesunden Personen führen. Diese Bedingungen sollen durch die Evidenzbasierung von Maßnahmen sichergestellt werden. Dies bedeutet, dass in der Auswahl von Programmen und Projekten, diejenigen bevorzugt werden sollten, deren Konzeption



INFOBOX 4.1.4

EVALUATION UND QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen soll die Wirksamkeit von Interventionen messen, indem die Ergebnisse der Maßnahme mit den Interventionszielen verglichen werden. Unterschieden werden Prozess- und Ergebnisevaluation [33]. Ein Qualitätsmanagement soll die an Prozess und Struktur ausgerichtete Verbesserung der Qualität für die Zielerreichung der Maßnahme erhöhen und die Einhaltung

von Qualitätsstandards absichern. Struktur- und Prozessqualität stellen die Angemessenheit der Rahmenbedingungen und des Ablaufs der Maßnahme sicher. Tatsächlich messen Evaluationsstudien häufig nur die Ergebnisqualität. Begriffe zur Bestimmung von Qualität werden uneinheitlich verwendet. Qualitätsmanagement als übergeordneter Begriff umfasst sowohl Qualitätssicherung als auch Qualitätsentwicklung (Förderung von Rahmenbedingungen zur Entwicklung von Qualität) [33].

und Durchführung sich in systematischen Nachweisen als wirksam erwiesen haben [26].

Die nachgewiesene Wirksamkeit einer Maßnahme bezieht sich dabei auf eine konkret hinsichtlich soziodemografischer oder gesundheitlicher Merkmale beschriebenen Zielgruppe. Damit evidenzbasierte Projekte und Programme die nachgewiesene präventive Wirkung entfalten können, soll deshalb zu dem vor Ort ermittelten Bedarf die für diese Zielgruppen passende wirksame Maßnahme ausgewählt werden. Die Bedarfsermittlung gestaltet sich jedoch schwierig, da entsprechende Daten überwiegend nur auf Bundes- oder Landesebene zur Verfügung stehen. Es wird daher zunehmend versucht, kleinräumige Gesundheitsberichte zu erstellen, die beispielsweise die konkreten gesundheitlichen Problemlagen in einzelnen Kommunen oder Stadtvierteln abbilden. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2008 belegt, dass in den fünf Jahren vor 2008 drei Viertel der kommunalen Gesundheitsämter einen Gesundheitsbericht angefertigt hatten [27]. Eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung bietet die Chance, lokale Bedürfnisse, Strukturen und Ressourcen, aber auch potenzielle Hindernisse bei Akteuren oder Settings zu identifizieren. Zu einer Bedarfsermittlung gehört neben der Kenntnis über lokale gesundheitliche Problemlagen und strukturelle Bedingungen auch das Wissen über bereits vor Ort durchgeführte Maßnahmen. Eine Berichterstattung über bereits durchgeführte Maßnahmen (Interventionsberichterstattung) gibt es bislang nur eingeschränkt [28]. Zu nennen sind an dieser Stelle Bestandsaufnahmen auf Bundesebene, vor allem die Präventionsberichte der GKV [29] und themenspezifische Übersichten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sowie einige Informationen zur Sekundär- und Tertiärprävention der statistischen Ämter in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes. Wie bereits erwähnt wird der im Präventionsgesetz vorgesehene Präventionsbericht auch eine verbesserte Übersicht über die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen. Des Weiteren soll der Bericht Informationen zu den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen,

den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen beinhalten [22]. Er wird auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung der gesetzlich bestimmten Ausgabenrichtwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20 bis 20c SGB V enthalten.

Um einen Nachweis über Nutzen und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung erbringen zu können, ist eine Evaluation notwendig (Infobox 4.1.4). Allerdings gibt es Hinweise über die Beschreibung der Qualitätsentwicklungspraxis, dass nur wenige Maßnahmen evaluiert werden, so dass auch nur für wenige Ansätze ein Nachweis über Nutzen und Wirksamkeit vorliegt – insbesondere zur Frage, ob die Ziele der Maßnahme erreicht wurden [20, 30, 31]. Insgesamt scheint es in der alltäglichen Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung »nur wenige Aspekte adäquater Analyse unterzogen« werden, wie aus der Analyse des Handlungsfeldes Prävention von Übergewicht/Adipositas geschlossen werden kann [32, S. 18]. Aktuell werden in Wissenschaft und Praxis geeignete Methoden für die Evaluation diskutiert. Dabei wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob sich Methoden der evidenzbasierten Medizin – wie zum Beispiel randomisierte kontrollierte Studien – auch auf komplexe Interventionen wie die Gesundheitsförderung anwenden lassen [33, 34].

Um sicherzustellen, dass eine Maßnahme zur Prävention oder Gesundheitsförderung auch gemäß der zugrundeliegenden Konzeption umgesetzt wird, ist ein Qualitätsmanagement wichtig (Infobox 4.1.4). Einschätzungen, wie Qualitätsmanagement umgesetzt wird, kommen zu dem Ergebnis, dass dies in der Praxis überwiegend uneinheitlich erfolgt [35]. Beispielsweise konnte eine Bestandserhebung zum Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung im Setting aus den Jahren 2010 bis 2011 insgesamt 50 verschiedene Qualitätssicherungsansätze identifizieren [30]. Ansätze zum Qualitätsmanagement sind beispielsweise der Good-Practice-Ansatz des von der BZgA initiierten Kooperationsverbundes »Gesundheitliche Chancengleichheit«, der »Leitfaden Prävention« der Krankenkassen, das Verfahren Quintessenz der »Gesundheitsförderung Schweiz«, das Gut-

achterverfahren »Qualität in der Prävention« (QIP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie das partizipative Qualitätsentwicklungsverfahren [33, 36].

Insgesamt lässt sich einschätzen, dass Bedarfsermittlung, Qualitätsmanagement und Evaluation erst langsam umgesetzt werden [23, 35, 37]. Verschiedene Initiativen haben in den vergangenen Jahren versucht, Evidenzbasierung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu verbreiten. Hierzu gehört der Verbund »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung« (KNP), der einen weiteren Bedarf an Unterstützung für den Transfer von evidenzbasierten Maßnahmen sieht. Darüber hinaus fordert dieser Verbund die Partizipation von Zielgruppen im Forschungsprozess sowie eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis [38, 39]. Weitere positive Beispiele sind die im Rahmen des Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« erstellten Leitfäden wie der IN FORM Leitfaden »Qualitätssicherung« und IN FORM Leitfaden »Evaluation«, die online verfügbar sind [vgl. 40].

4.1.5

AUSBLICK UND HANDLUNGSBEDARF

Prävention und Gesundheitsförderung bilden neben Kuration, Rehabilitation und Pflege die »vierte Säule« im System der Gesundheitssicherung. Als erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik gewinnt der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zunehmend an Bedeutung [23]. Er sollte dabei aber weniger als ein abgeschotteter Teil der Gesundheitsversorgung verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil der Gesamtpolitik – im Sinne der WHO-Strategie »Gesundheit in allen Politikfeldern«. Damit werden Prävention und Gesundheitsförderung zu einer intersektoralen Aufgabe, die im Idealfall beispielsweise den Bildungsbereich, die Wirtschafts-, Stadt- und Verkehrsplanung sowie die Jugendarbeit einschließt. Dies macht Prävention und Gesundheitsförderung zu einer komplexen Querschnittsaufgabe [2].

Eine Herausforderung ist es dabei, die Vielzahl der unterschiedlichen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aus den verschiedenen Sektoren zu koordinieren und bei Bedarf zu vernetzen [41]. Um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, sind insbesondere Maßnahmen in gesundheitsrelevanten Lebenswelten (Settings) wie Kita und Arbeitsplatz aussichtsreich. Um Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu finanzieren und umzusetzen gewinnt das Engagement gemeinnütziger Träger wie Vereine und Stiftungen sowie von Unternehmen an Bedeutung.

Durch Gesundheits- und Interventionsberichterstattung können präventive Maßnahmen auf kommunaler, regionaler und Bundesebene beschrieben und in der Folge evidenzbasiert und zielgruppengenau auf den tatsächlichen Bedarf zugeschnitten werden [23]. Dafür bedarf es eines weiteren Ausbaus der Berichterstattung und einer verstärkten Zusammenarbeit aller Akteure, welche die Gesundheits- und Interventionsberichterstattung zu ihren Aufgaben zählen [28]. Auch sollte Transparenz darüber hergestellt werden, welches Pro-

gramm mit welchen Ressourcen von den öffentlichen Haushalten in welcher Region durchgeführt wird. Diese Informationen könnten die Grundlage für abgestimmte und gebündelte Präventionsstrategien bilden, in denen Handlungsschwerpunkte und Förderungen koordiniert werden. Das ist punktuell zum Thema »Ernährung und Bewegung« im Rahmen des Nationalen Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« bereits der Fall [15].

Die Sicherung der Qualität präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Umsetzung aussagekräftiger Evaluationen sollten durch die Praxis und durch Forschungsmaßnahmen weiter verbessert werden [42]. Das schließt auch die Bereitstellung finanzieller Ressourcen mit ein, die von möglichst vielen Akteuren vor Ort genutzt werden. Eine bundesweite Koordination und Vermittlung aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse könnte die Vergleichbarkeit und Verbreitung von Qualitätsmanagementansätzen verbessern, dadurch dass Akteure von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten bei der Auswahl der für sie geeigneten Qualitätssicherungsinstrumente unterstützt würden [23, 30, 31].

Durch das jüngst verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wurden viele dieser Herausforderungen aufgegriffen und in Maßnahmen umgesetzt [22]. Die Erhöhung der Beträge, die die Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen sollen, die Abstimmung einer Nationalen Präventionsstrategie und der Austausch in der Nationalen Präventionskonferenz bieten nun die Chance, die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern und zukünftig zielgerichteter gesunde Lebensverhältnisse gestalten zu können.

LITERATUR

1. Rosenbrock R (2001) Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 44(8):753-762
2. Altgeld T, Kolip P (2010) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern, S. 45-56
3. Franke A (2011) Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZgA, Köln, S. 487-490
4. Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. (2011) Priority actions for the non-communicable disease crisis. Lancet 377(9775):1438-1447
5. Dahlgren G, Whitehead M (1993) Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? The King's Fund, London
6. World Health Organization (2009) Interventionsof diet and physical activity: what works. Summary report. WHO, Genf. www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf?ua=1 (Stand: 15.04.2015)
7. World Health Organization Regionalbüro für Europa (Hrsg) (2013) Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. WHO, Kopenhagen
8. Michelsen K, Brand H (2012) »Gesundheit 2020« – das neue europäische Rahmenkonzept der WHO. Gesundheitswesen 74(12):771-777
9. Wilkinson R, Marmot M (Hrsg) (2003) Social determinants of health: The solid facts. 2nd edition. WHO, Kopenhagen
10. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (Hrsg) (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. WHO, Genf

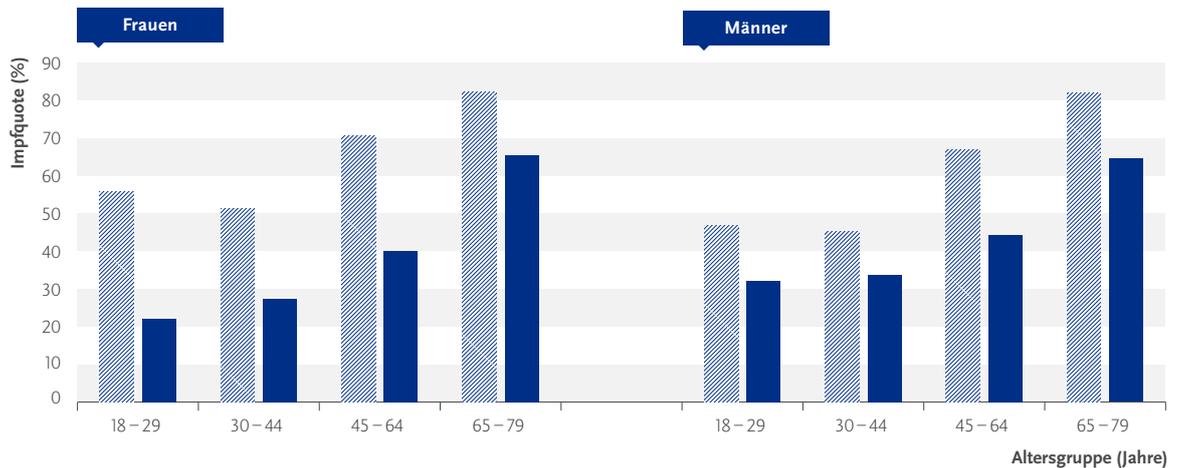
11. Kickbusch I, Buckett K (Hrsg) (2010) *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Department of Health, Government of South Australia, Adelaide
12. Ståhl T, Wismar M, Ollila E et al. (Hrsg) (2012) *Health in all policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
13. Blümel S (2011) Akteure, Angebote und Strukturen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S. 14-18
14. Schwartz F, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg) (2012) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban und Fischer, München
15. Altgeld T (2012) Prävention. Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure? *GGW* 12(2):27-15
16. Walter U (2003) *Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Revidierte Fassung vom April 2003. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover. https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/artikel/Expertise_RechtlBestimmungen.pdf (Stand: 15.04.2015)
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2004) *Wegweiser Gesundheitsförderung. Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Prävention, ihre Aufgaben und Angebote*. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg
18. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) *Wegweiser Gesundheitsförderung, Fachinstitutionen der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.bzga.de/wegweiser/?uid=6d46fc6cda34d662ea3cddoda1289320&id=angebote (Stand: 22.06.2015)
19. Geschäftsstelle des Paktes für Prävention. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2012) *Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg! Programm der BGV zur Weiterentwicklung von gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung in Hamburg*. Geschäftsstelle des Paktes für Prävention. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
20. Wright MT, Lüken F, Grossmann B (2013) *Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung für die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 56(3):466-472
21. World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Kopenhagen
22. Präventionsgesetz – PräVG (2015) *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379
23. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. SVR, Berlin. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf
24. Statistisches Bundesamt (2015) *Gesundheitsausgabenrechnung ab 2008, Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger*. www.gbe-bund.de (Stand: 06.05.2015)
25. Kuhn J (2014) *Prävention – Mehr als nur Früherkennung*. KVB Forum 2014(1-2):8-13
26. Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. (2008) *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *BMJ* 337:a1655
27. Stockmann S, Kuhn J, Zirngibl A et al. (2008) *Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung*. *Gesundheitswesen* 70(11):679-683
28. Jordan S (2012) *Monitoring für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Beitrag des Monitorings und seiner Berichterstattungssysteme zu Prävention und Gesundheitsförderung*. *Präv Gesundheitsf* 7(2):155-160
29. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband (2013) *Tabellenband zum Präventionsbericht 2013. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012*. MDS, Essen
30. Tempel N, Reker N, Bödeker M et al. (2013) *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung in Settings. Ansätze, Charakteristika und Empfehlungen*. *Präv Gesundheitsf* 8(2):73-77
31. Tempel N, Bödeker M, Reker N et al. (2012) *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 42. BZgA, Köln
32. Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O et al. (Hrsg) (2010) *Evidence-based Public Health. Bessere Gesundheitsversorgung durch geprüfte Informationen*. Hans Huber Verlag, Bern
33. Kolip P, Müller VE (Hrsg) (2009) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Hans Huber Verlag, Bern
34. Kliche T, Koch U, Lehmann H et al. (2006) *Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 49(2):141-150
35. Wright MT, Noweski M, Robertz-Grossmann B (2012) *Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung: Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung*. *Prävention und Gesundheitsförderung* 7(1):11-17
36. Töppich J, Linden S (Hrsg) (2011) *Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln
37. Ruckstuhl B (2009) *Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention*. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention - Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Hans Huber Verlag, Bern, S. 75-95
38. Walter U, Gold C, Hoffmann W et al. (2012) *Memorandum – Forschungsförderung Prävention*. *Gesundheitswesen* 74(8-9):526-532
39. Walter U, Nöcker G, Plauemann M et al. (2012) *Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden (Langfassung)*. *Gesundheitswesen* 74(10):e99-e113
40. IN FORM Geschäftsstelle (o.J.) *IN FORM Projektservice*. <https://www.in-form.de/profiportal/projekte/projektservice/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung.html> (Stand: 31.08.2015)
41. Keydel A, Hartmann T, Baumgarten K (2012) *Handlungsprogramme zur Prävention und Gesundheitsförderung. Eine kritische Analyse für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche*. *Präv Gesundheitsf* 7(4):246-255
42. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013) *Potenzial Gesundheit. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.* BVPG, Bonn

4.2

MEDIZINISCHE PRÄVENTION DURCH IMPFEN

-
- / *Bei Influenza liegen die jährlichen Impfraten in Deutschland mit etwa 60% ab einem Alter von 65 Jahren noch deutlich unter der WHO-Empfehlung von 75%.*
-
- / *Rund 71% der Erwachsenen sind ausreichend gegen Tetanus geimpft, haben also in den letzten zehn Jahren eine Auffrischungsimpfung erhalten.*
-
- / *2012 waren zwar 92,4% der Schulanfänger ausreichend gegen Masern geimpft, aber bei fast 40% der Einjährigen besteht laut Bluttest kein ausreichender Schutz.*
-
- / *Bei Influenza, Tetanus und Masern zeigen die Durchimpfungsraten im Zeitverlauf eine deutlich ansteigende Tendenz.*
-
- / *Bei den meisten Impfungen liegen die Durchimpfungsraten in den neuen Ländern über denen der alten Länder.*

► **Abbildung 4.2.1**
 Vergleich der Influenza-
 Impfquoten in den
 neuen und alten Ländern
 (jemals mindestens
 eine Impfdosis gegen
 Influenza)
 Datenbasis: Studie zur
 Gesundheit Erwachsener
 in Deutschland
 (DEGS1, 2008–2011)



4.2 MEDIZINISCHE PRÄVENTION DURCH IMPFEN

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Sie bieten den Geimpften Schutz vor schweren Infektionskrankheiten, vermeiden Krankheitskomplikationen und schwere Krankheitsverläufe. Bei Schwangeren lässt sich durch Impfungen zudem eine Mutter-Kind-Übertragung von Erregern vermeiden.

Über die individuellen gesundheitlichen Vorteile hinaus ist der Nutzen von Impfungen für die gesamte Bevölkerung abhängig von hohen Impfquoten. Nur so können durch die schützende Wirkung der sogenannten Herdenimmunität alle Individuen, also auch diejenigen, die zu jung oder zu krank für eine Impfung sind, wirkungsvoll vor Krankheiten geschützt werden. Sowohl der gesundheitliche als auch der ökonomische Nutzen von Impfungen – sie senken zum Beispiel die Erkrankungshäufigkeit überproportional und verlängern die ausbruchsfreien Intervalle – kann erst bei hohen Impfquoten ausgeschöpft werden.

In Deutschland gibt es keine Pflichtimpfungen. Die Entscheidungen darüber, welche Impfungen gegeben werden sollten und welche durch Krankenkassen finanziert werden, basieren auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Empfehlungen der STIKO beinhalten unter anderem den Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene und die Tabelle der Indikations- und Auffrischimpfungen [1].

Individuell getroffene Impfentscheidungen sind von der jeweiligen Nutzen-Risiko-Bewertung abhängig. In Zeiten sinkender oder niedriger Inzidenzen impfpräventabler – dank Impfung vermeidbarer – Erkrankungen sind einerseits die Risiken einer Infektion mit den entsprechenden Erregern kleiner, andererseits werden in der Bevölkerung reale oder befürchtete Impfrisiken stärker wahrgenommen [2]. Das Erreichen und Einhalten hoher Impfquoten sind daher andauernde Herausforderungen.

Die Probleme bei der Elimination von impfpräventablen Erkrankungen in Deutschland lassen sich derzeit am deutlichsten am Beispiel der Masern durchimpfung beobachten. Daneben kann auch bei Tetanus und Influenza die allgemeine Entwicklung der Durchimpfung in Deutschland aufgezeigt werden.

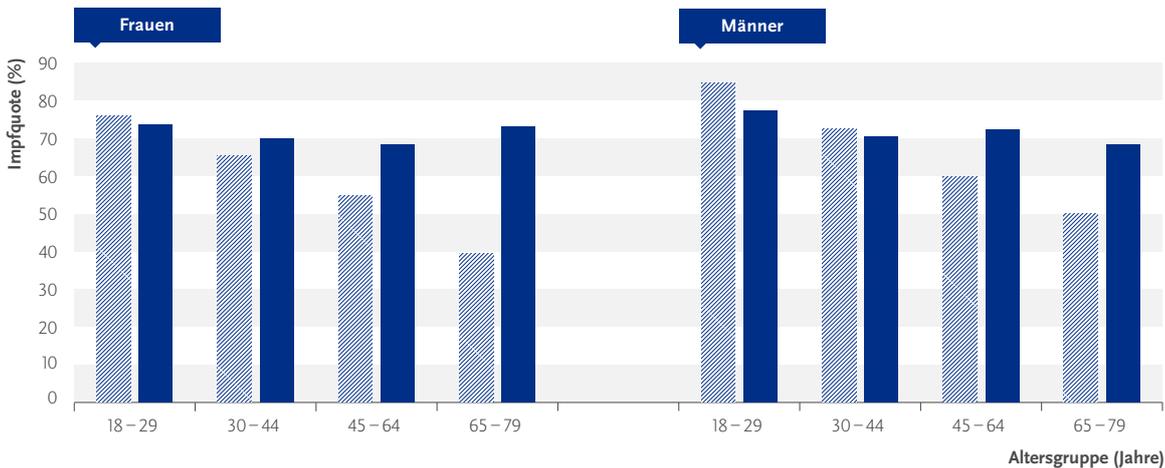
4.2.1 ENTWICKLUNG DES IMPFSTATUS BEI ERWACHSENEN: INFLUENZA

Die saisonale Influenza (Grippe) ist eine akute Viruserkrankung, die in der Bevölkerung der nördlichen Hemisphäre in fast jedem Winterhalbjahr als mehrere Wochen andauernde Häufung (»Influenza-Welle«) auftritt. Da Influenzaviren sehr veränderlich sind, reicht eine einmalige Immunisierung nicht aus. Die STIKO empfiehlt zum Schutz von Personengruppen mit einem erhöhten Risiko für einen komplikationsreichen Krankheitsverlauf jährlich eine Influenza-Impfung mit einem an die zirkulierenden Viren angepassten Impfstoff; dazu zählen unter anderem Personen über 60 Jahre, Menschen mit chronischen Erkrankungen, alle während der Influenzasaison schwangeren Frauen sowie Personen mit erhöhter Gefährdung aufgrund beruflicher Exposition, etwa ärztliches Personal [1].

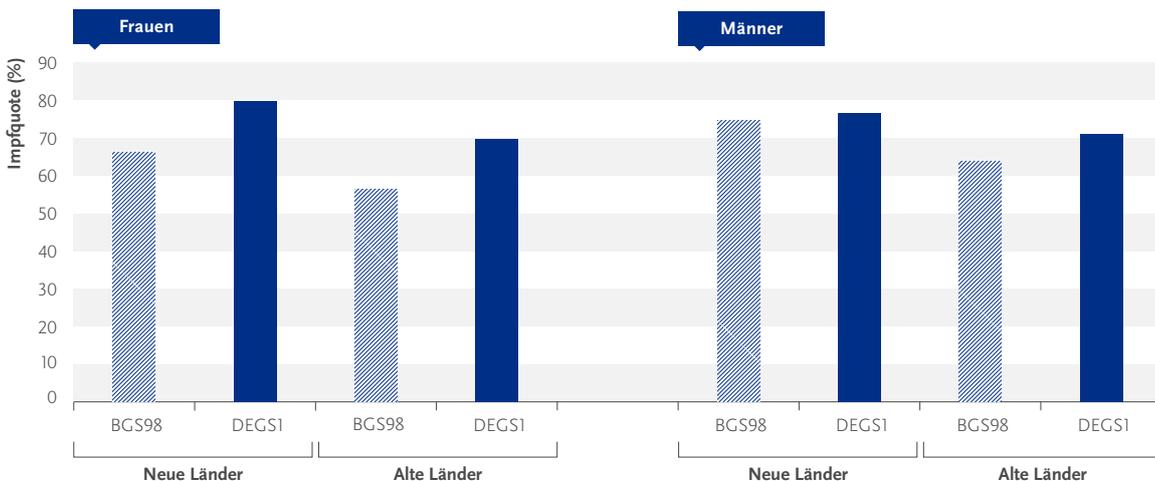
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte schon für das Jahr 2010 eine Durchimpfungsrate von 75% für ältere Menschen und chronisch Kranke als Ziel postuliert [3]. Auch wenn sich die Impfraten seit 1998/99 etwa verdoppelt haben und die Durchimpfung mit dem Alter zunimmt, liegen in Deutschland die jährlichen Impfraten mit etwa 60% bei 65-Jährigen und älteren noch deutlich unter der von der WHO empfohlenen Rate [4]. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen dabei nicht. Allerdings gibt es einen deutlichen Unterschied bei den Durchimpfungsraten nach Wohnregion (Abb. 4.2.1). Die Durchimpfung ist in den neuen Ländern bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen signifikant höher und belegt die dort größere Impfabzeptanz als in den alten Ländern [5].

Als Gründe für eine Grippeimpfung nennen Erwachsene die Schwere einer Grippeerkrankung und eine ärztliche Impfempfehlung. Personen, die sich nicht in jeder Saison impfen lassen, geben häufig an, nicht an die Impfung zu denken oder sie zu vergessen. Diejenigen, die sich nicht gegen Grippe impfen lassen, halten es häufig für unwahrscheinlich, selbst zu erkranken [6].

In Deutschland wie in anderen Ländern hat die ärztliche Beratung die größte Bedeutung für eine positive Impfentscheidung. Ein Impfhindernis ist für viele Menschen die Angst vor Nebenwirkungen der Grippeimpfung [7, 8]. Allerdings zeigt eine 2009 durchgeführte



◀ **Abbildung 4.2.2**
Vergleich der Tetanus-Impfquoten zwischen 1997 bis 1999 (BGS98) und 2008 bis 2011 (DEGS1) (Tetanusimpfung in den letzten zehn Jahren)
Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011)



◀ **Abbildung 4.2.3**
Vergleich der Tetanus-Impfquoten zwischen 1997 bis 1999 (BGS98) und 2008 bis 2011 (DEGS1) in den neuen und alten Ländern. (Tetanusimpfung in den letzten zehn Jahren)
Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011)

Befragung von niedergelassenen Ärzten, dass nur zwei Drittel besonders gefährdete Patientengruppen zur Influenzaimpfung motivieren [9]. Da die Diskrepanz zwischen beabsichtigter und realisierter Influenzaimpfung in Deutschland groß ist und zu wenige Erwachsene von ihrem Arzt die jährliche Empfehlung zur Grippeimpfung erhalten, scheint eine Steigerung der jährlichen Impfraten möglich. Diese ist insbesondere für die von der STIKO definierten Zielgruppen für Influenzaimpfungen bedeutsam.

4.2.2 ENTWICKLUNG DES IMPFSTATUS BEI ERWACHSENEN: TETANUS

Tetanus wird durch das vor allem im Erdreich vorkommende Bakterium *Clostridium tetani* verursacht; eine Infektion verläuft häufig tödlich. Bereits Bagatellverletzungen zum Beispiel an den Händen reichen aus, um sich mit dem Erreger zu infizieren. Eine Tetanusimpfung verhindert sicher und effektiv eine Erkrankung. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Tetanus in den ersten 15 Lebensmonaten sowie zwei Auffrischimpfungen im Kindes- und Jugendalter. Für Erwachsene sollte die Auffrischung der Impfung alle zehn Jahre erfolgen [10].

Die aktuellen Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) belegen, dass 71,4% der Erwachsenen ausreichend gegen

Tetanus geimpft sind; sie haben also innerhalb der letzten zehn Jahre eine Tetanusimpfung erhalten. Die beste Durchimpfung hat die (jüngste) Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen, am niedrigsten sind die Impfquoten bei 30- bis 39-Jährigen (68,6%) und bei 70- bis 79-Jährigen (69,8%) [5]. Wenngleich damit immer noch fast 30% der Erwachsenen keinen ausreichenden Impfschutz gegen Tetanus aufweisen, so haben sich doch auch die Defizite innerhalb der letzten zehn Jahre verringert. Am deutlichsten ist diese positive Entwicklung bei über 65-Jährigen (Abb. 4.2.2). Der Anstieg der Durchimpfung gegen Tetanus bei 45- bis 79-jährigen Frauen hat den vor zehn Jahren noch festgestellten Geschlechterunterschied zumindest im Durchschnitt ausgeglichen.

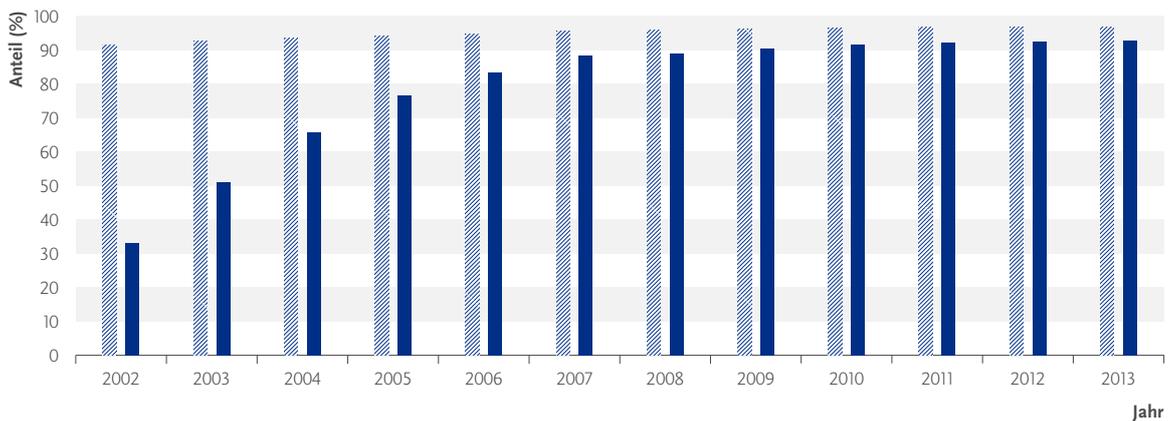
Wie auch bei der Influenza-Impfung zeigen sich Unterschiede in der Akzeptanz der Tetanus-Impfung nach Wohnregionen. So sind die Impfquoten gegen Tetanus in den neuen Ländern inklusive Berlin vergleichsweise höher als in den alten Ländern (Abb. 4.2.3).

Größere Unterschiede zeigen sich auch bei anderen Standardimpfungen, vor allem bei den Impfquoten gegen Keuchhusten (Frauen neue Länder: 22,9%, Frauen alte Länder: 11,8%; Männer neue Länder: 20,3%, Männer alte Länder: 9,4%). Damit bestehen auch mehr als 20 Jahre nach der Wiedervereinigung weiterhin deutliche Unterschiede in der Akzeptanz bei den STIKO-empfohlenen Standardimpfungen zwischen den alten und neuen Ländern [5, 11].

4.2

► **Abbildung 4.2.4**
Zeitliche Entwicklung der
Impfquoten der ersten
und zweiten Masern-
impfung auf Basis
vorgelegter Impfausweise
Datenbasis:
Schuleingangs-
untersuchungen
2002–2013

Mindestens eine
Masernimpfung
Zwei
Masernimpfungen



4.2.3 ENTWICKLUNG DES IMPFSTATUS BEI KINDERN: MASERN

Masern sind eine hochansteckende, viral bedingte Erkrankung mit Ausschlag und Fieber, die zu schweren Komplikationen führen kann. Nach dem 2001 erlassenen Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Masern meldepflichtig [12]. In Deutschland war die Anzahl der gemeldeten Masernfälle im Jahr 2013 eine der höchsten seit der Einführung des IfSG. Höhere Fallzahlen, die vor allem im Rahmen größerer regionaler Ausbrüche auftraten, wurden nur in den Jahren 2001 und 2006 gemeldet [13].

Wirksamster Schutz gegen Masern ist eine zweimalige Impfung. Die erste Impfung empfiehlt die STIKO für Kinder von 11 bis 14 Monaten, die zweite für Kinder von 15 bis 23 Monaten. Masern könnten eliminiert werden, wenn Impfquoten von 95 % für zwei Masernimpfungen bereits im Kindesalter erreicht würden.

Die jährlichen Schuleingangsuntersuchungen erfassen bundesweit den Impfstatus aller vier- bis siebenjährigen Kinder. Auf der Basis des IfSG werden die Daten zum Impfstatus in allen Ländern regelmäßig für die Schulanfänger erhoben und an das Robert Koch-Institut übermittelt. 2013 hatten 96,7 % der einzuschulenden Kinder eine erste Masernimpfung und 92,6 % eine zweite Masernimpfung erhalten. Im Vergleich dazu waren 2002 nur 91,3 % der Einzuschulenden einmal und 33,1 % zweimal gegen Masern geimpft (Abb. 4.2.4) [14].

Die Quoten für zwei Masernimpfungen bei Schulanfängern sind aber erst in den letzten Jahren deutlich

angestiegen. Deshalb muss befürchtet werden, dass besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Immunitätslücken bestehen, zumal die Empfehlung für zwei Masernimpfungen bundesweit erst seit 1991 gegeben wird (siehe Infobox 4.2.1). Aus diesem Grund hätten Nachholimpfungen vorgenommen werden müssen, über die jedoch keine Daten vorliegen.

Den Meldedaten zur Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit von Masern zufolge verschieben sich die Fälle in das Jugend- und junge Erwachsenenalter [16, 17]. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass bestehende Impfdefizite bisher noch nicht ausgeglichen wurden. Diese Annahme wird durch die 2009 bis 2011 erhobenen Impfdaten aus DEGS1 gestützt: Nur 79,8 % der 18- bis 29-Jährigen waren wenigstens einmal gegen Masern geimpft. Besonders niedrig ist die Quote mit 74 % bei Männern in den alten Ländern (Frauen: 80,7 %), während die jungen Frauen und Männer in den neuen Ländern jeweils zu knapp über 90 % gegen Masern geimpft sind.

Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr bilden neben den oben beschriebenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen die zweite Altersgruppe, die besonders durch Maserninfektionen gefährdet ist. Diese Gruppe verzeichnet in Deutschland die höchsten altersspezifischen Erkrankungsraten (Inzidenzen). Bei ihnen treten zudem häufiger schwere, komplikationsbehaftete Verläufe der Masernerkrankung auf.

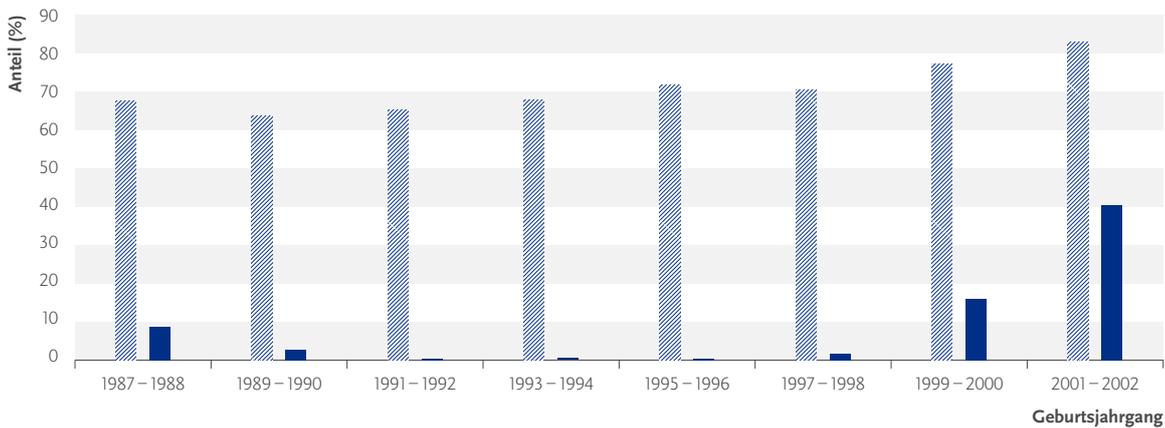
Nach Ergebnissen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basis-

INFOBOX 4.2.1 IMPFEHLEHUNG FÜR DIE MASERN- IMPFUNGEN IM HISTORISCHEN VERLAUF

Die Impfung gegen Masern wurde in der Bundesrepublik seit 1980 zunächst mit einer Dosis eines Kombinationsimpfstoffes (Masern, Mumps, Röteln = MMR) 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 MMR-Impfungen.

Die empfohlenen Alterszeitpunkte haben sich in diesem Zeitraum geändert. Seit 2001 wird die erste Impfung im Alter von 11 bis 14 Monaten empfohlen, die zweite bis zum Ende des zweiten Lebensjahrs. Seit 2010 gilt zusätzlich für nach 1970 geborene junge Erwachsene ab 18 Jahren mit unvollständigem oder unklarem Impfschutz oder mit nur einer Impfung in der Kindheit die STIKO-Empfehlung einer einmaligen MMR-Nachimpfung [15].





◀ **Abbildung 4.2.5**
Entwicklung der Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung zum Ende des zweiten Lebensjahres nach Geburtsjahrgang bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen
Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)

▨ Mindestens eine Masernimpfung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres
■ Zwei Masernimpfungen bis zum Ende des zweiten Lebensjahres

erhebung, 2003–2006) konnte bei fast 40 % der Einjährigen kein schützender Maserntiter (ein ausreichender Anteil masernspezifischer Antikörper im Blut) nachgewiesen werden [18]. Sie waren also bis zum Zeitpunkt der Befragung im zweiten Lebensjahr noch nicht gegen Masern geimpft worden oder hatten nach erst einmaliger Impfung noch keine schützenden Titer entwickelt. Die Daten der KiGGS-Basiserhebung belegen aber auch, dass die Quote der Kinder angestiegen war, die bis zum Ende des zweiten Lebensjahres zweimal gegen Masern geimpft wurden. Auch die Zeitgerechtigkeit der Impfungen hatte deutlich zugenommen (Abb. 4.2.5).

Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen diese positive Entwicklung auch für spätere Geburtsjahrgänge: Der Anteil der bis zum Ende des zweiten Lebensjahres gegen Masern Geimpften ist insgesamt auf über 60 % gestiegen, der Anteil der zeitgerecht geimpften Kinder erhöhte sich damit weiter [19, 20]. Allerdings hat sich der deutliche Anstieg der zeitgerechten Durchimpfung, den die KiGGS-Basiserhebung dokumentiert hatte, ab dem Geburtsjahrgang 2006 nicht weiter fortgesetzt und etwa ein Drittel der Kinder sind nach den jüngsten Daten zum Ende des zweiten Lebensjahres noch nicht mit zwei Impfungen gegen Masern geschützt [19, 20].

Trotz der insgesamt erfreulichen Entwicklung existieren jedoch weiterhin deutliche regionale Unterschiede. Das WHO-Ziel einer Impfquote von mindestens 95 % für die erste Masernimpfung wird zwar inzwischen zumindest bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung fast in allen Ländern erreicht (Ausnahme Baden-Württemberg: 94,8 %), die Impfquote von ebenfalls mindestens 95 % für die zweite Masernimpfung können aber bisher nur Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg vorweisen; in Thüringen und Nordrhein-Westfalen lagen die Impfquoten nur knapp darunter. Die Impfquote für zwei Masernimpfungen waren in Sachsen (87,7 %), Baden-Württemberg (88,8 %) Bayern (90,7 %) und Berlin (90,8 %) am niedrigsten. Dabei ist zu beachten, dass nach sächsischer Impfempfehlung die zweite Impfung erst für Kinder im sechsten Lebensjahr empfohlen wird. Die ausgewiesenen Daten für die zweite zweiten Masern-, Mumps- und Röteln-Impfung werden in Sachsen aus den 2. Klassen verwendet und die niedrigen Impfquoten zeigen daher, dass der fehlende Impfschutz bis zu diesem Zeitpunkt nicht nachgeholt wird [14]. Eine Auswertung aus Bayern auf Landkreis-

ebene für das Schuljahr 2007/2008 zeigte zudem eine erhebliche Spanne der Impfquoten zwischen den Landkreisen (erste Masernimpfung: 79,3 % bis 98,1 %, zweite Masernimpfung: 53,5 % bis 93,1 %) [21].

Ein Vergleich der Impfdaten mit den landesspezifischen Fallzahlen der Masernerkrankungen macht deutlich, wie wichtig hohe Impfquoten für den Weg hin zur Masernelimination sind: 2013 kamen rund 72 % der übermittelten Masernerkrankungen aus Bayern und Berlin [22] – also aus zwei der vier Länder mit den niedrigsten Impfquoten.

Das mögliche Risiko für einen Masernausbruch wird neben der Herdenimmunität von zwei Faktoren bestimmt: Ob besonders viele nicht gegen Masern geschützte Personen in bestimmten Regionen leben und ob diese überdurchschnittlich häufig und eng aufeinandertreffen (zum Beispiel in Kita, Schule und bei Sportveranstaltung). Daher sind neben der regionalen Ungleichverteilung schlecht geimpfte Personengruppen für das Ausbruchsgeschehen in Deutschland bedeutsam [23–26]. Die Daten der KiGGS-Basiserhebung haben gezeigt, dass vor allem Eltern mit einem hohen sozioökonomischen Status Vorbehalte gegenüber Impfungen haben. Defizite bei der Masernimpfung lassen sich auch bei Kindern registrieren, die erst nach der Geburt nach Deutschland zugewandert sind, sowie bei Kindern mit vielen Geschwistern und bei unter Dreijährigen [27].

Die Ursachen für unzureichende Impfaakzeptanz und bestehende Impflücken sind vielfältig und komplex. Wichtige Grundlage für informierte Entscheidungen zugunsten von Impfungen sind das Wissen über den Nutzen und die Notwendigkeit von Impfungen sowie darüber, welche möglichen Nebenwirkungen wie häufig auftreten können. Dabei spielt die Aufklärung durch die behandelnden Ärzte eine herausragende Rolle. Ein Erinnerungssystem könnte dem Vergessen anstehender Impfungen entgegenwirken [27–30].

Die Masernimpfung gehört den KiGGS-Daten zufolge zu den Impfungen, gegen die sich Eltern deutlich häufiger entscheiden als zum Beispiel gegen eine Tetanusimpfung [31]. Um das für 2015 angestrebte Ziel der Masernelimination in der Europäischen Region der WHO zumindest zeitnah zu erreichen, müssen daher bundesweit verstärkte Anstrengungen unternommen werden, damit sich die Impfaakzeptanz und die Zeitgerechtigkeit der Masernimpfungen erhöht.

LITERATUR

1. Ständige Impfkommission (2014) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: August 2014. *Epid Bull* 34:305-340
2. Chen RT (1999) Vaccine risks: Real, perceived and unknown. *Vaccine* 17 (Suppl 3):41-46
3. World Health Organization (2005) WHO position paper. Influenza vaccines. *Wkly Epidemiol Rec* 33:279-287
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
5. Poethko-Müller C, Schmitz R (2013) Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):845-857
6. Holm MV, Blank PR, Szucs TD (2007) Trends in influenza vaccination coverage rates in Germany over five seasons from 2001 to 2006. *BMC Infect Dis* 7:144
7. Böhmer MM, Walter D, Krause G et al. (2011) Determinants of tetanus and seasonal influenza vaccine uptake in adults living in Germany. *Human Vaccines* 7(12):1317-1325
8. Nuscheler R, Roeder K (2011) Impfbereitschaft in Deutschland am Beispiel der Grippe. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2011 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 77-92
9. Wortberg S, Walter D, von dem Knesebeck M et al. (2009) Niedergelassene Ärzte als Multiplikatoren der Influenzaimpfung bei älteren Menschen, chronisch Kranken und medizinischem Personal. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung im Rahmen der nationalen Influenza-Impfkampagne. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 52(10):945-952
10. Ständige Impfkommission (2012) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: Juli 2012. *Epid Bull* 30:283-310
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Impfen. In: 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 169-175
12. Bundesministerium für Justiz (2011) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. www.gesetze-im-internet.de (Stand: 15.04.2015)
13. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013*. RKI, Berlin
14. Robert Koch-Institut (2014) Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen. www.gbe-bund.de (Stand: 15.04.2015)
15. Ständige Impfkommission (2011) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: Juli 2011. *Epid Bull* 30:275-293
16. Aichinger E, Gillesberg-Lassen S, Matysiak-Klose D et al. (2012) Auf dem Weg zur Elimination der Masern in Deutschland. Aktuelle Epidemiologie und Erfahrungen aus Ausbruchsuntersuchungen 2010 / 2011. *Epid Bull* 19:165-172
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013) Wer erkrankt in Deutschland an Masern? Aktuelle Epidemiologie und Impfquoten. *Epid Bull* 48:485-491
18. Poethko-Müller C, Mankertz A (2011) Sero-epidemiology of measles-specific IgG antibodies and predictive factors for low or missing titres in a German population-based cross-sectional study in children and adolescents (KiGGS). *Vaccine* 29(45):7949-7959
19. Rieck T, Feig M, Eckmanns T et al. (2014) Vaccination coverage among children in Germany estimated by analysis of health insurance claims data. *Hum Vaccin Immunother* 10(2):476-484
20. Schulz M, Mangiapane S (2013) Masernimpfungen bei Kindern bis zu einem Alter von zwei Jahren (2008 - 2010). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/43/Bericht_Masernimpfung.pdf (Stand: 15.04.2015)
21. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2012) *Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2007/2008. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Band 3*. LGL, Erlangen
22. Robert Koch-Institut (2013) *SurvStat*. <https://survstat.rki.de/> (Stand: 15.04.2015)
23. Bätzing-Feigenbaum J, Pruckner U, Beyer A et al. (2010) Spotlight on measles 2010: Preliminary report of an ongoing measles outbreak in a subpopulation with low vaccination coverage in Berlin, Germany, January-March 2010. *Euro Surveill* 15(13):19527
24. Roggendorf H, Santibanez S, Mankertz A et al. (2012) Two consecutive measles outbreaks with genotypes D8 and D4 in two mainly unvaccinated communities in Germany. *Med Microbiol Immunol* 201(3):349-355
25. Takla A, Barth A, Siedler A et al. (2012) Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany: Comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. *Epidemiol Infect* 140(9):1589-1598
26. Wadl M, Siedler A, Krämer W et al. (2011) Measles transmission from an anthroposophic community to the general population, Germany 2008. *BMC Public Health* 11:474
27. Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R et al. (2009) Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine* 27(19):2563-2569
28. Reiter S, Poethko-Müller C (2009) Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impfücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 52(11):1037-1044
29. Pott E, Lang P, Gaczkowska A (2011) Impfkampagnen – zielgruppenspezifische Aufklärung der Bevölkerung. In: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg) 2. Nationale Impfkongress Baden-Württemberg (Hrsg) 2. Nationale Impfkongress Baden-Württemberg - Wirklichkeit und Visionen. MfAS, Stuttgart, S. 33-40
30. Meyer C, Reiter S (2004) *Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 47(12):1182-1188
31. Poethko-Müller C, Schlaud M (2009) Gründe gegen Impfungen: Gibt es soziale Unterschiede? Vortrag auf der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). *Gesundheitswesen*:71 - A51

4.3

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

-
- / Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U3 – U9) liegt insgesamt bei über 90%, die Vorsorge im Jugendalter (J1) wird nur von einer Minderheit wahrgenommen.
-
- / Etwa 90% der Schwangeren nehmen während der Schwangerschaft gemäß Empfehlung im Mittel eine Vorsorgeuntersuchung pro Monat war.
-
- / Knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten nimmt innerhalb von zwei Jahren das Angebot eines Gesundheits-Check-up in Anspruch.
-
- / Die gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden von den Anspruchsberechtigten unterschiedlich stark genutzt.
-
- / Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen variiert zum Teil deutlich in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Region.

4.3 FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Früherkennungsuntersuchungen zählen zu den Maßnahmen der Sekundärprävention (Infobox 4.1.1). Durch gezielte medizinische Untersuchungen sollen Entwicklungsstörungen oder Krankheiten früh erkannt werden. Eine Diagnose noch vor dem Auftreten von Beschwerden oder Krankheitssymptomen soll die Prognose der Behandlung günstig beeinflussen. Früherkennungsuntersuchungen dienen auch dazu, gesundheitsrelevante Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und zu verringern.

In Deutschland haben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Kinder und Erwachsene einen gesetzlich verankerten Anspruch auf verschiedene Früherkennungsuntersuchungen. Zu den Angeboten gehören derzeit die Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Schwangeren, die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen und von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus (Check-up) sowie die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Hinzu kommen Maßnahmen zur Zahnprophylaxe (siehe Kapitel 4.4) und Maßnahmen zur Impfung (siehe Kapitel 4.2). Privat Versicherte können Leistungen zur Früherkennung je nach Tarif individuell vereinbaren.

Die gesetzlichen Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen für die genannten Angebote sind im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert [1]: §§ 24 und 24e (Schwangerenvorsorge), § 25 (Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten), § 25a (Organisierte Früherkennungsprogramme), § 26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche).

Die inhaltliche Ausgestaltung der Früherkennungsuntersuchungen ist gemäß § 92 SGB V die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern [2]. Der G-BA erfüllt diese Aufgaben durch den Beschluss von Richtlinien, welche die Zielgruppen der jeweiligen Maßnahme sowie Art und Umfang der Untersuchungen konkretisieren [3] (Tab. 4.3.1). Er entscheidet auch über die Aufnahme neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie z. B. einer neuen Früherkennungsuntersuchung. Diese können erst zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden, wenn der G-BA den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit geprüft und bewertet hat.

Die Richtlinien zur Früherkennung bei Kindern, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen werden entsprechend neuer gesetzlicher Vorgaben vom G-BA zurzeit angepasst. Das betrifft das im Juli 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) [32] und das 2013 verabschiedete Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)) [33] (siehe Abschnitte 4.3.1 und 4.3.2). Die Tabelle 4.3.1 gibt den Stand der gesetzlich verankerten

Früherkennungsuntersuchungen vor der Umsetzung der jüngst in Kraft getretenen Gesetze wider.

Es können nur solche Angebote der Früherkennung zu Lasten der GKV erbracht werden, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. So setzen §§ 25 und 26 SGB V voraus, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können. Zudem müssen sich die Vor- oder Frühstadien dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen sowie die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig erfassen lassen. Außerdem müssen genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln [4].

Als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden überdies einige Früherkennungsuntersuchungen angeboten, die nicht in den Richtlinien des G-BA geregelt sind [5]. Die Kosten für diese Untersuchungen müssen die gesetzlichen Krankenkassen nicht übernehmen.

Aktuelle und ausführliche Informationen zum Thema Früherkennung werden vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereitgestellt (www.gesundheitsinformation.de). Das IQWiG erfüllt damit einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen.

Das vorliegende Kapitel beschreibt die gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen. Es zeigt auf, wie diese auf Bevölkerungsebene genutzt werden und stellt Aktivitäten vor, wie sich die Inanspruchnahme steigern lässt.

4.3.1 FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden können, dienen aktuell zehn Untersuchungstermine bis zum sechsten Lebensjahr. Diese Kinderfrüherkennungsuntersuchungen haben je nach Alter des Kindes unterschiedliche Schwerpunkte (Tab. 4.3.2) [6]. Hinzu kommen Beratungsleistungen für die Eltern, unter anderem, wie sie Unfälle verhüten und Karies vorbeugen können, welche Impfungen empfohlen werden und welche Ernährung für Kinder geeignet ist.

Die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) dient dazu, Erkrankungen früh zu erkennen, welche die weitere körperliche, geistige und soziale Entwicklung gefährden können, sowie psychische und psychosoziale Risikofaktoren rechtzeitig zu diagnostizieren, um Fehlentwicklungen in der Pubertät möglichst zu verhindern. Bei dieser Untersuchung müssen Ärztinnen und Ärzte den Impfstatus erheben und die Jugendlichen gegebenenfalls zur Nachimpfung motivieren [7].

Mit dem am 24. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz sollen die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche künftig bis zum 18. Lebensjahr möglich sein [32]. Zudem soll ein stärkeres Augenmerk auf die Erfassung und Bewertung individueller Belastungen und gesundheitlicher Risikofaktoren gelegt werden. Die darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung soll neben dem Impfschutz bei Bedarf auch ärztliche Empfehlungen zu geeigneten primärpräventiven Maßnahmen umfassen. Der G-BA hat derzeit die Aufgabe, die

ZIEL DER FRÜHERKENNUNG	ART DER UNTERSUCHUNG	ZIELGRUPPE	ALTER	UNTERSUCHUNGSINTERVALL
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (U1–U9)	Mädchen und Jungen	0–6 Jahre	zehn aufeinanderfolgende Untersuchungen, einmalig
Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen	verschiedene Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, welche die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (J1)	Mädchen und Jungen	zwischen 13. und 14. Lebensjahr (± 1 Jahr)	einmalig
Früherkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten	Ärztliche Betreuung und Beratung der Schwangeren in ausreichendem Maße	Frauen	/	/
Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen (Check-up)	Klinische Untersuchung, Laboratoriumsuntersuchungen	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre
Hautkrebsfrüherkennung	Ganzkörperuntersuchung der Haut	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre
Darmkrebsfrüherkennung	chemischer Stuhltest (Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl)	Frauen, Männer	von 50 bis 54 Jahren ab 55 Jahren	jährlich wenn keine Koloskopie, alle zwei Jahre
	Koloskopie (Darmspiegelung)	Frauen, Männer	ab 55 Jahren	zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	Abstrich am Gebärmutterhals	Frauen	ab 20 Jahren	jährlich
Früherkennung von Brustkrebs	Abtasten der Brust	Frauen	ab 30 Jahren	jährlich
	Mammographie im Rahmen des nationalen Mammographie-Screening-Programms	Frauen	50 bis 69 Jahre	alle zwei Jahre
Früherkennung von Prostatakrebs	Abtasten der Prostata (digitale rektale Untersuchung)	Männer	ab 45 Jahren	jährlich

◀ **Tabelle 4.3.1**
Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen
Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss [3]

4.3

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in diesem Sinne weiterzuentwickeln und beispielsweise darüber zu entscheiden, welche Untersuchungen auch im Schul- und Jugendalter sinnvoll und notwendig sind.

Unabhängig von den Regelungen des Präventionsgesetzes hat der G-BA am 18. Juni 2015 nach mehrjähriger Beratungszeit eine Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien beschlossen [8], die aktuell jedoch noch nicht in Kraft sind. Als wesentliche Neuerung werden bei den Früherkennungsuntersuchungen künftig psychosoziale Aspekte stärker berücksichtigt. Tabelle 4.3.2 gibt den Stand vor der Umsetzung der Neustrukturierung wider.

Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich insbesondere dann frühzeitig erkennen, wenn die angebotenen Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) ermittelte eine hohe Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen [9, 10]. Da die U1 und U2 meist in der Geburtsklinik und damit bei fast allen Kindern durchgeführt werden, beziehen sich die folgenden Ergebnisse auf die Untersuchungen U3 bis U9. Aktuell liegt der Anteil der teilnehmenden Kinder bei diesen U-Untersuchungen bei durchschnittlich über 90 % [9].

An allen Früherkennungsuntersuchungen haben 82,2 % der anspruchsberechtigten Kinder teilgenommen (abgesehen von der erst 2008 eingeführten U7a mit einer Teilnahmerate von 65,2 %). Die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes werden besonders häufig wahrgenommen (die Teilnahmeraten liegen zwischen 97,6 % bei der U3 und 96,5 % bei der U6). Bei den Untersuchung bis zum im sechsten Lebensjahr lässt sich eine Abnahme der Inanspruchnahme erkennen (von 95,5 % bei der U7 bis zu 91,0 % bei der U9). Es werden aber immer noch durchschnittlich hohe Werte erreicht.

Für Trendanalysen zur Entwicklung der Inanspruchnahme können die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 1 (2009–2012) verglichen werden. Um die Vergleichbarkeit beider Erhebungswellen zu gewährleisten, wird die U7a nicht berücksichtigt, da sie erst im Mai 2008 eingeführt wurde. Für die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 lässt sich im Zeitverlauf eine signifikante Zunahme der Inanspruchnahme feststellen. Positiv ist dabei besonders die Teilnahmeerhöhung vor allem bei den späteren Untersuchungen (U7 bis U9) [9]. Deutliche Unterschiede gibt es bei der Inanspruchnahme nach Sozialstatus: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen in beiden Erhebungswellen der KiGGS-Studie eine signifikant

► **Tabelle 4.3.2**
Zeitpunkt und
Untersuchungsschwer-
punkte der Kinder- und
Jugenduntersuchungen
Quelle: Gemeinsamer
Bundesausschuss [6]

UNTERSUCHUNG	UNTERSUCHUNGsalter	UNTERSUCHUNGSSCHWERPUNKT
U1	1. Lebenstag	Kontrolle von Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Herzschlag und Reflexen; Screening zur Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und endokriner Störungen; Hörscreening zur Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB
U2	3. – 10. Lebenstag	Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen
U3	4. – 5. Lebenswoche	Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe und der Hüften, Abfrage des Trinkverhaltens
U4	3. – 4. Lebensmonat	Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U5	6. – 7. Lebensmonat	Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U6	10. – 12. Lebensmonat	Kontrolle der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit
U7	21. – 24. Lebensmonat	Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung
U7a	34. – 36. Lebensmonat	Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten
U8	46. – 48. Lebensmonat	Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen im Vorschulalter gezielt behandeln zu können
U9	60. – 64. Lebensmonat	Prüfung der Motorik und Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und zu heilen
J1	Vollendetes 13. – vollendetes 14. Lebensjahr	Anamnese: seelische Entwicklung/Verhaltensstörungen, schulische Entwicklung, gesundheitsgefährdendes Verhalten, Vorliegen chronischer Erkrankungen Klinisch-körperlichen Untersuchungen: Körpermaße, Pubertätsentwicklung, Wachstum, körperliche Entwicklung, arterielle Hypertonie, Erkrankungen der Hals-/ Brust-, Bauchorgane, Auffälligkeiten des Skelettsystems Überprüfung Impfstatus

geringere Inanspruchnahme auf als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus [9, 10]. Allerdings fallen diese Unterschiede in neuerer Zeit geringer aus, da sich insbesondere bei den späteren U-Untersuchungen U7 bis U9 für Familien mit der niedrigen Statusgruppe eine deutlich gestiegene Teilnahme messen lässt [9]. Im Vergleich der beiden Erhebungswellen zeigt sich auch, dass die vormals bestehenden Stadt-Land-Unterschiede in der Inanspruchnahme nicht mehr bestehen; die Inanspruchnahme war in der KiGGS-Basiserhebung in den ländlichen Regionen höher gewesen [9]. Während die KiGGS-Basiserhebung noch eine höhere Inanspruchnahme fast aller U-Untersuchungen bei den Kindern in den alten Ländern zeigte, weisen die aktuellen Teilnehmeraten geringere Unterschiede zwischen den alten und neuen Ländern auf [9, 10].

Zu dem signifikanten Anstieg der Teilnehmeraten haben verschiedene Initiativen und Maßnahmen beigetragen: Ende 2008 wurde eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen eingeführt, gemeinsam mit den Ländern auf eine Inanspruchnahme der Untersuchungen hinzuwirken (Änderung des § 26 SGB V). In den Jahren 2007 bis 2010 wurden in den meisten Ländern Einladungs-, Erinnerungs- bzw. Rückmeldesysteme eingeführt [11]. Ergänzend dazu wurden die Eltern verstärkt über die Untersuchungen informiert. So wurde von 2004 bis 2010 die Informationskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) »Ich geh' zur U! Und Du?« in Kooperation mit lokalen Partnern wie Kindertagesstätten, Gesundheits- und Jugendämtern bundesweit erfolgreich durchgeführt [12].

Wie häufig die Jugendgesundheitsuntersuchung in Anspruch genommen wird, belegen die Abrechnungsdaten der ambulanten Versorgung. Diese zeigen, dass hier die Teilnehmerate mit 43,4 % deutlich niedriger ist

als bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen [13]. Bei der J1 sind die Unterschiede zwischen den alten (44,1 %) und den neuen Ländern (39,4 %) eher schwach ausgeprägt. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zeigen sich zudem deutlichere Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen ländlichen und städtischen Regionen: Jugendliche im ländlichen Raum beteiligen sich seltener an einer J1-Untersuchung als Jugendliche aus städtischen Regionen. Aussagen zum möglichen Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Inanspruchnahme werden in diesen Auswertungen nicht getroffen.

In einigen Ländern wurde, ähnlich wie bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, ein Einladungsverfahren für Jugendliche eingeführt. Dies wird auch als Ursache für die ausgeprägten regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme gesehen.

Daneben werben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen seit 2012 mit der Kampagne »Your Next Top Check-Up J1« um eine höhere Aufmerksamkeit bei den anspruchsberechtigten Jugendlichen [14].

4.3.2 FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN BEI ERWACHSENEN

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN VON KRANKHEITEN BEI SCHWANGEREN

Ziel von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen ist es, Risikoschwangerschaften frühzeitig zu erkennen und, wenn nötig, dem jeweiligen Risiko entsprechend medizinisch zu begleiten. Als Schwangerschaftsrisiken gelten zum Beispiel ein Alter der Mutter von mindestens 35 Jahren, Zustand nach einer Frühgeburt oder vorzeitige Wehentätigkeit. Wie häufig Untersuchungen im Rah-

men der Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen werden, hängt von vielen Faktoren ab. Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Als regelhaft gelten zehn bis zwölf Untersuchungstermine, als mangelhaft weniger als fünf. Eine komplikationslose Schwangerschaft mit mehr als zwölf Untersuchungen gilt als Überversorgung [15].

Daten zur Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen stammen aus der externen Qualitätssicherung im Bereich der Geburtshilfe. Die Zahlen belegen insgesamt eine hohe Akzeptanz [15]. Im Jahr 2013 nahmen von 658.735 Schwangeren 89,5% monatlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Die Auswertungen belegen, dass 1,7% der beteiligten Frauen während der Schwangerschaft weniger als fünf und 42,8% mehr als zwölf Untersuchungen hatten. Der Mittelwert lag bei 11,5 Untersuchungen. Die Erstuntersuchung geschah in den meisten Fällen (84,6%) vor der 13. Schwangerschaftswoche, nur bei 4,6% nach der 16. Schwangerschaftswoche. Fast alle Frauen ließen mindestens eine Ultraschalluntersuchung vornehmen; bei der Mehrzahl der Frauen (61,9%) waren es insgesamt drei bis fünf.

Mögliche Schwangerschaftsrisiken werden anhand eines Schlüssels mit 56 Positionen im Mutterpass dokumentiert. Nur bei jeder vierten Frau (23,7%) verlief die Schwangerschaft nach diesem Katalog ohne Risiken. Bei den Schwangeren mit Risiken lagen bei 26,8% besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf vor und bei 70,0% Risiken aus der Anamnese. Am häufigsten waren bei den anamnestischen Risiken mit 23,2% »familiäre Belastung« (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) und mit 16,0% »Schwangere über 35 Jahre«. Zu den als Risiko definierten besonderen Befunden im Schwangerschaftsverlauf gehört auch Abusus, der mit 3,4% eher selten ist.

Anhand der Basisauswertung können keine Aussagen zu Defiziten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft getroffen werden. Studien belegen aber, dass zum Beispiel Schwangere mit sozialer Belastung, sehr junge ledige Frauen oder Frauen mit Migrationshintergrund mit diesem Angebot nicht so gut erreicht werden [16, 17].

Der Einsatz von Familienhebammen als aufsuchende, niedrigschwellige Unterstützung aus dem Gesundheitsbereich kann dabei helfen, Schwangere oder Familien in schwierigen sozialen oder psychosozialen Lebenssituationen zu unterstützen (»Frühe Hilfen«) (siehe Kapitel 4.7). Familienhebammen können schwangere Frauen und junge Mütter oder Eltern wenn nötig bis zum Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes begleiten und so auch die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge sowie der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen begünstigen.

GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG (CHECK-UP)

Die derzeit praktizierte Gesundheitsuntersuchung dient der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und des Diabetes mellitus sowie der jeweils relevanten Risikofaktoren. Dadurch sollen

notwendige Behandlungen frühzeitig eingeleitet werden. Der Check-up soll außerdem die Betroffenen motivieren, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu ändern [18]. Mit dem am 24. Juli 2015 in weiten Teilen in Kraft getretenen Präventionsgesetz wird der bisherige Check-up stärker als bisher auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und ärztliche Empfehlung geeigneter primärpräventiver Maßnahmen ausgerichtet [32]. Es ist nun die Aufgabe des G-BA, den bisher praktizierten Check-up entsprechend weiterzuentwickeln bzw. an die neuen Vorgaben anzupassen.

2013 betrug die Teilnehmeraten am Check-up – bezogen auf alle Anspruchsberechtigten in der GKV – bei den Frauen 24,6% und bei den Männern 23,0% [19]. Da diese Untersuchung im zweijährigen Intervall angeboten wird, sind die Teilnehmeraten höher, wenn die Vorjahresteilnahme (2012–2013) mit einfließt: bei Frauen 48,5% und bei Männern 45,4%. Im Altersverlauf zeigt sich, dass vor allem jüngere Erwachsene diese Untersuchung (noch) nicht nutzen (Tab. 4.3.3). Insgesamt sind in den letzten Jahren steigende Teilnehmeraten zu verzeichnen. Dennoch nimmt nur knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten dieses Angebot im vorgesehenen Untersuchungsintervall in Anspruch.

Mit den Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts kann untersucht werden, ob weitere Faktoren die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung beeinflussen. So zeigen die Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), dass ein niedriger Sozialstatus bei Frauen und Männern mit einer geringeren Teilnahme am Check-up verbunden ist [20]. Auch gibt es Hinweise darauf, dass gesundheitsbewusstes Verhalten (sportliche Aktivität, Nichtrauchen, Obst- und Gemüsekonsum) mit einer höheren Teilnahme einhergeht [21].

Die geringere Beteiligung von Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Sozialstatus an Früherkennungsangeboten einerseits und das größere Krankheitsrisiko in diesen Bevölkerungsgruppen andererseits legt es nahe, Maßnahmen zu fördern, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit verringern. Hierzu kann die Umsetzung des Präventionsgesetzes einen wichtigen Beitrag leisten.

KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) sollen dazu dienen, Krebserkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken, wirksame Therapien frühzeitig einzuleiten und letztlich die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Allerdings kann keine Früherkennungsuntersuchung zuverlässig alle Erkrankten als krank und alle Gesunden als gesund identifizieren. So können irrtümlich Gesunde als krank (falsch-positiv) und Kranke irrtümlich als gesund (falsch-negativ) identifiziert werden. Daraus ergeben sich möglich Nachteile, wie die weitere diagnostische Abklärung des Befundes, die mit unnötigen Belastungen für die Betroffenen verbunden sein kann.

Die möglichen Vorteile einer Früherkennungsuntersuchung (v. a. Senkung der Sterblichkeit an der betreffenden Erkrankung, schonendere Behandlung und bessere Prognose aufgrund der frühzeitigen Entdeckung) müssen mit den möglichen Nachteilen und Risiken

abgewogen werden (falsch-positive und falsch-negative Testergebnisse; Komplikationen der diagnostischen Maßnahmen; Überdiagnostik und Übertherapie). Daher ist es wichtig, vor der persönlichen Entscheidung über eine Teilnahme an einer Untersuchung die Vor- und Nachteile zu kennen und abzuwägen.

Die einzelnen gesetzlich verankerten KFU richten sich an definierte alters- und geschlechtsspezifische Zielgruppen, [22] (Tab. 4.3.1). Die Inanspruchnahme lässt sich nur darstellen, wenn verschiedene Datenquellen herangezogen werden.

Hautkrebs- und Darmkrebsfrüherkennung gehören zu den Untersuchungen, die Frauen und Männern angeboten werden. 2013 nutzten 18,0% der anspruchsberechtigten Frauen und 15,6% der Männer eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Tab. 4.3.3) [23]. Einen chemischen Stuhlbluttest haben im Untersuchungszeitraum von 2012 bis 2013 28,1% der Frauen und 20,7% der Männer durchgeführt (Tab. 4.3.3). Im Zeitraum 2003–2013 haben 19,6% der anspruchsberechtigten Frauen und 19,9% der Männer eine Früherkennungskoloskopie in Anspruch genommen (Tab. 4.3.3) [24].

Bei diesen Teilnehmeraten handelt es sich um Schätzungen auf Basis von Abrechnungsdaten der ambulanten Versorgung, die für unterschiedliche Altersgruppen ausgewiesen werden.

Es fällt auf, dass bei den genannten Untersuchungen kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Geschlechtern bestehen. Die Ausnahme bildet der Test auf verborgenes Blut im Stuhl, den deutlich mehr Frauen nutzen. Der Unterschied kann zum Teil darauf zurückgehen, dass Frauen der Test auch im Rahmen der jährlichen gynäkologischen Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs angeboten werden kann [25]. Außerdem kann die allgemein höhere Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung von Frauen eine Rolle spielen [26]. Insgesamt fallen deutliche Unterschiede nach Altersgruppen auf (Tab. 4.3.3). Im Zeitverlauf seit 2008 ist keine nennenswerte Teilnehmersteigerung an den Haut- und Darmkrebsfrüherkennungen zu verzeichnen [23, 24].

Als Richtwert für die Inanspruchnahme der Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau können die Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung herangezogen werden [23]. Gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie gehören für Frauen ab 20 Jahren folgende klinische Untersuchungen dazu: eine gezielte Anamnese, der Pap-Test, die bimanuelle gynäkologische Untersuchung, die Befundmitteilung (auch zur Zytologie) mit anschließender Beratung und die Inspektion der genitalen Hautregion. Für Frauen ab 30 Jahren kommen das Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten und die Inspektion der entsprechenden Hautregion dazu. Im Jahr 2013 nahmen 48,3% aller anspruchsberechtigten Frauen ab 20 Jahren diese Untersuchungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme ist im Alter zwischen 25 und 45 Jahren mit 60% bis 69% relativ hoch, sinkt aber mit zunehmendem Alter ab [23].

Zu den Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs gehören bei Frauen ab dem Alter von 30

Jahren das jährliche Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des RKI wurde die Teilnehmerate an dieser Untersuchung im letzten Jahr vor der Befragung ermittelt: Demnach haben sie 62,1% der anspruchsberechtigten Frauen in Anspruch genommen [27]. Am häufigsten nutzten Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren das Angebot, am geringsten Frauen ab 70 Jahren. Daten zur zeitlichen Entwicklung liegen für Deutschland nicht vor.

Gesetzlich und privat versicherte Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre zum Mammographie-Screening eingeladen, einem standardisierten Screening-Programm mit umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das Mammographie-Screening-Programm ist seit 2009 flächendeckend in Deutschland etabliert; die Teilnehmerate lag – bezogen auf alle eingeladenen Frauen – in den ersten Jahren (2005 bis 2008) bei 49,2% und 2011 bei 55,9% [28].

Männern wird eine jährliche Tastuntersuchung der Prostata ab 45 Jahren angeboten. Nach den Daten von DEGS1 gaben 38,9% der Männer an, eine Untersuchung der Prostata im letzten Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen zu haben [27]. Die Teilnehmerate steigt mit dem Alter und erreicht bei den 70- bis 79-Jährigen 55,5%. 2007 berichteten im Bertelsmann Gesundheitsmonitor etwas mehr als ein Drittel der befragten Männer, eine Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchung innerhalb von zwei Jahren [29] wahrgenommen zu haben. Inwieweit sich die Akzeptanz der Prostatakrebsfrüherkennung im Verlauf der letzten Jahre verändert hat, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht sicher beurteilen. Als Richtwert für die aktuelle Inanspruchnahme können aber auch hier die Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung herangezogen werden [23]. Diese weisen die Inanspruchnahme der Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie aus [22]. Dazu gehören für Männer ab 45 Jahren folgende klinische Untersuchungen: eine gezielte Anamnese, die Inspektion und Palpation des äußeren Genitales einschließlich der entsprechenden Hautareale, das Abtasten der Prostata vom After aus, Palpation regionärer Lymphknoten und Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung. Im Jahr 2013 haben 24,3% der anspruchsberechtigten Männer ab 45 Jahren diese Untersuchungen in Anspruch genommen. Es lässt sich eine Zunahme mit dem Alter bis 69 Jahre erkennen (12,6% bei den 45- bis 49-Jährigen und 40,1% bei den 65- bis 69-Jährigen) [23].

Neben den bereits genannten Einflüssen von Geschlecht und Alter sind bei fast allen KFU Unterschiede in der Inanspruchnahme nach sozioökonomischem Status sichtbar [27]. Frauen aus höheren sozialen Statusgruppen nehmen, mit Ausnahme der Mammographie, KFU häufiger in Anspruch als Frauen mit niedrigem Sozialstatus. Bei Männern sind diese Statusunterschiede auch sichtbar, allerdings nicht so deutlich ausgeprägt. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA 2010) wurden Gründe für eine Nichtteilnahme an der Hautkrebsfrüherkennung und der Früherkennungskoloskopie erfragt. Im Ergebnis konnte ein Bedarf

FRAUEN ALTERSGRUPPE	CHECK-UP	HAUTKREBS- FRÜHERKENNUNG	CHEMISCHER STUHLBLUTTEST	KOLOSKOPIE
	2012–2013 ¹	2013	2012–2013 ¹	2003–2013
35–39 Jahre	35,7	16,6		
40–44 Jahre	51,1	20,4		
45–49 Jahre	46,6	18,2		
50–54 Jahre	45,1	17,2	45,7 ²	
55–59 Jahre	49,8	18,0	37,1	11,3
60–64 Jahre	49,5	18,9	28,6	24,0
65–69 Jahre	63,7	21,3	31,8	30,5
70–74 Jahre	60,5	21,7	25,8	29,0
75–79 Jahre	45,0	16,1	17,3	20,5
80 Jahre und älter	42,2	13,2	8,7	8,2
Gesamt	48,5	18,0	28,1	19,6

◀ **Tabelle 4.3.3**
Teilnahme an
gesetzlich verankerten
Früherkennungsuntersu-
chungen (in Prozent der
anspruchsberechtigten
Altersgruppe)
Quelle: Zentralinstitut
für die kassenärztliche
Versorgung [19, 23, 24]

MÄNNER ALTERSGRUPPE	CHECK-UP	HAUTKREBS- FRÜHERKENNUNG	CHEMISCHER STUHLBLUTTEST	KOLOSKOPIE
	2012–2013 ¹	2013	2012–2013 ¹	2003–2013
35–39 Jahre	28,4	11,2		
40–44 Jahre	43,1	14,4		
45–49 Jahre	41,7	14,0		
50–54 Jahre	41,1	13,7	13,4 ²	
55–59 Jahre	45,9	14,9	18,3	9,9
60–64 Jahre	47,8	16,6	20,7	21,3
65–69 Jahre	63,1	20,0	28,5	27,6
70–74 Jahre	60,5	21,9	27,5	28,0
75–79 Jahre	45,4	17,1	22,6	22,1
80 Jahre und älter	43,9	15,3	17,7	12,3
Gesamt	45,4	15,6	20,7	19,9

¹ Zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme)

² Altersgruppe 50 bis unter 54 Jahre: nur jährliches Intervall

an verbesserten Informationen für die Anspruchsberechtigten festgestellt werden [30].

Die Weiterentwicklung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen hat gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert. Am 9. April 2013 trat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)) in Kraft. Ausgangspunkt für die Gesetzesinitiative war der Nationale Krebsplan, den das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2008 gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert hat [31].

Im Gesetz ist festgelegt, dass die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß SGB V, für die Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden sollen. In Deutschland wird bereits das organisierte Mammographie-Screening zur Früherkennung

von Brustkrebs angeboten. Mit dem KFRG wurde der G-BA nun verpflichtet, die bestehende Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs sowie für Darmkrebs bis Ende April 2016 in organisierte Screening-Programme mit einem Einladungs- und Informationswesen sowie Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle zu überführen. Der G-BA hat auch die Möglichkeit einer befristeten Erprobung von Elementen eines organisierten Programms. Die dreijährige Umsetzungsfrist kann sich in diesem Fall längstens um fünf Jahre verlängern. Derzeit berät der G-BA intensiv die fachliche und konzeptionelle Ausgestaltung der beiden künftigen Screening-Programme für Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs.

4.3.3 FAZIT UND HANDLUNGSBEDARF

In Deutschland vollzieht sich durch die demografische Entwicklung ein Wandel im Krankheitsspektrum mit einer Zunahme der chronischen und degenerativen Erkrankungen. Vielen dieser Erkrankungen kann präventiv begegnet werden: Eine Möglichkeit ist hierbei die Früh-

erkennung. Es gibt in Deutschland vielfältige Angebote für Maßnahmen der Früherkennung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Das Potenzial dieser Angebote besteht vor allem darin, dass sie allen GKV-Versicherten ab einem bestimmten Alter zur Verfügung stehen. Mit den jeweiligen Untersuchungen lassen sich gesundheitsrelevante Risikofaktoren, medizinische Auffälligkeiten oder Erkrankungen im Frühstadium feststellen. Dadurch wird es möglich auf Verhaltensweisen Einfluss zu nehmen oder im Fall von Auffälligkeiten oder Erkrankungen diese frühzeitig und optimal zu behandeln.

Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme legen jedoch Unterschiede offen. So unterscheiden sich Frauen und Männer, verschiedene Altersgruppen und Menschen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status hinsichtlich der der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Bestimmte Gruppen werden demnach durch diese Angebote nicht oder nicht in vollem Umfang erreicht.

Die Gesundheitspolitik hat diese Entwicklung erkannt und darauf reagiert. Mit der Einführung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes wurden sowohl die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung als auch der flächendeckenden Ausbau von klinischen Krebsregistern geregelt. Damit sollen mehr Menschen durch die Angebote der Krebsfrüherkennung erreicht und die informierte Inanspruchnahme gesteigert werden. Durch das Gesetz sollen außerdem die Qualitätssicherung und die Erfolgskontrolle organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme sichergestellt und die onkologische Versorgung verbessert werden.

Auch das Präventionsgesetz sieht vor, die bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene präventionsorientiert weiterzuentwickeln und so den aktuellen Entwicklungen im Krankheitsgeschehen anzupassen. Im Gesetz ist zudem explizit das Ziel formuliert, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Damit sind wichtige Weichen für die Erhöhung des gesellschaftlichen Stellenwertes von Prävention und Gesundheitsförderung gestellt worden, die nun umzusetzen sind.

LITERATUR

1. Sozialgesetzbuch (2015) Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 15.04.2015)
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) Aufgabe, Arbeitsweise, Finanzierung. www.g-ba.de/institution/aufgabe/aufgabe/ (Stand: 18.08.2015)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ (Stand: 16.06.2015)
4. Sozialgesetzbuch (2013) Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung. Zweites Kapitel Versicherter Personenkreis. Vierter Abschnitt Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten. § 25 Gesundheitsuntersuchungen. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___25.html (Stand: 15.04.2015)
5. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2013) IGeL-Monitor. Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand. www.igel-monitor.de (Stand: 15.04.2015)
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Kinder-Richtlinien. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/ (Stand: 15.04.2015)

7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/14/ (Stand: 15.04.2015)
8. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen. Pressemitteilung Nr. 16 / 2015 vom 18. Juni 2015. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/1580/ (Stand: 18.08.2015)
9. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(7):878-891
10. 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
11. Thaiss H, Klein R, Schumann EC et al. (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 53(10):1029-1047
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) »Ich geh' zur U! Und Du?« - die erfolgreiche Aktion der BZgA. www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/praxis-wissen/u-untersuchungen/bzga-u-aktion/ (Stand: 15.04.2015)
13. Riens B, Mangiapane S (2013) Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 - Eine retrospektive Kohortenstudie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/42/J1_Bericht_Final_20130426.pdf (Stand: 15.04.2015)
14. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Your Next Top Check-Up J1. www.kbv.de/html/5527.php (Stand: 20.01.2015)
15. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2014) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013. 16/1 Geburtshilfe - Basisauswertung. AQUA-Institut GmbH, Göttingen
16. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkgenks M et al. (2003) Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - Ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 63(6):538-545
17. Simoes E, Kunz SK, Schmahl FW (2009) Inanspruchnahmegradienten in der Schwangerenvorsorge fordern zur Weiterentwicklung des Präventionskonzepts auf. *Gesundheitswesen* 71(7):385-390
18. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/ (Stand: 15.04.2015)
19. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2015) Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. www.gbe-bund.de (Stand: 18.08.2015)
20. Hoebel J, Richter M, Lampert T (2013) Sozialer Status und Teilnahme am Gesundheits-Check-up von Männern und Frauen in Deutschland. *Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. Dtsch Arztebl Int* 110(41):679-685
21. Hoebel J, Starker A, Jordan S et al. (2014) Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health* 14:913
22. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Krebsfrüherkennungs-Richtlinie. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/ (Stand: 15.04.2015)
23. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2015) Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. www.gbe-bund.de (Stand: 16.06.2015)
24. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2015) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkal-ökulter Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. www.gbe-bund.de (Stand: 16.06.2015)
25. Riens B, Schäfer M, Altenhofen L (2011) Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen

Vergleich. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID11bis13_Dok1_Bericht.pdf (Stand: 15.04.2015)

26. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):832-844
27. Starker A, Sass AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):858-867
28. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2014) Evaluationsbericht 2011. Zusammenfassung der Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin
29. Koch K, Scheibler F (2007) Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung. Informiert und doch getäuscht? In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2007 - Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 178–200
30. Starker A, Bertz J, Sass AC (2012) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« - Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 27-38
31. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
32. Präventionsgesetz – PräVG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379
33. Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG (2013) Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 16 vom 8.4.2013. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 617-623

ZAHNPROPHYLAXE

-
- / *Fluoridversorgung, effektive Mundhygiene, regelmäßige Kontrolle und gesunde Ernährung sind die Säulen zahnmedizinischer Prävention.*
-
- / *Zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen werden in Deutschland als Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe durchgeführt.*
-
- / *Etwa drei Viertel der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland haben ein gutes Mundpflegeverhalten und nehmen regelmäßig zahnärztliche Kontrolluntersuchungen in Anspruch.*
-
- / *Risikogruppen der Mundgesundheit sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung.*
-
- / *Während die Karies insgesamt zurückgeht, stagniert ihre Verbreitung im Vorschulalter auf hohem Niveau und bleibt damit eine Herausforderung.*

INFOBOX 4.4.1

SÄULEN DER ZAHNMEDIZINISCHEN PRÄVENTION

Mundhygiene: Häusliche Zahnpflege (Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta, Reinigung der Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürstchen) und regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen sowie eine professionelle Zahnreinigung bei Bedarf dienen der mechanischen Entfernung von bakteriellen Zahnbelägen (Plaque).

Anwendung von Fluoriden: Tägliches Zähneputzen mit einer fluoridierten Zahnpasta und die Verwendung von

fluoridiertem Speisesalz tragen zu einer fluoridbedingten Zahnschmelzhärtung bei (wirksamer Schutz gegen bakterielle Säureangriffe). Bei einem erhöhten Kariesrisiko kann eine zusätzliche Fluoranwendung durch Zahnlacke, Zahngelée oder Tabletten erfolgen.

Gesunde Ernährung: Empfohlen wird eine kauaktive Ernährung durch naturbelassene und ballaststoffreiche Nahrungsmittel zur Stimulierung des Speichelflusses. Der vermehrte Speichel verbessert die Selbstreinigung des Gebisses und verstärkt die Reparaturmechanismen an den Zähnen. Die Zuckerzufuhr sollte reduziert werden.



4.4

ZAHNPROPHYLAXE

Karies und entzündliche Krankheiten des Zahnhalteapparates zählen zu den häufigsten oralen Krankheiten, deren Nichtbehandlung zum Zahnverlust führen kann (siehe Kapitel 2.9) [1]. Ihre starke Verbreitung lässt sich zum einen auf eine ungesunde Lebensweise zurückführen, vor allem auf einen hohen Zucker- und Tabakkonsum [2]. Zum anderen spielt das Mundgesundheitsverhalten eine Rolle. Bereits durch den Einsatz relativ einfacher Maßnahmen können sehr gute Präventionserfolge erzielt werden. Eine ausreichende Versorgung mit Fluoriden, effektive Mundhygiene, regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und gesunde Ernährung sind die Säulen zahnmedizinischer Prävention (siehe Infobox 4.4.1) [3]. Ihr Ziel ist der Erhalt gesunder Zähne [1]. Die Mundgesundheit hat durch ihre Wechselwirkung mit dem Gesamtorganismus außerdem einen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität. Eine vollständige Verhinderung oraler Krankheiten kann durch präventive Maßnahmen allerdings nicht erreicht werden [4].

4.4.1

INTERVENTIONSEBENEN

Zahnmedizinische Prävention ist in Deutschland auf verschiedenen Interventionsebenen als Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe organisiert [5] und gesetzlich im Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V) verankert.

Bei der Bevölkerungsprophylaxe stehen staatlich-institutionelle Maßnahmen im Vordergrund, wie z. B. die Genehmigung der Fluoridierung von Speisesalz [1]. Maßnahmen der Bevölkerungsprophylaxe sind weitgehend verhaltensunabhängig und verhüten bei großen Teilen der Bevölkerung die Karieserkrankungen [6, 7]. In Deutschland ist seit 1992 die Herstellung von Jodsalz mit Fluorid in Haushaltspackungen erlaubt [8]. Die kariesprophylaktische Wirksamkeit der Speisesalzfluoridierung ist belegt und wird als eine Fluoridierungsmaßnahmen empfohlen [9]. Der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz lag im Jahr 2007 bei etwa 70% und weist damit

auf eine große Akzeptanz in der Bevölkerung hin [10]. Insgesamt schätzen Fachleute die Speisesalz-Fluoridierung als eine sehr kostengünstige Möglichkeit ein, die Kariesprävalenz weiter zu verringern. Der Effekt ist jedoch schwer zu quantifizieren, da es noch andere präventive Maßnahmen zur Reduktion der Kariesprävalenz gibt.

Die Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Mundgesundheit und zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter bis 12 Jahren. Nach § 21 SGB V haben dafür die Krankenkassen in Kooperation mit den Zahnärzten und den zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege in den Ländern Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen sollen flächendeckend angeboten und vorrangig in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, findet die Gruppenprophylaxe bis zum Alter von 16 statt. Die Maßnahmen erstrecken sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundgesundheitshygiene.

Durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe wurden nach Angaben der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) in den Jahren 2012/13 in Kindergärten 1,9 Millionen Kinder (78,9% aller Kinder in Kindergärten) und in Grundschulen 2,2 Millionen Kinder (78,7% aller Kinder in Grundschulen) erreicht. In den weiterführenden Klassen 5 und 6 waren es 482.611 (32,8% aller Kinder in weiterführenden Schulen der Klassen 5 und 6), in den Klassen 7 bis 10 insgesamt 118.245 (4,2% aller Kinder in weiterführenden Schulen der Klassen 7 bis 10) und in den Förderschulen 188.755 Kinder (58,6% aller Kinder in Förderschulen) [11]. Die von der DAJ erhobenen Daten zeigen zwar, dass längst noch nicht alle Kinder durch die Gruppenprophylaxe erreicht werden, ihr Anteil in letzten Jahren aber ansteigt [11, 12].

Seit 1999 besteht für Kinder bis zum sechsten Lebensjahr der gesetzlich verankerte Anspruch auf drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (§ 26 Abs. 1 SGB V),

4.4

wobei diese Untersuchungen aber erst ab dem dritten Lebensjahr eines Kindes vorgenommen werden. In dem im Juli 2015 beschlossenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) wurde nun festgelegt, dass es zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder zur Vermeidung der frühkindlichen Karies geben soll [34]. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist danach verpflichtet entsprechende Regelungen in die Früherkennungs-Richtlinie aufzunehmen. Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird zunächst die Mundhöhle untersucht und das Kariesrisiko abgeschätzt. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt informieren über richtige Ernährung und gezielte Mundhygiene, hinzukommen Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung und Keimzahl-senkung. Diese Früherkennungsuntersuchungen wurden nach Schätzungen der BARMER GEK im Jahr 2012 nur von 32,2 % nur der Kinder in Anspruch genommen [13].

Darüber hinaus haben 6- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche zweimal jährlich Anspruch auf eine individuelle Kariesprophylaxe in einer Zahnarztpraxis (§ 22 Abs. 1 SGB V), die der präventiven Betreuung und Diagnostik dient. Im Jahr 2012 haben nach Angaben der BARMER GEK 67,6 % der 6- bis 18-jährigen Versicherten diese Individualprophylaxe genutzt [13].

Für eine Einschätzung der zahnmedizinischen Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche müssen die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen und die Maßnahmen der Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche zusammen betrachtet werden. Doch auch dann besteht sowohl bei der Ausgestaltung des Angebots als auch bei seiner Inanspruchnahme noch deutliches Steigerungspotenzial.

Allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht unabhängig von ihrem Alter jedes Halbjahr eine eingehende zahnärztliche Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie einmal im Jahr das Entfernen harter Zahnbeläge (Zahnsteinentfernung) zu. Diese wichtige Prophylaxeleistung wird aber noch relativ selten in Anspruch genommen: Nach Schätzungen der BARMER GEK haben im Jahr 2012 nur 48,3 % der Erwachsenen mindestens einmal Zahnstein entfernen lassen [13]. Gerade mit Blick auf die weite Verbreitung von Parodontitis in der Bevölkerung besteht hier Nachholbedarf (siehe Kapitel 2.9).

Zusätzlich bieten viele Zahnärzte die professionelle Zahnreinigung (PZR) an. Üblich sind hierfür jährliche bzw. halbjährliche Termine. Die PZR ist keine Leistung

der gesetzlichen Krankenversicherung und ist deshalb kostenpflichtig. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDK) sieht keine ausreichenden Belege dafür, dass die PZR die Zahngesundheit positiv beeinflusst. Zahnmedizinische Fachgesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde empfehlen hingegen die PZR.

4.4.2 MUNDPFLEGEVERHALTEN

Die Befunde epidemiologischer Studien zeigen, dass die bisherigen gesetzlichen Regelungen eine effiziente Grundlage für eine erfolgversprechende zahnmedizinische Prävention sind [14–17]. In Deutschland hat sich die Mundgesundheit in den letzten Jahren deutlich verbessert. Laut den Ergebnissen der aktuellen vierten Mundgesundheitsstudie (DMS IV, siehe auch Infobox 2.9.1) haben drei Viertel der Deutschen ein gutes Mundpflegeverhalten und nehmen regelmäßig zahnärztliche Kontrolluntersuchungen in Anspruch: 74,2 % der Kinder, 73,4 % der Jugendlichen, 72,8 % der jüngeren Erwachsenen (35–44 Jahre) und 60,6 % der älteren Menschen (65–74 Jahre) geben an, sich zweimal täglich die Zähne zu putzen; mehr als zwei Drittel der Befragten vertritt dabei die Meinung, dass man viel für die eigene Mundgesundheit tun könne. Zahnärztliche Kontrolluntersuchung nehmen 76,0 % der Kinder, 66,2 % der Jugendlichen, 76,1 % der 35- bis 44-Jährigen und 72,2 % der 65- bis 74-Jährigen in Anspruch [14].

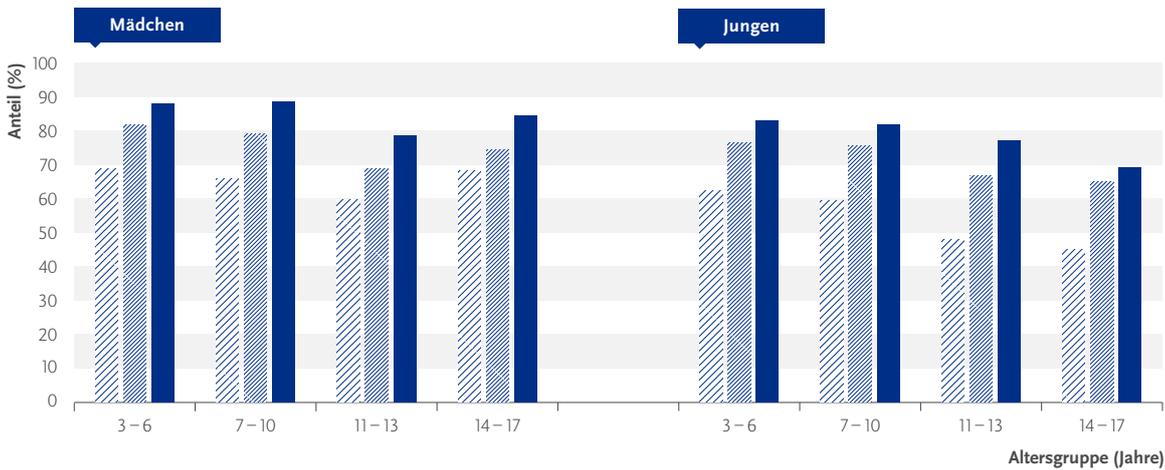
Bei Erwachsenen spiegelt sich dies in einem Kariesrückgang und längeren Erhalt der eigenen Zähne bis ins hohe Lebensalter wider [2, 14]. Besonders deutlich ist der Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen (Tab. 4.4.1) [14, 18]. Bei ihnen ist diese positive Entwicklung vor allem auf die breite Anwendung mit Fluoriden und der vermehrten Versiegelung der Zahnfurchen auf den Kauflächen der Backenzähne (Fissurenversiegelungen) beim Zahnarzt zurückzuführen. Dagegen stagniert bei Kindern im Vorschulalter die Verbreitung der Karies auf hohem Niveau (siehe Kapitel 2.9) [19].

Beim Thema Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung zeichnen sich nach wie vor Risikogruppen ab. Hierzu gehören z. B. pflegebedürftige Personen [20, 21] und Menschen mit Behinderung [22, 23]. Außerdem weisen die Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus zum Teil sehr deutliche Defizite in der Mundgesundheit und zahnärztlichen Versorgung haben (Abb. 4.4.1 und 4.4.2).

► **Tabelle 4.4.1**
Mittlere dmft-Werte¹ bei 12- und 15-Jährigen 2004 und 2009
Datenbasis: Epidemiologischen Begleituntersuchung zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) [18]

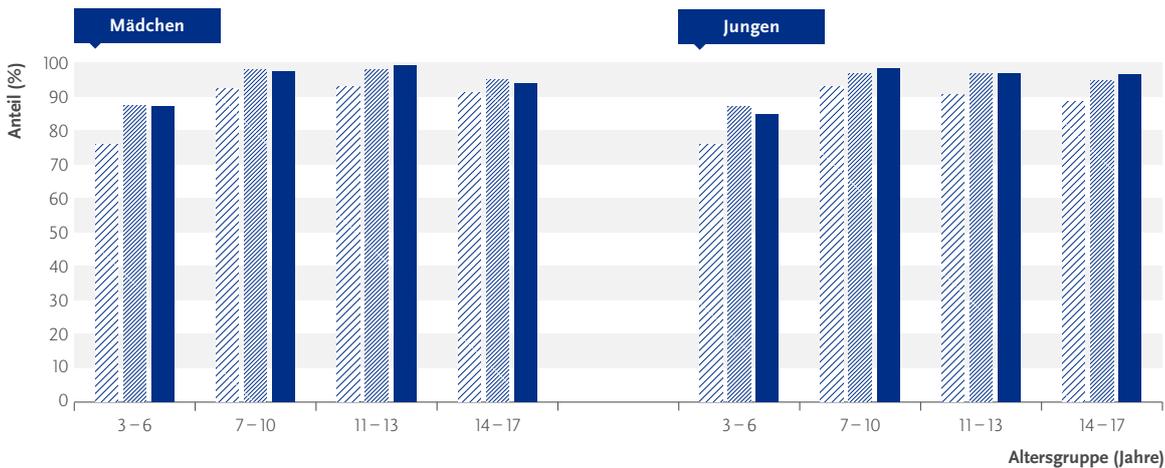
Altersgruppe	MITTLERER dmft/DMFT-WERT ¹	
	2004	2009
6- bis 7-Jährige	2,16	1,87
12-Jährige	0,98	0,72
15-Jährige	2,05	1,41

¹ DMFT (Milchgebiss: dmft) steht als Abkürzung für die Beurteilung eines defekt bleibenden Zahnes: D = decayed (kariös), M = missed (fehlend), F = filled (gefüllt – mit einer Zahnfüllung), T = tooth (Zahn). Ein Index von 1 bedeutet, dass ein Zahn entweder kariös, gefüllt oder fehlend ist.



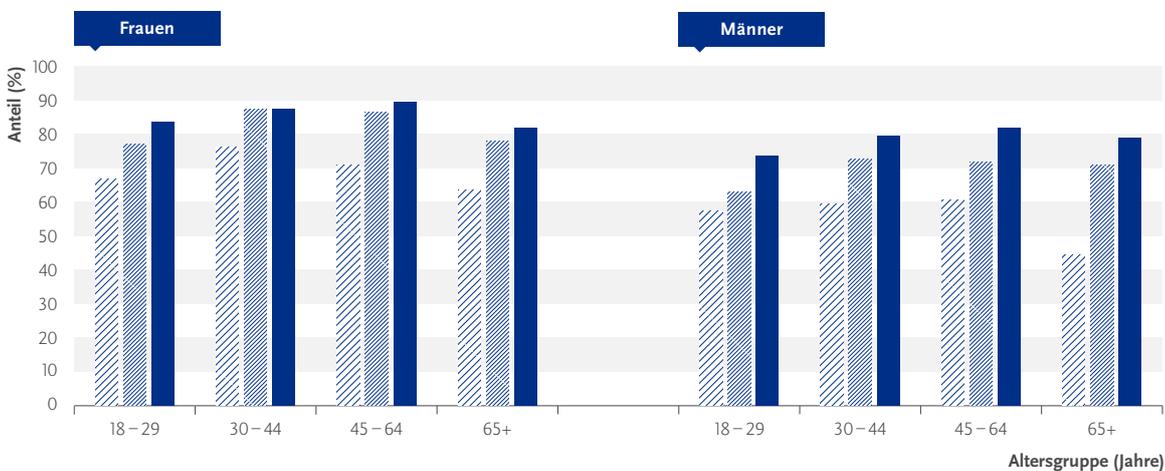
◀ **Abbildung 4.4.1**
Vergleich des Zahnputzverhaltens (zweimal oder häufiger am Tag) bei Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
Datenbasis: KiGGS Basiserhebung (2003–2006)

Sozialstatus:
 Niedrig
 Mittel
 Hoch



◀ **Abbildung 4.4.2**
Vergleich der Inanspruchnahme der Zahnarztkontrolle (einmal oder häufiger im Jahr) bei Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
Datenbasis: KiGGS Basiserhebung (2003–2006)

Sozialstatus:
 Niedrig
 Mittel
 Hoch



◀ **Abbildung 4.4.3**
Vergleich der Teilnahmen an Zahnvorsorgeuntersuchungen (in den letzten zwölf Monaten) bei Erwachsenen nach Bildungsniveau
Datenbasis: Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA 2010)

Bildungsniveau:
 Niedrig
 Mittel
 Hoch

Bei Erwachsenen ist die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen umso geringer, je niedriger das Bildungsniveau ist (Abb. 4.4.3) [14, 17, 24, 25].

4.4.3 AUSBLICK

Zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen sollten aus den genannten Gründen lebenslang, altersspezifisch und risikogruppenorientiert ausgerichtet sein, um bei der Mundgesundheit die Chancengleichheit in allen sozialen Gruppen zu fördern [1]. Ferner gilt es, die Eigenverantwortung des Einzelnen im Sinne eines besseren Bewusstseins für die eigene Mundgesundheit zu stär-

ken [26]. Dabei ist es notwendig, das soziale Umfeld der Menschen zu berücksichtigen. So können Ansätze, welche die Lebenswelt berücksichtigen (Setting), eine häufigere Inanspruchnahme zahnprophylaktischer Maßnahmen fördern [27].

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist der Erhalt der Mundgesundheit im frühen Kindesalter besonders wichtig. Vor dem Hintergrund einer nach wie vor starken Verbreitung der frühkindlichen Karies, haben die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in Kooperation mit dem Bundesverband der Kinderzahnärzte, dem Deutschen Hebammenverband sowie der Universität

Greifswald ein Versorgungskonzept zur Eindämmung der frühkindlichen Karies entworfen. Dieses zielt darauf ab, drei systematische zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen mit präventiven und gesundheitserzieherischen Maßnahmen für Kleinkinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat einzuführen [28]. Auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege hat ihr Engagement gegen die frühkindliche Karies verstärkt und 2012 eine wissenschaftlich geprüfte Empfehlung für den weiteren Ausbau der gruppenprophylaktischen Maßnahmen für unter Dreijährige vorgelegt [29]. Die Medizinische Hochschule Hannover setzt mit dem Konzept »Zahnärztliche Gesundheitsfrüherkennung« ebenfalls den Fokus auf die prä- und postnatale Betreuung von Mutter und Kind bis zu dessen dritten Lebensjahr. Es gilt, zahnfreundliche Verhaltensweisen für eine dauerhafte Zahn- und Mundgesundheit von Eltern und Kind aufzubauen und zu festigen. [30].

Der Gesetzgeber hat diese Impulse aufgenommen und mit dem Präventionsgesetz eine gesetzliche Grundlage für die Einführung zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder geschaffen. Einen weiteren Schwerpunkt haben die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gesetzt. Mit ihrem Konzept »Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter« haben sie die Bedeutung der zahnärztlichen Prävention bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hervorgehoben [31]. Auch dieser Anstoß hat Auswirkungen auf die Gesetzgebung gehabt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) wurde für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen analog der Regelungen für Kinder und Jugendliche ein Anspruch auf Leistungen der zahnärztlichen Individualprophylaxe eingeführt. Auch hier hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhalten, das Nähere zu regeln. In den nächsten Jahren werden die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Mundgesundheit von Kleinkindern einerseits und von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen andererseits sorgfältig zu evaluieren sein.

Zunehmende Bedeutung wird, gerade auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung und der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung, in den nächsten Jahren auch das Thema der Parodontose-Prävention haben. Der Schwerpunkt der Prophylaxe lag bislang auf der Erhaltung der Zahngesundheit und der Kariesprävention. Künftig wird auch der Gesundheit des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparates Aufmerksamkeit zukommen müssen. Deren Erkrankung kann vor allem bei älteren Menschen erhebliche Auswirkungen auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand haben. Die von der Bundeszahnärztekammer in Anlehnung an die von der Weltgesundheitsorganisation und dem Weltzahnärzteverband formulierten Vorgaben der "Global Goals for Oral Health 2020" beschlossenen nationalen Mundgesundheitsziele für das Jahr 2020 [32] in den Bereichen Prävention, Früherkennung und Behandlung für spezifische Alters- und Risikogruppen, sehen deshalb auch eine deutliche Reduzierung schwerer parodontaler Erkrankungen vor [33].

LITERATUR

- Oesterreich D, Ziller S (2006) Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang. In: Kirch W, Badura B (Hrsg) Prävention - Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1 und 2 Dezember 2005. Springer, Heidelberg, S. 553-574
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47. RKI, Berlin
- Pieper K, Momeni A (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. Dtsch Arztebl Int 103(15):A1003-1009
- Ziller S, Micheelis W (2002) Demographic trends and future requirements applicable to prevention-oriented dental, oral and maxillofacial therapy in old age. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg) Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen - IDZ-Materialienreihe, Band 26. Deutscher Zahnärzteverlag, Köln, S. 117-125
- Ziller S, Oesterreich D (2007) Dental Public Health in Deutschland - eine Bestandsaufnahme. Präventiv Gesundheitsf 2(1):31-38
- Schmelzer JR (2000) Zahnmedizinische Prävention für Kinder und Jugendliche: Einschätzung der Effektivität von Individualprophylaxeprogrammen zur Verbesserung der Mundgesundheit. Dissertation. Universität Bielefeld, Bielefeld
- Fleßa S, Splieth C (2007) Modellierung der Lebenszeitkosten der Karies unter Fluoridprophylaxe. Gesundh ökon Qual manag 12(3):170-178
- Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (2015). www.kariesvorbeugung.de/informationsstelle-fuer-kariesprophylaxe.html (Stand: 07.04.2015)
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (2013) S2-k-Leitlinie: Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe. www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/LLFluoridierungLangUpdate2013.pdf (Stand: 21.07.2015)
- Schulte AG (2008) Fluoridiertes Speisesalz und Kariesprävention. Prophylaxe Impuls 12:118-125
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (2013) Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Daten des Schuljahres 2012/2013. www.daj.de/Dokumentation.30.o.html (Stand: 03.03.2015)
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (2000) Position des BZÖG e. V. zur Umsetzung der Erweiterung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Absatz 1. www.bzoeg.de/positionspapiere-leser/items/erweiterung-des-paragraph-21-sgb-v.html (Stand: 04.03.2015)
- Rädel A, Hartmann A, Böhm S et al. (2014) BARMER GEK Zahnreport 2014. Auswertungen von Daten des Jahres 2012 mit Schwerpunkt Wurzelbehandlung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 25. BARMER GEK, Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
- Micheelis W (2006) Zusammenfassung der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV). In: Micheelis W, Schiffner U (Hrsg) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, S. 17-21
- Knopf H, Rieck A, Schenk L (2008) Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 51(11):1314-1320
- Pieper K (2005) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Gutachten aus den Ländern bzw. Landesteilen. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn
- HBSC-Team Deutschland (2012) Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt »Zahnputzhäufigkeit von Kindern und Jugendlichen«. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (2010) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. DAJ, Bonn
- Bundesärztekammer (2014) Pressemitteilung: Frühkindliche Karies vermeiden - Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. [www.bzaek.de/index.php?id=61&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=590](http://www.bzaek.de/index.php?id=61&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=590) (Stand: 04.03.2015)

20. Bundesärztekammer (2002) Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns. Baustein zum Gesamtkonzept »Prophylaxe ein Leben lang«. Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. BZÄK, Berlin
21. Öttl C (2004) Zahnmedizinische Betreuung von Menschen in Seniorenheimen. BZB September(9):58-59
22. Kaschke I, Jahn KR (2005) Zahnmedizinische Prophylaxe für Menschen mit Behinderungen. Public Health Forum 46:12-13
23. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (2004) Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen. DZZ 59:551-552
24. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5/6):653-658
25. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
26. Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (2012) Politische Agenda 2012. Perspektive Zahngesundheit. www.kzvb.de/presse/ (Stand: 15.04.2015)
27. Meyer-Lückel H, Paris S (2012) Mundgesundheitsförderung: Implementierung non-invasiver Interventionen und verhaltensmodifizierender Ansätze zur Beherrschung des Kariesprozesses. In: Meyer-Lückel H, Paris S, Ekstnad KR (Hrsg) Karies - Wissenschaft und klinische Praxis. Thieme Verlag, Stuttgart
28. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (2014) Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. KZBV, BZÄK, Berlin
29. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (2012) Frühkindliche Karies: Zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige. Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/DAJ_EmpfehlungU3_final0612.pdf (Stand: 04.03.2015)
30. Meyer K, Geurtsen W, Günay H (2012) Zahnmedizinische Frühprävention. Ein Prophylaxekonzept für Schwangere und Kleinkinder. wissen kompakt 2012(4)
31. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (Hrsg) (2010) Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. KZBV, BZÄK, Berlin
32. Ziller S, Micheelis W, Oesterreich D et al. (2006) Goals for oral health in Germany 2020. Int Dent J 56(1):29-32
33. Oesterreich D, Ziller S (2005) Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2020. Public Health Forum 46:22-23
34. Präventionsgesetz – PräVG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379

4.5
VERHALTENSPRÄVENTION

- / *Etwa 20% der Frauen und 11% der Männer nehmen binnen eines Jahres an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teil.*

- / *Verhaltenspräventive Maßnahmen aus dem Bewegungsbereich werden am häufigsten in Anspruch genommen.*

- / *Die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen hat sich deutlich erhöht, die Teilnehmerate ist fast doppelt so hoch wie vor zehn Jahren.*

- / *Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil.*

- / *Daraus ergibt sich der Bedarf, verstärkt Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und verhältnispräventive Maßnahmen umzusetzen.*

4.5

VERHALTENSPRÄVENTION

Nichtübertragbare Krankheiten dominieren die Krankheitslast der Bevölkerung in Deutschland. Dazu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen.

Wesentliche Risikofaktoren dieser Erkrankungen sind mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert. So ist beispielsweise das Rauchen in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Um den genannten Erkrankungen vorzubeugen, ist das Gesundheitsverhalten daher von großer Bedeutung. Es umfasst alle Verhaltensweisen, »die nach wissenschaftlichen [...] Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird« [1, S. 311]. Besonders bedeutsam sind dabei das Nichtrauchen, ein geringer Alkoholkonsum, eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Aktivität [2, 3] sowie eine angemessene Stressregulation [4].

Als Teil der Lebensweise ist das Gesundheitsverhalten auch von sozialstrukturellen Bedingungen geprägt [5]. Da es nicht allen Menschen gelingt, ihr Gesundheitsverhalten selbstständig zu ändern, werden Maßnahmen entwickelt, welche die Verhaltensänderungen unterstützen sollen. Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf die Veränderung des Verhaltens von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Umwelt in allen Lebensbereichen (Verhältnisprävention) beziehen [6, 7], die die Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen.

Menschen sollen mittels verhaltenspräventiver Maßnahmen gesundheitsrelevante Informationen erhalten, Kompetenzen erlernen und Verhaltensweisen so einüben, dass diese als Routine in den Alltag übernommen werden und sich damit langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken. Die Konzeptionen solcher Maßnahmen konzentriert sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten, zum Beispiel körperliche Aktivität, und setzen insbesondere auf Informationsvermittlung, Beratung und Training für Gruppen von Erwachsenen. Anbieter sind zum Beispiel Volkshochschulen, Sportvereine, Betriebe, kommerzielle Anbieter (Fitnessstudios) oder die gesetzlichen Krankenkassen [8]. Auf der Bundesebene vermittelt insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wichtige Informationen zum Gesundheitsverhalten durch Aufklärungskampagnen in verschiedenen Medien.

Die zentralen Handlungsfelder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bereich der individuellen Verhaltensprävention sind im »Leitfaden Prävention« festgelegt und lauten bis zum Jahr 2015 Ernährung, Bewegungsgewohnheiten, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum [9]. Der gesetzliche Auftrag für primärpräventive Leistungen der Kassen ist in § 20 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) festgehalten. Nach dem im Juli 2015 in Kraft getretenem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist zukünftig das Ziel dieser GKV-Leistungen die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie die Förderung

des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Dabei sollen die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen [10].

4.5.1

INANSPRUCHNAHME VERHALTENS-PRÄVENTIVER MASSNAHMEN UND WICHTIGE EINFLUSSFAKTOREN

Die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV im Rahmen der Primärprävention dokumentiert ein jährlich erscheinender Präventionsbericht mit einem dazugehörenden Tabellenband. 2013 nahmen nach Angaben dieses Berichtes 2,1 % der GKV-Versicherten an individuellen (verhaltens-)präventiven Angeboten teil [11]. Die Daten zeigen, dass sich die meisten Kursteilnehmer (69 %) für Angebote im Bewegungsbereich entschieden, 25 % belegten Kurse zur Stressbewältigung und 5 % Ernährungskurse. Angebote mit einem Fokus auf Suchtmittelkonsum wiesen mit 1 % die geringsten Kurssteilnahmen auf [11].

Bei der Darstellung der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht zeigen sich die bereits genannten Muster in den Teilnehmeraten (Tab. 4.5.1). Zu beachten ist, dass überwiegend Frauen (78,2 % der Teilnehmenden) die Kursangebote nutzten.

Neben dem demografischen Faktor Alter und dem Faktor Geschlecht beeinflussen auch sozialstrukturelle Faktoren (sozioökonomischer Status) und persönliche Gesundheitseinstellungen die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen [13, 14]. Zu dem sozioökonomischen Status ermöglicht der Präventionsbericht keine Aussagen. Die Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut, wie die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell aus dem Jahr 2009 (GEDA 2009), schließen diese Lücke und sind eine wichtige Ergänzung zu den Informationen des Präventionsberichts. Auf ihrer Grundlage lässt sich auch einschätzen, ob verhaltenspräventive Maßnahmen alle Bevölkerungsgruppen erreicht haben und einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit leisteten. Zudem ist es möglich, die bevölkerungsweite Inanspruchnahme insgesamt zu beurteilen, da auch andere Anbieter verhaltenspräventiver Maßnahmen berücksichtigt werden. Ebenso lassen sich jene Faktoren näher beschreiben, welche die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen beeinflussen können.

In GEDA 2009 wurde die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen in den Bereichen Gewichtsreduktion, gesunde Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Bewegung ausgewertet. Dabei wurde allgemein nach der Teilnahme an Angeboten gefragt und nicht zwischen den verhaltenspräventiv ausgerichteten Angeboten der Krankenkassen (beispielsweise Kurse zur Förderung der körperlichen Fitness oder Herzsportgruppen) oder den Angeboten von Sportvereinen und Fitnessstudios unterschieden [15]. Danach nahmen 15,7 % der Erwachsenen in den letzten zwölf Monaten an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme aus den Bereichen Gewichtsreduktion, gesunde Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung, Verbesserung der körperlichen Fitness oder Beweglichkeit teil. Mit einer Teilnehmerate von 20,1 % nutzten Frauen die Angebote

4.5

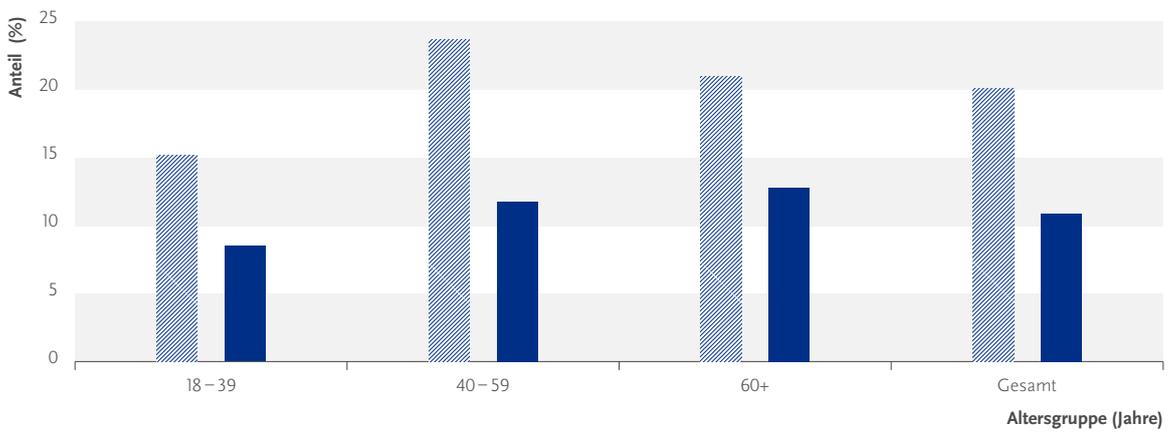
► **Tabelle 4.5.1**
Anteil der Kursteilnehmer nach Handlungsfeldern der individuellen Verhaltensprävention der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2013
Quelle: Präventionsbericht 2014 [12]

	FRAUEN					
	< 20 Jahre	20–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60 und älter
Bewegung	67,2	63,5	61,8	65,3	68,5	79,3
Ernährung	6,0	4,9	3,9	3,4	3,2	2,3
Stressbewältigung	25,2	29,9	33,1	30,5	27,6	18,2
Suchtmittelkonsum	1,6	1,7	1,3	0,9	0,7	0,2

	MÄNNER					
	< 20 Jahre	20–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60 und älter
Bewegung	70,7	71,7	66,0	70,2	73,0	83,8
Ernährung	5,9	4,8	4,3	3,5	3,3	2,3
Stressbewältigung	20,4	18,9	24,4	23,2	21,6	13,3
Suchtmittelkonsum	2,9	4,6	5,3	3,1	2,1	0,6

► **Abbildung 4.5.1**
Anteil der Teilnahmen an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten zwölf Monaten
Datenbasis: GEDA 2009

Frauen 
Männer 



doppelt so häufig wie Männer (10,9%). Die Teilnahmeraten steigen bei beiden Geschlechtern von den jüngeren zu den höheren Altersgruppen an. Bei den Frauen besuchte die Altersgruppe zwischen 40 und 59 Jahren am häufigsten mindestens eine verhaltenspräventive Maßnahme, während es bei Männern die Altersgruppe der über 60-Jährigen war (Abb. 4.5.1) [13].

Die meisten Befragten hatten Kurse zur Bewegung besucht: 12,5% berichteten, an einem Angebot zur Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit teilgenommen zu haben, während nur etwa 5,0% eine Maßnahme zur Ernährung und 4,5% ein Angebot zur Stressregulation/Entspannung in Anspruch genommen hatten. Die unterschiedlichen Teilnahmeraten spiegeln auch wider, dass die Nachfrage nach Angeboten zur Förderung der körperlichen Aktivität besonders groß ist. So erhöhte sich der Anteil der 15- bis 65-Jährigen, die Mitglied in einem Fitnessstudio sind, in den letzten Jahren deutlich und lag im Jahr 2012 bei 16,1% [16]. Gleichzeitig ist das Angebot im Bereich der körperlichen Aktivität für Erwachsene in den letzten Jahren angestiegen; beispielsweise haben Sportvereine und Volkshochschulen verstärkt gezielte Angebote des so genannten Gesundheitssports geschaffen [17].

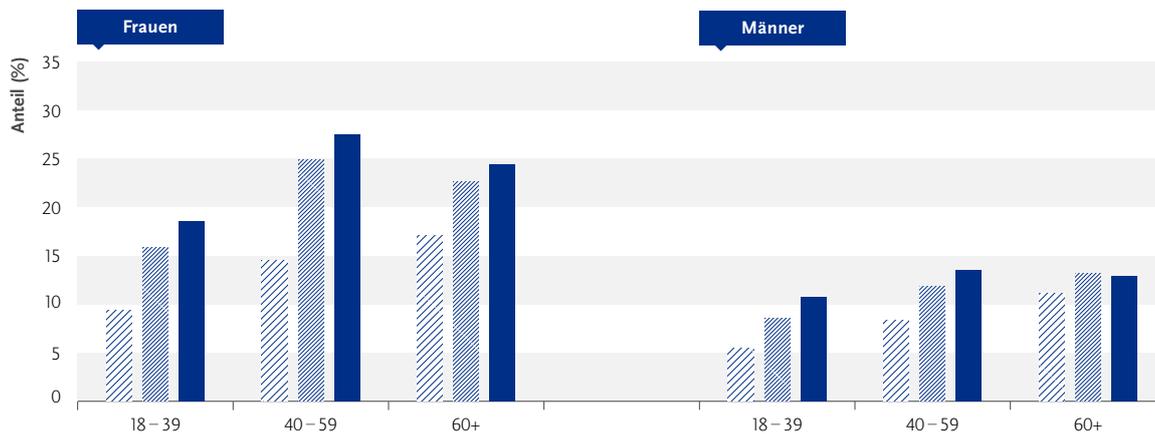
Der sozioökonomische Status der Teilnehmer solcher Angebote kann einen Hinweis darauf geben, ob die Zielgruppe der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit den verhaltenspräventiven Maßnahmen erreicht wird. Die Daten der GEDA-Studie 2009 zeigen, dass

Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status insgesamt deutlich seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teilgenommen haben (11,8%) als Personen mit mittlerem (16,4%) oder hohem sozioökonomischen Status (17,3%). Besonders deutlich fällt der Unterschied bei den Frauen aus, und er besteht über alle Altersgruppen hinweg (Abb. 4.5.2).

4.5.2 ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER INANSPRUCHNAHME

Aussagen über die zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen sind auf der Grundlage der Daten des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) aus dem Jahr 2009 möglich. Insgesamt hatten 9,1% der Befragten im BGS98 mindestens eine verhaltenspräventive Maßnahme genutzt, Frauen (11,8%) häufiger als Männer (6,3%). Im Vergleich mit DEGS1 ist die Teilnahmerate insgesamt um 7,5 Prozentpunkte gestiegen: bei Frauen um 10,3 Prozentpunkte von 11,8% auf 22,1%, bei Männern um 4,7 Prozentpunkte von 6,3% auf 11,0%. Die Erhöhung bleibt auch unter Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung seit 1998 statistisch signifikant [18].

Auch bei den Angeboten der GKV wächst die Inanspruchnahme der individuellen (verhaltens-)präventiven Leistungen deutlich: Die Zahl der Kursteilnehmerinnen



◀ **Abbildung 4.5.2**
Anteil der Teilnahmen an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten zwölf Monaten nach Sozialstatus
Datenbasis: GEDA 2009

Sozialstatus:
 / Niedrig
 . Mittel
 ■ Hoch

und -teilnehmer stieg von 353.000 im Jahr 2002 auf 2,1 Millionen im Jahr 2009 [19]. Die verstärkte Nutzung verhaltenspräventiver Maßnahmen liegt auch darin begründet, dass mit der Novellierung des § 20 SGB V im Jahr 2000 die GKV wieder den Auftrag zur primären Prävention erhielt. Parallel hat auch ein gesellschaftlicher Wandel eingesetzt: Das Bewusstsein für die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hat sich positiv entwickelt [20], was indirekt auch die Inanspruchnahme präventiver Angebote unterstützt.

4.5.3

FAZIT UND HANDLUNGSBEDARF

Das Gesundheitsverhalten ist ein wichtiger Faktor, der die Gesundheit beeinflusst. Etwa ein Sechstel der Erwachsenen nahm nach Ergebnissen der GEDA-Studie 2009 in den letzten zwölf Monaten an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teil, die das Gesundheitsverhalten fördern soll. Insgesamt hat sich die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Leistungen in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht. Präventive Maßnahmen sollen im besonderen Maße sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erreichen, da diese häufig einen schlechteren Gesundheitszustand haben. Wie die Ergebnisse zeigen, nehmen diese Bevölkerungsgruppen die verhaltenspräventiven Maßnahmen jedoch am wenigsten in Anspruch. Daraus ergibt sich ein Bedarf an spezifischen Angeboten und an weiterführenden Ansätzen. Dazu gehören Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und verhältnispräventive Maßnahmen, die das Ziel haben, die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen so zu entwickeln, dass sie der Gesundheit der Bevölkerung dienen.

Es besteht weiterhin erheblicher Bedarf, die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung gesundheitspolitisch zu stärken, finanziell auszubauen und neben den verhaltens- auch verhältnispräventive Maßnahmen umzusetzen und miteinander zu verzahnen. Hier setzt das im Juli 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention an. Mit finanziellen Mitteln in der Höhe von jährlich rund 490 Millionen Euro wird das Angebot an Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen künftig deutlich ausgebaut. Ab dem Jahr

2016 sollen die Krankenkassen mindestens 4 Euro je Versicherten für gesundheitsfördernde Leistungen in Betrieben und weiteren Lebenswelten ausgeben [10]. Fachleute schätzen die Wirksamkeit von verhaltenspräventiven Angeboten höher ein, wenn diese in Umfeld- oder verhältnispräventive Maßnahmen eingebettet sind [21, 22]. Die Evaluierung von Kursangeboten der gesetzlichen Krankenkassen zeigt positive Effekte, deren anhaltende Dauer jedoch nicht untersucht wurde [23]. Daher sollten verhaltenspräventive Maßnahmen in Studien evaluiert werden und wo es realisierbar ist, sollten randomisierte Studiendesigns zum Einsatz kommen. So ließe sich überprüfen, ob positive Effekte auch langfristig, unter verschiedenen Durchführungsbedingungen und bei Zielgruppen mit hohem Bedarf nachweisbar sind.

LITERATUR

1. Faltermaier T (2011) *Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S. 311-314
2. Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. (2011) *Priority actions for the non-communicable disease crisis*. *Lancet* 377(9775):1438-1447
3. World Health Organization (2011) *Global status report on non-communicable diseases 2010*. WHO, Genf
4. Harrison O, Cooper CL (2011) *Stress and non-communicable disease: a multi-pronged approach to building healthier coping skills*. *Stress Health* 27(2):89-91
5. Siegrist J (2012) *Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte*. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg) *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban und Fischer, München, S. 143-154
6. Schwartz F, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg) (2012) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban und Fischer, München
7. Leppin A (2014) *Konzepte und Strategien der Prävention*. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber Verlag, Bern, S. 36-44
8. Rosenbrock R, Michel C (2007) *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
9. GKV-Spitzenverband (2014) *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. GKV-Spitzenverband, Berlin
10. *Präventionsgesetz – PräVG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015*. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379
11. *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (2014) Präventionsbericht 2014*.

- Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
12. Statistisches Bundesamt (2015) Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2013 (Präventionsbericht). www.gbe-bund.de (Stand: 22.05.2015)
 13. Jordan S, von der Lippe E (2012) Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE kompakt 3(5), Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
 14. Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R (1995) § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung – Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 6. Asgard Verlag, Sankt Augustin
 15. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« - Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 23-33
 16. Arbeitgeberverband deutscher Fitness- und Gesundheits-Anlagen (DSSV) (2014) Eckdaten der deutschen Fitness-Wirtschaft 2014. Deutscher Fitnessmarkt wächst solide weiter. www.dhfp.de/fileadmin/files/news/14/03/pdf/Eckdaten_2014_Pressemitteilung.pdf (Stand: 16.07.2015)
 17. Jordan S, Weiß M, Krug S et al. (2012) Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55(1):73-81
 18. Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):878-884
 19. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2010) Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
 20. Marstedt G, Rosenbrock R (2009) Verhaltensprävention. Guter Wille allein reicht nicht. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2009 - Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 12-37
 21. World Health Organization (2009) Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. WHO, Genf. www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pa/en/index.html (Stand: 15.04.2015)
 22. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. SVR, Bonn
 23. Kliche T, Schreiner-Kürten K, Wanek V et al. (2011) Gesundheitswirkungen von Prävention - Erprobung des Evaluationssystems der Krankenkassen im Individualansatz und erste Befunde aus 212 Gesundheitskursen. Gesundheitswesen 73(4):258-263

4.6

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

-
- / *Die Arbeitswelt ist ein zentraler Ort, um Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen, auch weil so ein großer Teil der Bevölkerung erreicht werden kann.*
-
- / *Die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung reicht von verhaltensorientierten Maßnahmen bis zu partizipativen Ansätzen der Organisationsentwicklung und kann auch Bestandteil eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements sein.*
-
- / *Fast die Hälfte aller Betriebe hat in den letzten Jahren mindestens eine Maßnahme aus dem Spektrum der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt.*
-
- / *Industrie und öffentlich-sozialer Sektor sind bei der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung überdurchschnittlich, Handwerk und Handel ebenso wie kleine und mittlere Betriebe unterdurchschnittlich vertreten.*
-
- / *Quantitativ und qualitativ besteht weiterhin Entwicklungspotenzial für betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland.*

4.6

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Arbeitswelt ist ein zentraler Ort, um Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen, auch weil im Setting Betrieb ein großer Teil der Bevölkerung erreicht werden kann. 2014 waren in Deutschland rund 42,6 Millionen Personen erwerbstätig [1], das entspricht etwa der Hälfte der Bevölkerung. Die Erwerbstätigenquote der 15- bis 65-Jährigen betrug bei Frauen 72,4 % und bei Männern 82,3 %. Diese Personen wären damit theoretisch über den Arbeitsplatz für Präventionsmaßnahmen zu erreichen [2]. Dabei sind zwei Aspekte des Zusammenwirkens von Arbeit und Gesundheit zu berücksichtigen [3]: Erstens ist Arbeit für die Beschäftigten neben der Sicherung des Lebensunterhaltes eine wichtige Quelle für gesundheitliche Ressourcen, durch die sie Selbstbestätigung, Strukturiertheit und soziale Unterstützung erfahren; zweitens können berufliche Tätigkeiten aber auch mit spezifischen gesundheitliche Belastungen und Beanspruchungen einhergehen, verursacht von schwerer körperlicher Arbeit, belastenden Umgebungsbedingungen oder psychosozialen Stress. Hier setzen in Ergänzung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) an. Ihnen kommt eine zentrale Bedeutung zu, ebenso wie dem schon länger gesetzlich geregelten betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, angesichts sich wandelnder Arbeitsbedingungen (unter anderem höhere Mobilität, längere Lebensarbeitszeit, Ausbau des Dienstleistungssektors, Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse) und des demografischen Wandels mit einer älter werdenden und schrumpfenden Erwerbsbevölkerung [4].

4.6.1

MERKMALE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nach der »Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU« umfasst betriebliche Gesundheitsförderung »alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz« [5]. Das soll durch »die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden« [5].

Der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung umfasst idealerweise verschiedene aufeinander aufbauende Elemente [3, 6]. Am Anfang steht eine Vorbereitungsphase, in der für den Gesundheitsförderungsprozess im Unternehmen sensibilisiert, Ziele festgelegt und ein Steuerungsgremium aufgebaut wird. Dabei hat sich als zentrales Steuerungsinstrument die Einrichtung eines speziellen Arbeitskreises bewährt (Arbeitskreis Gesundheit, Lenkungsgruppe, Steuerungskreis oder ähnliches), in dem alle Unternehmensbereiche wie Leitung, Personalvertretung oder Arbeitssicherheit partizipativ vertreten sein sollten. Dieser Arbeitskreis veranlasst die Analyse und Bewertung der Ausgangssituation im Betrieb durch eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung (z. B. durch eine Mitarbeiterbefragung und Krankenstandsanalysen) sowie Gesundheitszirkel

(Infobox 4.6.1). Aufbauend auf den Ergebnissen der Analyse der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten werden systematisch Maßnahmen geplant und umgesetzt. Dabei sollten Maßnahmen zur Verhaltensprävention, wie zum Beispiel Beratung oder Gruppenkurse, mit solchen zur Verhältnisprävention, wie zum Beispiel veränderte Arbeitszeitregelungen oder die Fortbildung der Führungskräfte in gesundheitsorientierter Führung, kombiniert werden. Abschließend sollten die Aktivitäten evaluiert werden. Das Europäische Netzwerk für Betriebliches Gesundheitsmanagement hat zur Sicherstellung einer guten Qualität von betrieblicher Gesundheitsförderung Qualitätskriterien entwickelt, an denen die Arbeit überprüft werden kann [7].

Die Verantwortung für betriebliche Gesundheitsförderung liegt bei den Arbeitgebern, ist aber im Gegensatz zum Arbeits- und Gesundheitsschutz eine freiwillige Leistung. An der Finanzierung und Ausgestaltung beteiligen sich häufig außerbetriebliche Akteure, wie Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung) oder auch Beratungsunternehmen. Der gesetzlichen Krankenversicherung kommt hierbei eine besondere Rolle zu, da ihr Auftrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch geregelt ist (§§ 20, 20b-c, 20g, 65a, 132f SGB V) [9]. Gesetzliche Krankenkassen müssen danach Unternehmen bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger unterstützen. Nach dem Leitfaden Prävention der GKV können Unternehmen von den Krankenkassen beispielsweise neben der Beratung auch begrenzte Mittel zur finanziellen Förderung von BGF-Maßnahmen erhalten [6]. Das Spektrum der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist vielfältig und reicht von vorwiegend verhaltensorientierten Einzelmaßnahmen, wie etwa einem Kurs zum Entspannungstraining oder einer Fortbildung zur Work-Life-Balance, bis hin zu einer umfassenden betrieblichen Organisationsentwicklung. Dabei können Einzelmaßnahmen von den Krankenkassen dann unterstützt werden, wenn sich die Betriebsparteien auf den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess als Gesamtkonzept verpflichten [6]. Ist Gesundheit als betriebliches und strategisches Managementziel in einem Unternehmen verankert, wird von betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) gesprochen.

Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich in den 1980er-Jahren in den alten Ländern in Abgrenzung zum betrieblichen Arbeitsschutz entwickelt, der damals noch vor allem auf physikalische, chemische und biologische Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz ausgerichtet war [10]. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz soll gesundheitsbeeinträchtigenden Gefahren am Arbeitsplatz vorbeugen umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Der betriebliche Arbeitsschutz ist gesetzlich geregelt. Grundsätzliche Rechtsvorschriften finden sich im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und seinen Verordnungen, im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), im Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) und in der Gefahrstoffverordnung. Arbeitgeber haben nach dem ArbSchG die mit der Arbeit verbun-

INFOBOX 4.6.1

GESUNDHEITZIRKEL

»Gesundheitszirkel sind Gruppen, in denen Beschäftigte eines Betriebes für mehrere Sitzungen zusammenkommen und über ihre arbeitsbedingten Belastungen berichten. Angeleitet von einem Moderator werden

die Belastungen gemeinsam analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Gesundheitszirkel dienen also sowohl der Diagnose als auch der Diskussion und Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der Betroffenen« [11, S. 92].

INFOBOX 4.6.2

GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG

»Die Gefährdungsbeurteilung ist das zentrale Element im betrieblichen Arbeitsschutz. Sie ist die Grundlage für ein systematisches und erfolgreiches Sicherheits- und Gesundheitsmanagement. Nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und der Unfallverhütungsvorschrift »Grundsätze der Prävention« ... sind alle Arbeitgeber – unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter – dazu verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchführen. § 5 ArbSchG regelt die Pflicht des Arbeitgebers zur Ermittlung und Beurteilung der Gefährdungen und konkretisiert mögliche Gefahrenursachen und Gegenstände der Gefährdungsbeurteilung. § 6 verpflichtet Arbeitgeber, das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen und das Ergebnis ihrer Überprüfung zu dokumentieren« [11].



denen Gefährdungen zu beurteilen und die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu ermitteln und umzusetzen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind verpflichtet nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Zentrales Element des Arbeitsschutzes ist die Gefährdungsbeurteilung (Infobox 4.6.2). Die wichtigsten überbetrieblichen Akteure sind die Unfallversicherungs-träger sowie die Arbeitsschutzbehörden der Länder.

Entscheidende Impulse für die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung gaben die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 und die 1989 in Deutschland erfolgte gesetzliche Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung im SGB V. Seitdem werden für die Gesundheit von Beschäftigten nicht mehr nur das individuelle Verhalten, sondern auch die betrieblichen Strukturen als relevant betrachtet. Aber auch ein umfassenderes Verständnis des gesetzlichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie die vorangetriebenen Kooperationen zwischen Unfallversicherung und Krankenkassen förderten die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung [12]. Bemühungen der letzten Jahre zeigen, dass zunehmend versucht wird, Arbeits- und Gesundheitsschutz mit betrieblicher Gesundheitsförderung inhaltlich und strukturell stärker zusammenzuführen [13, 14] und findet 2015 seinen Niederschlag im verabschiedeten Präventionsgesetz, zum Beispiel § 20c SGB V [9].

Betriebliche Gesundheitsförderung lässt sich auf verschiedene Weise umsetzen, was sich meist in Folge verschiedener betriebsinterner Interessenlagen und Zielsetzungen ergibt [3, 15]. Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und ihre Ressourcen zu fördern sind zentrale Anliegen. Für viele Arbeitgeber steht auch ein wirtschaftspolitisches Interesse im Vordergrund: Eine gesündere Belegschaft mit höherer Motivation soll die Leistungsfähigkeit eines Betriebes

verbessern und die krankheitsbedingten Kosten senken. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und dessen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt könnte betriebliche Gesundheitsförderung auch dazu beitragen, die Erwerbstätigkeitsphase älterer Beschäftigten zu verlängern und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

4.6.2

VERBREITUNG BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Wie weit vorbeugende gesundheitliche Maßnahmen in Betrieben verbreitet sind, lässt sich aus Daten von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen sowie Krankenkassen entnehmen. Diese Daten spiegeln damit jeweils nur einen spezifischen Ausschnitt der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder deren Inanspruchnahme wieder. Bei der Bewertung der Analysen ist zudem zu berücksichtigen, dass Faktoren wie Wirtschaftsbereich und Betriebsgröße, Mitgliederstruktur der Krankenkassen oder die zugrundeliegenden Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung sowie die eingesetzten Erhebungsinstrumente die Ergebnisse beeinflussen können [16].

ERGEBNISSE AUS BEFRAGUNGSDATEN

Bei der Befragung von 6.500 Arbeitgebern im Rahmen der Evaluierung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) wurde neben der Wahrnehmung des Arbeitsschutzes auch danach gefragt, inwieweit sich die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt hat. (Die GDA ist eine auf Dauer angelegte konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern mit dem Ziel, betrieblichen Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken; dazu erfolgen regelmäßig Betriebsbefragungen, zuletzt für die Arbeitsschutzstrategie 2008–2012.)

Insgesamt kommt die Evaluierung zu dem Ergebnis, dass nur ein geringer Teil der Betriebe BGF-Maßnah-

4.6

► **Tabelle 4.6.1**
Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes
Datenbasis:
Telefonische Befragung von Arbeitnehmer/-innen in Betrieben mit mindestens zehn Beschäftigten 2008, bezogen auf vorhandene Maßnahmen; Befragte n=2.010, 16–65 Jahre [20]: S. 93

MAßNAHME	GESAMT	ALTERSGRUPPE (JAHRE)				GESCHLECHT	
		16 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 65	Weiblich	Männlich
Teilnahme bezogen auf die Maßnahme (%)							
Prüfung auf gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung	97,0	95,9	95,0	97,5	98,5	95,9	98,0
Ermittlung psychischer Belastungen	96,7	96,6	95,8	96,3	98,9	96,5	97,1
Mitarbeiterbefragungen	88,2	77,7	85,7	90,5	92,9	87,6	88,6
Vorsorge- oder Gesundheitsuntersuchungen	82,4	77,3	78,8	85,1	84,9	83,3	81,7
Kantine mit Angeboten zur gesunden Ernährung	66,9	74,5	72,0	62,8	64,6	62,2	70,5
Betriebliche Gesprächs- oder Arbeitskreise zu Gesundheitsproblemen	56,1	45,5	55,4	58,0	58,3	55,1	56,9
Maßnahmen zur Rückengesundheit (Rückenschulen bzw. Rückengymnastik)	47,3	48,4	36,5	47,5	55,4	50,0	45,3
Angebote zur Entspannung und Stressbewältigung	45,2	40,6	38,3	43,6	54,9	49,4	41,3
Fitnessraum, der unentgeltlich genutzt werden kann	35,4	51,7	32,8	36,4	30,3	32,4	37,8
Gesundheitsmaßnahmen für Mitarbeiter über 50	34,1	–	–	–	34,1	40,0	31,0
Finanzieller Zuschuss für ein Fitnessstudio	33,3	46,3	40,5	27,3	27,3	33,1	33,6
Betriebliche Sportgruppe	33,1	38,3	37,0	31,5	29,3	27,0	37,1
Vorgesetzten-Gespräche mit Mitarbeitern, die häufiger krank waren	29,1	17,9	25,8	32,6	33,5	24,0	33,9
Hilfe bei der Bewältigung von Mobbing und Konflikten	13,7	14,3	13,7	11,1	16,7	17,1	10,3
Maßnahmen zur Suchtprävention oder zur Raucherentwöhnung	10,7	14,9	12,2	7,7	11,5	7,8	12,6

men anbietet. 22 % der Unternehmen gaben an, dass sie Krankenstandsanalysen durchgeführt haben, 27 % nannten Mitarbeiterbefragungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das Angebot eines Gesundheits-Checks war mit 31 % die proportional häufigste BGF-Maßnahme. Anderes wie Pausengymnastik oder Betriebssport, Gesundheitszirkel oder Angebote der Suchtprävention wurden nur von jedem zehnten Betrieb angeboten [17]. Betriebsgröße ein entscheidender Faktor für betriebliche Gesundheitsförderung: Großbetriebe mit 250 und mehr Beschäftigten boten die Maßnahmen deutlich häufiger an. Aussagen zur zeitlichen Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitgeber liegen nicht vor. Ein Vergleich verschiedener Befragungen ist aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Stichprobenszusammensetzung schwierig.

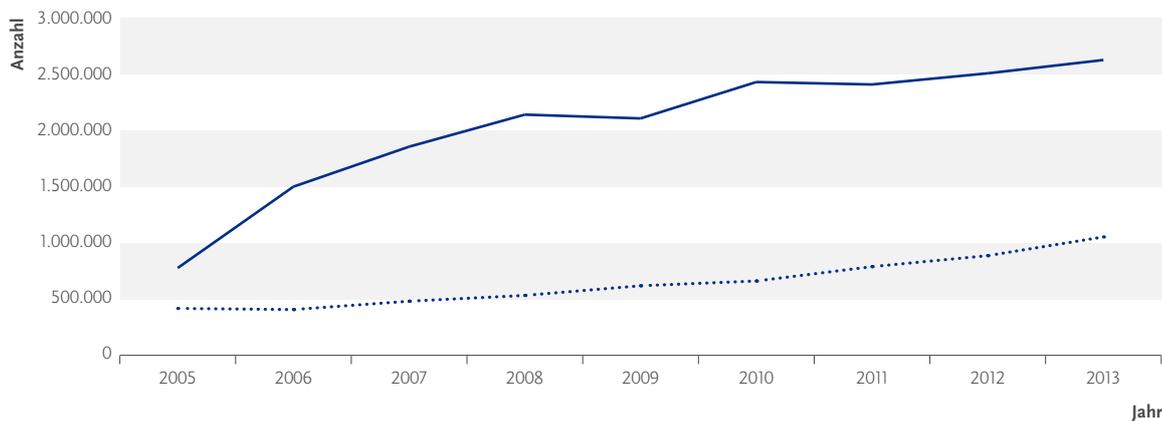
Seit 1979 werden Erwerbstätige regelmäßig vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) befragt. Bei der Erhebung aus dem Jahr 2012 gaben von rund 19.000 befragten Beschäftigten 40,2 % an, dass in ihrem Betrieb in den zurückliegenden beiden Jahren BGF-Maßnahmen angeboten worden waren. Von die-

sen Erwerbstätigen nutzten 62,0 % das Angebot [18]. Die Daten der verschiedenen Erwerbstätigenbefragung zeigen, dass BGF-Maßnahmen in den letzten Jahren mit leicht steigender Tendenz angeboten werden: Im Vergleich der Erhebungswellen 2006 und 2012 stieg die Zahl der BGF-Maßnahmen um rund 6 %, während sich die Zahl der Teilnehmer nur um rund 2 % erhöhte [19].

Mit den Ergebnissen einer bundesweit repräsentativen Arbeitnehmerbefragung aus Betrieben mit mindestens zehn Beschäftigten aus dem Jahr 2008 über Kenntnis, Teilnahme und Bewertung von BGF-Maßnahmen lässt sich ein genaueres Bild zeichnen. Danach fand sich nur bei diagnostischen Instrumenten des Gesundheits- und Arbeitsschutzes wie der Arbeitsplatzbegehung oder Gesundheitsuntersuchungen eine sehr hohe Beteiligung. Hingegen war die Teilnahme der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an Gesundheitszirkeln oder an einer betrieblichen Sportgruppe deutlich geringer (Tab. 4.6.1) [20].

ERGEBNISSE DER KRANKENKASSENANALYSEN

Die Dokumentationen der gesetzlichen Krankenkassen, den wichtigsten außerbetrieblichen Akteuren der



◀ **Abbildung 4.6.1**
Direkt erreichte Personen durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2005 bis 2013
Datenbasis: GKV-Daten 2005–2013, tlw. Schätzung [21, 23–25]

— Durch Gesundheitsförderung in anderen Settings direkt erreichte Personen
..... Durch BGF direkt erreichte Personen

betrieblichen Gesundheitsförderung, zeigen seit 2005 einen deutlichen Anstieg der direkt erreichten Personen – jenen, die selbst an den gesundheitsbezogenen Veranstaltungen und Maßnahmen teilgenommen haben [21] (Abb. 4.6.1). Nach Daten des Präventionsberichts der gesetzlichen Krankenkassen wurden 2013 rund 1,1 Millionen Personen direkt von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V erreicht. Das sind mehr als doppelt so viele wie noch 2005 [21], entspricht aber nur etwa 3 % der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten [22]. Zu beachten ist, dass die Präventionsberichte nur über Vorhaben informieren, die durch die gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden, aber nicht über Angebote, welche die Beschäftigten oder die Unternehmen selbst finanzieren beziehungsweise dem Gesundheits- und Arbeitsschutz zuzuordnen sind.

4.6.3

DETERMINANTEN DER DURCHFÜHRUNG UND NUTZUNG BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

BETRIEBSGRÖSSE UND BRANCHE

Bei der Beurteilung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu beachten, dass sich die Arbeits- und Produktionsbedingungen in Abhängigkeit von der Betriebsgröße stark unterscheiden können. Üblicherweise werden kleinst-, klein- und mittelgroße Unternehmen (KMU) von Großunternehmen abgegrenzt. Wichtige Kenngrößen sind dabei die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der Umsatz oder die Bilanzsumme. Wird die Mitarbeiterzahl als Kenngröße herangezogen, gelten Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten als KMU [26]. Großbetriebe verfügen meist über einen gut ausgebauten Arbeits- und Gesundheitsschutz, der arbeitsteilig organisiert ist und gleichzeitig einen guten Anknüpfungspunkt für betriebliche Gesundheitsförderung bietet. Auch scheint die Existenz einer Arbeitnehmervertretung (Betriebs- oder Personalrat), welche an eine Mindestbetriebsgröße gebunden ist, förderlich für betriebliche Gesundheitsförderung zu sein [27]. In kleinsten, kleinen oder mittleren Unternehmen ist betriebliche Gesundheitsförderung dagegen oft nicht arbeitsteilig organisiert, sondern unmittelbar in den Arbeitsalltag integriert [28]. Aus diesem Grund wurden zusätzlich zu den vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) veröffent-

lichten »Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung« eigenständige Kriterien für kleine und mittlere Unternehmen entwickelt [29].

Von den Betrieben, die 2013 ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern BGF-Maßnahmen mit Unterstützung von Krankenkassen anboten, hatten 42 % eine Größe von 100 bis 499 Beschäftigten [21]. Auch die Auswertungen der Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie belegen, dass Angebote und BGF-Maßnahmen mehrheitlich in Betrieben mit mehr als 250 Mitarbeitern angeboten werden [17]. Demnach erreicht betriebliche Gesundheitsförderung kleinere Betriebe nicht so gut, obwohl in Deutschland 99,6 % der Unternehmen weniger als 250 Beschäftigte haben. Die Tatsache, dass betriebliche Gesundheitsförderung vor allem in größeren Betrieben stattfindet, liegt sicherlich an der günstigeren Kosten-Nutzen-Relation für die außerbetrieblichen Akteure, da dort sehr viele Beschäftigte erreicht werden [30]. Hinzu kommt, dass es in größeren Betrieben oftmals bereits aufbaufähige Strukturen und professionelle Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen gibt, was die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung erleichtern kann [27, 30].

Werden die Branchen unterschieden, in denen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden, so sind Industrie und öffentlich-sozialer Sektor überdurchschnittlich, Handwerk und Handel hingegen unterdurchschnittlich vertreten [31]. Krankenkassenunterstützte betriebliche Gesundheitsförderung ist vor allem im Bereich des verarbeitenden Gewerbes zu finden [21]. Eine unterdurchschnittliche Verbreitung ist beispielsweise in den unternehmensnahen Dienstleistungen und ganz besonders im Gastgewerbe festzustellen [30].

GESCHLECHT UND ALTER

Durch Krankenkassen geförderte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung erreichten insgesamt mehr Männer als Frauen, der Männeranteil beträgt 62 % [21]. Das kann damit erklärt werden, dass die Krankenkassen zu einem hohen Anteil BGF-Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen, eine Branche mit hohem Anteil männlicher Beschäftigter. Studien, die auch andere Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung als die der Krankenkassen erfassten, fanden eine höhere Inanspruchnahme solcher Angebote durch Frauen im Vergleich zu Männern [20]. Bei der allgemei-

nen Abfrage der Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 zeigen sich hingegen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern [32].

Mit steigendem Alter ist je nach Studie eine höhere Beteiligung an den Maßnahmen zu verzeichnen (Tab. 4.6.1) [20]. Bei den Maßnahmen der Krankenkassen waren 22,6 % der erreichten Mitarbeiter mindestens 50 Jahre alt [24]. In der BIBB/BAuA-Befragung von 2005/06 war noch ein deutlicher Altersgradient in der Inanspruchnahme festgestellt worden, der sich in der Befragung 2012 nicht mehr zeigte. Das wird auf die gesunkene Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen zurückgeführt. Dies ist als problematisch einzuschätzen, da in diesen Altersgruppen eine höhere gesundheitliche Belastung vorliegt. Zudem könnte dies das erklärte Ziel gefährden, ältere Arbeitnehmer länger zu beschäftigen [32].

QUALITÄT DER BGF-MAßNAHMEN

Einen Hinweis auf die Qualität geben die Laufzeit, die Durchführung eines Gesundheitszirkels und die Art der individuellen BGF-Maßnahmen. Je länger BGF-Maßnahmen dauern, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein umfassender, aufeinander aufbauender BGF-Prozess stattgefunden hat, der zudem nachhaltig wirkt. Längerfristige Effekte sind auch dann zu erwarten, wenn im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden. Ein Gesundheitszirkel ist ein Indiz für die Einbindung der Beschäftigten, kann zur Evaluation genutzt werden und trägt somit auch zur Qualität bei.

Bei den Krankenkassen verlängerte sich in den letzten Jahren die durchschnittliche Laufzeit der BGF-Projekte: 2013 betrug sie 37,9 Monate. Bei 56 % aller Aktivitäten waren verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen kombiniert worden, bei 19 % der Projekte wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Gesundheitszirkel einbezogen und bei 74 % wurden Erfolgskontrollen (Evaluationen) durchgeführt oder geplant [21].

Es besteht aber dennoch Handlungsbedarf: Insgesamt handelt es sich trotz der Verbesserungen bei der Mehrzahl der betrieblichen Maßnahmen immer noch um zeitlich befristete Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention, ohne dass damit ein Prozess der Organisationsentwicklung angestoßen wird – etwa mit dem Ziel, die Arbeitsorganisation zu verändern oder Handlungs- und Entscheidungsspielräumen zu erweitern. Die Nachhaltigkeit ist dabei eine der größten Herausforderungen, denn Untersuchungen zeigen, dass nur etwa die Hälfte der Betriebe ihre BGF-Maßnahmen nach zwei Jahren noch fortführt [16, 30].

4.6.4

FAZIT UND HANDLUNGSBEDARF

Trotz erster Nachweise des Nutzens beziehungsweise der Wirksamkeit bestimmter BGF-Maßnahmen, insbesondere von Maßnahmenkombinationen [33–36], verbreitet sich betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland nur langsam. Neben dem quantitativen besteht auch qualitatives Entwicklungspotenzial für betriebliche Gesundheitsförderung.

Ein besonderer Bedarf besteht in kleinen und mittleren Unternehmen, die gegenüber größeren Betrieben deutlich seltener BGF-Maßnahmen durchführen, obwohl eingeschätzt werden kann, dass Qualität und Beteiligungsrate relativ hoch sind, wenn Projekte umgesetzt werden [37]. Auch neuere Arbeitsformen mit hohen gesundheitlichen Risiken – etwa befristete Beschäftigung sowie Leih- und Zeitarbeit – werden bislang wenig berücksichtigt. Ähnliches gilt für die älter werdenden Belegschaften. Auch die gesundheitlich als besonders belastet geltende Gruppe der Arbeitslosen sollte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung über die Bundesagentur für Arbeit erreicht werden. Diese Bevölkerungsgruppen bzw. Arbeitskontexte bedürfen eigener zielgruppenspezifischer BGF-Maßnahmen [16, 30, 38].

Die Bemühungen, Arbeits- und Gesundheitsschutz mit betrieblicher Gesundheitsförderung stärker zu verbinden, sind noch nicht weit vorangekommen [39]. Eine solche stärkere Verbindung könnte aber dazu beitragen, dass Unternehmen gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen als Ressource im Betrieb begreifen. Hierfür benötigen die Betriebe gute Informationen über betriebliche Gesundheitsförderung, über erfolgreiche Praxisbeispiele sowie über das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis von BGF-Investitionen [40]. Das im Juli 2015 in weiten Teilen in Kraft getretene Präventionsgesetz stärkt die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland ausdrücklich, zum Beispiel durch die Einbindung der Betriebsärzte und -ärztinnen sowie durch eine gezielte Unterstützung kleiner und mittlerer Unternehmen. Dabei sollen die Krankenkassen ab 2016 für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V jährlich mindestens zwei Euro pro Versicherten und Kalenderjahr aufwenden. Ein weiterer Aspekt ist die ausdrücklich formulierte Verbindung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung. Dies geschieht zum Beispiel dadurch dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Entwicklung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen die Arbeitsschutzziele der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz berücksichtigt (§ 20 Abs. 3 SGB V). Diese sollen auch bei der Festlegung gemeinsamer Ziele im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie Berücksichtigung finden [9].

Um betriebliche Gesundheitsförderung in Betrieben weiter zu etablieren, aber auch ihre Qualität zu sichern, wurden nationale und internationale Netzwerke gegründet. Europaweit ist seit 2002 das European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) aktiv. Ihm folgte im gleichen Jahr die Gründung des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), dem Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallversicherung angehören. Den mittlerweile über 1.000 Mitgliedern (Stand 2011) bietet das DNBGF eine Plattform, die dem Erfahrungs- und Informationsaustausch, der Kooperation sowie der Formulierung von Standards dient, die wissenschaftlich fundiert sind und auf der Aufbereitung von Forschungs- und Praxisergebnissen beruhen [41]. Von den Netzwerken können wichtige Impulse ausgehen, betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren und zu verbessern.

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Arbeitsmarkt/lrwrw011.html (Stand: 25.02.2015)
2. Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2013. Destatis, Wiesbaden
3. Faller G (2012) Was ist eigentlich BGF? In: Faller G (Hrsg) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Huber Verlag, Bern, S. 15-26
4. Richter G, Bode S, Köper B (2012) Demografischer Wandel in der Arbeitswelt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
5. European Network for Workplace Health Promotion (2007) Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf (Stand: 02.07.2015)
6. GKV-Spitzenverband (2014) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband, Berlin
7. Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsmanagement (ENWHP) (1999) Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Gesunde_Mitarbeiter_in_gesunden_Unternehmen_Erfolgreiche_Praxis_Qualitaetskriterien.pdf (Stand: 16.11.2015)
8. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2012) Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
9. Präventionsgesetz – PräVG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379
10. Kuhn J (2015) Das Gesundheitspolitische Lexikon. Betriebliche Gesundheitsförderung. Dr med Mabuse 40(213):44
11. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Themen von A-Z. Gefährdungsbeurteilung. www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Gefaehrdungsbeurteilung/Gefaehrdungsbeurteilung.html (Stand: 02.07.2015)
12. Kuhn K (2012) Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller G (Hrsg) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, S. 27-38
13. Lenhardt U, Rosenbrock R (2010) Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hogrefe, Bern, S. 324-335
14. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2012) Dokumentation der Statuskonferenz 2011. »Gesundheit im Betrieb – Risiken vermeiden und Ressourcen stärken«. Statusbericht 5. BVPG, Berlin. www.bvpraevention.de/bvpg/images/fm_dateien/bvpg_statusbericht_5_web.pdf (Stand: 02.07.2015)
15. Rosenbrock R, Hartung S (2011) Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZgA, Köln, S. 231-235
16. Bauer GF, Jenny GJ (2012) Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller G (Hrsg) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern, S. 66-75
17. Lißner L, Brück C, Stautz A et al. (2014) Arbeitsschutz auf dem Prüfstand. Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, Berlin
18. Wittig P, Nöllenheidt C, Brenscheidt S et al. (2013) Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
19. Nöllenheidt C, Wittig P, Brenscheidt S (2014) Grundausswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012. Vergleich zur Grundausswertung 2006. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
20. Zok K (2009) Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2008 Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Springer Verlag, Berlin, S. 85-100
21. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2014) Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
22. Bundesagentur für Arbeit (2015) Beschäftigung – Die aktuellen Entwicklungen in Kürze – Februar 2015. www.statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Beschaeftigung/Beschaeftigung-Nav.html (Stand: 02.03.2015)
23. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2011) Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
24. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2014) Tabellenband zum Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
25. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2008) Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
26. Europäische Kommission (2003) Empfehlung der Kommission vom 6.Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0361&from=EN> (Stand: 16.11.2015)
27. Holleder A, Wießner F (2014) Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: results of the IAB Establishment Panel 2012. Int Arch Occup Environ Health 2014;Epub
28. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2014) Dokumentation der Statuskonferenz 2013. Betriebliche Gesundheitsförderung. »Gesundheit in kleinen und mittleren Unternehmen«. Statusbericht 8. BVPG, Berlin.
29. European Network for Workplace Health Promotion (2001) Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). ENWHP, Essen.
30. Holleder A (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen 69(2):63-76
31. Bödeker W, Hüsing T (2008) IGA-Report 12. IGA-Barometer 2. Welle. Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit – 2007. Initiative Gesundheit und Arbeit, Essen, Dresden, Bonn, Siegburg
32. Beck D, Lenhardt U (2014) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. Gesundheitswesen 2014;Epub
33. Goldgruber J, Ahrens D (2009) Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt: Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention. Präv Gesundheitsf 4(1):83-95
34. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W (2008) IGA-Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Initiative Arbeit und Gesundheit, Essen, Dresden, Bonn, Siegburg
35. Kuoppala J, Lamminpää A, Husman P (2008) Work health promotion, job well-being, and sickness absences—a systematic review and meta-analysis. J Occup Environ Med 50(11):1216-1227
36. Schröder S, Haupt J, Pieper C (2013) Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – eine Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006-2012. Kongress »Gesundheit zwischen Wirtschaft und Demographie« vom 18. bis 20. Septem-

ber 2013, Marburg.
www.dgsmp.de/files/jahrestagung/2013/abstracts_id2013_marburg.pdf (Stand: 16.07.2015)

37. Beck D, Schnabel P-E (2010) Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. *Gesundheitswesen* 72:222-227
38. Wellmann H (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (Hrsg) *Teilhabe am Arbeitsleben durch Betriebliche Gesundheitsförderung – IQPR Forschungsbericht Nr 3. IQPR*, Köln S. 30-48
39. *Gemeinsame Arbeitsschutzstrategie* (2013) Botschaften und Fakten zum Zwischenbericht der GDA-Evaluation. Arbeitsschutz auf dem Prüfstand. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, Berlin
40. Bechmann S, Jäckle R, Lück P et al. (2011) IGA-Report 20. *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Umfrage und Empfehlungen. Initiative Gesundheit und Arbeit*, Essen, Dresden, Bonn, Siegburg
41. *Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung* (2011) *Großunternehmen, Kleinunternehmen, Öffentlicher Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege, Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung*. DNBSG, Essen.
www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/DNBSG_Erfolgsbilanz_und_Pflichtenheft.pdf (Stand: 02.07.2015)

4.7

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER KOMMUNE

-
- / *Die Lebensbedingungen im Wohnumfeld beeinflussen die Gesundheit von Erwachsenen und Kindern.*
-
- / *Wohnquartiere mit einem hohen Anteil sozial Benachteiligter sind häufig von schlechteren Lebensbedingungen und geringeren Gesundheitschancen geprägt.*
-
- / *Kommunale Gesundheitsförderung zielt darauf ab, gesundheitliche Chancengleichheit in Settings wie Kita, Schule, Betrieben und Senioreneinrichtungen zu fördern.*
-
- / *Die intersektorale Zusammenarbeit von Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, soziale Dienste, Bildung, Sport, Verkehr oder Stadtentwicklung ist dabei ein wichtiges Prinzip.*
-
- / *Kommunale Gesundheitsförderung erfordert kontinuierliche und nachhaltige Maßnahmen und die Integration von Gesundheit als Querschnittsaufgabe.*

4.7

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER KOMMUNE

In der Stadt, dem Stadtviertel oder der Nachbarschaft lassen sich verschiedene Ressourcen aber auch Belastungen für die Gesundheit der Menschen identifizieren. Zu den Ressourcen zählen beispielsweise Grünflächen und öffentliche Freiräume oder Angebote der gesundheitlichen Versorgung. Dazu gehören aber auch psychosoziale Aspekte, wie die soziale Unterstützung durch die Nachbarschaft im Wohnquartier oder in der Kommune [1]. Zu den Belastungen zählen besonders Einflüsse der räumlichen Umwelt, wie beispielsweise Luftverschmutzung, Lärm oder zu wenige Flächen für körperliche Aktivitäten [2] (siehe Kapitel 3.6), aber auch soziale Aspekte wie die Kriminalitätsrate. Der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ist bekannt [3–6] (siehe Kapitel 3.1). Gleichzeitig belegen Studien, dass Präventionsmaßnahmen sozial Benachteiligte nur relativ schlecht erreichen (Präventionsdilemma) [7, 8]. Um Gesundheitsförderung bedarfs- und adressatengerecht einzusetzen, gehört solchen Wohnquartieren besondere Aufmerksamkeit, die durch Problemlagen gekennzeichnet sind. Zu diesen gehören etwa ein hoher Anteil an Personen mit geringem Einkommen, niedriger Schulbildung, Migrationshintergrund sowie Arbeitslosen oder Alleinerziehenden. Zudem sind sozial benachteiligte Wohnquartiere häufig von höheren Umweltbelastungen geprägt [2].

Die kommunale Gesundheitsförderung wird als vielversprechend angesehen, um sozial Benachteiligte zu erreichen und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern [9]. Hier lassen sich auch solche Zielgruppen erreichen, die über andere Settings wie Kita, Schule und Betrieb in der Regel nicht erreicht werden.

Nach dem Grundgesetz haben Kommunen das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln. Zu ihrem Aufgabenbereich zählt damit auch Gesundheitsförderung im Rahmen der Daseinsfürsorge, in die alle verantwortlichen Akteure einzubinden sind.

4.7.1

ENTWICKLUNG UND MERKMALE DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986 beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) »Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen« im Setting »community« als ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitsförderung [10]. Der englische Begriff »community« umfasst in seiner Bedeutung dabei sowohl die geografisch definierte soziale Einheit des Wohnquartiers, der Gemeinde, des Stadtteils oder der Nachbarschaft als auch soziale Verbindungen von Personengruppen, die gemeinsame Lebensgewohnheiten, Werte oder die gleiche Sprache teilen.

Im deutschen Sprachgebrauch wird »community« üblicherweise mit »Gemeinschaft« oder »Gemeinde« übersetzt [11, 12]. Um deutlich zu machen, dass unter Kommune mehr als der geografische Raum zu verstehen ist, wird in der Gesundheitsförderung der Begriff des Settings benutzt. Das Setting Kommune ist danach Sozi-

alraum und Ressource, in dem die sozialen Netzwerke der Gemeinschaft gestärkt werden und in dem durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (siehe unten) systemische Veränderungen in der kommunalen Politik und in den kommunalen Institutionen vorangebracht werden sollen [13]. Ziel ist es, die Gesundheitschancen in einer Kommune nachhaltig zu verbessern.

Die Kommune kann auch als »Dach-Setting« verstanden werden, unter dem weitere Lebenswelten wie zum Beispiel Quartier, Kita oder Betrieb zu verorten sind. Ihr kommt die Aufgabe der Koordination aller an Gesundheitsförderung beteiligten Akteure und Netzwerke zu, aber auch die Gestaltung der Rahmen und Übergänge zwischen den einzelnen Settings [13–15].

Zentrale Merkmale der kommunalen Gesundheitsförderung sind eine gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik, die intersektorale Zusammenarbeit, Partizipation und eine kommunale Gesundheitsberichterstattung.

GESUNDHEITSFÖRDERNDE KOMMUNALE GESAMTPOLITIK

Als Weiterentwicklung der intersektoralen Zusammenarbeit wird eine »gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik« (healthy public policy) angestrebt [10]. Diese sieht vor, dass bei allen administrativen und politischen Entscheidungen in der Kommune das Thema Gesundheit dauerhaft berücksichtigt werden soll, um nachhaltige Strukturen zu schaffen [13]. Das übergeordnete Prinzip »Gesundheit in allen Politikfeldern« (Health in all Policies) will die multifaktoriellen Ursachen von Gesundheit und Krankheit in allen gesellschaftspolitischen Bereichen berücksichtigen und alle politischen Sektoren an der Gesundheitsförderung beteiligen [16]. Für die Kommunen hat der darauf aufbauende gesamtgesellschaftliche Ansatz (whole-of-society approach) der WHO besondere Bedeutung, da er die gemeinsame Verantwortung aller staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteure durch kommunale sektorenübergreifende integrierte Gesamtkonzepte betont [14].

INTERSEKTORALE ZUSAMMENARBEIT

Wichtiges Prinzip bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden kommunalen Gesamtpolitik ist die intersektorale Zusammenarbeit. Sie soll möglichst viele Akteure für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zusammenbringen. Dies umfasst sowohl die interne Kooperation der Akteure des politisch-administrativen Systems als auch dessen externe Kooperation mit relevanten Akteuren außerhalb des staatlichen oder kommunalen Bereichs; insgesamt geht es um die Zusammenarbeit zwischen dem staatlichen, dem marktwirtschaftlichen und dem »Drittem« – freiwilligen oder gemeinnützigen – Sektor [17].

Kommunale Gesundheitskonferenzen (Runde Tische) sollen Einrichtungen aus allen gesundheitsrelevanten Bereichen vernetzen, sowohl aus dem Gesundheitssektor als auch aus den Bereichen Bildung, Sport, Verkehr, Stadtentwicklung, Umwelt, Wirtschaft, Soziale Dienste und zivilgesellschaftliche Organisationen [13, 18]. Ziel ist der Aufbau von Kooperationsstrukturen, die bei der Ermittlung der Bedarfe sowie bei der Abstimmung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung in der Kommune hilfreich sind [18]. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist dabei die Beteiligung (Partizipation) der Bürgerinnen und Bürger.

PARTIZIPATION

Die Beteiligung der Bevölkerung gilt gemäß der Ottawa-Charta als eine der Grundvoraussetzungen für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung kann das je nach Bedarf auf unterschiedliche Weise beziehungsweise mittels verschiedener Methoden und Beteiligungsinstrumente umgesetzt werden, wobei die Beteiligung sich stets an den Aufgaben, der Organisation und den dafür erforderlichen Ressourcen orientieren sollte [19]. Partizipation erfolgt im Idealfall als »Teilhabe« und nicht nur als »Teilnahme« [20] (Infobox 4.8.2, Kapitel 4.8).

KOMMUNALE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Kommunale Gesundheitsberichterstattung dient als Entscheidungsgrundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Dazu werden lokal verfügbare Daten und Informationen zum Gesundheitszustand und den Determinanten der Gesundheit in der Kommune beziehungsweise in der Gemeinschaft erhoben und ausgewertet. Kommunale Gesundheitsberichterstattung ist ein wichtiges Instrument für die Qualitätsbewertung der kommunalen Gesundheitsförderung. In der Regel werden die lokal verfügbaren Daten in einem Gesundheitsbericht vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zusammengestellt [21]. Ziel der kommunalen Gesundheitsberichterstattung ist es, Entscheidungen für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen vor Ort wissenschaftsbasiert vorzubereiten (vgl. [22]). Im Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen« (www.gesundheitsziele.de) wird für den kommunalen Bereich eine übergreifende »integrierte Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsberichterstattung« angestrebt [23]. Ähnliche Konzepte werden auch für das Gesundheitsziel »Gesund älter werden« gefordert [24].

4.7.2

MASSGEBLICHE INITIATIVEN DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Kommunen, die sich durch organisatorische Strukturen und Beschlüsse bereit erklären, Gesundheit als Kernstück ihrer Kommunalpolitik zu sehen [25] (www.gesunde-staedte-netzwerk.de). Intersektorale Zusammenarbeit, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsberichterstattung und lokale Gesundheitsziele sind dabei erklärte Prinzipien. Grundsatz der Gesunden Städte ist, gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu schaffen und den Fokus auf sozial Benachteiligte zu legen [26]. Das Netzwerk der Gesunden Städte umfasst aktuell 75 Städte in Deutschland (Stand: Januar 2015). Damit werden zusammen rund 20 % der Bevölkerung, zumindest indirekt, durch Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung erreicht [25, 27].

Der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« will den Austausch zwischen Kommunen fördern, die integrierte kommunale Strategien zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufbauen möchten, sogenannte Präventionsketten [28].

Die integrierten kommunalen Strategien zielen darauf ab, Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlicher kommunaler Akteure und Institutionen zu bündeln sowie deren Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und deren Eltern aufeinander abzustimmen. Grundlage bilden dabei die Handlungsempfehlungen »Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher nachhaltig verbessern!« vom Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«, in den der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« eingebettet ist. Inzwischen wird der kommunale Partnerprozess mit dem Ansatz der Präventionsketten nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt, sondern auf den gesamten Lebensbereich übertragen; ergänzende Schwerpunkte werden insbesondere im Bereich »Gesundes Altern« gesetzt [29].

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde – vor dem Hintergrund der ungleich verteilten Gesundheitschancen – durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aufgebaut, gemeinsam mit mehreren Ländern, den Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenkassen sowie Ärzte- und Wohlfahrtsverbänden [30]. Ziel des Verbundes mit derzeit 62 Kooperationspartnern ist es, die Transparenz im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu erhöhen, die Qualität der Angebote zu verbessern und die Zusammenarbeit der Akteure zu unterstützen (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Der Kooperationsverbund hat Koordinierungsstellen in allen Ländern, welche die Kommunen im Rahmen des Partnerprozesses »Gesund aufwachsen für alle!« begleiten und beraten.

Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gehören auf kommunaler Ebene auch die »Frühen Hilfen« dazu. Sie bieten lokale Unterstützung mit koordinierten, multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Hilfsangeboten für Eltern und Kinder in den ersten Lebensjahren an, unter anderem Schwangerschaftsberatung, Frühförderung, medizinisch-psychologische Unterstützung oder soziale Dienste der Kinder- und Jugendhilfe. Durch die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Eltern, vor allem bei alltagspraktischen Belangen, sollen die »Frühen Hilfen« dazu beitragen, dass Risiken für die Entwicklung eines Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden können [31].

Die lokalen Maßnahmen werden durch ein Bundesprogramm unterstützt (www.fruehehilfen.de). Eine bundesweite Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2013 zeigt, dass die »Frühen Hilfen« nahezu flächendeckend in Deutschland aufgebaut wurden, wenngleich die Umsetzung wie auch die Kooperationen vor Ort sehr heterogen sind und eine regelhafte Vernetzung mit dem Gesundheitsbereich bislang kaum erreicht wurde [32].

Das Internetportal für kommunale Zusammenarbeit (www.inforo-online.de) ermöglicht den Austausch zwischen kommunalen Akteuren, Netzwerkkoordinatoren und Fachkräften der kommunalen Gesundheitsstrategien. Über die Plattform soll auch der Austausch zwischen verschiedenen Initiativen aus dem Jugendhilfe- und Gesundheitsbereich vorantrieben werden. Bisher nutzen die Bundesinitiative Frühe Hilfen und der Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« die Plattform für ihren Fachaustausch.

4.7

Auch in Politikbereichen außerhalb der Gesundheitspolitik ist eine Entwicklung zu verstärkter Vernetzung und Koordination auf Gemeindeebene zu beobachten, um Maßnahmen zielorientierter umzusetzen und die Lebensbedingungen in den Kommunen zu verbessern. So hat zum Beispiel das Bund-Länder-Programm »Soziale Stadt« das Ziel, den sozialen Zusammenhalt und die Integration aller Bevölkerungsgruppen in »Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf« zu verbessern. Dem Quartiers- oder Stadtteilmanagement kommt bei der Gestaltung des Prozesses und bei der Einbindung und Motivierung der Bewohner eine zentrale Rolle zu. Zu den Aufgaben gehören dabei die Initiierung, Entwicklung und Umsetzung von Projekten, die Koordination und Moderation der örtlichen Prozesse sowie die Vernetzung der lokalen Akteure und die Öffentlichkeitsarbeit [25, 33]. Im Rahmen des Bund-Länder-Programms »Soziale Stadt« wurden bislang in 378 Städten und Gemeinden Maßnahmen umgesetzt [34].

4.7.3

AUSBLICK UND HANDLUNGSBEDARF

Um die Gesundheitsförderung in der Kommune umzusetzen, muss eine Vielzahl von Akteuren für komplexe und langfristig angelegte Maßnahmen eingebunden werden. Das stellt hohe Anforderungen an Ressourcen, politischen Willen und Durchhaltevermögen sowohl bei den kommunalen Institutionen und Organisationen als auch bei der Bevölkerung. Dem kommt entgegen, dass sich im Jahr 2013 die kommunalen Spitzenverbände und die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung deutlich zur Zusammenarbeit in der Kommune bekannt und auch entsprechende konkrete Empfehlungen formuliert haben. Gemeinsame kommunale Gremien sollen dazu führen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Kommune abgestimmt und gebündelt werden [35]. Standards zur Netzwerk- und Strukturbildung liegen auch auf Quartiersebene vor [36–38] und sollen die Verknüpfung von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung unterstützen. Um die Empfehlungen umsetzen zu können, benötigen die Kommunen und der Öffentliche Gesundheitsdienst allerdings mehr finanzielle und personelle Ressourcen, wobei aber auch nichtstaatliche finanzielle Ressourcen, z. B. Fundraising oder Public Private Partnership, in Betracht gezogen werden sollten [39].

Schwerpunkte zukünftiger Projekte kommunaler Gesundheitsförderung werden vor allem bei den Zielgruppen der Kinder und der Älteren gesehen, besonders unter der Prämisse der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit [12, 40]. Ein wichtiger Schritt ist dabei die Integration von Gesundheit als Querschnittsaufgabe in der kommunalen Verwaltung [41]. In dem im Juli 2015 in weiten Teilen in Kraft getretenem Präventionsgesetz erhalten die kommunalen Spitzenverbände die Möglichkeit mit einer beratenden Stimme in der Nationalen Präventionskonferenz an der Nationalen Präventionsstrategie und ihren trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen mitzuwirken. Ebenso können die kommunalen Spitzenverbände auf Länderebene bei der Formulierung der trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie beratend Einfluss nehmen [42].

LITERATUR

1. Dragano N (2012) Soziales Kapital und Gesundheit im städtischen Raum. *Public Health Forum* 20(2):5.e1-5.e3
2. Böhme C, Bunge C, Bunzel A et al. (2013) Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Zwischenergebnisse eines Forschungsvorhabens. *UMID* 1(35-41)
3. Lampert T, Saß A, Häfeling M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
4. Heyn T, Fryczewski I, Heckenroth M (2010) Gesundheit lernen. Wohnquartiere als Chance für Kinder. Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Institut und empirica AG. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh. www.bertelsmann-stiftung.de; Zugriff 05.01.2014 (Stand: 05.01.2014)
5. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2010) *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. WHO Europe, Copenhagen
6. Wilkinson R, Marmot M (Hrsg) (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. World Health Organization, Copenhagen
7. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2010) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 13-23
8. Bauer U (2005) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
9. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (WHO Europa) (2012) *Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie*. WHO-Europa, Copenhagen
10. World Health Organization (WHO) (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Europe, Copenhagen
11. Trojan A, Süß W (2011) Gemeindeorientierung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S. 93-95
12. Loss J (2009) Die Gemeinde – lebensnotwendige Stimme für die Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (4):147-148
13. Trojan A, Süß W (2010) Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 336-346
14. Geene R, Lehmann F, Höppner C et al. (2013) Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*. Verlag gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S. 19-68
15. GKV-Spitzenverband (2014) *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. GKV-Spitzenverband, Berlin
16. Kickbusch I, Buckett K (Hrsg) (2010) *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010. Department of Health, Government of South Australia, Adelaide
17. Trojan A, Süß W (2011) Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verlag für Gesundheitsförderung, Köln, S. 133-136
18. Wersé W (2010) Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Erfahrungen und Perspektiven. *Gesundheitswesen* 72(3):146-149
19. Süß W, Trojan A (2012) Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 183-196
20. Wright MT (2012) Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 91-101
21. Stockmann S, Kuhn J, Zirngibl A et al. (2008) *Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung*. *Gesundheitswesen* 70(11):679-683
22. Jordan S (2012) *Monitoring für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Beitrag des Monitorings und seiner Berichterstattungs-*

- systeme zu Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 7(2):155-160
23. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Kooperationsverbund gesundheitsziele. de. BMG, Berlin
 24. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2012) Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. gesundheitsziele.de – Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. BMG, Berlin
 25. Stender K-P, Böhme C (2011) Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZgA, Köln, S. 236-241
 26. Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2013) Würzburger Erklärung. »Gesundheit möglich machen – Prävention stärken!«. Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, Würzburg.
www.gesunde-staedte-netzwerk.de (Stand: 15.04.2015)
 27. Weth C (2012) Gesundheit als Zukunftsthema für Kommunen. *Impulse* (76):2-3
 28. Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) Kommunaler Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!«. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=partnerprozess> (Stand: 23.01.2015)
 29. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg) (2014) Newsletter Ausgabe 3 / 2014 Schwerpunkt Präventionskette im Lebensverlauf. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Berlin
 30. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2003) Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Ländern.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/koordinierungsstellen/ (Stand: 23.01.2015)
 31. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG) (2013) Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. LVG, Hannover
 32. Sann A, Küster E-U (2013) Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI), TU Dortmund AK-uJA (Hrsg) Datenreport Frühe Hilfen. BZgA, Köln, Vol Ausgabe 2013, S. 36-45
 33. GKV-Spitzenverband (2010) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin
 34. Bundesministerium für Umwelt N, Bau und Reaktorsicherheit, (2014) Soziale Stadt.
http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html (Stand: 23.01.2015)
 35. Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund et al. (2013) Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune.
www.gkv-spitzenverband.de; Zugriff am 25.10.2013
 36. Reimann B, Böhme C (2013) Mehr Gesundheit im Quartier: Wie Gesundheitsförderung in die Stadtteilentwicklung integriert werden kann. Gesundheitswesen Elektronische Vorabpublikation 11.06.2013
 37. Kolip P, Gerken U, Schaefer I et al. (2013) Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung. Beltz Juventa Verlag, Weinheim
 38. Wright MT (Hrsg) (2010) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern
 39. Loss J (2009) Finanzierung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. *Prävention und Gesundheitsförderung* 4(3):195-206
 40. Spicker I, Lang G (2011) Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen. Fonds Gesundes Österreich, Wien
 41. Große J, Grande G (2012) Stadtteilarbeit und Gesundheitsförderung in deprivierten Stadtvierteln. *Public Health Forum* 20(2):18.e11-18.e14
 42. Präventionsgesetz – PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379

4.8 PRÄVENTION UND GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN KINDERTAGES- EINRICHTUNGEN UND SCHULEN

- ✓ *Kindertageseinrichtungen und Schulen sind für Prävention und Gesundheitsförderung gut geeignet, da fast alle Heranwachsenden gleichermaßen erreicht werden.*

- ✓ *Von politischen Initiativen wie den Bildungsrahmenplänen oder dem Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung« gehen wichtige Impulse zur Verbreitung der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen aus.*

- ✓ *In Kindertageseinrichtungen und Schulen überwiegt die Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, Zahngesundheit und Suchtprävention.*

- ✓ *Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit sollten Zielgruppen und lokale Netzwerke beteiligen und Methoden der Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung integrieren.*

- ✓ *Die Erfolge bei der Einbindung von Kindertageseinrichtungen und Schulen in kommunale Präventionsketten sollten über die Verbreitung und Verstärkung regionaler Netzwerke ausgebaut werden.*

INFOBOX 4.8.1

RESILIENZ

Resilienz bezeichnet bei Kindern und Jugendlichen eine »psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken« [2]. Im Fokus des Resilienzkonzepts steht die Förderung von Ressourcen, die es ermöglichen, dass die in der jeweiligen Altersstufe relevanten Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Lebenssituationen bewältigt werden können. Resilienz hängt von verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Kinder ab. Dabei ist Resilienz als ein Prozess zu verstehen, der im Laufe des Lebens Schwankungen unterworfen ist und, der von kognitiven, emotionalen, körperlichen, spirituellen

und sozialen Resilienzfaktoren der Kinder abhängt. Als zentrale Resilienzfaktoren wurden identifiziert:

- / positive Selbstwahrnehmung
- / eine angemessene Selbststeuerungsfähigkeit
- / Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- / soziale Kompetenzen
- / angemessener Umgang mit Stress
- / Problemlösekompetenz [3].

In Deutschland erlangen Programme zur Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen zunehmend an Bedeutung. Zentrale Ziele sind die Förderung der psychosozialen Kompetenzen der Heranwachsenden und die Einbindung der erwachsenen Bezugspersonen, insbesondere Eltern, Lehrkräfte oder Erzieher/-innen [4, 5].



4.8

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KINDERTAGES-EINRICHTUNGEN UND SCHULEN

In Kindheit und Jugend entwickeln sich gesundheitsfördernde, aber auch -gefährdende Verhaltensweisen, welche die Gesundheit während des Heranwachsens und im späteren Erwachsenenalter beeinflussen können. Außerdem können bereits in der Kindheit auftretende psychische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten oder chronische Erkrankungen unter Umständen den weiteren Lebensverlauf bestimmen. Die Übergänge zwischen den verschiedenen Lebensphasen im Kindes- und Jugendalter können mit einer erhöhten Vulnerabilität (Krankheitsanfälligkeit) verbunden sein [1]. Andererseits sind soziale Kompetenzen und Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit), die in jungen Jahren erworben werden, gesundheitliche Ressourcen, die für die Gesundheit lebenslang unterstützend wirken können (Infobox 4.8.1).

Gegenwärtig lässt sich eine Veränderung der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) im Kindes- und Jugendalter beobachten: eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen [6–8]. Dabei wird eine gesundheitliche Ungleichheit von Gesundheitschancen bereits im Kindes- und Jugendalter sichtbar [9, 10].

4.8.1

ERREICHBARKEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN DURCH BETREUUNGS- UND BILDUNGSINSTITUTIONEN

Bei der Bewältigung der gesundheitsbezogenen Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter haben die Settings Kindertageseinrichtung (Kita) und Schule, ergänzend zum Leben in der Familie, eine zentrale Rolle. Über die Betreuungs- und Bildungsinstitutionen werden alle Kinder und Jugendlichen im Laufe ihres Heranwachsens erreicht [7]. So werden fast alle drei- bis fünfjährigen Kinder in einer Kindertageseinrichtung oder in

einer Kindertagespflege betreut. Die Betreuungsquote betrug am Stichtag 1. März 2014 in dieser Altersgruppe 93,5% [11]. Danach können Kinder und Jugendlichen weiter über das Setting Schule erreicht werden, da sich die Vollzeitschulpflicht in Deutschland in der Regel auf neun Schulbesuchsjahre erstreckt. Kindertageseinrichtungen und Schulen gelten wegen ihres universellen und vergleichsweise diskriminierungsarmen Zugangs als Schlüsselsetting zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit [12].

Aufgrund der föderalen Strukturen gibt es für Kindertageseinrichtungen und Schulen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zahlreiche Akteure mit unterschiedlichen Schwerpunkten (siehe Kapitel 4.1), auf die im Folgenden eingegangen wird. Eine umfassende Darstellung der Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen ist aber aus diesem Grund und aufgrund der zum Teil lückenhaften Datenlage nicht möglich.

4.8.2

FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN

BILDUNGSRAHMENPLÄNE FÜR KINDERTAGESEINRICHTUNGEN

In dem gemeinsamen Beschluss der Jugendministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz vom Juni 2004 formulieren die Länder einen gemeinsamen Rahmen über Bildungsziele in Tageseinrichtungen des Elementarbereichs. Frühe Bildung umfasst ausdrücklich den Bereich »Körper, Bewegung, Gesundheit« als durchgängiges Prinzip im Alltag von Kindertageseinrichtungen [13].

Mittlerweile haben alle 16 Länder Bildungsrahmenpläne für Kindertageseinrichtungen formuliert, mit denen landesweit pädagogische Standards gesetzt werden. In den Bildungsrahmenplänen spielt das Thema Gesundheit eine wichtige Rolle. Dabei unterscheiden nur zwei Pläne zwischen Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Infoboxen 4.1.1 und 4.1.2). Typische Präventi-

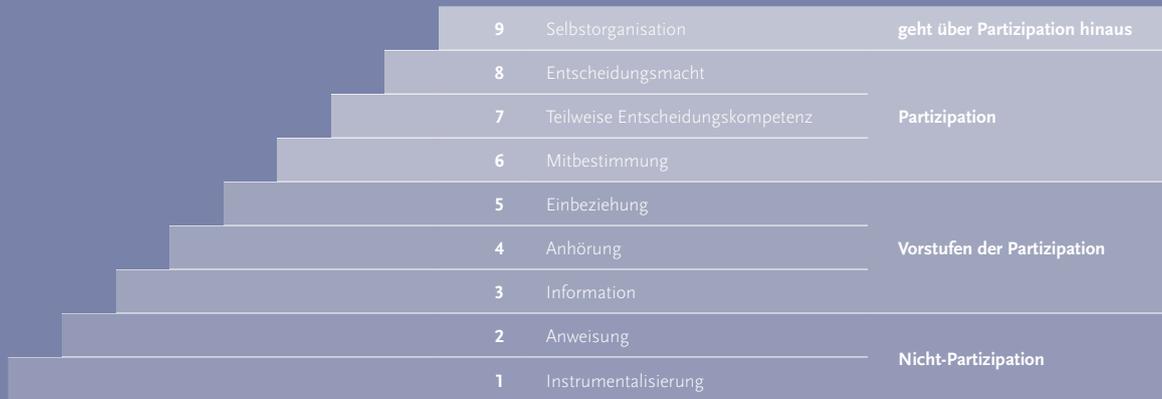
4.8



INFOBOX 4.8.2 PARTIZIPATION

Im Kontext der Gesundheitsförderung bedeutet Partizipation Teilhabe und nicht nur Teilnahme bei der Planung und Durchführung einer gesundheitsfördernden Maß-

nahme [16]. Deshalb können die Teilnehmenden die Ziele und Methoden mitbestimmen, die mit den Maßnahmen angegangen werden sollen. Die unterschiedlichen Stufen der Partizipation zeigt nachfolgendes Schema [16]:



onsthemen in den Bildungsrahmenplänen sind Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung, Körperwahrnehmung und -bewusstsein, Stressbewältigung, Unfallprävention, Verkehrserziehung, Hygiene, Sexualaufklärung, psychische Gesundheit, Gewalt- und Suchtprävention sowie Früherkennung. Neben körperlichen Gesundheitsressourcen wie der Bewegungsförderung werden auch personale und soziale Ressourcen aufgegriffen, zum Beispiel Stressbewältigung und Entspannung [14].

Obwohl den Bildungsrahmenplänen zumeist kein umfassendes Verständnis von Gesundheit im Sinne der WHO und der Ottawa Charter [15] zugrunde liegt, greifen andere darin enthaltene Bildungsthemen Elemente eines umfassenden Gesundheitsverständnisses auf, ohne sich dabei explizit auf Gesundheit zu beziehen, darunter die Themen soziale Kompetenz, Resilienz, Partizipation (Infobox 4.8.2), Beteiligung der Eltern oder Raumausstattung [14].

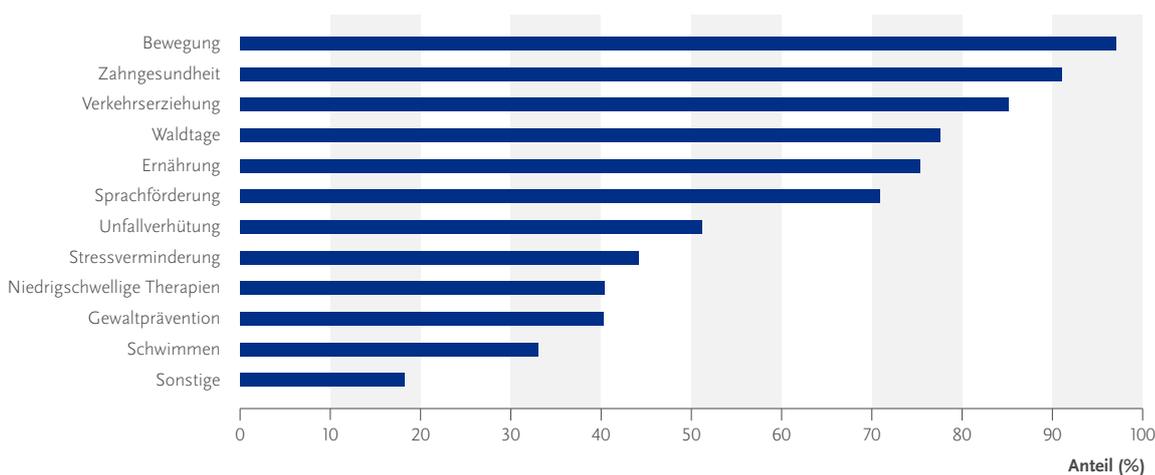
UMSETZUNG UND VERBREITUNG VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Seit der Einführung der Bildungsrahmenpläne von 2004 an [17] hat der überwiegende Teil der Kindertageseinrichtungen Präventionsmaßnahmen umgesetzt, insbesondere wenn die Einrichtungen in eine überregionale Trägerschaft eingebunden sind [18]. Die Maßnahmen werden als regelmäßiger Bestandteil in die Routinearbeit der Kindertageseinrichtungen integriert oder als Einzelprojekte durchgeführt. Im Rahmen der Studie Bestandserhebung Gesundheitsförderung in Kitas (BeGKi) wurde 2006 eine Befragung von 643 Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Sie zeigt, dass Bewegung, Ernährung und Zahngesundheit zentrale Themenfelder sind, die sowohl in die Alltagsaktivitä-

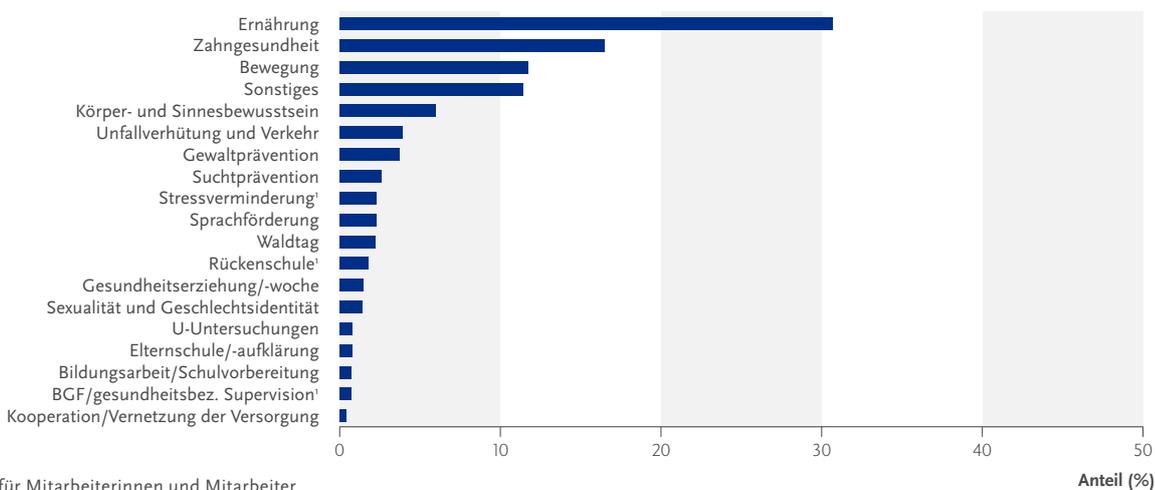
ten der Kindertageseinrichtungen eingebunden oder als einzelne Projektthemen umgesetzt werden (Abb. 4.8.1 und 4.8.2). Größere und von kommunalen Trägern finanzierte Einrichtungen integrieren mehr Aktivitäten in ihren Alltag als Einrichtungen von konfessionellen Trägern, Wohlfahrtsverbänden oder privaten Trägern [19].

Nach der BeGKi-Studie hatten gut die Hälfte der Kindertageseinrichtungen Einzelprojekte zur Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt (53,2 %). Durchschnittlich wurden zwei Projekte pro Einrichtung umgesetzt, die sich aber hinsichtlich Themenfeld (Abb. 4.8.2), Zielgruppe (Abb. 4.8.3), Projektdauer pro Einheit und gesamte Projektlaufzeit, Arbeitsform und Kooperationspartner deutlich unterscheiden [20]. Als Zielgruppe der jeweiligen Maßnahmen werden überwiegend die Kinder angegeben (87,4 %). Etwa ein Viertel der Projekte nennt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Zielgruppe [20], obwohl die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen starken gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind [14, 20, 21]. Ungefähr die Hälfte der Projekte richtet sich an die Eltern [20], deren Einbindung für den nachhaltigen Erfolg von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention als wirkungsvoll gilt [22].

Werden die angewendeten Arbeitsformen für die präventiven Maßnahmen betrachtet, fällt auf, dass weniger als die Hälfte der Projekte auf strukturierten Programmen mit einer ausdrücklich formulierten Zielsetzung, Methodik und Dauer sowie Qualitätssicherung beruhen [19]. Als qualitätssichernde Maßnahmen werden in der Regel keine spezifisch für die Kindertagesstätte entwickelten Verfahren, sondern überwiegend Teamgespräche, Elterngespräche und Falldiskussionen eingesetzt [19]. Die BeGKi-Studie zeigt, dass in Kindertageseinrichtungen, die in oder bei einem Stadtteil

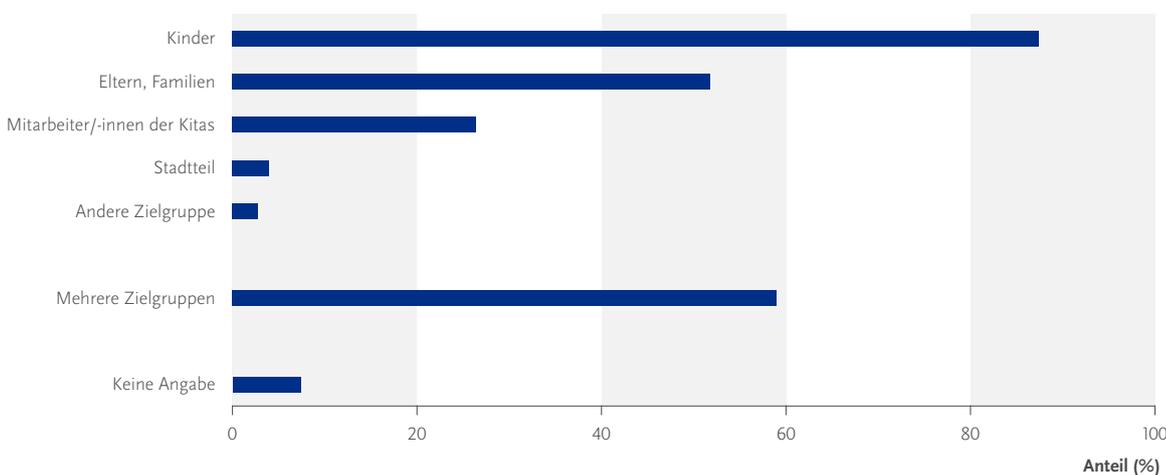


◀ **Abbildung 4.8.1**
Laufende Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen
Datenbasis: BeGKi-Studie [19] modifizierte Darstellung



◀ **Abbildung 4.8.2**
Zusätzliche Einzelprojekte zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen
Datenbasis: BeGKi-Studie [20] modifizierte Darstellung

¹ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



◀ **Abbildung 4.8.3**
Zielgruppen der Einzelprojekte zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen
Datenbasis: BeGKi-Studie [20] modifizierte Darstellung

mit hoher sozialer Benachteiligung liegen, umfassende Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht häufiger umgesetzt werden als in anderen Stadtteilen. Hingegen beeinflussen die Einrichtungsgröße, die Art des Einrichtungsträgers oder der Betreuungsschlüssel die Qualität der Maßnahme der Gesundheitsförderung maßgeblich [19]. In den letzten Jahren gibt es vermehrt Projekte, welche die Gesundheit und die Bildungschancen der Kinder zugleich verbessern möchten, gerade auch um Benachteiligungen abzubauen [23, 24]. So wird das Pro-

jekt »Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita« als umfassende Maßnahme zur Gesundheitsförderung beispielsweise als Landesprogramm in fünf Bezirken Berlins umgesetzt und von verschiedenen Partnern unterstützt (Kranken- und Unfallkassen, Senatsverwaltung, Ärztekammer, Berufsgenossenschaft und ein privater Träger) [25, 26].

Kindertageseinrichtungen kooperieren mit Institutionen aus dem Gesundheitsbereich: Über 40% der Kindertageseinrichtungen haben regelmäßigen Kontakt

zu Zahnarztpraxen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und Frühförderstellen [18, 27]. Diese Kooperationen weisen darauf hin, dass spezifische Früherkennungs- oder Präventionsmaßnahmen (neben der Behandlung von Auffälligkeiten) in über zwei Drittel der Einrichtungen in Form von einmaliger oder sporadischer Zusammenarbeit, mehrheitlich jedoch nicht stattfanden. Mit Sportvereinen arbeitet etwa jede siebte Kindertageseinrichtung regelmäßig zusammen, die für die nichtmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter wichtige Impulse und Angebote liefern [18, 27].

4.8.3

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER SCHULE

SCHULGESETZE

In den Schulgesetzen der einzelnen Länder ist der Auftrag der Schulen zur Gesundheitsbildung, -erziehung oder -förderung individuell festgeschrieben. Die jeweils gesetzlich geregelte so genannte Schulgesundheitspflege legt fest, welche Untersuchungen zur Erkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen wie durchzuführen sind. Darüber hinaus werden verschiedene teils fächer- und teils jahrgangübergreifende Gesundheitsthemen bestimmt. Diese orientieren sich je nach Land in unterschiedlicher Weise an Konzepten von Prävention beziehungsweise Gesundheitserziehung oder Gesundheitsförderung. In den Schulgesetzen wird darauf hingewiesen, inwieweit Kooperationen zur Umsetzung dieser Aufgaben beitragen sollen [28, 29]. Der Beschluss der Kultusministerkonferenz zur »Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule« aus dem Jahr 2012 empfiehlt den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung als eine zentrale Strategie der Schulentwicklung. Laut dem Beschluss sollen Maßnahmen zur Gesundheit verhältnis- und verhaltensorientiert sein, partizipativ gestaltet werden und außerschulische Partner ebenso wie die Eltern einbeziehen. Die Ressourcen von Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und des gesamten schulischen Personals sollen dadurch gestärkt werden. Als übergreifende Themen werden die Bereiche Ernährungs- und Verbraucherbildung, Bewegungsförderung, psychische Gesundheit, Gewalt- und Unfallprävention sowie Erste Hilfe genannt [30].

UMSETZUNG UND VERBREITUNG VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule sind heute durch eine Vielfalt an Akteuren und Ansätzen gekennzeichnet. Neben der Gesundheitserziehung gemäß Lehrplan gibt es themenspezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Schule ohne Bezug zu den schulischen Rahmenbedingungen. Daneben stehen Ansätze, welche die Schule als gesundheitsförderlichen Arbeitsplatz für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte gestalten möchten und dabei eine stark salutogenetische Perspektive (siehe Infobox 4.1.3) wählen, sogenannte gesundheitsfördernde Schulen. Inzwischen wurde zudem das Konzept der »Guten gesunden Schule« entwickelt, das die Schulqualität durch Qualitätssteigerung in den Bereichen Bildung und Gesundheit bei allen an der Schule Beteiligten erhöhen möchte [31]. Dabei sollen Kompetenzen zum lebenslangen Lernen, Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein

sowie die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler gefördert werden [31, 32].

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, die gemäß dem Konzept des Setting-Ansatzes auch die Schulentwicklung umfassen (zum Beispiel Veränderungen der Schulorganisation), sind eher selten. Empirische Untersuchungen zeigen, dass nachhaltige schulische Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung noch nicht flächendeckend verbreitet sind. Nach einer Studie aus dem Jahr 2005/06 gaben nur 13,7% aller Schulen in Deutschland an, solche Maßnahmen durchzuführen. Die häufigsten Maßnahmen betrafen mit 62,4% themenspezifische Interventionen und Kompetenzförderung (zum Beispiel Erste Hilfe oder gesunde Ernährung), und die Veränderungen von Schul- und Unterrichtsorganisation (21,25%). Die Maßnahmen wurden entweder als Einzelschulprojekt oder als schulübergreifender Verbund oder Förderprogramm angeregt oder durchgeführt. Nach den Gründen für die Einführung befragt, nannten 32% der Einrichtungen Gesundheitsförderung aufgrund eines Eigeninteresses oder einer Problemlage, 25% nahmen eine schulische Bedarfsanalyse zum Anlass, bei 21% meldeten externe Behörden oder Vereine Interesse an, und 4% wurden auf der Grundlage des § 20 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) aktiv (siehe Kapitel 4.8.4) [31].

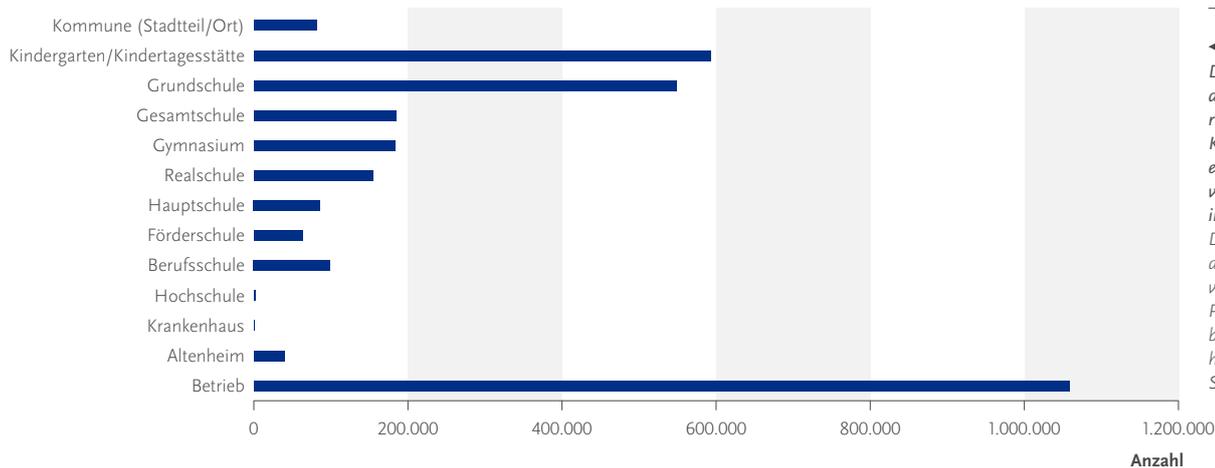
Auch in einer Schulleitungsbefragung, die 2009/2010 im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie erfolgte, geben nur etwa gut die Hälfte der Schulleitungen an, dass Gesundheit nachhaltig im Schulprofil verankert ist. Thematisch wurden überwiegend der Konsum von Genuss- und Suchtmitteln, körperliche Aktivität, Kommunikation/Konfliktbewältigung und Ernährung aufgegriffen. Dabei wurden in der Regel keines der bundesweiten Förderprogramme eingesetzt [33].

4.8.4

AKTIVITÄTEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Gemäß § 20 des SGB V besteht für die Krankenkassen der gesetzliche Auftrag zur Primärprävention. Ziel ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Dafür sollen »Leistungen sowohl allen Versicherten offen stehen, als auch in besonderer Weise sozial benachteiligten Zielgruppen zugänglich gemacht werden« [34]. Die Krankenkassen führten 87% ihrer gesamten Setting-Aktivitäten im Jahr 2013 in den Settings Kindertagesstätte und Schule durch (Kindergarten/ Kindertagesstätte 57%, Schule 30%). Dabei beträgt der Anteil der Maßnahmen in Haupt- und Förderschulen nur 4%, obwohl hier besonders viele Personen mit ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden könnten. Bei etwa 77% der Aktivitäten liegen Angaben darüber vor, ob die Maßnahme in einem »benachteiligtem Stadtteil« liegt, das war bei 30% der Kindertageseinrichtungen und 47% der Grundschulen der Fall.

Insgesamt erreichten die Krankenkassen 30% der allgemeinbildenden Schulen und Kindertageseinrichtung mit präventiven Aktivitäten, wobei Umfang und Art der Aktivitäten oder der Unterstützung je Einrichtung sehr unterschiedlich sein kann. Seit 2005 hat sich



◀ **Abbildung 4.8.4**
Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen direkt erreichte Personen in verschiedenen Settings im Jahr 2013
Datenbasis: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV): Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (tlw. Schätzungen) [35]

die Anzahl der durch Präventionsmaßnahmen direkt erreichten Personen in etwa verdreifacht – 2013 waren dies in Grundschulen und Kindertageseinrichtungen jeweils etwas über eine halbe Million (Abb. 4.8.4). Der Schwerpunkt der Krankenkassen liegt allerdings in der betrieblichen Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 4.6). In den Settings dominieren Maßnahmen, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten kombinieren [35].

Die mittlere Laufzeit der Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz liegt bei etwa eineinhalb Jahren und bezieht in der Regel Eltern und Fachkräfte der Kindertageseinrichtung mit ein. Zumeist werden die Themen Bewegung, Ernährung sowie Stressreduktion und Entspannung behandelt. In 13 % der Settings wurden Gesundheitszirkel integriert – moderierte innerbetriebliche Gruppenbesprechungen zur Feststellung und Lösung von gesundheitlichen Problemen, an denen die Beschäftigten der Kindertagesstätte beteiligt sind [36]. Werden Gesundheitszirkel im Laufe einer Maßnahme durchgeführt, liefert dies einen Hinweis darauf, dass es dabei um Gesundheitsförderung und nicht um Verhaltensprävention geht. Denn Gesundheitszirkel gelten als Methode, mit der die Beteiligung der Beschäftigten erhöht und die Nachhaltigkeit einer Maßnahme gesichert werden können (siehe Infoboxen 4.1.2 und 4.6.2). Gleiches gilt auch, wenn am Projektanfang ein Steuerkreis »Gesundheit« eingerichtet wird.

Die Krankenkassen haben sich gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 20 SGB V zu zentralen Akteuren der Gesundheitsförderung insbesondere in Kitas entwickelt. Die in den Präventionsberichten der gesetzlichen Krankenkassen beschriebenen Daten und Indikatoren haben aber nur eingeschränkte Aussagekraft: Sie beruhen auf Selbstberichten, zur Validierung der Instrumente liegen keine Informationen vor, und die Krankenkassen stellen keine eindeutigen Informationen zu dem Umfang der Maßnahmen bereit, zum Beispiel wie nachhaltig und umfangreich die Maßnahmen in den individuellen Settings sind [37].

4.8.5

MASSNAHMEN VON BUND, LÄNDERN, KOMMUNEN UND ZIVILGESELLSCHAFT

Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit [38] und das im Jahr 2010 überarbei-

tete Nationale Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung« [39] sind Impulsgeber auf nationaler Ebene, welche die Bedeutung der Förderung von Kindergesundheit und zentrale Handlungsstrategien aufzeigen.

Zu nennen ist auch der bundesweite Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« zur Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Er wurde 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und zählt mittlerweile 62 Partnerorganisationen [40]. Seit 2011 ist ein Arbeitsschwerpunkt des Kooperationsverbundes der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« [41]. Er soll Kommunen mit integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien (Präventionsketten) unterstützen [42, 43], welche die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher erhöhen (siehe Kapitel 4.7).

Auch das Bundesprogramm »Frühe Hilfen« hat die Förderung der intersektoralen Kooperation für die Verbesserung der Kindergesundheit zum Ziel. Der Schwerpunkt liegt hier bei den Entwicklungsmöglichkeiten der Null- bis Dreijährigen und ihrer Eltern. Diese sollen durch eine verbesserte Koordination lokaler Hilfeangebote gefördert werden, insbesondere der Zusammenarbeit von Akteuren der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens [42].

Ein weiteres Förderprogramm ist der Nationale Aktionsplan »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung«. Es unterstützt zum Beispiel die Vernetzungsstellen Schulverpflegung der Länder.

Die Initiativen »FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kindertageseinrichtungen« und »Schule + Essen = Note 1« der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) verfolgen das Ziel, Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu verbreiten [44].

Auf Qualitätsstandards setzen auch die Initiativen mehrerer Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit. Mit dem »Audit Gesunde Kita« beziehungsweise »Audit Gesunde Schule« soll die Qualität von gesundheitsfördernden Entwicklungsprozessen in Kindertageseinrichtungen und Schulen verbessert werden [46].

In einem Zertifizierungsprozess wird eine Selbst- und Fremdbewertung vorgenommen. Außerdem werden Qualitätsbeauftragte in den jeweiligen Einrichtungen ausgebildet. Um ein Zertifikat verliehen zu bekommen, müssen bestimmte Qualitätsstandards erfüllt werden [47]. Seit 2006 wurden in insgesamt sieben Ländern 207 Kindertagesstätten zertifiziert und 101 rezertifiziert [48]. Bei den Schulen wurden seit 2004 in neun Ländern 177 Einrichtungen zertifiziert und 87 rezertifiziert. Drei haben die Auszeichnung bereits ein drittes Mal erworben [49]. Insgesamt wurden 396 Qualitätsbeauftragte sowie Auditorinnen und Auditoren ausgebildet (Stand 2012) [47].

Neben den genannten Initiativen gibt es Qualitätsentwicklungsverfahren und Gütesiegel für Prävention und Gesundheitsförderung, die auch bereits in Kindertageseinrichtungen oder Schulen Anwendung finden, darunter das Projekt Qualität in der Prävention (QIP) [50]. Allerdings steht diese Entwicklung erst am Anfang [51].

Neben den Bundes- und Landesinitiativen gibt es umfassende regionale oder kommunale Maßnahmen. Im Rahmen des dreijährigen, von 2006 bis 2009 laufenden Modellprojektes »Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT Regionen« wurden in sechzehn Regionen lokale Akteure aus den Bereichen Ernährung und Bewegung vernetzt. Sie waren unter anderem auch in Kindertagesstätten und Schulen aktiv. Zentrales Thema war die Prävention von Übergewicht bei Kindern. Im Evaluationsbericht des Modellprojektes wird darauf hingewiesen, dass bekannte Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung häufig nicht beachtet werden. Es wurden daraufhin konkrete Handlungsempfehlungen für Politik, Forschung und Praxis formuliert [52].

Daneben sind auch Maßnahmen zivilgesellschaftlicher Akteure mit großer Reichweite zu nennen, wie das Projekt »Klasse2000« zur Gewalt- und Suchtprävention in der Grundschule [45]. »Klasse2000« ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung in der Grundschule. Es begleitet die Kinder von der 1. bis zur 4. Klasse und zielt auf die Förderung wichtiger Gesundheits- und Lebenskompetenzen und hat seit 1991 über eine Million Grundschulkindern erreicht (www.klasse2000.de). Bei der Wissensvermittlung zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen werden Schulen und Kindertageseinrichtungen außerdem von verschiedenen gemeinnützigen Nichtregierungsorganisationen (NGO) wie den Verbraucherzentralen oder dem aid infodienst mit Aktionen und Broschüren unterstützt. Dies trifft besonders in den Bereichen Ernährung und Bewegung zu. Beispiele dafür sind das interaktive Lernprogramm »Ess-Kult-Tour« der Verbraucherzentralen [53] oder der »aid-Ernährungsführerschein«, den inzwischen über 580.000 Kinder erworben haben [54].

4.8.6 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

Gesundheit wird mittlerweile von allen Akteuren der Betreuungs- und Bildungsinstitutionen als eine wichtige Aufgabe erkannt. Aber Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind in den Kindertageseinrichtungen und Schulen noch nicht flächendeckend umgesetzt

[14], wenngleich inzwischen eine Vielzahl an Akteuren mit unterschiedlichen Ansätzen aktiv ist.

Betreuungs- und Bildungsstätten achten zunehmend auf bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität in der Alltagswelt der Kinder und Jugendlichen, obwohl sich die Rahmenbedingungen – zum Beispiel die kostenfreie Mittagsverpflegung – teilweise verschlechtert haben [37]. Der Setting-Ansatz wird häufig nicht konzeptionell umgesetzt. Gründe hierfür sind vielfach der finanzielle Aufwand und die komplexen Herausforderungen bei der Realisierung. Es werden aber gerade im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Maßnahmen und die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit Präventionsmaßnahmen empfohlen, die nicht allein stehen (One-Issue Programmes), sondern als Mehr-Themen-Interventionen (Multi-Issue Interventions) angelegt sind. Diese gelten als wirksamer, insbesondere wenn sie in den Lebenswelten (Settings) ansetzen und die Zielgruppen an der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligen (Partizipation) [55].

Darüber hinaus bietet eine partizipative Organisationsentwicklung im Rahmen einer Gesundheitsförderungsmaßnahme die Möglichkeit, auch Eltern, Erziehende und Lehrkräfte zu beteiligen [56]. Denn Beschäftigte in Schule und Kindertageseinrichtungen sind spezifischen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, beispielsweise starkem Lärm, vielen parallelen Aufgaben und Anforderungen, wenig Rückzugsmöglichkeiten sowie hohem Stresserleben. Maßnahmen der Organisationsentwicklung beziehungsweise umfassende Ansätze der Gesundheitsförderung nehmen daher zunehmend auch die Gesundheit der Angestellten in den Fokus, wie zum Beispiel beim »Guten und gesunden Kindergarten« oder der »Guten und gesunden Schule« [32].

Das Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung« soll für den Bereich Kindertageseinrichtungen Fortschritte erreichen, welche vor allem allgemeine Regelungen betreffen, etwa die Steuerung von Arbeitsbedingungen in den Kindertageseinrichtungen. Eine ausführliche Evaluation des Gesundheitsziels ist in Planung [37]. Aber umfassende Maßnahmen wie integrierte Konzepte, lokale Vernetzung und Qualitätssicherung sind weder in Kindertageseinrichtungen noch in Schulen weit verbreitet; sie sollten in beiden Einrichtungsarten verstärkt umgesetzt werden [33, 37].

Wichtig erscheint dabei, dass Schulen und Kindertageseinrichtungen ihre Maßnahmen auch lokal vernetzen, so dass Betreuungsbereiche mit den Bildungs- und Jugendhilfeeinrichtungen zusammenarbeiten, wie das zunehmend im Rahmen der Frühen Hilfen und der kommunalen integrierten Strategien (Präventionsketten) geschieht [7]. Dies bedeutet zudem eine wichtige Aufgabe für den 2010 im Leitfaden der GKV ergänzten Setting-Ansatz Kommune [34]; die Vernetzung von Kitas und Schulen ist dabei eine Aufgabe für das »Dach-Setting« Kommune [57].

Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen sind in Schulen und Kindertageseinrichtungen noch nicht etabliert, so dass über die Wirkung der Maßnahmen im Praxisalltag wenig Wissen existiert [58]. Erfolgs-

und Wirksamkeitsmessungen von Konzepten und Maßnahmen sollten daher vorangetrieben werden [32].

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 Haupt-, Sonder- und berufsbildende Schulen berücksichtigt werden [59]. Außerdem sollten das Thema Gesundheitsförderung in Ausbildungs-, Studien-, Fort- und Weiterbildungscurricula für pädagogische Fachkräfte integriert werden [32].

LITERATUR

- Erhart M, Ottova V, Ravens-Sieberer U (2010) Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber Verlag, Bern, S. 59-69
- Wustmann C (2004) Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Juventa Verlag, Weinheim
- Fröhlich-Gildhoff K, Dörner T, Rönna M (2007) Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRIK: Trainingsmanual für ErzieherInnen. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Lyssenko L, Franzkowiak P, Bengel J (2011) Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S. 476-478
- Fröhlich-Gildhoff K, Rönna-Böse M (2011) Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) KiGGS Welle 1: Basispublikation. www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1/basispublikation.html (Stand: 06.07.2015)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Faktenblätter zur KiGGS Welle1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012*. www.kiggs-studie.de (Stand: 06.07.2015)
- Statistisches Bundesamt (2014) *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2014*. Destatis, Wiesbaden
- Geene R, Rosenbrock R (2012) Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. BZgA, Köln, S. 46-75
- Jugendministerkonferenz, Kultusministerkonferenz (2012) *Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen*. Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 13./14.05.2004. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 03./04.06.2004. www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2004/Gemeinsamer_Rahmen_Kindertageseinrich_BSJKM_KMK.pdf (Stand: 06.07.2015)
- Friederich T (2009) Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, München
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Kopenhagen
- Wright MT (2012) Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Hans Huber Verlag, Bern, S. 91-101
- Diskowski D (2005) *Synopse zu den Bildungsplänen der Länder*. Stand 31.12.2005. www.mbjs.brandenburg.de/media/lbm1.a.1234.de/synopse_bildungsplaene.pdf (Stand: 06.07.2015)
- Peucker C, Grager N, Pluto L et al. (2010) *Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern*. DJI-Fachforum Bildung und Erziehung. Band 9. Verlag DJI, München
- Kliche T, Gesell S, Nyenhuis N et al. (2008) *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim
- Kliche T (2011) *Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie*. Papst Science Publishers, Lengerich
- Nagel-Prinz SM, Paulus P (2012) *Wie geht es Kita-Leitungen? Gesundheitliche Belastungen von Führungskräften in Kindertageseinrichtungen*. *Präv Gesundheitsf* 7(2):127-134
- Hurrelmann K, Hartung S, Kluge S et al. (2013) *Gesundheitsförderung durch Elternbildung in »Settings« – Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter*. *Präv Gesundheitsf* 8(4):267-275
- Halle AC, Engelhardt A (2012) *Die gute gesunde Kita. Bildung, Gesundheit und Bewegung im Kita-Alltag*. *Kinderkrankenschwester* 31(11):468-470
- Nagel-Prinz SM, Paulus P (2009) *Gesundheit versus Bildung? Auf dem Weg zu einer Verknüpfung von Bildung und Gesundheit*. *Prävention* 32(3):70-73
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2012) *Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Landeskoordination in der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (2015) *Landesprogramm KiTAS bewegen*. www.gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/ (Stand: 06.07.2015)
- Grager N, Peucker C, Pluto L et al. (2008) *Ergebnisse einer bundesweiten Befragung bei Kindertagesstätten. Zusammenfassung für die teilnehmenden Einrichtungen*. Deutsches Jugendinstitut, München. www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/64_10251_KITA_Kurz.pdf (Stand: 06.07.2015)
- Paulus P (2009) *Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern*. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, München
- Niehues C, Höldke B, Gericke CA (2006) *Vergleich der Schulgesetze der Länder der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext*. *Gesundheitswesen* 68(2):101-109
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland (2012) *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012)*. KMK, Berlin
- Paulus P, Witteriede H (2008) *Schule – Gesundheit – Bildung. Bilanz und Perspektiven*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2011) *Dokumentation der Statuskonferenz 2010 »Guter und gesunder Kindergarten«*. Statusbericht. 3. BVPC, Berlin
- Hilitzer U, Bucksch J, Kolip P et al. (2015) *Eine Bestandsaufnahme struktureller Rahmenbedingungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland*. *Gesundheitswesen* 77(4):257-262
- GKV-Spitzenverband (2014) *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (2014) *Tabellenband zum Präventionsbericht 2014 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Berichtsjahr 2013. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (2014) *Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprä-*

- vention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
37. Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Expertise im Rahmen des Gesundheitsziels »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung«. Unveröffentlichtes Gutachten. unter Mitarbeit von Maria Kovács (Publikation durch Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. geplant)
 38. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. BMG, Berlin
 39. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung«. BMG, Berlin
 40. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kurzdarstellung. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/ (Stand: 06.07.2015)
 41. Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« (Hrsg) (2012) Gemeinsam für ein gesundes aufwachsen. Der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« 2012/2013. Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit, Berlin
 42. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2013) Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. LVG, Hannover
 43. Kilian H, Lehmann F (2014) Präventionsketten. Begriff und Konzept mit Beispielen aus der Praxis. Journal Gesundheitsförderung (2):42-45
 44. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. BMELV, BMG, Berlin
 45. Maruska K, Isensee B, Hanewinkel R (2011) Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht 57(4):301-312
 46. Borchert S, Kolbe M (2012) Audit Gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier – Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18 und 19 Mai 2011 in Bonn. BZgA, Köln, S. 100-106
 47. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (2013) Audit Gesunde Schule. Beispiele zur Qualitätsentwicklung. LVG Sachsen-Anhalt e. V., Magdeburg. www.lvg-lsa.de/fo.red/uploads/dateien/1364904712-QB_Audit_Gesunde_Schule_2013.pdf (Stand: 06.07.2015)
 48. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (2015) Zertifizierte Kitas. www.lvg-lsa.de/fo.red.c/audits-kita1.php (Stand: 06.07.2015)
 49. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (2015) Zertifizierte Schulen. www.lvg-lsa.de/fo.red.c/audits-schule1.php (Stand: 06.07.2015)
 50. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2014) IN FORM Leitfaden »Qualitätssicherung«. <https://www.in-form.de/profiportal/projekte/projekt-service/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung.html> (Stand: 06.07.2015)
 51. Kliche T (2011) Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(2):194-206
 52. Max Rubner-Institut (Hrsg) (2013) Evaluation des Modellvorhabens »Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen«. Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen für Entscheider, Projektförderer und Projektnehmer. MRI, Karlsruhe
 53. Nexus-Institut (2012) »Ess-Kult-Tour – Entdecke die Welt der Lebensmittel«. Evaluationsbericht. Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf. www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ernaehrung/Kita-Schule/EvaluationEssKultTour.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 06.07.2015)
 54. Sommer J, Ekert S, Otto K (2011) Evaluation der Umsetzung des aid-Ernährungsführerscheins durch Lehrkräfte mit und ohne Unterstützung externer Fachkräfte. Kurzfassung des Abschlussberichts. aid infodienst, Berlin. www.aid.de/downloads/aid_ernaehrungsfuehrerschein_evaluation.pdf (Stand: 06.07.2015)
 55. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. SVR, Berlin. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (Stand: 06.07.2015)
 56. Richter A, Holz G, Altgeld T (2004) Gesund in allen Lebenslagen – Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. ISS-Eigenverlag, Frankfurt
 57. Geene R, Lehmann F, Höppner C et al. (2013) Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Verlag gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S. 19-68
 58. Kliche T, Töppich J, Koch-Gromus U (2009) Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bitzer EM, Walter U, Lingner H et al. (Hrsg) Kindergesundheit stärken – Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 252-259
 59. 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. Springer VS, Wiesbaden, S. 389-404

4.9

HANDLUNGSFELDER UND HERAUSFORDERUNGEN

Die Gesundheit zu verbessern und Krankheiten zu vermeiden sind die zentralen Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention umfasst alle Aktivitäten, die Risikofaktoren und Belastungen verringern, um so Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Gesundheitsförderung soll die personalen, sozialen und materiellen Ressourcen und Schutzfaktoren für die Gesunderhaltung stärken. Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zielen auf Einzelpersonen und die Lebensverhältnisse der Menschen ab, weshalb viele Politikfelder und Gesellschaftsbereiche einzubeziehen sind (Querschnittsaufgabe).

4.9.1

SITUATION VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In Deutschland steigt erfreulicherweise die Lebenserwartung. Bei anhaltend niedrigen Geburtenraten nimmt der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zu. Zusammen mit den bereits bestehenden Besonderheiten im Altersaufbau und den Wanderungsprozessen sind das die Ursachen der demografischen Alterung in Deutschland (siehe Kapitel 9). Diese Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur werden von einem sich ändernden Krankheitsspektrum begleitet, dem Angebote und Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung angepasst werden müssen: Chronische Erkrankungen gewinnen an Bedeutung, verhaltensassoziierte Risikofaktoren sind weit verbreitet und die Relevanz psychischer Erkrankungen nimmt zu. Außerdem hat sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten ein gesellschaftlicher Wandel mit grundlegenden Veränderungen in den Lebenswelten und Sozialstrukturen vollzogen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang veränderte Arbeitsinhalte und -bedingungen, geändertes Freizeitverhalten sowie die Folgen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, die Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung darstellen.

Für die im Kapitel »Prävention und Gesundheitsförderung« beschriebenen Bereiche kann folgendes Fazit gezogen werden: Bei den Rahmenbedingungen (Kapitel 4.1) zeigt sich, dass in Deutschland Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zunehmend wichtiger werden. Bei der Organisation dominieren sowohl Träger- als auch Themenpluralität. Maßnahmen sind noch wenig aufeinander abgestimmt, werden aber teilweise unter verstärkter Netzwerkbildung dezentral geplant. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Mittel sollten Kriterien der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen handlungsleitend sein und zunehmend weiterentwickelt und etabliert werden.

Im Bereich der medizinischen Primär- und Sekundärprävention (Kapitel 4.2 bis 4.5) besteht ein breites und qualitativ hochwertiges Angebot an Maßnahmen. Dazu gehören Schutzimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die zu den wirkungs-

vollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin gehören. In Deutschland gibt es keine Pflichtimpfungen: Impfentscheidungen können individuell getroffen werden. Der Nutzen von Impfungen für die gesamte Bevölkerung hängt von hohen Impfquoten ab. Diese zu erreichen bleibt eine Herausforderung.

In Deutschland gibt es außerdem vielfältige Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung zur Früherkennung von Krankheiten. Dazu gehören Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Schwangeren, die derzeitige Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus (Check-up) sowie verschiedene Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Hinzu kommen Maßnahmen zur Zahnprophylaxe. Mit Hilfe dieser Untersuchungen sollen zum einen gesundheitsrelevante Risikofaktoren frühzeitig erkannt und verringert werden. Hinzu kommt das Ziel, medizinische Auffälligkeiten oder Erkrankungen im Frühstadium zu diagnostizieren, um diese besser behandeln zu können. Allerdings variiert die Inanspruchnahme je nach Untersuchung und in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht, aber auch in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren zum Teil deutlich.

Wesentliche Risikofaktoren für nichtübertragbare Erkrankungen, welche die Krankheitslast der Bevölkerung dominieren, sind mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert. Dementsprechend zielen Maßnahmen der Verhaltensprävention auf die Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen ab. Das Angebot richtet sich vorwiegend an Einzelpersonen und reicht von Informationsvermittlung bis zu Beratung und Training. Auch in diesem Bereich zeigen sich Unterschiede bei der Inanspruchnahme in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren. Darum ist es erforderlich, die Angebote verstärkt zielgruppenspezifisch auszurichten und verbesserte Informationsangebote zu schaffen. Darüber hinaus sollten verstärkt Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz und verhältnispräventive Maßnahmen umgesetzt werden, da diese auch die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen berücksichtigen.

Die im Kapitel 4.6 beschriebenen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb belegen eine große Bandbreite der betrieblichen Gesundheitsförderung. Fast die Hälfte aller Betriebe hat in den letzten Jahren Maßnahmen aus dem Spektrum der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, wobei die Aktivitäten in diesem Bereich stark von der Betriebsgröße und Branche abhängen: Handwerk, Handel sowie kleine und mittlere Betriebe sind hierbei unterdurchschnittlich vertreten. Diese Betriebe könnten davon profitieren, wenn der gesetzlich verankerte Arbeits- und Gesundheitsschutz stärker mit der betrieblichen Gesundheitsförderung verbunden würden. Allerdings sind diese Bemühungen in Deutschland noch nicht weit vorangekommen.

Gesundheitsförderung in den Kommunen (Kapitel 4.7) ist durch eine Vielzahl beteiligter Akteure gekennzeichnet, zudem sind die Maßnahmen in diesem Bereich meist komplex und oft langfristig angelegt. Das erfordert ausreichende Ressourcen, politischen Willen und

4.9

Beharrlichkeit bei den kommunalen Institutionen, Organisationen und der Bevölkerung.

Über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen (Kapitel 4.8) können fast alle Heranwachsenden gleichermaßen erreicht werden. Allerdings besteht derzeit noch kein flächendeckendes Angebot. Es zeigen sich auch hier Effekte sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, weshalb Haupt-, Sonder- und berufsbildende Schulen stärker als bisher bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen berücksichtigt werden sollten. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit sollten die Maßnahmen zudem unter Beteiligung der Zielgruppen umgesetzt werden und lokale Netzwerke mit eingebunden werden.

Für die Settings Kita, Schule und Kommune bestehen demnach sowohl quantitative als auch qualitative Entwicklungspotenziale, gerade auch unter dem Aspekt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

4.9.2 STRATEGIEN VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Zur Überwindung aktuell drängender Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2012 in ihrem Rahmenkonzept für eine Gesundheitspolitik in der Europäischen Region »Gesundheit 2020« zwei Strategieziele: (1) Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten und (2) Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit, also der Führungsarbeit der Gesundheitsminister und Gesundheitsbehörden und der sektorübergreifenden Beteiligung eines größeren Spektrums von Akteuren [1].

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl von individuellen, sozialen, sozioökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Neben der Gesundheitspolitik haben auch Entscheidungen der Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial-, Umwelt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Darum zielt die Strategie der WHO "Health in All Policies" auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [2, 3], bei der gesundheitliche Aspekte auf allen Ebenen und Bereichen von Politik und Gesellschaft berücksichtigt werden. Diese Strategie erweitert somit den auf die individuellen Faktoren der Gesundheit begrenzten Blick auf die gesellschaftlichen und sozialen Einflussgrößen.

Für die im Gesundheitsbericht dargestellten Bereiche von Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass eine Umsetzung des "Health in all Policies"-Ansatzes die Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung entscheidend verbessern würde. Dieser Ansatz ist zudem eine wesentliche Voraussetzung dafür Lebenswelten (Settings) gesundheitsfördernd gestalten zu können. Eine stärkere zielgruppenspezifische Ausrichtung von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen würde ebenfalls dazu beitragen, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Auch in diesem Bereich sollten neben den verhaltensbezogenen Aspekten auch die verhältnisbezogenen beachtet werden.

Nicht zuletzt sollte der Forderung nach Evidenzbasierung Rechnung getragen werden, damit Prävention und Gesundheitsförderung bedeutsamer und wirksamer werden können.

Auf nationaler Ebene wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) entscheidende Schritte für die Entwicklung einer umfassenden nationalen Präventionsstrategie in die Wege geleitet [4]. Wichtige Impulse gingen davor beispielsweise schon von dem Nationalen Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« [5], vom nationalen Gesundheitszieleprozess (siehe Kapitel 7) oder vom Kooperationsverbund für Gesundheitliche Chancengleichheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus. Vor dem Hintergrund der Herausforderungen, die im Kapitel »Prävention und Gesundheitsförderung« formuliert werden, sind folgende Inhalte des im Juli 2015 in weiten Teilen in Kraft getretenen Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention hervorzuheben: Zentrales Anliegen des Gesetzes ist es, die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Deshalb ist vorgesehen, dass die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung der Akteure von Bund, Ländern und Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner in einer Nationalen Präventionskonferenz gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen bei der Umsetzung verständigen. Hierzu sollen bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung von der Präventionskonferenz formuliert werden, zum Beispiel durch die Festlegung gemeinsamer Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder. Entsprechend vereinbaren die zentralen Träger von Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern Rahmenempfehlungen auf Landesebene.

Das Präventionsgesetz sieht außerdem vor, dass die bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt werden und die Maßnahmen im Bereich der frühkindlichen Karies- und der Impfprävention ausgebaut werden. Darüber hinaus sollen betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz enger verknüpft werden. Auch die Steigerung der finanziellen Ressourcen, die Kranken- und Pflegekassen zukünftig für Gesundheitsförderung und Prävention investieren müssen, wurde gesetzlich festgelegt ebenso wie die Schwerpunktsetzung auf Gesundheitsförderung in den Settings Kita, Schule, Kommune, Betrieb und Pflegeeinrichtung.

Prävention und Gesundheitsförderung werden im Gesetz als eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe gesehen. Für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei insbesondere das in § 20 SGB V formulierte Ziel aussichtsreich, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, den geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen und den Lebenswelt-Ansatz von der Kita bis zur stationären Pflege auszubauen.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wurden aktuelle Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung aufgegriffen und in Maßnahmen umgesetzt. Die Erhöhung

der Beträge, die die Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen sollen, die Abstimmung einer Nationalen Präventionsstrategie und der Austausch in der Nationalen Präventionskonferenz bieten die Chance, die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern und zukünftig zielgerichteter gesunde Lebensverhältnisse gestalten zu können.

LITERATUR

1. World Health Organization (Hrsg) (2013) *Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. WHO, Kopenhagen
2. Leppo KL, Ollila E, Peña S et al. (2013) *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
3. World Health Organization, Ministry of Social Affairs and Health (2013) *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. WHO, Genf
4. Präventionsgesetz – PräVG (2015) *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31 vom 24.07.2015*. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 1368-1379
5. Altgeld T (2012) *Prävention. Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure?*. G+G Wissenschaft 12(2):27-15

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung?

IMPRESSUM

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)
PD Dr. Thomas Lampert
Dr. Franziska Prütz
Stefanie Seeling
Anne Starker
Dr. Lars E. Kroll
Alexander Rommel
Dr. Livia Ryl
Dr. Thomas Ziese

Redaktionsassistentz

Gisela Dugnus
Kerstin Möllerke

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsbericht
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Gestaltung

SHORT CUTS GmbH, Berlin

Umschlaggestaltung

WEBERSUPIRAN.berlin

Druck

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-4

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Gesundheit