
Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – Historie, Ergebnisse und Perspektiven

Reinhard Kurth, Bärbel-Maria Kurth

Zur Geschichte der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland

Die Ursprünge der Gesundheitsberichterstattung für ganz Deutschland reichen über 100 Jahre zurück, und zwar auf die Berichte des kaiserlichen Gesundheitsamtes. In Zusammenarbeit mit dem Kaiserlichen Statistischen Amt wurde zum Beispiel schon 1907 die Publikation *Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung* veröffentlicht.¹ Natürlich waren damals die wissenschaftlichen Möglichkeiten zur Erhebung gesundheitlicher Daten in der Bevölkerung bei Weitem nicht so ausgebaut wie heute, aber es gab erste Informationen zur gesundheitlichen Situation in Deutschland. Aus der sozialen Differenzierung dieser Informationen entwickelten sich in Deutschland fortschrittliche Ansätze der Sozialmedizin. Während der Nazizeit wurden hervorragenden Köpfe der Sozialmedizin, zu einem großen Teil jüdische Ärzte, aus dem Land vertrieben oder umgebracht. Die Gesundheitsberichterstattung verkam zum ideologischen Instrument, missliebige Daten wurden nicht publiziert, Themen der Rassenkunde wurden in pseudowissenschaftlicher Art und Weise favorisiert.

So nimmt es nicht wunder, dass die Gesundheitsberichterstattung nach dem letzten Weltkrieg lange Zeit

brachlag. An das Niveau vor der Zeit des Faschismus konnte nicht wieder angeschlossen werden. Diese Situation veranlasste zum Beispiel den Ausschuss für Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten (AGLMB) der Länder 1989 zu der Aussage, dass die Bundesrepublik Deutschland in der Gesundheitsberichterstattung im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen als „Entwicklungsland“ zu bezeichnen sei.

Die Situation änderte sich in den neunziger Jahren, als das Bundesministerium für Forschung und Technologie die Erarbeitung eines Gesundheitsberichts für Deutschland und die Errichtung eines Systems der Gesundheitsberichterstattung umfangreich finanziell förderte.² Das Statistische Bundesamt hatte bei diesem Projekt die Federführung und arbeitete eng mit externen Experten, den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem Robert-Koch-Institut (RKI) zusammen. 1998 erschien dann ein umfangreicher *Gesundheitsbericht für Deutschland*.³ Das Bundesministerium für Gesundheit entschied danach, die Finanzierung der GBE des Bundes auf Dauer zu übernehmen und dem Robert-Koch-Institut diese Aufgabe in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt zu übertragen.⁴

Inhalte der Gesundheitsberichterstattung

Die GBE befasst sich mit der Analyse der gesundheitlichen Lage der deutschen Bevölkerung. Differenziert für Frauen und Männer, Kinder und Jugendliche sowie Senioren kann unter Nutzung vorhandener Datenquellen für eine Auswahl gesundheitsrelevanter Themen nach international anerkannten wissenschaftlichen Methoden und Standards ein Überblick über die Gesundheit der deutschen Bevölkerung gegeben werden. Die Gesundheitsberichterstattung

befasst sich unter anderem mit der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten und anderer Gesundheitsprobleme, korreliert diese mit dem Gesundheitsverhalten und den Expositionen der Bevölkerung und analysiert problemspezifisch die Leistungen und Kosten des Gesundheitswesens.

Nach dem ersten umfassenden Gesundheitsbericht für ganz Deutschland, dessen Erarbeitung fast zehn Jahre in Anspruch genommen hatte, wurde entschieden, die Gesundheitsberichterstattung kontinuierlicher und zeitnah zu gestalten. Es wurde das Konzept der mehrfach im Jahr erscheinenden „GBE-Hefte“ entwickelt. Tabelle 1 zeigt beispielhaft die Themen, die in dieser Publikationsreihe der GBE seit dem Jahr 2000 bearbeitet wurden.

Tab. 1: Übersicht zu den bisher erschienenen GBE-Themenheften

<i>Heft-Nr.</i>	<i>Titel</i>	<i>Erscheinungsdatum</i>
1	Schutzimpfungen	Dezember 2000 (überarb. Neuaufl. Januar 2004)
2	Sterbebegleitung	März 2001 (überarb. Neuaufl. November 2003)
3	Gesundheitsprobleme bei Fernreisen	Mai 2001
4	Armut bei Kindern und Ju- gendlichen	Oktober 2001 (überarb. Neu- aufl. August 2005)
5	Medizinische Behandlungs- fehler	Dezember 2001
6	Lebensmittelbedingte Erkran- kungen in Deutschland	März 2002
7	Chronische Schmerzen	Mai 2002
8	Nosokomiale Infektionen	Juni 2002
9	Inanspruchnahme alternati- ver Methoden in der Medizin	August 2002

10	Gesundheit im Alter	Oktober 2002
11	Schuppenflechte	Dezember 2002
12	Dekubitus	Januar 2003
13	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	Februar 2003
14	Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter	Mai 2003
15	Hepatitis C	Juni 2003
16	Übergewicht und Adipositas	August 2003
17	Organtransplantation und Organspende	Oktober 2003
18	Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten	November 2003
19	Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit	Dezember 2003
20	Ungewollte Kinderlosigkeit	April 2004
21	Angststörungen	Mai 2004
22	Hautkrebs	Juli 2004
23	Selbsthilfe im Gesundheitsbereich	September 2004
24	Diabetes mellitus	März 2005
25	Brustkrebs	Juni 2005
26	Körperliche Aktivität	August 2005
27	Schlafstörungen	Oktober 2005
28	Altersdemenz	November 2005
29	Hörstörungen und Tinnitus	Februar 2006
30	Gesundheitsbedingte Frühbeurteilung	Mai 2006
31	HIV und AIDS	Juni 2006
32	Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen	Juli 2006

33	Koronare Herzkrankheiten und Akuter Myokardinfarkt	August 2006
34	Doping beim Freizeit- und Breitensport	Oktober 2006
35	Tuberkulose	November 2006
36	Prostataerkrankungen	Januar 2007
37	Gebärmuttererkrankungen	Februar 2007
38	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	März 2007
39	Harninkontinenz	September 2007
40	Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen	Mai 2008
41	Psychotherapeutische Versorgung	Juli 2008
42	Gesundheitliche Folgen von Gewalt	Oktober 2008
43	Hypertonie	Dezember 2008
44	Venenerkrankungen der Beine	Mai 2009
45	Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens	Mai 2009

In den GBE-Heften wird versucht, für unterschiedliche Erkrankungen und andere Gesundheitsprobleme in kurzer und prägnanter Form die wesentlichen Aspekte einer Krankheit oder eines Gesundheitsrisikos darzustellen. Am Beispiel des GBE-Heftes zum Diabetes mellitus⁵, also der Zuckerkrankheit als einer der „Volkskrankheiten“, sei dies illustriert: Dieses Heft beginnt mit einer Einleitung, gefolgt von

- Diabetesformen und Krankheitsverlauf,
- Verbreitung des Diabetes mellitus (Häufigkeit, zeitliche Veränderungen),
- Risiken und Prävention (Risiken, Einflussfaktoren, Spätschäden, Prävention),

- Begleitprobleme und Folgen des Diabetes (Krankheitssymptome, Leben mit Diabetes, Sterblichkeit, Folgen für die Gesellschaft),
- Versorgung, Strukturen und Ressourcen (Therapie, Versorgungsstrukturen, soziale Lage, Betroffenenverbände, Selbsthilfeorganisation usw.),
- Kosten, verursacht durch Diabetes,
- einem internationalen Vergleich sowie
- einem Ausblick.

Neben den regelmäßig erscheinenden Themenheften der Gesundheitsberichterstattung ist mittlerweile im Jahre 2006 ein zweiter Gesamtbericht *Die Gesundheit der Deutschen* erschienen.⁶ In diesem Bericht geht es allgemein um Faktoren, die die Gesundheit in Deutschland beeinflussen. Es werden aber auch Zahlen genannt, um Gesundheit und Krankheit in Deutschland zu quantifizieren. Es wird berichtet, was das Gesundheitswesen für die Prävention und Gesundheitsförderung leistet und wie sich Angebot und Inanspruchnahme in der Gesundheitsversorgung darstellen bzw. verändern. Schließlich werden die Kosten, also die Ausgaben für Gesundheit, angesprochen. Außerdem gibt es auch Anschriften und Hinweise, wie sich Patientinnen und Patienten informieren und an Entscheidungen zu ihrer Therapie beteiligen können. Von besonderem Interesse sind die Entwicklungstrends, die sich seit dem letzten Gesundheitsbericht abgezeichnet haben. Auch die Einordnung in die europäische Situation wird mit dem Vorhandensein entsprechender Vergleichsdaten zunehmend interessant. Dieser umfassende Gesundheitsbericht für Deutschland liegt auch in englischer Sprache vor, um so international verglichen werden zu können.⁷

Zunehmend gewinnen politisch aktuelle Gesundheitsthemen für die Gesundheitsberichterstattung an Bedeutung. Sie werden in den sogenannten „Beiträgen zur Ge-

sundheitsberichterstattung“ bearbeitet. Das aktuellste Beispiel hierfür ist der Band *Gesundheit im Alter*.⁸ Ein Überblick über alle Produkte der Bundesgesundheitsberichterstattung findet sich auf der RKI-Homepage (www.rki.de) unter „Gesundheitsberichterstattung“, aber auch unter www.gbe-bund.de.

Die Datenquellen für die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland

Eine Gesundheitsberichterstattung ist umso besser, das heißt umso belastbarer und verlässlicher in ihren Aussagen, je besser die Datenquellen sind, auf die sie zurückgreifen kann. In der Aufbauphase der Gesundheitsberichterstattung wurde daher parallel zur Erarbeitung des Gesundheitsberichtes beim Statistischen Bundesamt auch ein „Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten“ aufgebaut. In dieses Informationssystem fließen alle in Deutschland frei verfügbaren Gesundheitsdaten ein, in erster Linie natürlich die Daten der amtlichen Statistik.⁹ Diese Daten sind in aggregierter Form aufbereitet und können durch externe Nutzer jederzeit aufgerufen und nach eigenen Wünschen bearbeitet werden (www.gbe-bund.de).

Das Robert-Koch-Institut benutzt diese Daten, zum Beispiel zur Mortalität, zu Krankenhausdiagnosen und zu Krankheitskosten, und lässt sie in die Gesundheitsberichte einfließen. Weitere Datenquellen sind Registerdaten wie zum Beispiel die der Landeskrebsregister, wissenschaftliche Einzelstudien, die zusätzlich bzw. erneut ausgewertet werden, und auch die Versorgungsdaten der Krankenkassen (deren Nutzung leider nach wie vor nur sehr begrenzt möglich ist). Das Robert-Koch-Institut selbst erhält kontinuierlich Meldedaten für die nach dem Infektionsschutzgesetz

meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Darüber hinaus sind am Robert-Koch-Institut eine Reihe von Netzwerken (Sentinels) verankert, in denen zum Beispiel niedergelassene Ärzte oder auch Krankenhäuser zu bestimmten Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen regelmäßig Meldungen abgeben. Beispielhaft sei hier der Arbeitskreis Influenza erwähnt oder die anonymisierte Labormeldepflicht für HIV-Infektionen.

Es bleiben dann aber immer noch erhebliche Informationslücken, insbesondere zu Gesundheitsverhalten, subjektiver Gesundheit, subjektiver Lebensqualität, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, Arzneimittelkonsum, Ernährungsverhalten u. a. Diese Lücken werden gezielt durch eigene Erhebungen des Robert-Koch-Instituts, die sogenannten Gesundheitssurveys, geschlossen.¹⁰

Beispiele für Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage von Krebsregisterdaten und Mortalitätsstatistiken

Nach dem Auslaufen eines temporär bis zum Jahre 2000 gültigen Krebsregistergesetzes besitzen mittlerweile alle Bundesländer ein Landeskrebsregister, an das über die Ärzteschaft alle Krebsneuerkrankungsfälle in dem jeweiligen Bundesland gemeldet werden. Die Landeskrebsregister geben in geeigneter anonymisierter Form ihre Daten an das Robert-Koch-Institut, wo sie zusammengeführt, aufbereitet und interpretiert werden. Diese Tätigkeit resultiert alle zwei Jahre in der Publikation *Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends*. Die letzte diesbezügliche Publikation deckt die Jahre 2003 und 2004 ab.¹¹ Die Auswertung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID).

Unter dem Überbegriff „Krebs“ findet sich eine Vielzahl von Tumorformen, die schon wegen ihrer unterschiedlichen Symptomatik, ihrer unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten und ihres unterschiedlichen Verlaufs auch medizinisch als unterschiedliche Erkrankungen aufgefasst werden. Gemeinsam haben sie die schwierig zu inhibierende Proliferation bösartiger Zellen.

Krebs ist hauptsächlich eine Alterskrankheit. Durch die steigende Lebenserwartung und den wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird sich die Zahl der neu an Krebs Erkrankenden in Deutschland deutlich erhöhen. Wir rechnen für das Jahr 2020 mit ca. 132.000 Neuerkrankungen bei Frauen und 157.000 bei Männern für Deutschland. Diese verteilen sich entsprechend der Altersstruktur und Lebenserwartung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, wie nachfolgend illustriert werden soll:

**Abbildung 1: Vergleichende Regionalanalysen:
Lebenserwartung in Deutschland, 2004/06**

	Lebenserwartung [Jahre]		BIP pro Kopf [€]
	Jungen	Mädchen	
Baden-Württemberg	78,02	83,02	30800
Hessen	77,24	82,23	32400
Bayern	77,20	82,38	32400
Hamburg	76,65	81,80	
Deutschland	76,64	82,08	27200
Schleswig-Holstein	76,55	81,70	
Rheinland-Pfalz	76,53	81,64	
Niedersachsen	76,47	81,97	
Berlin	76,27	81,57	
Nordrhein-Westfalen	76,17	81,53	
Sachsen	76,09	82,35	
Bremen	75,64	81,51	
Brandenburg	75,39	81,54	
Saarland	75,37	80,77	
Thüringen	75,36	81,55	19100
Sachsen-Anhalt	74,55	81,12	19500
Mecklenburg-Vorpommern	74,53	81,38	18400

Regionalvergleiche der Lebenserwartung zeigen zum Beispiel (Abb. 1), dass man in den süddeutschen Bundesländern am längsten lebt. Die Ursachen für die unterschiedliche Lebenserwartung sind nicht alle bekannt. Es fällt jedoch auf, dass diejenigen Bundesländer mit dem höchsten Bruttoinlandsprodukt pro Kopf auch die Bundesländer mit der höchsten Lebenserwartung sind. Sicherlich sind in diesen Bundesländern die medizinischen Versorgungsstrukturen umfassender ausgebaut, über andere Faktoren (z. B. Umweltbelastungen, Wirtschaftsstrukturen, Migranten und Sozialstatus) wird derzeit intensiv geforscht.

Es ist eine grundgesetzlich geforderte politische Aufgabe, in den deutschen Bundesländern einheitliche Lebensbedingungen herzustellen bzw. zu bewahren. Dazu gehören natürlich auch die Bedingungen, die für eine gleichermaßen hohe Lebenserwartung in allen Regionen Deutschlands ausschlaggebend sind. Die Gesundheitsberichterstattung muss hierbei nach den Ursachen für die Unterschiede forschen und die Wirksamkeit von Maßnahmen evaluieren.

Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage von Meldedaten

Die Bundesrepublik Deutschland hat seit dem 1. Januar 2001 ein modernes Infektionsschutzgesetz, das sehr effektiv ist und sich seither bewährt hat. Etwa fünfzig Infektionskrankheiten werden bei ihrer Neudiagnose in geeigneter anonymisierter Form zunächst kommunal bei den Gesundheitsämtern, dann über die Länder und letztlich beim Bund, das heißt am Robert-Koch-Institut, erfasst. Mit dem Infektionsschutzgesetz sollen natürlich zunächst Gefahrenpotenziale für die Bevölkerung aufgedeckt und begrenzt werden; darüber hinaus sind die Ergebnisse aus der Meldepflicht geeignet, Trends in der Inzidenz, geografische

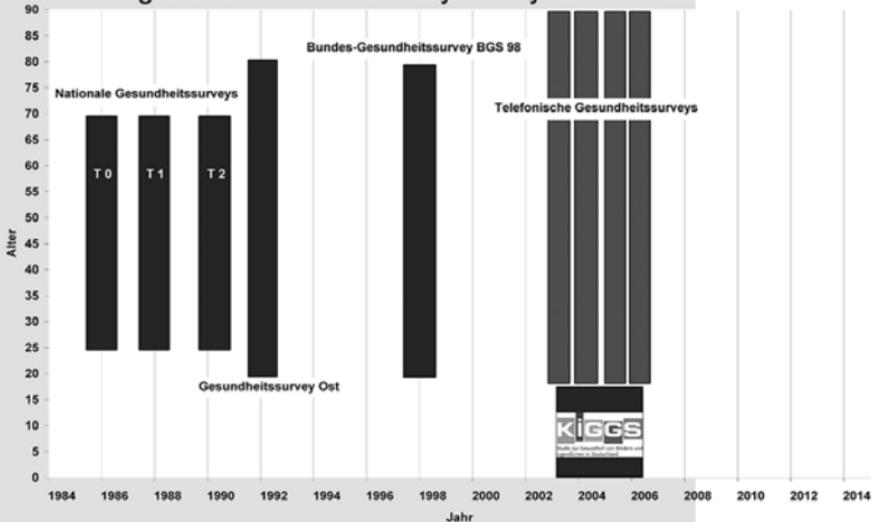
Häufungen (sogenannte Ausbrüche) und regionale Unterschiede zu erkennen.

Am Beispiel der Tuberkulose kann man sehr gut illustrieren, welchen Erkenntnisgewinn man durch die anonymisierte Meldepflicht erzielen kann. So ist die durchschnittliche Inzidenz in den Stadtstaaten am höchsten (bis zu zehn Erkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr), was sicherlich mit Zuwanderung in Zusammenhang zu bringen ist. Fast 80 % aller Tuberkulose-Neudiagnosen erfolgen bei Ausländern, gleichgültig in welcher Altersgruppe oder ob bei Männern oder Frauen. Viele Neudiagnosen müssen bei Auslandsdeutschen gestellt werden. Die Zahl der Tuberkulose-Neuerkrankungen ist in Deutschland insgesamt weiterhin rückläufig; sinkende Fallzahlen dürfen aber nicht dazu verleiten, Entwarnung zu geben. Bei Neudiagnosen werden mit zunehmender Häufigkeit resistente Erreger diagnostiziert, die medikamentös kaum noch zu therapieren sind. Die erhöhten Resistenzraten finden sich insbesondere in der ausländischen Bevölkerung in Deutschland. Daher kann prognostiziert werden, dass die Migration für die weitere epidemiologische Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland von wachsender Bedeutung sein wird.

Die Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage von Survey-Daten

Bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsstudien, sogenannte Gesundheitssurveys, haben am Robert-Koch-Institut eine mehr als 20-jährige Tradition.¹² Abbildung 2 gibt einen Überblick über Gesundheitssurveys in der Bundesrepublik Deutschland. Erste Erhebungen für Erwachsene gab es in den Jahren ab 1984 im Rahmen der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung, weitere Surveys in Westdeutschland folgten. Die Wie-

Abbildung 2: Gesundheitssurveys am RKI



dervereinigung unseres Landes erlaubte 1992 eine Erhebung des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung in den neuen Bundesländern (Gesundheitssurvey Ost) mit vergleichbaren Instrumenten wie für die westdeutsche Bevölkerung. 1998 folgte dann ein erster gesamtdeutscher, wissenschaftlich gründlich geplanter Bundesgesundheitsurvey (BGS 98) zur Erfassung des gesundheitlichen Zustands der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung in Deutschland.¹³

Von 2003 bis 2006 wurde dann die Kinder- und Jugend-Gesundheits-Studie (KiGGS) durchgeführt – die erste repräsentative Erhebung des gesundheitlichen Zustands der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland.¹⁴

Im Jahre 2008 wurde im Rahmen eines mittlerweile am RKI etablierten Gesundheitsmonitoringsystems¹⁵ eine Wiederholungsuntersuchung und -befragung der Proban-

den des BGS 98 gestartet. So können nicht nur zeitliche Trends im Bevölkerungsquerschnitt erkannt, sondern auch Individualentwicklungen sowie kausale Zusammenhänge und zeitliche Abfolgen abgebildet werden. Auch die Probanden des Kinder- und Jugendgesundheits surveys werden aktuell telefonisch erneut befragt.

Diese Untersuchungssurveys wurden in repräsentativ lokalisierten Studienzentren in ganz Deutschland durchgeführt, in denen die Studienteilnehmer persönlich untersucht, getestet sowie befragt wurden und auch Blut- und Urinproben abgaben. Seit dem Jahr 2003 gibt es darüber hinaus telefonische Gesundheitssurveys. Diese reinen Interviewsurveys dienen primär der Beantwortung thematisch eingeschränkter Gesundheitsfragen und ergänzen die aufwendigeren und teureren Untersuchungssurveys.

Die Kinder- und Jugend-Gesundheitsstudie (KiGGS)

Diese große Kinder- und Jugend-Gesundheitsstudie gilt international als ein wissenschaftlicher Meilenstein in der Informationsgewinnung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Im Zeitraum vom 15. Mai 2003 bis zum 6. Mai 2006 wurden in 167 zufällig ausgewählten Orten der Bundesrepublik 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren untersucht und gemeinsam mit ihren Eltern befragt. Neben KiGGS gab es in einem modularen Aufbau weitere Studien, zum Beispiel zur Motorik von Kindern und Jugendlichen (Momo-Studie, finanziert durch das Bundesfamilienministerium), die Bella-Studie zur psychischen Gesundheit (finanziert vom Bundesgesundheitsministerium und vom Stifterverband), der Umwelt-Survey KUS (finanziert durch das Umweltbundesamt und das Bundesministerium für Umwelt), die „Eskimo“-Studie zur Ernäh-

rung (finanziert durch das Verbraucherschutzministerium) oder das Ländermodul Schleswig-Holstein, finanziert durch das dortige Sozialministerium.¹⁶ Die Zusatzstudien sollten für bestimmte Fragestellungen bei einem Teil der Teilnehmer vertiefende Informationen erheben.

Als Erhebungsinstrumente dienten Fragebögen für die Eltern sowie ab einem Alter von elf Jahren auch für die Kinder und Jugendlichen selbst. Es gab ärztliche Befragungen der Eltern zu Krankheiten, Impfungen und Medikamentenkonsum. Die Kinder wurden untersucht, gemessen und gewogen, eine Blut- und Urindiagnostik schloss sich an.¹⁷

In den Elternfragebögen von KiGGS wurden entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie¹⁸ das Einkommen und die Bildung der Eltern sowie das Haushaltseinkommen erfasst. Aus diesen Informationen wurde ein mehrdimensionaler Status-Index gebildet, der dann als Grundlage für die Definition von drei Statusgruppen auf der Basis von Punktwerten diente.¹⁹ Entsprechend dieser Definition waren in KiGGS 28 % der Kinder in die Kategorie „niedriger Sozialstatus“, 45 % in die mittlere Kategorie und 27 % in die Kategorie „hoher Sozialstatus“ einzuordnen.²⁰

Geht man bei der Sozialschichtdifferenzierung speziell auf das Bildungsniveau der Mutter ein, so lässt sich das wiederum in drei Kategorien einteilen:

- niedriger Bildungsstatus: kein Schulabschluss, kein Berufsabschluss,
- mittlerer Bildungsstatus: Realschulabschluss, Fachhochschulreife, Abitur mit Berufsausbildung,
- hoher Bildungsstatus: Abschluss einer Fachhochschule, Hochschule, Universität.

Nach dieser Definition haben 56 % der Mütter der KiGGS-Probanden eine mittlere Bildung, 28 % eine niedrige und 16 % eine hohe.

Auch der Migrationsstatus der KiGGS-Kinder wurde erfasst. Da die Staatsangehörigkeit in Deutschland wenig geeignet ist, um den Migrationsstatus von Personen zu erfassen, wurde auf der Grundlage von erfragten Informationen zum Geburtsland der Eltern ein einseitiger bzw. zweiseitiger Migrationshintergrund definiert:

- beidseitiger Migrationshintergrund (Migrant): Beide Elternteile sind in einem anderen Land geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, oder das Kind ist selbst zugewandert und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren,
- einseitiger Migrationshintergrund (binational): Ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

Nach dieser Definition hatten 25,1 % der KiGGS-Kinder einen Migrationshintergrund, das sind insgesamt 4478 Jungen und Mädchen.²¹

In sämtlichen Auswertungen von KiGGS-Daten wurde untersucht, inwieweit es Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der KiGGS-Kinder gibt.

Ausgewählte Ergebnisse von KiGGS

Etwa 93 % der Eltern der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder als gut oder sehr gut ein. Nur 7 % bezeichnen ihn als mittelmäßig, 0,3 % als schlecht bzw. sehr schlecht.²² In der Liste der jemals durchgemachten chronischen Krankheiten rangiert an erster Stelle die chronische Bronchitis (13,3 %), gefolgt von Neurodermitis (13,2 %) und Heuschnupfen (10,7 %). Alle weiteren Krankheiten haben eine Häufigkeit von unter 5 %.²³ Beide Ergebnisse verdeutlichen – wenn dies auch häufig in den Medien

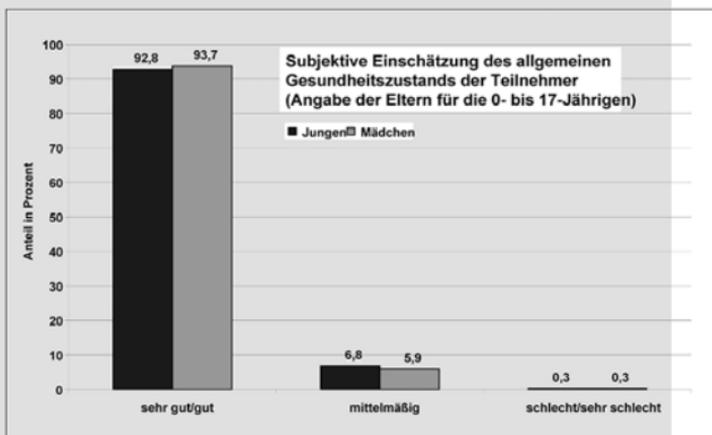
anderes kommuniziert wird –, dass die junge Generation in Deutschland im Großen und Ganzen gesund ist. Das ist aber kein Grund zur „Entwarnung“. Für bestimmte Gruppen der Kinder und Jugendlichen sieht das Bild weitaus schlechter aus.

Differenziert man die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands der Kinder (Elternurteil) nach Sozialschichtzugehörigkeit, so wird ersichtlich, dass die Kinder in Familien mit höherem Sozialstatus deutlich als gesünder eingeschätzt werden als die Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus. Dies gilt gleichermaßen für Jungen wie für Mädchen (Abb. 3).

Abbildung 3:

Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit

ROBERT KOCH INSTITUT



Auf der Basis der Größen- und Gewichtsmessungen, die in KiGGS vorgenommen wurden, konnte erstmalig repräsentativ das Ausmaß der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei den in Deutschland lebenden Kindern

und Jugendlichen bestimmt werden.²⁴ An diesem Beispiel von Übergewicht und Adipositas lässt sich sehr gut darstellen, wie schicht- und gruppenspezifisch bestimmte Ergebnisse ausfallen: Generell ergab der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dass 15 % aller Jungen und Mädchen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren übergewichtig sind (10 % waren es noch vor 10–15 Jahren), 8,9 % sind stark übergewichtig, also adipös (noch vor 10–15 Jahren waren es ca. 3 %). Analysiert man unterschiedliche Altersgruppen, so ist ersichtlich, dass sich ein Übergewicht bei Jungen und Mädchen vorwiegend im Grundschulalter entwickelt, danach steigt es nur noch leicht an. (Ähnliches gilt für Adipositas – vgl. Abb. 4.)

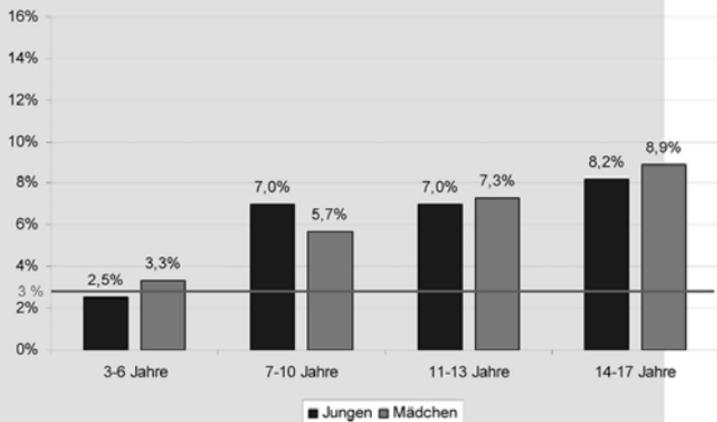
Die Entwicklung von Adipositas ist abhängig von Sozialstatus der Familien. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind etwa dreimal so häufig von Adipositas betroffen wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (Abb. 5). Bei Kindern aus Migrantenfamilien liegt die Adipositasrate insgesamt noch höher (Abb. 6). Unterschiede zwischen den Kindern aus den alten und den neuen Bundesländern gibt es (anders als bei den Erwachsenen) nicht.

Wie weiter oben ausgeführt, setzt sich der Schichtindex zusammen aus dem Haushaltseinkommen der Familie, der Bildung beider Eltern und der beruflichen Position beider Eltern. Alle drei Komponenten können aber auch separat in differenzierende Auswertungen eingehen. Für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas ist zum Beispiel von allen Einflussfaktoren die Bildung der Mutter am bedeutendsten. Vergleicht man Abb. 5 mit Abb. 7, so ist leicht ersichtlich, dass sich die Schichtdifferenzierung bei der Ausprägung von Adipositas fast vollständig über den Bildungsgrad der Mutter erklären lässt.

Ähnliche Differenzierungen finden sich auch bei anderen gesundheitlich relevanten Faktoren.

Abbildung 4:

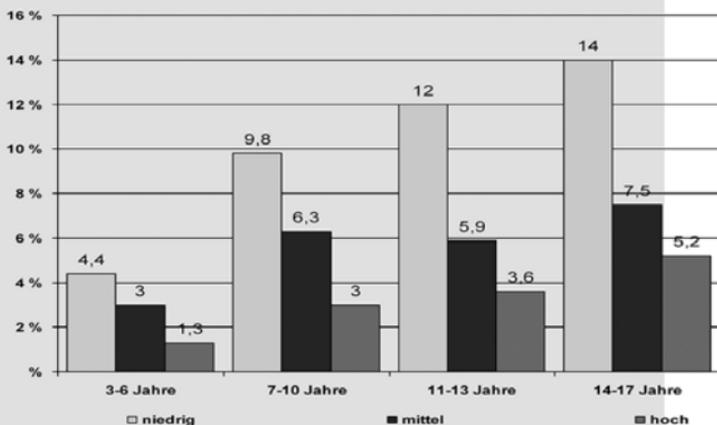
Verbreitung von Adipositas nach Altersgruppen



Starker Anstieg im Grundschulalter, bei den Jungen besonders ausgeprägt.

Abbildung 5:

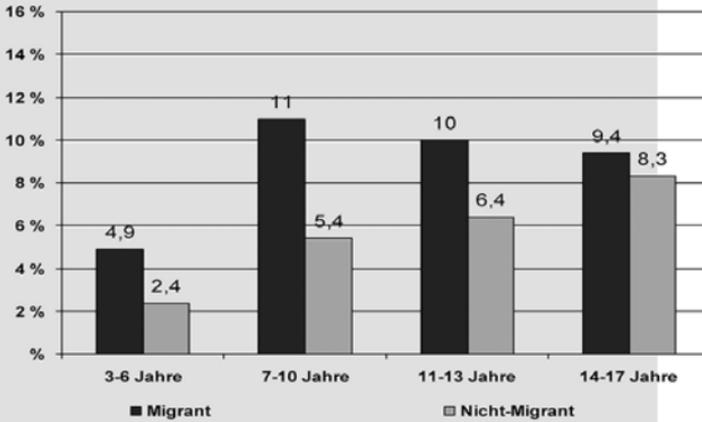
Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus



Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

Abbildung 6

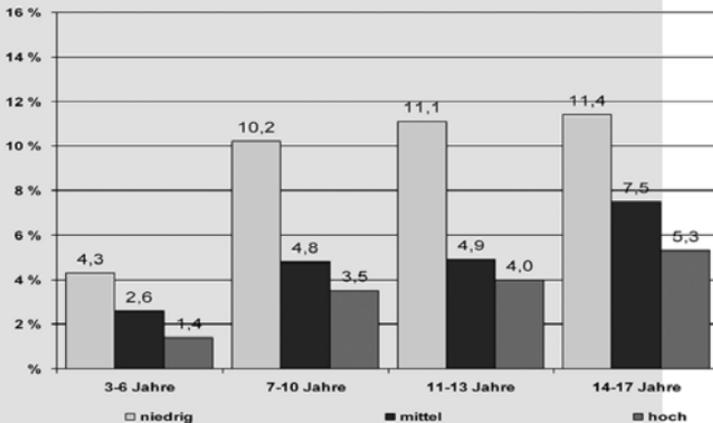
Häufigkeit von Adipositas nach Migrationsstatus



Bei Kindern aus Migrantenfamilien liegt die Adipositasrate höher.

Abbildung 7:

Häufigkeit von Adipositas nach Bildung der Mutter



Die Adipositasrate ist bei Kindern von Müttern mit geringer Bildung höher.

Rauchen ist bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen sowohl bei Mädchen wie bei Jungen aus der Unterschicht häufiger (ca. 17 %) als in der Oberschicht (ca. 8 %). Das Ausmaß des täglichen Rauchens ist wiederum schichtabhängig.²⁵ Dies erklärt sich ebenfalls am besten über den Bildungsstand der Mutter. Im Alter von 14–17 Jahren rauchen 35 % der Kinder von Müttern mit niedriger Bildung und 23 % der Kinder von Müttern mit hoher Bildung. Die Belastung durch Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen ist über alle Altersgruppen hinweg höher bei Müttern mit niedriger Bildung (39 %), bei Kindern von Müttern mit hohem Bildungsniveau liegt die passive Rauchbelastung bei nur 13 %.

Psychische Auffälligkeiten waren bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Bildungsniveau der Mutter über alle Altersgruppen hinweg 2- bis 3-mal so hoch wie bei Kindern von Müttern mit hohem Bildungsniveau.²⁶ Mehr als jedes fünfte Kind in Deutschland zeigt Symptome einer Essstörung.²⁷ Im Altersverlauf (nach dem zehnten Lebensjahr) nimmt der Anteil der Essstörungen bei Mädchen noch um etwa 50 % zu, bei den Jungen hingegen nehmen in diesem Zeitraum die Essstörungen bereits wieder um ein Drittel ab. Der Anteil der Essstörungen ist in den niedrigen Sozialschichten und in der Hauptschule fast doppelt so hoch (knapp 30 %) wie in den oberen Sozialschichten bzw. im Gymnasium (etwa 16 %).

So lässt sich fast durchgängig bei allen in KiGGS erfassten Gesundheitsfaktoren eine Benachteiligung der Kinder und Jugendlichen aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien und auch häufig bei Kindern mit Migrationshintergrund feststellen, wie folgendem zusammenfassendem Überblick zu entnehmen ist:

Die Kinder aus sozial benachteiligten oder bildungsfernen Familien

- haben Mütter, die häufiger während der Schwangerschaft rauchen,
- werden seltener und kürzer gestillt,
- rauchen häufiger,
- treiben seltener regelmäßig Sport,
- verbringen mehr Zeit vor dem Bildschirm,
- putzen sich seltener die Zähne,
- sind häufiger Opfer von Verkehrsunfällen,
- tragen seltener Schutzbekleidung (Fahrradhelm ...),
- haben häufiger Übergewicht / Adipositas,
- haben eine geringere motorische Leistungsfähigkeit,
- zeigen häufiger Verhaltensauffälligkeiten,
- haben häufiger psychische Probleme, Essstörungen,
- leben in einem ungünstigeren Familienklima,
- besitzen geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen,
- erleiden eine höhere Gewaltbelastung,
- zeigen eine erhöhte Gewaltbereitschaft,
- werden bei vergleichbaren Symptomen seltener dem Arzt vorgestellt,
- nehmen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen seltener wahr,
- haben häufiger Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- ernähren sich ungesünder,
- haben seltener Allergien (einziger festgestellter Vorteil).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Der Bildungshintergrund der Eltern, vor allem der Mutter, hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Kinder.

Die Mehrfachbelastung aus sozialer Benachteiligung,

gesundheitlichen Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten verschlechtert die Zukunftschancen der Kinder. Dies könnte sich auf die künftige Entwicklung der Lebenserwartung auswirken.

Gesundheitsberichterstattung, KiGGS – und nun?

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) ist ein gutes Beispiel für den idealtypischen Zyklus der Gesundheitsberichterstattung: Erkennen – Bewerten – Handeln. Die Konzipierung des Surveys war die Reaktion auf die Informationlücken, die die Gesundheitsberichterstattung bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen vorfand. Die über drei Jahre hinweg in ganz Deutschland sorgfältig erhobenen Daten wurden nach Beendigung der Feldarbeit umgehend einer Auswertung zugeführt, die Ergebnisse publiziert und hinsichtlich des sich aus ihnen ergebenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs analysiert. Die Ergebnisse wurden als wissenschaftliche Originalpublikationen international veröffentlicht, aber auch innerhalb Deutschlands adressatengerecht aufbereitet. Im Jahr 2008 wurden die qualitätsgeprüften Daten als „Scientific Use- File“ der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt. Eine ganze Serie von wissenschaftlichen Publikationen mit Ergebnissen aus dem KiGGS ist bereits im deutschen und englischen Sprachraum erschienen.

Eine gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erarbeitete Broschüre in der GBE-Reihe des RKI *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* arbeitet schwerpunktmäßig das Präventionspotenzial der gefundenen Resultate heraus.²⁸

Die vom KiGGS gefundenen deutlichen Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachtei-

ligung wurden nicht zuletzt wegen des daraus resultierenden politischen Handlungsbedarfs bereits in mehrfacher Hinsicht ausgewertet und publiziert:

- Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*²⁹,
- Expertise für das BMG *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen*³⁰,
- Zuarbeit für den Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*³¹,
- Zuarbeit für den 13. Kinder- und Jugendbericht für das BMFSFJ.³²

Nicht immer gelingt es der Gesundheitsberichterstattung, tatsächlich in gesundheitspolitische Strategien Eingang zu finden. Im Falle des Kinder- und Jugendgesundheits surveys ist dies jedoch gelungen: Die Strategie der Bundesregierung zur Verbesserung der Kindergesundheit³³ basiert zu wesentlichen Teilen auf den mit KiGGS erhobenen Daten und den durch die Gesundheitsberichterstattung kommunizierten Ergebnissen.

Der Umstand, dass die bislang mehr oder weniger sporadisch durchgeführten Gesundheitssurveys des RKI nunmehr eine Dauerfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit erhalten und Bestandteil eines bundesweiten Gesundheitsmonitorings sind, gibt Anlass zu der begründeten Hoffnung, dass die Gesundheitsberichterstattung am RKI auch künftig aktuell, zeitnah und politikwirksam durchgeführt werden kann.

Literatur

- Ahrens, W. / Bellach, B. M. / Jöckel, K. H.: Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München 1998.
- Böhm, K. / Taubmann, D.: Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 47 (2004), 457–463.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)*: 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin 2008.
- Cordes, M. / Eberhardt, W.*: Das neue Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 43 (2000), 605–610.
- Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 529–908.
- Gesundheitswesen-Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Ziele, Aufbau, Kooperationspartner. In: Das Gesundheitswesen 60 (1998) (Sonderheft 2), S59–S114.
- Gesundheitswesen-Schwerpunktheft: Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. In: Das Gesundheitswesen 61 (1999) (Sonderheft 2), S55–S222.
- Gesundheitswesen-Schwerpunktheft: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Konzept, Ziele, Inhalte, Instrumente, Pretest. In: Das Gesundheitswesen 64 (2002) (Sonderheft 1), S1–S130.
- Hoffmann, U. / Böhm, K.*: Fortschritte beim Aufbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Wirtschaft und Statistik 2/1995, 116ff.
- Hölling, H. / Schlack, R.*: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 794–799.
- Kaiserliches Gesundheitsamt und Kaiserliches Statistisches Amt*: Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Berlin 1907.
- Kamtsiuris, P. / Atzpodien, K. / Ellert, U. / Schlack, R. / Schlaud, M.*: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 686–700.
- Kurth, B. M.*: Der Bundes-Gesundheitssurvey – ein Datenlieferant für die Gesundheitsberichterstattung und noch viel mehr. Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. In: RKI-Heft 2002, 5–9.

- Kurth, B. M.*: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 533–546.
- Kurth, B. M. / Ziese, T.*: Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts. Sankt Augustin 2005.
- Kurth, B. M. / Schaffrath Rosario, A.*: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 736–743.
- Kurth, B. M. / Lange, C. / Kamtsiuris, P. / Hölling, H.*: Gesundheitsmonitoring am Robert-Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 52 (2009), 557–570.
- Lampert, T. / Thamm, M.*: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 600–608.
- Lange, M. / Kamtsiuris, P. / Lange, C. / Schaffrath Rosario, A. / Stolzenberg, H. / Lampert, T.*: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 578–589.
- Robert-Koch-Institut*: Diabetes mellitus. Themenheft 24 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2005.
- Robert-Koch-Institut / Statistisches Bundesamt*: Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006.
- Robert-Koch-Institut*: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Berlin 2008a.
- Robert-Koch-Institut*: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin 2008b.
- Robert-Koch-Institut*: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten

- und Trends. Hrsg. vom Robert-Koch-Institut und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. Berlin 2008c.
- Robert-Koch-Institut*: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin 2008d.
- Robert-Koch-Institut / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)*: Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin 2008e.
- Robert Koch Institute / Federal Statistical Office*: Health in Germany. Berlin 2008.
- Robert-Koch-Institut*: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt, dem Deutschen Zentrum für Altersfragen und dem Robert-Koch-Institut. Berlin 2009.
- Schenk, L. / Ellert, U. / Neuhauser, H.*: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (2007), 590–599.
- Statistisches Bundesamt*: Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden 1998.
- Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit: http://www.bmg.bund.de/cln_162/nn_1168258/sid_0CF0C5175BD8667E204B61BD1A8-2FCF9/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/K/Glossar-Kindergesundheit/Strategie-zur-Foerderung-der-Kindergesundheit.html?__nnn=true (Stand 04.05.2009)
- Ziese, T.*: Beginn der Routinephase der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 43 (2000), 600–604.

Anmerkungen

- ¹ Kaiserliches Gesundheitsamt / Kaiserliches Statistisches Amt 1907.
- ² Hoffmann / Böhm 1995.
- ³ Statistisches Bundesamt 1998.
- ⁴ Ziese 2000.
- ⁵ Robert-Koch-Institut 2005.
- ⁶ Robert-Koch-Institut 2006.

- ⁷ Robert Koch Institute 2008.
- ⁸ Robert-Koch-Institut 2009.
- ⁹ Cordes / Eberhardt 2000 und Böhm / Taubmann 2004.
- ¹⁰ Kurth 2002.
- ¹¹ Robert-Koch-Institut 2008b.
- ¹² Kurth / Ziese 2005.
- ¹³ Gesundheitswesen-Schwerpunktheft 1998 und 1999.
- ¹⁴ Gesundheitswesen-Schwerpunktheft 2002.
- ¹⁵ Kurth et al. 2009.
- ¹⁶ Kurth 2007.
- ¹⁷ Zusammenfassende Darstellung dazu in Kamtsiuris et al. 2007.
- ¹⁸ Ahrens et al. 1998.
- ¹⁹ Lange et al. 2007.
- ²⁰ Wenn künftig zur Vereinfachung sowohl im Text als auch in Grafiken die Bezeichnungen Unterschicht, Mittelschicht und Oberschicht verwendet werden, so ist damit genau die oben genannte Definition gemeint.
- ²¹ Schenk et al. 2007.
- ²² Lange et al. 2007.
- ²³ Kurth / Schaffrath Rosario 2007.
- ²⁴ Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys.
- ²⁵ Lampert / Thamm 2007.
- ²⁶ Lampert / Thamm 2007.
- ²⁷ Hölling / Schlack 2007.
- ²⁸ Robert-Koch-Institut 2008e.
- ²⁹ Robert-Koch-Institut 2008b.
- ³⁰ Robert-Koch-Institut 2008d.
- ³¹ Robert-Koch-Institut 2008a.
- ³² BMFSFJ 2008.
- ³³ Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.