

## 5 Wie werden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt?

### 5.1 Impfen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Abbildung 5.1.1**  
Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007

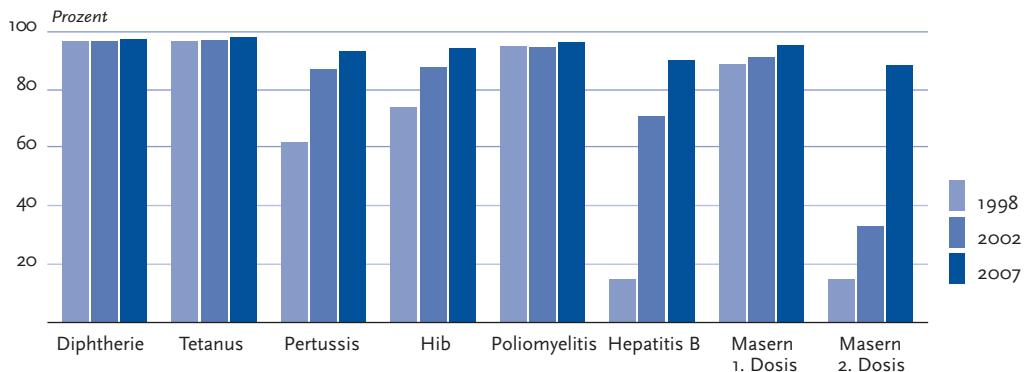
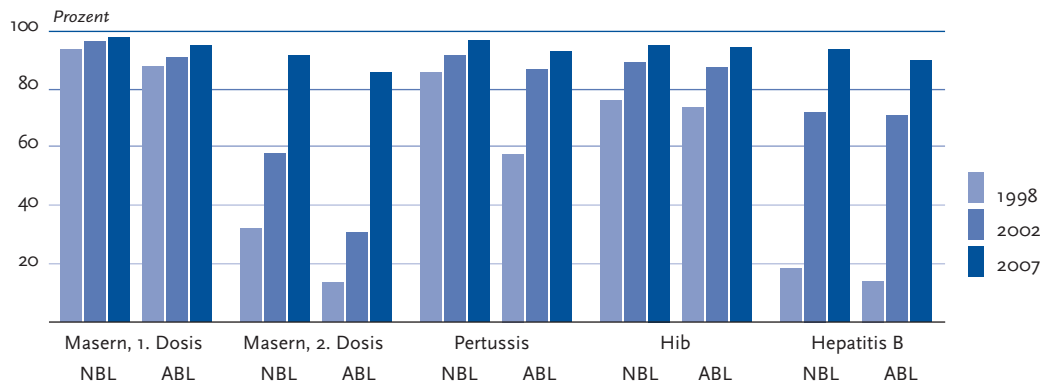


Abbildung 5.1.2

## Bei Schuleingangsuntersuchungen ermittelte Impfquoten im Zeitverlauf nach Region

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998, 2002, 2007



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

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

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

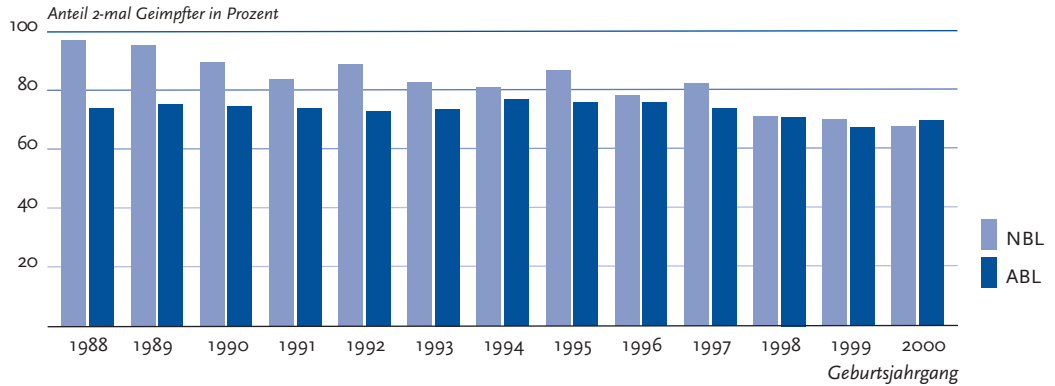
### Masern

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

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

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

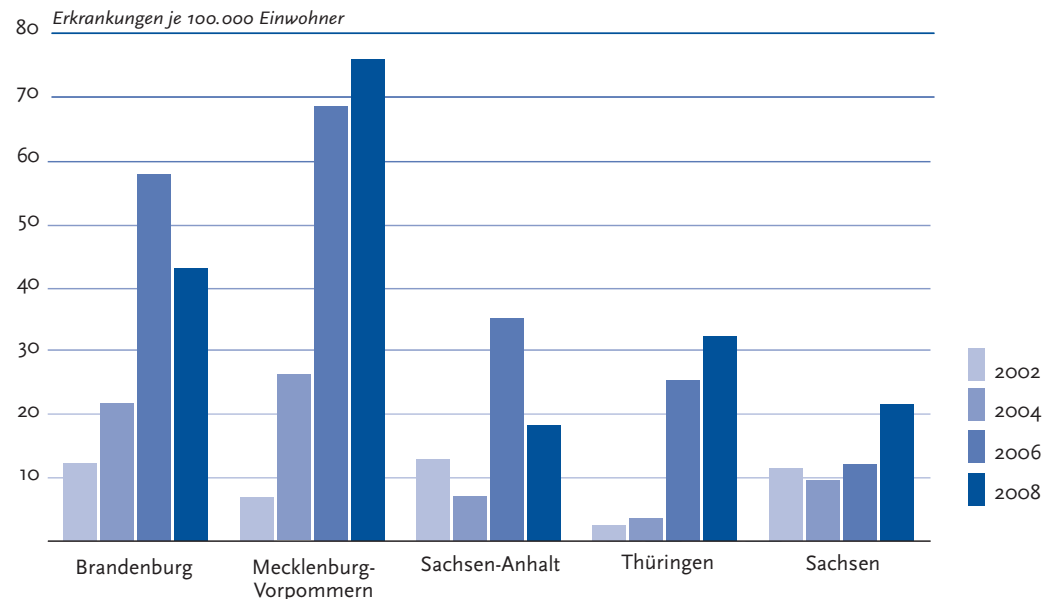
**Abbildung 5.1.3**  
**Vollständige Masern-Impfung (zwei Impfungen) nach Geburtsjahrgang; Impfquoten bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen**  
 Quelle: KiGGS



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

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

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



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

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

### Pertussis (Keuchhusten)

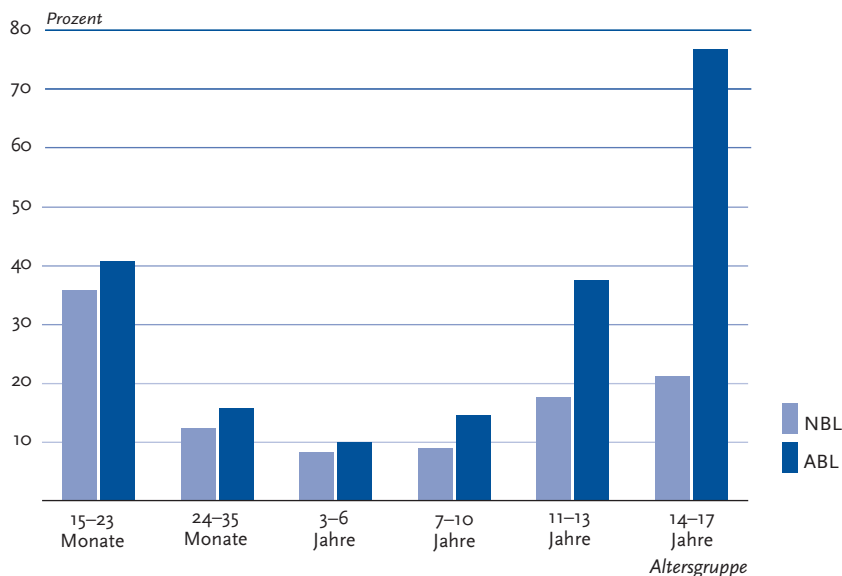
Eine Impfung gilt als zentrale präventive Maßnahme gegen die hoch ansteckende Infektionskrankung Pertussis. Diese Schutzimpfung wird seit 1991 für Säuglinge und Kleinkinder durch die STIKO empfohlen. In der DDR bestand seit 1964 eine allgemeine Impfpflicht gegen Pertussis. Im alten Bundesgebiet wurde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

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

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

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

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



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

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

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

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

## Influenza

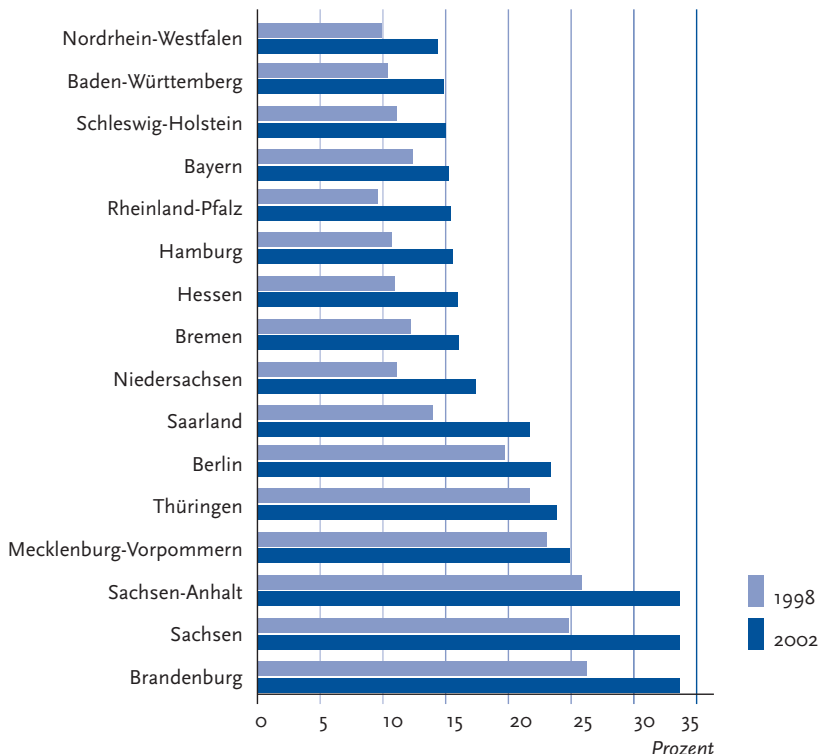
In der Folge von Influenza-Infektionen kommt es jährlich zu einer Vielzahl von Arztbesuchen und Todesfällen: In den Jahren 1996 bis 2006 führten Influenzawellen zu ca. 8.000 bis 11.000 Todesfällen (Arbeitsgemeinschaft Influenza 2008). Die STIKO am Robert Koch-Institut empfiehlt unter anderem für Personen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

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

**Abbildung 5.1.6**

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

Quelle: Mikrozensus 1998, 2002



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

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

## Fazit

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

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

## Literatur

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

## 5.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

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

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

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

### **Angebote der Krebsfrüherkennung und Anspruchsvoraussetzungen**

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

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

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

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



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

### Teilnahme an der Krebsfrüherkennung

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

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

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

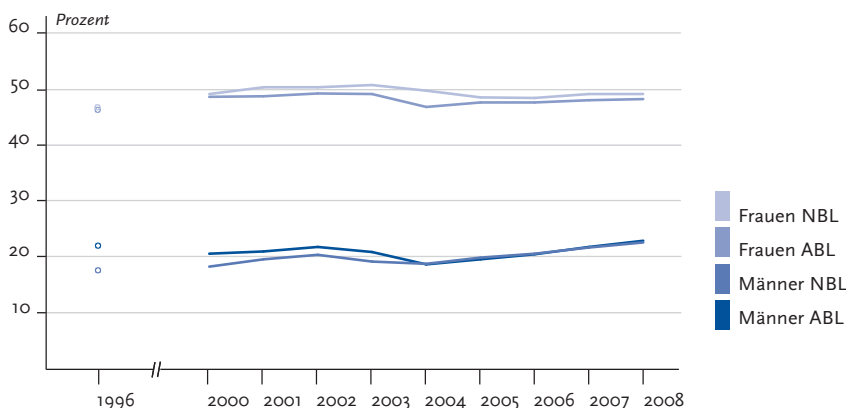
Eine Sonderauswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ermöglicht einen detaillierten Blick auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsangebote für Frauen und Männer in Ost und West für ausgewählte Jahre (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2009b). Abbildung 5.2.1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

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

Abbildung 5.2.1

#### Geschätzte Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den Jahren 1996 sowie 2000 bis 2008

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b

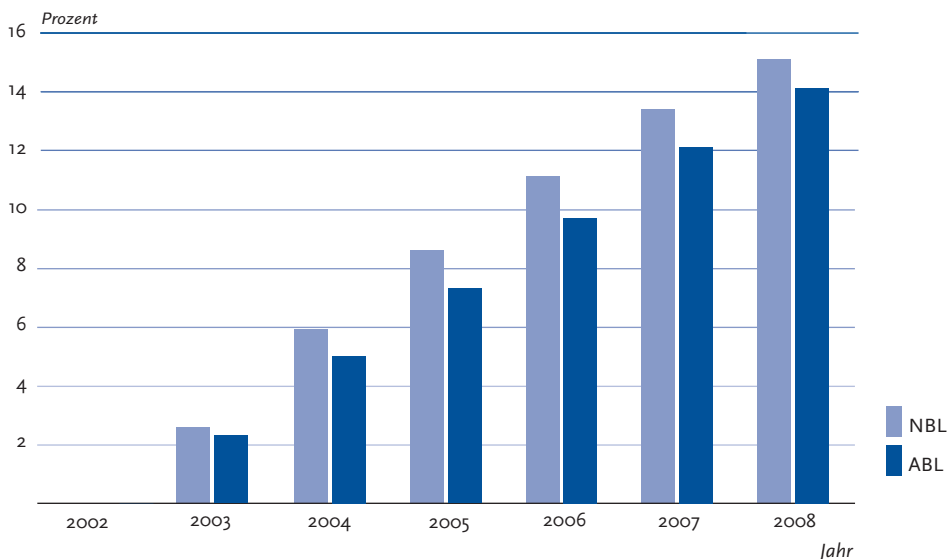


Als **Datengrundlage** werden für die folgenden Ausführungen die Abrechnungsdaten der GKV herangezogen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) nimmt anhand dieser Daten Schätzungen zur Beteiligung an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen vor. Diese Schätzungen beruhen auf einer jährlichen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

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

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

**Abbildung 5.2.2**  
**Geschätzte kumulative Teilnahme an Früherkennungskoloskopien 2002 bis 2008**  
 Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2009b



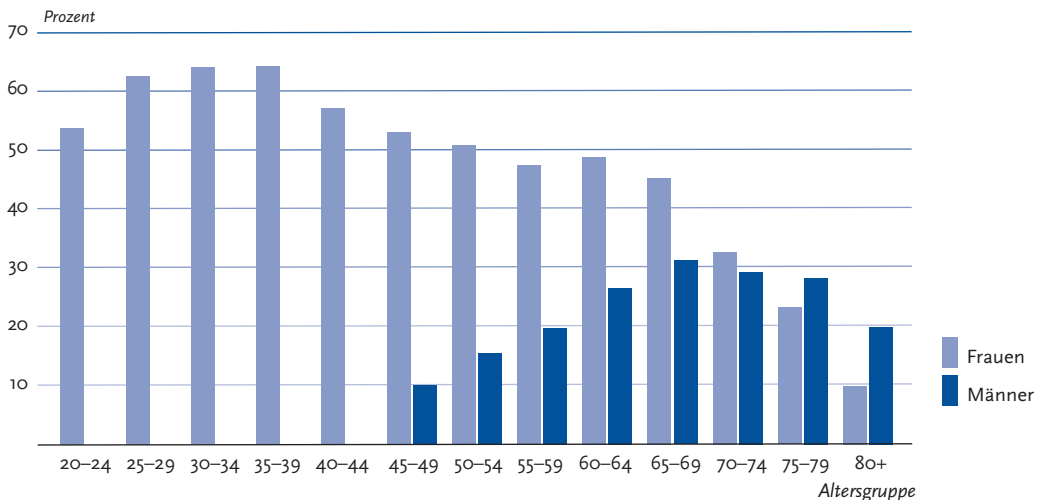
Mit Blick auf alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen insgesamt weisen die aktuellen Schätzungen aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung darauf hin, dass es vor allem geschlechtsspezifische Unterschiede sind, die bei der Akzeptanz der Untersuchungen eine Rolle spielen (Zentralinstitut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

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

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

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

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



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

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

## Fazit

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

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

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

## Literatur

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

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

### 5.3 Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder

- ▶ Anfang der 1990er-Jahre bestanden deutliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, mit niedrigerer Beteiligung in den neuen Bundesländern.
- ▶ Die Inanspruchnahmeraten in den neuen Bundesländern haben sich denen in den alten Bundesländern angeglichen.
- ▶ Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter werden von den Eltern im hohem Maße akzeptiert, die Inanspruchnahmeraten liegen deutlich höher als bei Früherkennungsprogrammen für Erwachsene.
- ▶ Jenseits des Säuglingsalters geht die Teilnahme rate stetig zurück, die U<sub>9</sub> bei den 5-Jährigen verzeichnet von allen Untersuchungen des Vorschulalters die niedrigste Inanspruchnahme.
- ▶ Familien mit Migrationshintergrund und solche aus niedrigen Sozialstatusgruppen nutzen die Untersuchungen deutlich seltener als Familien aus den jeweils anderen (korrespondierenden) Gruppen.

#### Angebote ne Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder

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

Das Früherkennungsprogramm gibt es seit 1971 und bestand zunächst aus sieben Untersuchungen bis zum 4. Geburtstag. Später wurde es schrittweise erweitert, zuletzt durch die J<sub>1</sub> (im Jahr 1998) und die U<sub>7a</sub> (im Jahr 2008). Das Programm umfasst

heute elf freiwillige Untersuchungen – zehn bei Kindern von null bis sechs Jahren (U<sub>1</sub> bis U<sub>9</sub>), die in einem standardisierten Untersuchungsheft dokumentiert werden, sowie eine Jugenduntersuchung bei den 11- bis 15-Jährigen (J<sub>1</sub>). Das Programm wird überwiegend von Kinderärztinnen und -ärzten durchgeführt, z. T. aber auch von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen.

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

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

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

**Tabelle 5.3.1**  
Untersuchungszeiträume der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, 2009

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





































