

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/16570 –**

Adipositas – Prävention und Versorgung in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Wenn das Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße über das Normalmaß hinausgeht, wird von Übergewicht – auch Präadipositas – gesprochen; bei starkem Übergewicht von Adipositas. Der Body Mass Index (BMI) ist das am häufigsten verwendete Maß zur Definition von Übergewicht und Adipositas. Der BMI wird als das Verhältnis von Körpergewicht zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) berechnet und ist somit relativ einfach zu erfassen und als Vergleichsmaß für Personen oder Studienpopulationen zu verwenden. Ein hoher BMI kann somit einen Indikator für einen hohen Körperfettanteil darstellen (Robert Koch-Institut – RKI, Journal of Health Monitoring, 2/2017, S. 21 f.). Nach dem Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Erwachsener mit einem BMI von weniger als $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ untergewichtig. Ein BMI zwischen $18,5$ und weniger als $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ wird als Normalgewicht, ein BMI von 25 bis unter $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ als Übergewicht und ein BMI von $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ und mehr als Adipositas definiert (World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization, Technical Report Series, 894).

Adipositas wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige Krankheit eingestuft. Adipositas ist ein Risikofaktor für bestimmte chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einzelne Krebserkrankungen und geht mit einem höheren Risiko frühzeitig zu sterben einher. Adipositas und die damit verbundenen Folgeerkrankungen sind für das Gesundheitssystem eine erhebliche Herausforderung und stellen nicht nur in Deutschland, sondern auch international ein bedeutendes Public-Health-Problem dar (RKI, Journal of Health Monitoring, 2/2017, S. 21).

Die WHO hat im Rahmen des Globalen Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten das Ziel formuliert, dass die Prävalenz der Adipositas bis zum Jahr 2025 (im Vergleich zu 2010) nicht weiter zunehmen soll (World Health Organization, Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020). Auch in der Neuauflage der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung 2016 lautet das Ziel, den Anteil an Personen mit Adipositas in Deutschland bis zum Jahr 2030 nicht weiter ansteigen zu lassen (Die Bundesregierung, Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Neuauflage 2016).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Für die Bundesregierung ist das Thema Adipositas auch wegen seiner gesundheitlichen Relevanz von großer Bedeutung. Adipositas führt zu verschiedenen Funktionseinschränkungen wie Belastungen für den Bewegungsapparat, stellt aber auch einen Risikofaktor für das Entstehen weiterer nicht-übertragbarer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2 dar. Während bei Kindern und Jugendlichen inzwischen eine Stagnation der Zahlen eingetreten ist, ist bei den Erwachsenen immer noch ein Anstieg der Zahl der von Adipositas Betroffenen festzustellen. Verschiedene Maßnahmen wurden und werden ergriffen, um das Problem zu adressieren. Ziel dabei ist es, die Menschen zu befähigen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten und Rahmenbedingungen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu ermöglichen. Übergewicht ist ein multikausales Geschehen, daher ist es notwendig, Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen durchzuführen und die relevanten Akteure einzubeziehen. Die einzelnen Aktivitäten werden gebündelt und entsprechend aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Bedarfe weiterentwickelt.

Rehabilitationsmaßnahmen nehmen in der Behandlung von Adipositas einen wichtigen Stellenwert ein.

1. Wie viele Menschen in Deutschland gelten nach Kenntnis der Bundesregierung als adipös?

Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Menschen mit Adipositas in den letzten 20 Jahren entwickelt (bitte nach Jahren in absoluten Zahlen und nach Anteil an der Gesamtbevölkerung aufschlüsseln)?

- a) Wie verteilt sich Adipositas nach Kenntnis der Bundesregierung auf die unterschiedlichen Altersgruppen der Gesamtbevölkerung?

Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Entwicklung im Vergleich zum Jahr 2000 dar?

- b) Wie verteilt sich Adipositas nach Kenntnis der Bundesregierung geschlechtsspezifisch?

Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Entwicklung im Vergleich zum Jahr 2000 dar?

Eine Adipositas bei Erwachsenen liegt vor, wenn der Body-Mass-Index (BMI) 30 kg/m^2 und mehr beträgt. Der BMI berechnet sich aus Körpergröße und Körpergewicht. Diese Informationen können sowohl aus Messungen als auch aus Befragungen vorliegen. Es ist zu beachten, dass bei Befragungsdaten das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt wird. Der aus Befragungsdaten ermittelte BMI liegt im Vergleich zur Berechnung aus Messwerten entsprechend niedriger und die Adipositasprävalenz wird eher unterschätzt. Dies ist beim Vergleich von Adipositasprävalenzen aus verschiedenen Datenquellen zu berücksichtigen. Bevölkerungsweite Angaben zu Körpergröße und -gewicht liegen in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nicht für jedes Kalenderjahr vor.

Aktuelle Informationen liegen anhand von Befragungsdaten aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) und aus dem Mikrozensus 2017 vor. Die präziseren Informationen zur Häufigkeit der Adipositas aus Messwerten gibt es für Erwachsene aus der Studie zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) aus den Jahren 2008 bis 2011 und dem Bundesgesundheitsurvey (BGS) (1997-1999) und für Kinder und Jugendliche aus der aktuellen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in

Deutschland“ (KiGGS) aus den Jahren 2014 bis 2017 und der früheren Studie aus den Jahren 2003 bis 2006.

Laut Befragungsdaten des Mikrozensus waren 2017 insgesamt 16,3 % Erwachsene (14,6 % der Frauen und 18,1 % der Männer) von einer Adipositas betroffen. Im Vergleich zur ersten Befragung aus dem Jahr 1999 ist ein Anstieg um 3,6 Prozentpunkte bei Frauen und um 6,0 Prozentpunkte bei Männern zu verzeichnen. Damals betrug der Anteil der Erwachsenen mit einer Adipositas insgesamt 11,5 % (11,0 % der Frauen, 12,1 % der Männer).

Nach der Studie „GEDA 2014/2015-EHIS“ liegt die Adipositasprävalenz für Erwachsene ab 18 Jahren bei 18,1 %. Die Adipositasprävalenz hat im Vergleich zu GEDA 2010 um zwei Prozentpunkte zugenommen. In 2010 waren 15,6 % der Frauen und 16,1 % der Männern von einer Adipositas betroffen, 2014/2015 waren dies 18,0 % der Frauen und 18,3 % der Männer. Die Daten zeigen auch einen Anstieg der Adipositasprävalenzen mit dem Alter: Während bei den 18- bis 29-jährigen Frauen 9,7 % von einer Adipositas betroffen sind, trifft dies in der Altersgruppe der über 64-jährigen Frauen auf 21,3 % zu. Bei den 18- bis 29-jährigen Männern sind 8,9 % von einer Adipositas betroffen, im Alter von über 64 Jahren weisen bereits 20,9 % eine Adipositas auf.

Die Adipositasprävalenz aus Messwerten (DEGS) beträgt für den Zeitraum 2008 bis 2011 für Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren 23,6 % (23,9 % der Frauen und 23,3 % der Männer). Zwischen 1997 bis 1999 und 2008 bis 2011 ist die Adipositasprävalenz bedeutend gestiegen: in 1997 bis 1999 waren 20,7 % der Erwachsenen (22,5 % der Frauen und 18,9 % der Männer) von einer Adipositas betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Adipositasprävalenz an. Während 2008 bis 2011 bei den 18- bis 29-Jährigen bei 9,1 % eine Adipositas vorlag, traf dies bei den 70- bis 79-Jährigen auf 36,9 % zu. Zum Zeitraum 1997 bis 1999 waren die entsprechenden Prävalenzen 8,1 % für 18- bis 29-Jährige und 27,0 % für 70- bis 79-Jährige (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Erwachsene – Adipositasprävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht (Messwerte)

	BGS (1997-99)	DEGS (2008-11)
Gesamt	20,7 %	23,6 %
Geschlecht		
Frauen	22,5 %	23,9 %
Männer	18,9 %	23,3 %
Altersgruppen		
18-29 Jahre	8,1 %	9,1 %
30-39 Jahre	15,4 %	20,0 %
40-49 Jahre	22,9 %	20,8 %,
50-59 Jahre	26,6 %	27,4 %,
60-69 Jahre	32,3 %	34,0 %
70-79 Jahre	27,0 %	36,9 %

Quellen: Mensink et al. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56(5-6):786-794 und eigene Berechnungen

Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine Adipositas dann vor, wenn der BMI das alters- und geschlechtsspezifische definierte 97. Perzentil einer festgelegten Referenzpopulation überschreitet. Für den Zeitraum 2014 bis 2017 (KiGGS Welle 2, Messwerte) liegt die Adipositasprävalenz für die Altersgruppe 3 bis 17 Jahre bei 5,9 %. Zwischen 2003 bis 2006 betrug sie 6,3 %. Die Veränderung der Prävalenz zwischen 2003 bis 2006 und 2014 bis 2017 ist statistisch nicht

signifikant. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zeigt sich ein stetiger Anstieg der Adipositasprävalenz mit dem Alter: Während 2,0 % der 3- bis 6-Jährigen eine Adipositas aufweisen, liegt die Prävalenz bei den 14- bis 17-Jährigen bereits bei 8,5 %. Im Gegensatz zu den Erwachsenen finden sich bei den Kindern und Jugendlichen keine wesentlichen Geschlechterunterschiede: Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen ist tendenziell eine leichte Abnahme der Adipositasprävalenz in den jüngeren Altersgruppen zu sehen, die jedoch keine statistische Signifikanz erreicht (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Kinder und Jugendliche – Adipositasprävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht (Messwerte)

	KiGGS Basiserhebung 2003-2006	KiGGS Welle 2 2014-2017
Gesamt	6,3 %	5,9 %
Altersgruppen		
3–6 Jahre	2,9 %	2,0 %
7–10 Jahre	6,4 %	5,8 %
11–13 Jahre	7,2 %	7,3 %
14–17 Jahre	8,5 %	8,5 %
Geschlecht		
Mädchen	6,3 %	5,5 %
Jungen	6,4 %	6,3 %

Quellen: Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario et al. (2019) Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsblatt 2019. DOI <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03015-8>

Schienkiewitz et al. (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

2. Wie viele Menschen in Deutschland gelten nach Kenntnis der Bundesregierung als präadipös?

Wie hat sich die Zahl der Menschen mit Präadipositas in den letzten 20 Jahren entwickelt (bitte nach Jahren in absoluten Zahlen und nach Anteil an der Gesamtbevölkerung aufschlüsseln)?

- a) Wie verteilt sich Präadipositas nach Kenntnis der Bundesregierung auf die unterschiedlichen Altersgruppen der Gesamtbevölkerung?

Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Entwicklung im Vergleich zum Jahr 2000 dar?

- b) Wie verteilt sich Präadipositas nach Kenntnis der Bundesregierung geschlechtsspezifisch?

Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Entwicklung im Vergleich zum Jahr 2000 dar?

Eine Präadipositas bei Erwachsenen liegt dann vor, wenn der BMI zwischen 25 und 30 kg/m² beträgt. Von der Präadipositas abzugrenzen ist das Übergewicht, das definiert ist als ein BMI von mehr als 25 kg/m². Übergewicht umfasst demnach alle Personen einschließlich Adipositas.

Laut Befragungsdaten im Mikrozensus 2017 waren insgesamt 36,4 % der erwachsenen Bevölkerung von einer Präadipositas betroffen (44,0 % der Männer und 28,5 % der Frauen), 1999 waren es 36,2 % (44,1 % der Männer und 28,7 % der Frauen).

Im Zeitraum 2008 bis 2011 (Messdaten) sind 36,4 % der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren von einer Präadipositas betroffen, 1997 bis 1999 waren es 39,3 %. Mit zunehmendem Alter steigt die Präadipositasprävalenz an. Während 2008 bis 2011 bei den 18- bis 29-Jährigen 23,6 % eine Präadipositas vorlag, traf dies bei den 70- bis 79-Jährigen bei 44,4 % zu. Zum Zeitraum 1997 bis 99 waren 23,7 % der 18- bis 29-Jährigen und 49,9 % der 70- bis 79-Jährigen von einer Präadipositas betroffen.

Aus den Messdaten zeigt sich ebenfalls, dass deutlich mehr Männer als Frauen von einer Präadipositas betroffen sind, und zwar 29,0 % der Frauen und 43,8 % der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren (2008 bis 2011). Im Zeitraum 1997 bis 1999 lag bei 30,5 % der Frauen und 48,2 % der Männer eine Präadipositas vor (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Erwachsene – Präadipositasprävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht (Messwerte)

	BGS (1997-99)	DEGS (2008-11)
Gesamt	39,3 %	36,4 %
Geschlecht		
Frauen	30,5 %	29,0 %
Männer	48,2 %	43,8 %
Altersgruppen		
18-29 Jahre	23,7 %	23,6 %
30-39 Jahre	36,4 %	30,4 %
40-49 Jahre	40,8 %	37,6 %
50-59 Jahre	46,9 %	42,1 %
60-69 Jahre	47,1 %	43,2 %
70-79 Jahre	49,9 %	44,4 %

Quellen: Mensink et al. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56(5-6):786-794 und eigene Berechnungen

Für Kinder und Jugendliche gibt es keine Definition einer Präadipositas. Analog zur Definition bei Erwachsenen, würde bei Kindern eine Präadipositas dem „Übergewicht (ohne Adipositas)“ und somit dem Bereich oberhalb des 90. Perzentils und unterhalb des 97. Perzentils entsprechen. Nach dieser Definition sind 2014 bis 2017 9,5 % der Kinder und Jugendlichen von einem Übergewicht (ohne Adipositas) betroffen. Im Zeitraum 2003-06 lag die Prävalenz von Übergewicht (ohne Adipositas) bei 8,7 %.

Im Kindes- und Jugendalter zeigen sich kaum Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht (ohne Adipositas). 2014 bis 2017 waren 9,3 % der Jungen und 9,8 % der Mädchen betroffen. Im Zeitraum 2003 bis 2006 waren dies 8,8 % der Jungen und 8,5 % der Mädchen.

3. Wie viele Menschen mit Adipositas befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2017 und 2018 in einer Rehabilitationsmaßnahme?
 - a) Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Kinder?
Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Jugendliche?
 - b) Wie viele Menschen befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2017 und 2018 aufgrund von Adipositas in einer Rehabilitationsmaßnahme?

- c) Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Kinder?
Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Jugendliche?
- d) Wie lange befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung die betreffenden Personen im Durchschnitt in einer Rehabilitationsmaßnahme?

Der Bundesregierung liegen Angaben zu Personen mit Adipositas in Rehabilitationsmaßnahmen nur aus der gesetzlichen Rentenversicherung vor. Dort unterscheiden sich die statistischen Daten von 2017 und 2018 nur geringfügig; die im Folgenden aufgeführten Zahlen beziehen sich daher auf 2018.

2018 wurde bei 146.619 Empfängern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Adipositas als Erst- oder einer der Nebendiagnosen angegeben. Inbegriffen sind dabei 7.951 Leistungen zur Kinder-(Jugend-)rehabilitation. Davon 5.318 in der Altersgruppe von unter 5 bis 14 Jahren und 2.633 in der Altersgruppe von 15 bis 27 Jahre.

Aufgrund der Erstdiagnose Adipositas erhielten 7.621 Erwachsene, 3.670 Kinder (unter 5 bis 14 Jahre) und 1.870 Jugendliche (15 bis 27) im Jahr 2018 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die stationäre Rehabilitationsdauer betrug bei Erwachsenen, die mit Erstdiagnose Adipositas Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhielten, im Durchschnitt 22,1 Tage. Bei Adipositas als Nebendiagnose 26,5 Tage. In der Kinder- (Jugend-)Rehabilitation betrug die durchschnittliche Rehabilitationsdauer bei Erstdiagnose Adipositas 34,5 Tage, bei Adipositas als Nebendiagnose 32,5 Tage.

4. Wie viele Menschen mit Adipositas befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2017 und 2018 in einer stationären Einrichtung zu einer Rehabilitationsmaßnahme?
- a) Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Kinder?
Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Jugendliche?
- b) Wie viele Menschen befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2017 und 2018 aufgrund von Adipositas in einer stationären Einrichtung zu einer Rehabilitationsmaßnahme?
- c) Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Kinder?
Wie viele davon waren nach Kenntnis der Bundesregierung Jugendliche?
- d) Wie lange befanden sich nach Kenntnis der Bundesregierung die betreffenden Personen im Durchschnitt in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung liegen Daten aus dem Jahr 2018 vor. Von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Adipositas als Erstdiagnose oder Begleitdiagnose wurde der weitaus überwiegende Teil stationär durchgeführt (86 % der Erwachsenen und 99 % der Kinder und Jugendlichen).

Für 5.318 Kinder (unter 5 bis 14 Jahre) und 2.628 Jugendliche (15 bis 27 Jahre) mit Adipositas als Erstdiagnose oder Nebendiagnose wurden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erbracht. Weiterhin wurden dort 12.884 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer stationären Rehabilitationseinrichtung mit Erstdiagnose Adipositas

erbracht, darunter 7566 an Erwachsene. Für 3.670 Kinder (unter 5 bis 14 Jahre) und 1.648 Jugendliche (15 bis 27 Jahre) mit Erstdiagnose Adipositas wurden Leistungen zur Kinderrehabilitation in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erbracht. In dem Bereich betrug die durchschnittliche Rehabilitationsdauer bei Erwachsenen 22,1 Tage, bei Kindern (unter 5 bis 14 Jahre) 31,8 Tage und bei Jugendlichen (15 bis 27 Jahre) 35,5 Tage.

Neben der gesetzlichen Rentenversicherung gibt die Statistik der Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten Auskunft über die Behandlungsfälle in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Das aktuellste Berichtsjahr ist hier 2017. Es handelt sich um eine Fallstatistik ohne Personenbezug. Die Statistik kann nach Hauptdiagnosen ausgewertet werden. Fälle in stationären Einrichtungen mit Adipositas insgesamt, also inkl. der Fälle, die Adipositas möglicherweise auch als Nebendiagnose tragen, liegen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nicht vor.

Im Jahr 2017 wurden 19.904 stationäre Fälle aufgrund von Adipositas behandelt, darunter 10.568 Männer und 9.334 Frauen. Von allen Fällen, die sich aufgrund von Adipositas (ICD-10: E65-E68) in Behandlung befanden, waren 144 Fälle unter 5 Jahre alt, 1.782 Fälle zwischen 5 und 9 Jahre alt, 4.554 Fälle 10 bis 14 Jahre alt und 1.449 Fälle 15 bis 19 Jahre alt. Die durchschnittliche Verweildauer bei Maßnahmen aufgrund von Adipositas betrug im Jahr 2017 26,7 Tage.

5. Wie viele stationäre Rehabilitationseinrichtungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, die auf Adipositas spezialisiert sind?

Wie viele stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind davon nach Kenntnis der Bundesregierung zusätzlich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert?

Von über 1.000 Rehabilitationseinrichtungen im Verzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) werden 115 der übergeordneten Indikationsgruppe der Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien zugeordnet, 49 davon beziehen sich speziell auf die Indikation Adipositas, davon richten sich 21 nur an Erwachsene. Ein Teil dieser Rehabilitationseinrichtungen verfügt über die „Ausstattung für Rehabilitand*innen mit ausgeprägter Adipositas ab 150 kg“.

Die Statistik „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ weist Fachabteilungen nach medizinischen Fachgebieten aus. Ein Rückschluss auf die Zahl der auf Adipositas spezialisierten Fachabteilungen lässt sich daraus nicht ableiten.

6. Wie verteilt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Trägerschaft stationärer Rehabilitationseinrichtungen mit einer Spezialisierung für Adipositas?

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung erbringt der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ausweislich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund in sog. 93 Fachabteilungen für Erwachsene (davon 18 psychosomatische und 2 Suchtabteilungen) und 8 Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche, die für die Behandlung einer (komorbiden) ausgeprägten Adipositas speziell ausgestattet sind, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

2017 befanden sich nach der Statistik der Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von insgesamt 1.142 stationären Einrichtungen mit über 100 Betten 225 in öffentlicher, 308 in freigemeinnütziger und 609 in privater Trägerschaft. In Verbindung mit einer Spezialisierung auf Adipositas

liegen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes diese Informationen nicht vor.

7. Wie verteilt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Kostenträgerschaft für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen speziell für Menschen mit Adipositas?

Hierzu liegen der Bundesregierung nur Daten der gesetzlichen Rentenversicherung vor, so dass keine Angaben zur Verteilung auf die verschiedenen Kostenträger möglich sind. Siehe hierzu auch Antwort auf die Frage 6.

8. Steht nach Kenntnis der Bundesregierung eine ausreichende Zahl stationärer Rehabilitationsplätze für Menschen mit Adipositas in Deutschland zur Verfügung?

Wie bewertet die Bundesregierung hierbei das Angebot speziell für Kinder und Jugendliche?

Nach Kenntnisstand der Bundesregierung stehen für Leistungsberechtigte mit Adipositas aktuell Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Anzahl zur Verfügung.

9. Welcher Mehraufwand ergibt sich nach Kenntnis der Bundesregierung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen von Menschen mit Adipositas in den Rehabilitationseinrichtungen?

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wird nach Auskunft der DRV Bund mit Rehabilitationseinrichtungen, die an Leistungsberechtigte mit Adipositas Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, eine Sondervergütung vereinbart, um Mehraufwände abzudecken. Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung werden Vergütungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation jeweils zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Über den Inhalt der Vereinbarungen liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

10. Wie viele Menschen mit Adipositas wurden in den Jahren 2017 und 2018 nach Kenntnis der Bundesregierung frühverrentet?
 - a) Wie viele Menschen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2017 und 2018 aufgrund von Adipositas frühverrentet?
 - b) Welcher finanzielle Aufwand ist für die Kostenträger aufgrund der Frühverrentung entstanden?

2018 wurden 934 Renten wegen Erwerbsminderung (EM-Renten) mit Adipositas als Erstdiagnose erstmals geleistet. Adipositas als Zweitdiagnose lag 2018 bei 1.568 erstmals geleisteten EM-Renten vor. 2017 wurden 946 Renten wegen EM-Renten mit Adipositas als Erstdiagnose erstmals geleistet. Adipositas als Zweitdiagnose lag 2017 bei 1.553 erstmals geleisteten EM-Renten vor.

11. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Menschen mit Adipositas, die vor ihrer Frühverrentung an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben?

In 2018 nahmen 337, also 36,1 % mit der Erstdiagnose Adipositas in den letzten 5 Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn der EM-Rente an wenigstens einer medizinischen Rehabilitation teil. Bei Versicherten mit Adipositas als Zweitdiagnose waren es 599, also 38,2 %.

2017 nahmen 329, also 34,8 % mit der Erstdiagnose Adipositas in den letzten fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn der EM-Rente an wenigstens einer medizinischen Rehabilitation teil. Bei Versicherten mit Adipositas als Zweitdiagnose waren es 610, also 39,3 %.

Versicherte, die während des Rentenverfahrens Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten haben, sind statistisch nicht erfasst.

12. Wie lange haben Menschen mit Adipositas nach Kenntnis der Bundesregierung im Durchschnitt an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen, bevor sie frühverrentet wurden?

In den letzten fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn der 2018 zugegangenen EM-Renten haben 220 Versicherte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten (81 Versicherte zwei, 27 Versicherte drei und 9 Versicherte vier und mehr Leistungen zur medizinischen Rehabilitation). Somit kann die Dauer der Rehabilitation je nach Anzahl der absolvierten Leistungen insgesamt zwischen drei und mehr als zwölf Wochen betragen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation dauert im Durchschnitt drei Wochen.

13. Werden nach Auffassung der Bundesregierung Investitionsmehraufwendungen im Hinblick auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen von Menschen mit Adipositas adäquat in der Leistungsvergütung abgebildet?

Wenn nein, welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um solche Investitionsmehraufwendungen der Träger abzubilden?

Es wird auf die Antwort auf die Frage 9 verwiesen.

14. Welche Maßnahmen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2013 gegen die steigenden Zahlen von Menschen mit Übergewicht und Adipositas in Deutschland ergriffen?

Welche Maßnahmen richten sich dabei gezielt an Kinder und Jugendliche?

- a) Welche finanziellen Mittel wurden hierfür jeweils aufgewendet?

Welche finanziellen Mittel wurden für Maßnahmen aufgewendet, die sich gezielt an Kinder und Jugendliche richten?

- b) Wie bewertet die Bundesregierung den Erfolg der einzelnen Maßnahmen?

15. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in der 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages gegen Übergewicht und Adipositas ergriffen?

Welche Maßnahmen richten sich dabei gezielt an Kinder und Jugendliche?

- a) Welche finanziellen Mittel wurden hierfür bisher jeweils aufgewendet?
Welche finanziellen Mittel wurden für Maßnahmen aufgewendet, die sich gezielt an Kinder und Jugendliche richten?
- b) Welchen Erfolg verspricht sich die Bundesregierung von diesen Maßnahmen jeweils?
16. Welche konkreten Maßnahmen gegen Übergewicht und Adipositas beabsichtigt die Bundesregierung in der 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zu ergreifen?
Welche Maßnahmen sollen sich dabei gezielt an Kinder und Jugendliche richten?
- a) Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Geeignetheit der jeweilig beabsichtigten Maßnahmen hat die Bundesregierung hierzu bisher eingeholt?
- b) Welche finanziellen Mittel beabsichtigt die Bundesregierung für die beabsichtigten Maßnahmen jeweils bereitzustellen?
Welche finanziellen Mittel sollen dabei für Maßnahmen aufgewendet werden, die sich gezielt an Kinder und Jugendliche richten?

Die Fragen 14, 15 und 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Übergewicht und Adipositas sind wichtige Risikofaktoren für nicht-übertragbare Erkrankungen. Die Gewichtsentwicklung wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Hierzu gehören genetische Dispositionen und der Lebensstil, hauptsächlich das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, das wiederum durch vielfältige Faktoren in der Familie, den Lebenswelten (Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe, Kommunen) beeinflusst werden kann. Da Übergewicht und Adipositas mittlerweile ein weltweites Problem darstellen, findet ein internationaler Austausch statt, bei dem die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation eine wichtige Grundlage darstellen. Aufgrund der zentralen Bedeutung von Übergewicht auf die Gesundheit ist dies ein Indikator, der bei der Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland enthalten ist.

Die Bundesregierung setzt sich mit verschiedenen Initiativen dafür ein, Übergewicht vorzubeugen. Dies spiegelt sich auch im Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode, der die Entwicklung einer Nationalen Strategie zur Reduzierung von Übergewicht, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen vorsieht, die derzeit erarbeitet wird. Auch ist dort die Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ mit einem Fokus auf die ersten 1000 Tage im Leben, den besonderen Bedürfnissen von Kindern und den Belangen von Seniorinnen und Senioren enthalten.

Mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, der seit 2008 gemeinsam vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) getragen wird, soll das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen nachhaltig verbessert und gesunde Lebensstile durch gesundheitsförderliche Informationen und Strukturen gefördert werden. Damit soll Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten vorgebeugt werden (www.in-form.de).

Seit 2008 wurden über 200 Projekte in Kitas, Schulen, Familien, Betrieben, Senioreneinrichtungen und Kommunen durchgeführt. Es wurden u. a. Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende in den Einrichtungen durchgeführt, Materialien zur Förderung gesunder Lebensweisen verbreitet und sowohl Qua-

litätsstandards für die Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen als auch Qualitätsstandards für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und Einrichtungen zertifiziert. Die Vernetzung der Akteure erfolgte sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und auf Bundesebene.

Eine Evaluation des Aktionsplans (2017 bis 2019) hat ergeben, dass mit den durchgeführten Aktivitäten insgesamt ein Beitrag zur Erreichung aller im Aktionsplan formulierten Ziele geleistet werden konnte. Positiv wird anerkannt, dass

- die Themen Ernährung und Bewegung sowie verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze eng miteinander verzahnt sind,
- bei den Zielgruppen in den unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Kinder, Jugendliche, ältere Menschen) ein erhöhtes Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutung von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung nachgewiesen werden konnte,
- viele Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausreichend sensibilisiert und befähigt werden konnten, ihr neu erworbenes Wissen zielgruppenspezifisch weiterzuvermitteln und
- viele Kooperationen und Netzwerke zur gesundheitsförderlichen Ausgestaltung von Lebenswelten etabliert wurden und nun dauerhaft bestehen.

Die Ergebnisse dieser Evaluation werden in die Überlegungen des BMEL und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur künftigen Ausgestaltung des Nationalen Aktionsplans einfließen. Der Abschlussbericht der Evaluation sowie der Zwischenbericht zu den Aktivitäten bis 2008 stehen unter www.in-form.de zur Verfügung.

Im Haushalt des BMEL wurden in den Haushaltsjahren 2013 bis 2020 insgesamt ca. 145 Mio. Euro für IN-FORM Aktivitäten zur Verfügung gestellt, davon 62,5 Mio. Euro in der 19. Legislaturperiode (Haushaltsjahre 2018 bis 2020).

Im Haushalt des BMG standen seit 2013 für IN FORM bislang ca. 5,5 Mio. Euro zur Verfügung, davon etwa 1 Mio. Euro in der 19. Legislaturperiode. Eine kontinuierliche Weiterführung der Maßnahmen ist vorgesehen.

Im Ernährungsbereich bilden Maßnahmen zur Stärkung der Ernährungskompetenzen in allen Altersklassen – vor allem bei Kindern und Jugendlichen – einen Schwerpunkt der Aktivitäten zur Prävention von Übergewicht. So engagiert sich das BMEL seit vielen Jahren in der Verbesserung der Kita- und Schulverpflegung. Gemeinsam mit den Ländern wurden Vernetzungsstellen Schulverpflegung gegründet, die mittlerweile in allen Bundesländern vorhanden sind. In 13 Ländern wurden Vernetzungsstellen Kitaverpflegung eingerichtet. Für die Jahre 2019 und 2020 stellt das BMEL insgesamt zwei Mio. Euro pro Jahr für die Förderung dieser Projekte zur Verfügung.

Als Basis und Hilfestellung bei der Umsetzung eines ausgewogenen Verpflegungsangebotes sowie zur Qualitätssicherung dienen der Qualitätsstandard der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder und der DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, unterstützt die Bundesregierung die Länder, damit die DGE-Qualitätsstandards als Mindeststandards flächendeckend in Schulen und Kitas eingeführt werden, über die stärkere Unterstützung der Vernetzungsstellen und den Ausbau des Nationalen Qualitätszentrums für Ernährung in Kita und Schule. Mithilfe des in die Bundesanstalt für Ernährung (BLE) eingegliederten Bundeszentrums für Ernährung (BZfE) soll die Information der Verbraucherinnen und Verbraucher verbessert werden. Bei der Planung

und Umsetzung der Aktivitäten spielen vulnerable Zielgruppen eine wichtige Rolle.

Die Lebensphasen der Schwangerschaft sowie des Säuglings- und Kleinkindalters stellen die zentralen Weichen für ein weiteres gesundes Leben. Das vom BMEL initiierte Netzwerk „Gesund ins Leben“, das Teil des BZfE ist, erarbeitet und aktualisiert regelmäßig Handlungsempfehlungen zur Ernährung, die mit den relevanten Fachgesellschaften abgestimmt werden, um einheitliche Botschaften an junge Familien richten zu können. Darüber hinaus bilden Aktivitäten zur Förderung des Stillens einen Schwerpunkt der Aktivitäten des BMEL. Bei der weiteren Planung der Aktivitäten werden insbesondere die Empfehlungen des vom BMEL initiierten Forschungsvorhabens „Becoming Breastfeeding Friendly“ berücksichtigt werden.

Mit einem weiter steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung wird eine gesunde Ernährung von älteren Menschen immer wichtiger. Mit der Ernährungsinitiative des BMEL für Seniorinnen und Senioren sollen vor allem die Ernährungskompetenzen von älteren Menschen und Multiplikatoren und die Pflegequalität in Einrichtungen und von Essen auf Rädern durch flächendeckende Umsetzung der Qualitätsstandards in Senioreneinrichtungen und von Essen auf Rädern verbessert werden. Daher wird gemeinsam mit den Ländern die Implementierung von Vernetzungsstellen für Seniorenernährung in den Bundesländern unterstützt.

Bewegungsförderung bei Menschen aller Altersgruppen kann einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Übergewicht leisten. Die Aktivitäten des BMG zur Förderung der körperlichen Aktivität haben zum Ziel, Menschen aller Altersgruppen einen aktiven Lebensstil zu vermitteln. Seit 2019 wird im BMG ein Förderschwerpunkt Bewegungsförderung umgesetzt, um körperliche Aktivität als wichtigen Aspekt der Gesundheit und Prävention zu stärken. Aktuell werden zehn Vorhaben durchgeführt. Alle praxisrelevanten Implementierungsvorhaben werden begleitend evaluiert. Im Zeitraum Juni 2019 bis Mai 2022 werden die zehn Projekte mit einem Gesamtvolumen von 4,2 Mio. Euro vom BMG gefördert. Daneben steht die Verbreitung und vor allem eine nachhaltige Implementierung der wissenschaftlich basierten „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ im Fokus. Hierzu ist geplant, gemeinsam mit relevanten Stakeholdern Implementierungsstrategien zu planen, zu entwickeln und für verschiedene Zielgruppen umzusetzen. Im ersten Schritt werden Implementierungsstrategien für Kinder und Jugendliche im Fokus stehen. Eine Evaluation ist vorgesehen.

Für die Konzeptionierung, Entwicklung und Disseminierung der „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ wurden 2014 bis 2017 insgesamt 350.000 Euro verausgabt. Ab 2020 sind für die flächendeckende Implementierung der Empfehlungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen weitere 500.000 Euro vorgesehen.

Das BMG hat 2015 den Schwerpunkt „Prävention und Aufklärung über Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ aufgelegt, der folgende Ziele verfolgt:

- Erfolgsfaktoren bestimmen und verbreiten.
- Qualität von Praxisprojekten dauerhaft sichern und deren Wirksamkeit feststellen.
- Bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Informations- und Aufklärungsmaterialien erstellen und verbreiten.

Bislang wurden rund 30 Projekte durchgeführt, weitere sind in Vorbereitung.

Aktuelle Schwerpunkte im Förderschwerpunkt sind die „Stärkung der Partizipation Jugendlicher“ und die „Einbeziehung von Familien bei Maßnahmen der

Übergewichtsprävention“, da diese Zielgruppen bis jetzt unzureichend erreicht werden. Hierzu werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zusammengetragen und unterschiedliche Aktivitäten gefördert, die diese Aspekte in Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen in den Lebenswelten berücksichtigen. Ebenso sollen die bisherigen Ergebnisse und Erkenntnisse verstärkt gebündelt und noch besser den verschiedenen Akteuren und Fachkräften zugänglich gemacht werden.

Um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und auch Übergewicht zu vermeiden, startete das BMG im November 2016 einen themen-, akteurs-, lebenswelt- und zielgruppenübergreifenden Prozess mit dem Ziel, die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen fest zu verankern. In den Prozess sind relevante Akteure von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialverbänden, Krankenkassen, Gesundheitsberufen, öffentlichem Gesundheitsdienst, Kita- und Schulträgern, Familieneinrichtungen sowie weiteren Verbänden eingebunden. Als Ergebnis wurde im August 2019 der so genannte „Wegeweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ vorgelegt. Das BMG als Initiator des Vernetzungsprozesses wird die Aktivitäten weiterhin moderieren und koordinieren.

Seit 2013 standen dem BMG etwa 8,5 Mio. Euro für den Schwerpunkt Prävention von Kinderübergewicht zur Verfügung, davon ca. 4 Mio. Euro in der 19. Legislaturperiode. Auch für die folgenden Jahre ab 2020 ist eine Weiterführung und Förderung der Maßnahmen mit etwa 2 Mio. Euro jährlich vorgesehen. Informationen und Berichte zu den oben genannten Aktivitäten des BMG sind auf der Internetseite www.bundesgesundheitsministerium.de veröffentlicht.

Auch die Behörden im Geschäftsbereich des BMG leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung eines gesunden Lebensstils.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) klärt über die Ursachen, die mit Übergewicht verbundenen Gesundheitsgefahren, einen präventiven Lebensstil (insbesondere Bewegung, Ernährung und Stressregulation) und Maßnahmen zur Behandlung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen auf. Hauptzielgruppe dieser Aktivitäten sind Eltern, Erziehende sowie Fach- und Entscheidungskräfte, die entsprechende Maßnahmen planen, umsetzen oder bewerten. Darüber hinaus hält die BZgA ein umfangreiches Angebot an Medien wie Broschüren und Filme für Eltern und Fachkräfte bereit (www.uebergewicht-vorbeugen.de). Um eine systematische Dokumentation und Evaluation von Projekten für Kinder und Jugendliche zu ermöglichen, wurde mit Unterstützung der BZgA vom Leibniz Institut für Präventionsforschung (BIPS) die Entwicklung und Implementierung einer Plattform zur Dokumentation und Evaluation von Präventionsprojekten entwickelt (www.devasys.de).

Die BZgA hat für die genannten Maßnahmen in den Jahren 2013 bis 2019 ca. 7,75 Mio. Euro verausgabt, davon in den Jahren 2018 und 2019 etwa 2,3 Mio. Euro. Auch in den folgenden Jahren sind für die Fortsetzung der Maßnahmen in diesem Themenbereich zwischen 1 und 1,5 Mio. Euro jährlich vorgesehen.

Für die Zielgruppe der Erwachsenen bieten das Frauengesundheitsportal sowie das Männergesundheitsportal der BZgA qualitätsgeprüfte Informationen und praktische Tipps rund um die Gesundheit von Frauen und Männern. Dazu gehören die Themen Bewegung und Sport sowie Ernährung: www.frauengesundheitsportal.de/themen/ernaehrung/ und www.frauengesundheitsportal.de/themen/bewegung-und-sport/ sowie www.maennergesundheitsportal.de/themen/ernaehrung/ und www.maennergesundheitsportal.de/themen/fitness-sport/. Ergänzend zum Internetangebot gibt die BZgA auch Broschüren zum Thema Übergewicht in Kooperation mit der Stiftung Männergesundheit heraus.

Zur Bewegungsförderung älterer Menschen trägt die BZgA im Rahmen ihres Programms „Gesundes Alter“ mit Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und zwei drittmittelgeförderten Bewegungsprogrammen in den Lebenswelten Kommune und Pflegeheim bei. Für ältere Menschen bietet die BZgA zudem Gesundheitsinformationen und alltagstaugliche Hinweise zu den Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ online an (www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/gesundheitsthemen/bewegung-im-alter/ (www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/gesundheitsthemen/gesund-wandern/, www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/gesundheitsthemen/ernaehrung/).

Das Robert Koch-Institut (RKI) berichtet im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung kontinuierlich Daten zu Übergewicht und Adipositas. Neben der Gesundheitsberichterstattung führt das RKI auch ein Monitoring zur Verbreitung von Adipositas und seinen Einflussfaktoren (beispielsweise Bewegung und Ernährung) bei Kindern und Jugendlichen durch (Projekt „Bevölkerungswieites Monitoring Adipositas-relevanter Einflussfaktoren im Kindesalter. Aufbau, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten“ – AdiMon; www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/adi_mon_node.html?jsessionid=8C2C3B7B5FD5E505DF712BA518ABC202.2_cid363). Dabei werden bevölkerungswieites aussagekräftige und regelmäßig aktualisierte Daten zu den Einflussfaktoren kindlicher Adipositas aus den Bereichen Verhalten, Verhältnisse, vor und nach der Geburt, Psychosoziales und Kontext geliefert. Außerdem werden Informationen zu umgesetzten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Verbreitung von Adipositas im frühen Kindesalter bereitgestellt. Die Indikatoren sind nach Indikatorenbereichen geordnet und in Themenblättern beschrieben.

Den rechtlichen Rahmen bildet das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg). Das Gesetz verfolgt einen krankheitsübergreifenden Interventionsansatz, der an den gängigen Risikofaktoren für viele lebensstilbedingte Krankheiten wie Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, dauerhafter Stress sowie Nikotin und Alkoholabusus ansetzt. Die Vermeidung dieser Risikofaktoren kann sowohl zur Vermeidung von Adipositas als auch zur Vermeidung vieler anderer lebensstilbedingter Krankheiten beitragen. Die Regelungen verpflichten die Krankenkassen zu einer entsprechenden Leistungserbringung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mit diesen Leistungen soll zum einen der Einzelne dabei unterstützt werden, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu entwickeln und im Alltag umzusetzen. Zum anderen sollen insbesondere die Verantwortlichen in den Lebenswelten dabei unterstützt werden, gesundheitsfördernde Strukturen dort aufzubauen, wo sich Menschen tagtäglich aufhalten. Der Aufbau und die Weiterentwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Kitas, Schulen, Betrieben, Quartieren und Pflegeeinrichtungen ist ein Prozess, der alle Beteiligten gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich einbezieht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.