

Zielesystematik der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz

**für die Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und
arbeiten“ und „Gesund alt werden“**

Inhalt:

- Aktivitäten im Rahmen der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2016/2017
- Zielbereichsübergreifende Struktur- und Prozessziele
- Ergebnisziele (Wirkungsziele) zum Zielbereich „Gesundheit rund um die Geburt“ zzgl. Datengrundlage (GBE)
- Ergebnisziele (Wirkungsziele) zum Zielbereich „Gesund aufwachsen“ zzgl. Datengrundlage (GBE)
- Ergebnisziele (Wirkungsziele) zum Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“ zzgl. Datengrundlage (GBE)
- Ergebnisziele (Wirkungsziele) zum Zielbereich „Gesund alt werden“ zzgl. Datengrundlage (GBE)

Datum: 29.01.2021

Aktivitäten im Rahmen der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2016-2017

Mit dem Regierungswechsel in Thüringen Ende des Jahres 2014 wurde seitens des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie das Ziel entwickelt, den Thüringer Gesundheitszieleprozess unter Beteiligung aller agierenden Akteure zu einer Landesgesundheitskonferenz weiter zu entwickeln.

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) agiert als institutionalisiertes Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Sie behandelt Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem Ziel der Koordinierung und Vernetzung. In der LGK sind Leistungserbringer, Sozialversicherungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmer, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wissenschaft sowie Mitglieder der Landesregierung vertreten. Die LGK Thüringen beinhaltet den bisherigen Gesundheitszieleprozess. Es bieten sich jedoch erweiterte und verbindlichere Handlungsmöglichkeiten zur Maßnahmen- und Projektumsetzung aller beteiligten Partner. Durch die Etablierung einer LGK als ständige Institution und mit Fachveranstaltungen in Thüringen wird eine neue Kultur gemeinsamen Handelns im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, welche die Abstimmung und Zusammenarbeit der maßgeblichen Akteure in diesem Bereich verbessern und noch mehr am Bedarf ausgerichtet werden soll.

Der bisherige Gesundheitszieleprozess

Gesundheitsziele sind ein Instrument, um Gesundheitspolitik zu gestalten. Als übergeordnetes Ziel von Gesundheitszielen steht die Gesundheit der Bevölkerung. Sie intendieren die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Gleichzeitig sollen Strukturen und Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Sie bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen und unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz. Zudem verbessern Gesundheitszielprozesse die Kooperation zwischen den politischen Ebenen und beziehen die relevanten Partner ein. Erarbeitet werden Gesundheitsziele im breiten Konsens von Vertreterinnen und Vertreter der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Gesundheitsziele ermöglichen es, neben den beteiligten Fachressorts und Akteuren des Gesundheitswesens auch Bürgerinnen und Bürger sowie Betroffene und weitere Partnerinnen und Partner außerhalb des Gesundheitssystems einzubeziehen, wenn es um die Zielentwicklung und Umsetzung geht. Die kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist ein auf Langfristigkeit orientierter Prozess.

Der Freistaat Thüringen arbeitet schon seit 2007 an der Ausgestaltung von Gesundheitszielen. Die bisherigen Thüringer Gesundheitsziele verfolgten jedoch sehr heterogene Zielsetzungen und beinhalteten Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug, Gesundheitsziele für Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen. Die unterschiedlichen inhaltlichen Bezüge in den Zielen erschwerten bisher eine transparente (Außen)-Darstellung des Prozesses und der Aktivitäten zu dessen Umsetzung.

Weiterentwicklung der Thüringer Gesundheitsziele im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz Thüringen

Für die Weiterentwicklung der Landesgesundheitskonferenz auf Basis der Evaluation der Thüringer Gesundheitsziele wurde ein 2-stufiges Verfahren entwickelt, welches zum einen auf der strategischen Ebene Zielesysteme formuliert und auf der operativen Ebene Strategien zur Umsetzung der Ziele erarbeitet. Im Rahmen der 2. Landesgesundheitskonferenz im November 2016 wurde die Überführung in eine einheitliche Zielesystematik beschlossen.¹ Die zukünftigen Gesundheitsziele orientieren sich an den Lebensphasen:

- ✓ Gesundheit rund um die Geburt (ab Herbst 2020)
- ✓ Gesund aufwachsen
- ✓ Gesund leben und arbeiten
- ✓ Gesund alt werden

Die Definition zukünftiger Gesundheitsziele soll auf Basis von Priorisierungsprozessen erfolgen. Diese Priorisierungsprozesse stellen Konsensentscheidungen dar, da Gesundheitsziele weder rein wissenschaftlich noch rein partizipativ bestimmt werden können. Die zukünftigen Gesundheitsziele sollen handlungsorientiert und zugleich wissenschaftlich reflektiert sein. Die zu erarbeitende Zielesystematik innerhalb der Zielbereiche soll diese in Ober- und Unterziele differenzieren sowie entsprechende Indikatoren und Messgrößen beschreiben. Wesentliche Akteure des Gesundheitswesens entwickeln dazu auf freiwilliger Basis in Strategiearbeitsgruppen entlang der Lebensphasen (s.o.) gemeinsame Ziele und Teilziele und perspektivisch auch konkrete Maßnahmen für spezifische Handlungsfelder oder Problemlagen.

Die Besetzung der Strategiearbeitsgruppen auf der strategisch-strukturellen Ebene sollte so erfolgen, dass im Rahmen der vorzunehmenden Priorisierung sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch Erfahrungen aus der Praxis einfließen können. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz bringen sich in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit ihren Strukturen und Angeboten in diesen Entwicklungsprozess ein und tragen in der Folge auch zur Umsetzung der Beschlüsse bei. Im Nachgang der 2. Landesgesundheitskonferenz im November 2016 wurden die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz bzgl. ihrer Mitwirkung an den Strategiearbeitsgruppen angefragt.

Vorgehen der Strategiearbeitsgruppen

Das Modell der Wirkungsanalyse² wird als Bezugsrahmen herangezogen, um im ersten Schritt Ziele und Indikatoren festzulegen (2017) und dann in einem zweiten Schritt Umsetzungsstrategien (2018) zu entwickeln.

Zunächst wurden für das Jahr 2017 jeweils drei Sitzungen für die Strategiearbeitsgruppen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund alt werden“ veranschlagt. In den Folgejahren soll entlang des Modells der Wirkungsanalyse das Monitoring erfolgen. In einem Zeitraum von März 2017 bis Juni 2017 fanden 9 Sitzungstermine unter Beteiligung von insgesamt 78 Teilnehmenden aus 48 Einrichtungen bzw. Institutionen aus dem Kreis der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz

¹ Vgl. Beschluss 1/2016 „Überführung der Thüringer Gesundheitsziele in aggregierte Zielbereiche

² Vgl. Arbeitskonzept der Strategiearbeitsgruppen im Rahmen der LGK vom Januar 2017 (**Anlage 1**)

statt. Zwischen den Sitzungsterminen arbeiteten die Teilnehmenden darüber hinaus in Kleingruppen zusammen und gaben differenzierte Rückmeldungen zu den (Zwischen)Ergebnissen aus der Perspektive ihrer Organisation.

In der ersten Sitzung erfolgte eine Reflektion des alten Gesundheitszieleprozesses, verbunden mit der Klärung der Erwartungen der Teilnehmenden an die Strategiearbeitsgruppen. Im Vorfeld der ersten Sitzung wurde von den Teilnehmenden ein „Problembaum“ angefertigt, anhand dessen dargestellt wurde, welche gesundheitlichen Problemlagen in den jeweiligen Arbeitsfeldern der Teilnehmenden prägnant sind. Dieser wurde in der jeweils ersten Sitzung vorgestellt. Ergänzend dazu berichtete das TMASGFF, Referat 46, im Rahmen der jeweils ersten Sitzung über **die aktuelle Datenlage aus der Gesundheitsberichterstattung**, bezogen auf die jeweilige Altersgruppe. In der zweiten Sitzung wurden aufbauend auf den aus der Praxis heraus identifizierten und mit den Daten der Gesundheitsberichterstattung abgeglichenen Problemlagen Handlungsfelder zusammengetragen und priorisiert. Diese Ergebnisse wurden hinsichtlich Zielgruppen und Settings differenziert. Der Auftrag bis zur dritten Sitzung bestand darin, in Kleingruppen für die einzelnen Handlungsfelder entsprechende Wirkungsziele auf der Ebene des Impacts³ und des Outcomes⁴ zu formulieren. Die Kleingruppen stellten diese in der dritten Sitzungsrunde vor und in der Diskussion wurde die Bedeutung der einzelnen Ziele erneut gewichtet. Dieser Arbeitsschritt wurde mit einer schriftlichen Rückmeldeschleife im Nachgang an die jeweils dritte Sitzung abgeschlossen. Die Ergebnisse sind in als **Vorschläge für Gesundheitsziele** dargestellt.

Die Indikatorenbestimmung fiel je nach Handlungsfeld sehr unterschiedlich aus: Für einzelne Handlungsfelder wurden bereits Indikatoren benannt, für andere (insbesondere für Zielformulierungen auf prozessualer und struktureller Ebene) gestaltete sich die Formulierung von Indikatoren schwieriger. Dies erfolgte zum Teil im Anschluss an die 3. Sitzung durch die Sichtung der in der Gesundheitsberichterstattung verfügbaren Daten und einer sich anschließenden schriftlichen Rückmelderunde in den Strategiearbeitsgruppen.⁵

Die Arbeitsgruppen haben sich darauf verständigt der Landesgesundheitskonferenz im November, neben den Vorschlägen für Gesundheitsziele, auch ein Strategiepapier vorzulegen. In diesem Strategiepapier sind zentrale, für eine gelingende Umsetzung von Maßnahmen notwendig erscheinende **zielbereichsübergreifende Struktur- und Prozessziele** formuliert. Diese sind ausgerichtet auf:

- die Entwicklung von Handlungsstrategien zur Umsetzung der Gesundheitsziele
- die Stärkung kommunaler Strukturen zur Gesundheitsförderung und
- die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt in den Settings Kita, Schule, Hochschule, Unternehmen etc.

³ Definition Impact: Impacts sind die durch eine Maßnahme erwünschten Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene.

⁴ Definition Outcome: Outcomes sind die Wirkungen der Maßnahme auf Ebene der Zielgruppe.

⁵ Der Prozess der Benennung von Indikatoren und Messgrößen ist noch nicht abgeschlossen und muss im weiteren Verlauf der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz fortgesetzt werden.

Reflexion der Arbeit der Strategiearbeitsgruppen

Die Mitglieder der Strategiearbeitsgruppen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund alt werden“ reflektierten die drei Sitzungen von März bis Juni 2017 und den Prozess der Entwicklung von gemeinsamen Handlungsfeldern und Zielen positiv und differenziert. Insgesamt stellte die Reduktion der potenziellen zu bearbeitenden Themen und die damit verbundene Konzentration auf zentrale und gemeinsame Ziele eine sehr große Herausforderung dar. Die Formulierung von Wirkungszielen und entsprechender Indikatoren innerhalb des kurzen zur Verfügung stehenden Zeitfensters wurde als sehr anspruchsvoll wahrgenommen. Gemeinsamer Konsens war der Wunsch eines baldigen Beginns bezüglich der Umsetzung der entwickelten Ziele. Hierzu müssen Informationen durch die beteiligten Mitglieder selbst innerhalb ihrer Institutionen weitergeleitet, aber auch Ressourcen für die Umsetzung mitbedacht werden. Des Weiteren wurde der Wunsch der tiefgreifenden und nachhaltigen ressort- und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit angemerkt. Der weitere Ausbau von Kooperation und Vernetzung aller wichtigen Akteure zeichnete sich somit als zentrale Herangehensweise des zukünftigen Prozesses heraus. Abschließend wurde auf die Selbstverpflichtung der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz verwiesen, dass diese im Rahmen ihrer Kompetenzen auf die Umsetzung der dann zu treffenden Beschlüsse hinwirken und hierfür alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen.

Erweiterung der Zielesystematik um die Lebensphase „Gesundheit rund um die Geburt“ (2020)

Aus der Strategiearbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ heraus ist 2019 eine Unterarbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“ entstanden, um bisher nicht berücksichtigte Phasen wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett miteinzubeziehen und mit entsprechenden Handlungszielen zu unterlegen. Der Steuerungsausschuss erteilte der UAG den Auftrag, die Zielesystematik der LGK um das Themenfeld „Rund um die Geburt“ inhaltlich zu erweitern und die zu formulierenden Ziele in die Systematik der Gesundheitsziele der Landesgesundheitskonferenz einzubetten. Die Erweiterung der Zielesystematik wurde der Landesgesundheitskonferenz im November 2020 zur Abstimmung vorgelegt (Beschluss). In der Erweiterung wird Bezug genommen auf das Nationale Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“.

Struktur- und Prozessziele (zielbereichsübergreifend)

| Struktur- und Prozessziele zur Entwicklung von Handlungsstrategien zur Umsetzung der Gesundheitsziele - zielbereichsübergreifend | |
|---|---|
| Gesundheitsberichterstattung | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eine fundierte und verbindlich geregelte kommunale und landesweite Gesundheitsberichterstattung zu Lebenslagen und Gesundheit der Bevölkerung ist etabliert. ✓ Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen, Prozesse und Angebote basieren auf allen Ebenen der Landesgesundheitskonferenz auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen (Studien, Berichte, Analysen, Evaluationen etc.) unter Berücksichtigung der Praxistauglichkeit. ✓ Handlungsbedarfe werden bei inhaltlichen Themen diesbezüglich abgeleitet und gezielt in das Unterstützersystem eingebracht. ✓ Bei „Überangeboten“ in speziellen Handlungsfeldern werden Ressourcen für identifizierte „Bedarfe“ genutzt. |
| Kooperation und Vernetzung | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kompetenzen und Zuständigkeiten aller an Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Akteure sind auf Landes- und kommunaler Ebene eindeutig und verbindlich auf der Grundlage einer einheitlichen Aufgaben- und Kommunikationsstruktur geregelt. ✓ Vorhandene landesweite Strukturen und Kompetenzen sowie Ressourcen und Netzwerke werden genutzt, gestärkt, gebündelt, untereinander vernetzt und es erfolgt eine Kooperation und Koordination (möglichst) über alle Gesundheitszielebereiche hinweg. ✓ In Thüringen ist ein landesweites Strukturierungs- und Koordinationssystem zur bedarfsorientierten Information, Beratung und Vernetzung von Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut. |
| Qualitätssicherung und -entwicklung | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eine Qualitätssicherung und -entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen unter Berücksichtigung bestehender Standards, wissenschaftlicher Erkenntnisse, bundesweiter Entwicklungen sowie eine Orientierung an Qualitätskriterien (PHAC) ist gewährleistet. ✓ Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention sind nachhaltig und unabhängig von Wahlperioden in Thüringen verankert sowie maßgeblich durch die Motivation für die Lebenswelten beeinflusst. |
| Gesundheitliche Chancengleichheit & soziale Teilhabe | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sozial benachteiligte Zielgruppen sind als aktiv Handelnde in ihrer persönlichen gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung gestärkt. ✓ Die Menschen in den Lebenswelten werden im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Aktivitäten erfolgt unter Beachtung geschlechter- und kultursensibler Aspekte. |
| Lebensweltorientierung & Stärkung integrierter Ansätze | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Aktivitäten erfolgt schwerpunktmäßig in den Lebenswelten, in denen die Zielgruppen erreicht werden können. ✓ Gesundheitsförderung und Prävention sind in die Prozesse/Programme der Lebenswelten integriert. ✓ Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Prozesse, Strukturen und Angebote in den Arbeits- und Lebenswelten (Kommune, Kita, Schule, Unternehmen, Verbände etc.) erfolgt nach dem Prinzip des Public Health Action Cycle. ✓ Die Akteure der Lebenswelten sind aktiv in die Gesundheitsförderungsprozesse eingebunden. ✓ In den Settings (Kita, Schule, Hochschule, Unternehmen, Kommune) ist ein landesweites Unterstützungssystem zur bedarfsorientierten Information, Beratung und Vernetzung von Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention implementiert. ✓ Themen werden integriert bearbeitet, insbesondere die Wechselwirkung zwischen der Psychischen Gesundheit und den Themen „Ernährung“ und „Bewegung“. |

Struktur- und Prozessziele zur Stärkung kommunaler Strukturen zur Gesundheitsförderung - zielbereichsübergreifend

Ein Strukturierungs- und Koordinationssystem ist auf kommunaler Ebene zur bedarfsorientierten Information, Beratung und Vernetzung von Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut.

Die Kommune (Region, Stadt, Stadtteil, Quartier) ist als Dachsetting für die Gesundheitsförderung der Lebens- und Arbeitswelt auf kommunaler Ebene wirksam. Gesundheitsförderung und Prävention sind in kommunale Strategien integriert.

Auf kommunaler Ebene besteht ein Steuerungskreis zur Gestaltung kommunaler Präventions- und Gesundheitsförderungsprozesse und -strukturen. Die Kommune hat als Verantwortliche der kommunalen Lebenswelten die Federführung.

Die Gesundheitsförderung wirkt als Querschnittsthema im Allgemeinen und der Öffentliche Gesundheitsdienst als Fachplanung im Speziellen in Planungsprozessen und Verwaltungshandeln verbindlich mit.

Gesundheitsförderung findet unter frühzeitiger Einbeziehung der Verantwortlichen der Schlüsselressorts wie Gesundheit, Bildung, Soziales, Wirtschaft, Umwelt und Verkehr als gleichwertige Partner und in enger Zusammenarbeit statt.

Präventionsketten sind auf kommunaler Ebene aufgebaut und gut miteinander vernetzt. Dabei sind insbesondere die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen aufeinander abgestimmt und erleichtert. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Kita, Schule und Kommune ist verbindlich geregelt.

Die Ansätze der Gesundheitlichen Chancengleichheit und des Sozialraumbezugs in der Kommune sind berücksichtigt und werden regelmäßig abgeglichen.

Die Kommune fungiert im Bereich Gesundheitsförderung als Schnittstelle zwischen den Landesstrukturen, den kommunalen Strukturen sowie den Strukturen der Lebenswelten.

Gesundheitsförderliche Prozesse sind unter aktiver Beteiligung aller Betroffenen und Akteure auf kommunaler Ebene (Unternehmen, Vereine, Kitas, Schulen, Wohnungsbau) umgesetzt.
Die Sozialraumplanung erfolgt unter Berücksichtigung gesundheitsförderlicher Ansätze und regionaler Bedarfe (z.B. Infrastruktur, Betreuungs-, Versorgungs- und Beratungsleistungen).

Die Angebote sind in vernetzter Form für die Zielgruppen (Familien, Erwerbslose, Senioren...) öffentlich und nutzbar dargestellt sowie zugänglich.

Beratungssysteme, Konzepte und Programme welche auf kommunaler Ebene zur Verfügung stehen, sind qualitätsgesichert und mit den Strukturen sowie dem Auftrag der Kommune verbunden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Settings und der Kommune ist verbindlich geregelt.
Präventionsketten sind aufgebaut und gut miteinander vernetzt.

Struktur- und Prozessziele zur Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt in den Settings Kita, Schule, Hochschule, Unternehmen, Senioren- und Pflegeeinrichtungen etc. - zielbereichsübergreifend

Die Gesellschaft ist für das Thema gesundheitsförderliche Arbeitswelt sensibilisiert.

- Das Angebot und der Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden für Beschäftigte geschaffen.
- Für Unternehmen/Einrichtungen, betriebliche Akteure und Beschäftigte gibt es Beratungs- und Unterstützungsangebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere KMU erhalten am Bedarf orientierte Beratung und Unterstützung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher innerbetrieblicher Strukturen durch ein landesweit systematisch koordiniertes und aufeinander abgestimmtes Beratungs- und Unterstützungssystem.

Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in Unternehmen und deren Umgebung sind geschaffen und werden fortgeschrieben.

- Arbeitgeber setzen die rechtlichen Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes um.
- Die Themen Sicherheit und Gesundheit spiegeln sich in den Unternehmenswerten und der Unternehmenskultur wieder.

- Bei der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Beschäftigten beteiligt.

Die Verantwortung für gesundheitsförderliches Verhalten ist bei den Beschäftigten gestärkt.

- Die Kompetenz der betrieblichen Akteure zur Gestaltung betrieblicher Prozesse des Gesundheitsmanagements/der Gesundheitsförderung ist gestärkt.
- Die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten, d.h. die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf seine Gesundheit auswirken, hat sich erhöht.
- In der Schule/Ausbildung/Studium werden gesundheitsförderliche Inhalte vermittelt und Kompetenzen gestärkt.

Die infrastrukturellen Voraussetzungen wurden verbessert.

- Es gibt im Freistaat eine ausreichende arbeitsmedizinische Versorgung, auch für Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen.
- Die Verkehrsinfrastruktur trägt dazu bei, dass die Beschäftigten sicher und gesundheitsförderlich die Beschäftigungsorte erreichen.
- Die Kommunen leisten durch entsprechende Unterstützungsangebote (Kinderbetreuung, ÖPNV etc.) ihren Beitrag zu einer stressarmen An- und Abreise der Beschäftigten zur/von der Arbeit.
- Steuerliche Anreize für Unternehmen für die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind erhöht.

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2020

Datenlage im Zielbereich „Gesundheit rund um die Geburt“

Die Unterarbeitsgruppe (UAG) „Gesundheit rund um die Geburt und erste Lebensjahre“ entstand 2019 aus der Strategiearbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ der Landesgesundheitskonferenz Thüringen (LGK). Aus der UAG heraus wurde eine Beschlussvorlage erarbeitet, in welcher sich die Mitglieder der LGK Thüringen zum Nationalen Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ bekennen und dieses aktiv mit unterstützen. Per Auftrag wurde durch die Mitglieder der UAG und in Abstimmung mit der Strategiearbeitsgruppe eine Erweiterung der Thüringer Zielesystematik in Anlehnung an das NGZ erarbeitet und um den Zielbereich „Gesundheit rund um die Geburt“ ergänzt. Zusätzlich zum NGZ wurden für die Adaption nach Thüringen grundständige Daten des Thüringer Landesamt für Statistik (TLS) und den Mikrozensus, sowie repräsentative Studienergebnisse des Robert Koch Instituts (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, mit Fokus auf die Daten des Thüringer KIGGS Modul gesichtet und bezüglich der Bedarfe der Zielgruppen ausgewertet. Des Weiteren sind Daten der IGES-Studie zur stationären Hebammenversorgung für das Bundesministerium für Gesundheit Berlin (2019), inklusive der Ergebnisse der IGES-Studie zur Hebammenversorgung in Thüringen (Endbericht 2015 - für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF)), Daten und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem internationalen Forschungsvorhaben „Becoming Breastfeeding Friendly“, welches im Auftrag des Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BLE) durch das Netzwerk Gesund ins Leben und die Nationale Stillkommission in Zusammenarbeit mit der Universität Yale in Deutschland durchgeführt wurde, sowie weitere Veröffentlichungen bezüglich der gesundheitlichen Lage im Freistaat in die Bedarfsanalyse eingeflossen. Die folgenden Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage der Zielgruppen: Frauen, Schwangere, werdende Eltern, Alleinerziehende, Familien und Säuglinge sind dabei diskutiert und analysiert worden:

Analyse Bevölkerungsdaten Thüringen¹:

- Geburten im Freistaat 2019 in absoluten Zahlen: 16.647 Lebendgeburten (57 Totgeburten) – entspricht etwa dem Durchschnitt von 16.679 Geburten jährlich in Thüringen (Datenbasis 1991-2019)
- Bei einer stetig gestiegenen Geburtenziffer je Frau (von 0,86 im Jahr 1995 auf ein Maximum von 1,63² in den Jahren 2016/17) verzeichnet Thüringen 2019 bei nur geringfügig weniger Geburten und deutlich weniger Sterbefälle im Vergleich zum Vorjahr, dennoch seit Jahren ein **hohes Geburtendefizit** (durchschnittlich: -10.892 Personen) und damit eine schrumpfende Gesamtbevölkerung, v.a. in den ländlich geprägten Gebieten.
- **Steigende Kaiserschnitttrate** Thüringen: (2017)³ lag die Kaiserschnitttrate durchschnittlich bei 26,7 % (mit deutlichen regionalen Unterschieden); d.h. bei 17.045 Lebendgeburten im Jahr 2017 kamen somit 4.543 Babys per Kaiserschnitt zur Welt. Im Vergleichsjahr 2016 waren es 25,3 % und 1991 lag der Wert in Thüringen noch bei 10,0 %. Dennoch liegt damit Thüringen unter dem Bundesdurchschnitt von 30,5 %

¹ Angaben Thüringer Landesamt für Statistik (TLS); Mikrozensus

² der Bundesdurchschnitt lag 2017 bei 1,57

³ Statistische Bundesamt (Destatis)

(2017) und nur die Bundesländer Brandenburg (24,6 %) und Sachsen (24,0 %) liegen noch darunter. Allerdings empfiehlt die WHO die Kaiserschnitttrate auf unter 15% zu senken. Risikofaktoren, wie Adipositas, **Gestationsdiabetes** und Präeklampsie erhöhen die Wahrscheinlichkeit zum Eingriff um Faktoren bis zu 3,5. Eine kontinuierliche Betreuung der Schwangeren während der Geburt hingegen unterstützt einen normalen Geburtsverlauf⁴.

- **Frühe Frühgeburtlichkeit**⁵ (vor Ende der 32. Schwangerschaftswoche) in Thüringen (2018): 1,26 % - damit 0,2 % geringer als im Vergleichsjahr 2017 (1,4 6%) – Hier konnte also durch die „Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion“, welche durch Erhöhung der Selbstkompetenz und Selbstvorsorge von Schwangeren das Risiko für eine Früh- oder Fehlgeburt gemindert werden.
- ca. 1/3 der Frauen in Thüringen im gebärfähigen Alter von 18-40 Jahren haben **Übergewicht oder Adipositas**⁶: Erhebung 2017 – BMI 25-30 kg/m²: 21,9 %; BMI > 30 kg/m²: 10,6 %; gesamt: 32,5 % - mit steigenden Tendenzen im zunehmenden Lebensalter; Ein BMI >30 kg/m² erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine Kaiserschnittentbindung um den Faktor 1,8 gegenüber Frauen mit einem BMI <30 kg/m²⁷
- ca. 1/4 bis 1/3 der Frauen in Thüringen zwischen 25 und 45 Jahren **Rauchen** gelegentlich bis regelmäßig Tabak⁸
- Jede zweite Frau in Deutschland konsumiert während der Schwangerschaft **Alkohol**, davon ca. 1 % regelmäßig und 14,4 % gelegentlich⁹. Berechnet für Thüringen¹⁰ bedeutet das, dass von den 16.647 im Jahr 2019 geborenen Kindern ca. 166 regelmäßig und mindestens 2.397 gelegentlich bereits in der Schwangerschaft einer Alkoholexposition ausgesetzt waren.
- 2017 wurde von bei 16.891 erfassten Geburten¹¹ in 590 Fällen (3,49 %) in der Schwangerschaft ein Abusus (missbräuchlicher bzw. gesundheitsschädlicher Konsum von **Medikamenten, Genussmitteln, wie psychoaktive Substanzen**) als Indikation für einen stationären Aufenthalt befunden. Absolute Zahlen für den Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und/oder Stillzeit fehlen.
- Im Berichtsjahr 2018 (veröffentlicht 2019) wurden in den Einrichtungen der Thüringer Suchtkrankenhilfe 11.725 Betreuungsfälle dokumentiert. 28 % der Fälle, 3308 Personen sind Frauen¹². Die Hauptdiagnosen bezüglich aller dokumentierten Fälle waren Störungen aufgrund von **Alkoholkonsum** (53,8 %), den **Gebrauch von Stimulanzien** (19,1 %) sowie den **Konsum von Cannabinoiden** (14,8 %). Der Anteil der Frauen ist dabei im Vergleich zum Jahr 2016 hinsichtlich der ICD Diagnose F 12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide von 7,7 % um 4,5 % auf 12,2 % im Jahr 2018 angestiegen.

⁴ Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Bundesministerium für Gesundheit (HG). 3. Auflage September 2018. Seite 37 - 41

⁵ Perinatalerhebung Thüringen

⁶ Durchschnittsalter Thüringer Mütter bei Kindsgeburt (2017): 30,04 -Tendenz steigend (Angabe TLS); ca. 95 % der Kinder in Deutschland werden im Altersbereich von 18-40 Jahren geboren (eigene Berechnungen nach Daten des BiB)

⁷ Peißker C. (Dissertation 2018): Analyse von Einflussfaktoren auf die steigende Sectiorate in Thüringen von 2004 bis 2012

⁸ TLS 2017

⁹ Drogenbericht 2015

¹⁰ Eigene Berechnung

¹¹ Jahresauswertung der Geburtshilfe in Thüringen, Uniklinikum Jena, 2017

¹² Daten IFT, Suchthilfestatistik Thüringen 2018, 13.

- Ähnlich gestaltet es sich bei ICD Diagnosestellung F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien¹³. Hier wurde ein Anstieg um 3 % auf 26,3 % von 2016 bis 2018 bei den Frauen verzeichnet¹⁴. Damit liegt dieser Wert mit fast 10 % signifikant über dem der Männer (16,7 %).
- Daten zum **Stillverhalten**¹⁵: In Thüringen wurden 87,3 % der 0- bis 6-jährigen Kinder (Geburtsjahrgänge 2002 – 2012) jemals gestillt; 28,4 % von ihnen wurden dabei mindestens 4 Monate lang ausschließlich gestillt; Sichtbar wurde ein deutlicher sozialer Gradient zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, sowohl für die Stillquote, wie auch für das ausschließliche Stillen für mindestens 4 Monate. – Damit werden in Thüringen, verglichen mit dem Bundesdurchschnitt, Kinder zwar signifikant häufiger jemals gestillt, allerdings **signifikant seltener mindestens 4 Monate ausschließlich**. Allerdings rangiert Deutschland bei den Welt-Still-Trends auf dem vorletzten Platz in Europa (17/18), und auf Platz 94 von 97 Ländern weltweit¹⁶.

Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ greift die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes auf und nimmt eine an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein. Dabei sollen vorhandene Ressourcen und Potentiale umfassend gefördert und eine Pathologisierung vermieden werden¹⁷. Wichtige Anliegen sind die Förderung einer guten, konstruktiv – partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Professionen und Akteure zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen und somit Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen, Schwangeren, Familien und Säuglingen. Es gilt gesundheitliche Chancengleichheit von Anfang an zu fördern und allen Thüringer Familien gute Startbedingungen zu gewährleisten. Durch eine am individuellen Bedarf orientierte fachliche Betreuung und Begleitung der Zielgruppen kann so ein Setting der gesundheitsfördernden Bedingungen geschaffen werden, welcher Voraussetzung für die elterlichen Entscheidungen ist, die ihre Gesundheit und die ihres Kindes nachhaltig beeinflussen.

¹³ Stimulanzien sind aufputschende Substanzen, sie heben die Stimmung und können kurzfristig zu einer Leistungssteigerung führen. Zu ihnen zählen Substanzen wie Amphetamin, Methamphetamin, Cocain und Ecstasy (MDMA) die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen. Auch Ephedrin und Coffein gehören in diese Gruppe, Substanzen, die in Medikamenten wie Hustensaft oder in Genussmitteln wie zum Beispiel Kaffee, Tee oder Schokolade vorkommen (http://vmrz0100.vm.ruhr-uni-bochum.de/spomedial/con-tent/e866/e2442/e12521/e12523/e12528/e12529/e12531/index_ger.html) (Stand 08.07.2020).

¹⁴ IFT, Suchthilfestatistik 2018, 16f.

¹⁵ Daten KIGGS Model Thüringen

¹⁶ Laut WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative - Stand August 2018)

¹⁷ Vgl. Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Bundesministerium für Gesundheit (HG). 3. Auflage September 2018. Seite 7

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Ergebnisziele (Wirkungsziele) – Zielbereich „Gesundheit rund um die Geburt“

Impact: Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen und somit Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen, Schwangeren, Familien und Säuglingen. Anerkennung und Förderung physiologischer Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Lebensjahr.

Zielgruppe: Frauen, Schwangere, werdende Eltern, Familien, Säuglinge, Alleinerziehende

Handlungsfelder: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Familienbildung/ -entwicklung, Lebenswelten und Rahmenbedingungen

Setting: Kommunen und Landkreise, Familie, Geburtskliniken, Krankenhäuser (Geburts- und Wochenbettstationen), Geburtshäuser, hebammengeleitete Geburtsstationen, Hebammenpraxen, Gynäkologische und Pädiatrische Praxen und Kliniken, Psychosoziale – und Suchthilfeeinrichtungen, Eltern- und Familienzentren, Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Beratungsstellen für Familien in besonderen Lebenslagen, Krippen und Kitas

Beteiligte Berufsgruppen/ Akteure: Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere Netzwerk Frühe Hilfen), Gesundheitsämter, Krankenkassen, Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Hebammen, Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Sozialpädagogik, Frühkindliche Pädagogik, Frühförderung, Psychologie, Psychotherapie

Zielesystem:

| | |
|--|---|
| Schwangerschaft | |
| Zielgruppe | Frauen, Schwangere, Familien |
| Setting | Kommune, Familie |
| Wirkungsziele zur Förderung einer gesunden Schwangerschaft | |
| Veränderungen im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Belastungen und Risiken der Frauen, Schwangeren und Familien sind identifiziert und verringert. ✓ Alle beteiligten Akteure kennen die aktuellen Handlungsempfehlungen (z.B. zu Ernährung, Bewegung, psychischer Gesundheit; vgl. Zielbereich „Gesund aufwachsen“) und setzen diese einheitlich in der Praxis um. |

| | |
|--|--|
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt. ✓ Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung bzw. Begleitung. ✓ Alle schwangeren Frauen bzw. werdenden Eltern sind über die Bedeutung und Praxis des Stillens und der Bindungs- und Entwicklungsförderung informiert. ✓ Alle schwangeren Frauen bzw. werdenden Eltern erhalten Informationen zu Risiken und Folgen des Gebrauchs von legalen und illegalen Substanzen in der Schwangerschaft. |
| Veränderungen in der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf legale und illegale Substanzen, wie Alkohol, Tabak und Drogen verzichten, ist erhöht und Folgeschäden sind reduziert. ✓ Der Anteil der Frauen, die mit einem Normalgewicht in die Schwangerschaft starten, ist gesteigert. ✓ Der Anteil der Frauen, die während einer Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes entwickelt, steigt nicht weiter an. ✓ Die Frühgeburtenrate ist gesunken. ✓ Schwangerschaftskomplikationen sind reduziert. |
| Geburt | |
| Zielgruppe | Schwangere, Familien |
| Setting | Kommune, Krankenhaus, Geburts- und Wochenbettstationen, Geburtshaus, Familie |
| Wirkungsziele zum Ermöglichen und Fördern einer physiologischen, selbstbestimmten Geburt | |
| Veränderungen im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eine selbstbestimmte und interventionsarme Geburt wird gefördert. ✓ Das Konzept der frauenzentrierten Begleitung und Betreuung ist integraler Bestandteil in Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligter Berufsgruppen und findet in Thüringen flächendeckende Umsetzung. ✓ Alle beteiligten Berufsgruppen erhalten wichtige Schulungen zum Umgang mit Gebärenden mit besonderen Unterstützungsbedarfen. |

| | |
|--|--|
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert, bedarfsgerechte Angebote sind entwickelt und werden vermittelt. ✓ Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen sind miteinander vernetzt, arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung. ✓ Unter Beachtung der medizinisch notwendigen Versorgung ist ein Erstkontakt möglichst über Hautkontakt (Bonding) zwischen Mutter und Kind nach der Geburt in allen Thüringer Kreißsälen bzw. Geburtsstationen zu gewährleisten. |
| Veränderungen in der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Bedarfe der Gebärenden sind identifiziert und werden bei der Planung und Gestaltung der Geburt differenziert berücksichtigt sowie unterstützende Angebote bereitgestellt. Geburtsrisiken sind verringert. ✓ Der Anteil physiologischer Geburten an allen Geburten in Thüringen steigt wieder an. Die Kaiserschnitttrate sinkt im Durchschnitt unter 26%. ✓ Reduktion von Geburtstraumata, Regulations- und Bindungsstörungen. ✓ Reduktion des Risikos für postpartale Depressionen. ✓ Geburtskomplikationen sowie Schädigungen und Auffälligkeiten beim Kind sind gesunken. (z.B. FASD, NAS) |
| Wochenbett | |
| Zielgruppe | Frauen, Mütter, Neugeborene, Familien |
| Setting | Wochenbettstation, Kommune, Familie |
| Wirkungsziele zur Förderung einer gesunden Wochenbettphase und eines gelingenden Stillstarts | |
| Veränderungen im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. ✓ Eltern kennen Vorsorge-, Präventions-, und Impfpfehlungen. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Komplikationen und Belastungen im Wochenbett werden frühzeitig erkannt und/ oder vermieden. ✓ Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und mithilfe spezifischer Maßnahmen aufgefangen. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eine aktive Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen ist gewährleistet. ✓ Alle beteiligten Berufsgruppen begleiten sensibel und vermitteln entsprechend des Bedarfes der Familien in Hilfsangebote. ✓ Aufklärungen der Eltern zu den Folgen und Risiken des Gebrauchs von legalen und illegalen Substanzen (wie Alkohol, Tabak und Drogen) für Mutter und Kind in der Stillzeit sind erfolgt. ✓ Stillförderung wird aktiv kommuniziert und Eltern erhalten alle notwendigen Hilfestellungen. |
| Veränderungen in der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil der Frauen, die das Stillen beginnen, steigt und wird insbesondere bei den Frauen, die seltener und kürzer stillen als Vergleichsgruppen (z.B. Frauen/Eltern mit niedrigem sozio-ökonomischen Status) erhöht. ✓ Verringerung der Stillabbruchsquoten ✓ Psychische Belastungen und Überforderungen von Familien sind erkannt und reduziert. ✓ Eltern nehmen entsprechend ihres Bedarfs Hilfsangebote wahr. |
| Phase der Familienentwicklung im ersten Lebensjahr | |
| Zielgruppe | Familien |
| Setting | Kommune, Familie, Kita |
| Wirkungsziele zur Förderung der Familienentwicklung und -bildung | |
| Veränderungen im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kompetenzen zum Aufbau einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung sind gestärkt. ✓ Mütter, Väter und Familien kennen die lokalen Unterstützungsmöglichkeiten. ✓ Sie haben entsprechend Ihrer Bedarfe und Kompetenzen Zugang zu Unterstützung. ✓ Alle beteiligten Akteure kennen die aktuellen Handlungsempfehlungen (z.B. zu Ernährung, Bewegung, Mundhygiene, psychischer Gesundheit; vgl. Zielbereich „Gesund aufwachsen“) und setzen diese einheitlich in der Praxis um. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die beteiligten Akteure sind miteinander vernetzt, arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung bzw. Begleitung, insbesondere bei Familien mit psycho-sozialen Belastungen. |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eltern sind kompetent, die Gesundheit Ihrer Kinder selbst zu fördern (z.B. Ernährung, Bewegung, Mundhygiene, psychische Gesundheit; vgl. Zielbereich „Gesund aufwachsen“). |
| Veränderungen in der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist stabilisiert. ✓ Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung. ✓ Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert. ✓ Die Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr (U1 – U6) werden flächendeckend wahrgenommen. ✓ Impfraten steigen (entsprechend den Empfehlungen der ständigen Impfkommission des RKI) weiter an. ✓ Die Anzahl der Frauen, die mindestens vier Monate stillt, ist - insbesondere bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand - erhöht. ✓ Die Empfehlungen zur Einführung von Beikost -frühestens ab dem fünften Monat -sind umgesetzt. |

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2017

Datenlage im Zielbereich „Gesund aufwachsen“

Um die Handlungsbedarfe der Zielgruppe in Thüringen zu ermitteln wurden in der ersten Sitzung der Strategiearbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ die Daten der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen der letzten 20 Jahre kurz dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf Daten von 321.335 Kindern. Weitere Datengrundlage sind die repräsentativen Untersuchungsergebnisse des Robert Koch-Institut (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, insbesondere die des sogenannten KiGGS Thüringen-Modul. Dieses beschreibt aktuell die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten von 4846 befragten Thüringer Kindern. Die Gesundheitsdaten werden dabei sowohl mittels Befragungen als auch mithilfe körperlicher Untersuchungen und Tests erhoben.

Hinsichtlich der Kindergesundheit fand in den letzten Jahren ein Wandel des Krankheitsspektrums statt. Im Vordergrund stehen nicht mehr akute Infektionserkrankungen oder klassische Wachstumsstörungen, sondern chronische Erkrankungen und psychische Auffälligkeiten, die unter dem Stichwort veränderte Kindheit zu beobachten sind.

Im Detail wurden folgende Ergebnisse für die Thüringer Kindergesundheit in der Strategiearbeitsgruppe hervorgehoben:

- Starke Zunahme von **Übergewicht und Adipositas** seit den 90-er Jahren insbesondere im Altersverlauf zwischen der Untersuchung zum Zeitpunkt der Einschulung und der Untersuchung in der 4. Klasse.
- Zunahme von **Erkrankungen des Bewegungsapparates** insbesondere im Altersverlauf. Laut KiGGS – Thüringenmodul erreichen 60% der Thüringer Kinder nicht die WHO-Vorgaben zur körperlichen Aktivität, nur 46% der Kinder sind Mitglied in einem Sportverein, im Bundesvergleich sind es 60%.
- Unter dem Stichwort „**Neue Morbidität**“ ist eine kontinuierliche Zunahme von **Entwicklungsauffälligkeiten** zum Zeitpunkt des Schuleintritts und insbesondere bei den Jungen (Sprache: 23,4% 2013/2014; Motorik: 16,5% 2014/2015 und Verhalten (ca. 16,4% 2013/2014) zu beobachten.
- Bei den Thüringer Kindern ist insgesamt eine Verbesserung der **Mundgesundheit** zu beobachten, bei den 6-Jährigen ist diese noch problematisch. Das WHO – Mundgesundheitsziel, wonach bis 2020 mehr als 80% der 6-Jährigen **naturgesunde (kariesfreie) Gebisse** aufweisen sollen, ist für diese Altersgruppe noch nicht erreicht.
- Für die Thüringer Kinder sind gestiegene **Impfquoten** zu verzeichnen, insbesondere bei Impfungen gegen Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis sind die Ziel-Impfquoten in Thüringen erreicht.
- Nicht erreicht wurden die Ziel-Impfquoten in Thüringen derzeit bei Impfungen gegen **Hib-Infektion, Hepatitis B, Varizellen, und Masern**.

- In Thüringen ist ein gutes und ein in den letzten Jahren gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten der U-Untersuchungen zu beobachten, dies ist signifikant höher als im Bundesvergleich.
- Laut dem KiGGS-Thüringen Landesmodul sind ca. 20% der Thüringer Kinder und Jugendlichen **psychisch auffällig** (ähnlicher Befund in den Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen) und weisen ein auffälliges Freizeitverhalten insbesondere im **Umgang mit neuen Medien** auf.
- Weiterhin haben Thüringer Kinder laut KiGGS eine signifikant höher Lebenszeitprävalenz hinsichtlich des **Alkoholkonsums** als im Bundesvergleich, insbesondere der unter 18-Jährigen.
- Weiterhin ist eine starke Zunahme von Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen in den letzten 20 Jahren zu beobachten.

Mit Blick auf im Kindesalter häufig auftretende körperliche Erkrankungen sind laut KiGGS, Unterschiede entsprechend des sozialen Status festzustellen. Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung hat der Einfluss des Sozialstatus auf den Gesundheitszustand bei den sogenannten neuen Morbiditäten, (z.B. sprachliche und motorische Entwicklungsverzögerungen) und psychische Störungen. Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und andere verhaltensbezogene Risiken sind im Verlauf bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus stärker verbreitet.

Die Herausforderung für die Datenerfassung der kommenden Jahre wird sein, die Kinder mit Entwicklungsrisiken, -auffälligkeiten und -störungen nach sozialer Lage und in den Sozialräumen mit geeigneten Messmethoden zu erfassen, um bedarfsgerechte, geeignete Maßnahmen zu entwickeln.

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Ergebnisziele (Wirkungsziele) – Zielbereich „Gesund aufwachsen“

Impact: Entwicklung und Festigung eines gesunden Lebensstils im Kindes- und Jugendalter: Die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sind erhöht.

Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und ihre Familien

Handlungsfelder: Ernährung, Bewegung/Sport, Mundhygiene, Sprache, Psychische Gesundheit (inkl. Suchterkrankungen), Gesundheits- und Vorsorgekompetenz

Setting: Familie, Kita, Schule, Kommune (Quartier)

Zielesystem:

| Ernährung | |
|--|---|
| Zielgruppe | Schwangere, Kinder bis 10 Jahre |
| Setting | Kita, Grundschule, Kommune, Familie |
| Wirkungsziele zur Förderung einer gesunden Ernährung | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Ernährungskompetenzen von jungen Eltern sind gestärkt. ✓ Altersgerechte Ernährungspraktiken und Mahlzeitengestaltung in jungen Familien sind gestärkt. ✓ Multiplikatoren kennen die aktuellen Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und zur Säuglings- und Kinderernährung. ✓ Der Zusammenhang von seelischer Gesundheit und Ernährung ist bekannt. |

| | |
|--|---|
| <p>Veränderungen im Handeln</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Anzahl der Frauen, die jemals ausschließlich mindestens vier Monate stillt, ist insbesondere bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand erhöht.¹ ✓ Die Empfehlungen zur Einführung von Beikost - frühestens ab dem fünften Monat - sind umgesetzt. ✓ Die Erziehenden stellen ihren Kindern eine gesundheitsfördernde Essumgebung bereit. ✓ Der Anteil der DGE-zertifizierten Kita- und Schuleinrichtungen ist erhöht. ✓ Der Anteil der Schulen, die sich am Thüringer Schulobstprogramm beteiligen, ist gestiegen.² ✓ Erziehende bieten vermehrt zuckerfreie Getränke für Kinder an. |
| <p>Veränderungen der Lebenslage</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil der Frauen, die ihre Schwangerschaft mit Normalgewicht beginnen, ist erhöht. ✓ Der Anteil der Schwangeren, die einen Gestationsdiabetes entwickeln, steigt nicht weiter an. ✓ Der Anteil an übergewichtigen und adipösen sowie untergewichtigen Kindern zur Schuleingangsuntersuchung liegt unter 10 % bzw. unter 4% und unter 10%. |

¹ KiGGS-Studie 2015: Anteil der Frauen bei 34,6% (mit niedrigen Bildungsstand bei 12,6 %)

² Evaluation des Schulobst- und Gemüseprogramms der EU in Thüringen

| Bewegung/Sport | |
|--|--|
| Zielgruppe | Schwangere, Kinder und Jugendliche |
| Setting | Kita, Schule, Kommune, Familie |
| Wirkungsziele zur Förderung der Bewegung/des Sports | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Multiplikatoren kennen die aktuellen Handlungsempfehlungen zur Bewegung in der Schwangerschaft und zur Bewegung von Kindern und Jugendliche. ✓ Der Zusammenhang von seelischer Gesundheit und Bewegung ist bei den Zielgruppen und den Multiplikatoren bekannt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kinder und Jugendliche bewegen sich ausreichend in den Einrichtungen und der Freizeit.³ ✓ Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und in der 3. Klasse (Motoriktest) werden für die Eltern und Kinder Handlungsempfehlungen zu Bewegung und Sport ausgesprochen. ✓ Der Anteil der Kinder, die regelmäßig im Sportverein aktiv sind, entspricht 55 % (<i>Evaluation des Thüringen Moduls KiGGS in 2018/2019</i>). ✓ Die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung werden, je nach der jeweiligen Lebenswelt und entsprechenden Altersbereichen, umgesetzt. ✓ Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche mit mangelnden Bewegungserfahrungen/und Übergewicht sind installiert, insbesondere für sozial benachteiligte Familien. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern zur Schuleingangsuntersuchung liegt unter 10 % bzw. unter 4% und reduziert sich weiter. ✓ Der Anteil der Jugendlichen mit Übergewicht in der 8. Klasse ist auf unter 19 % gesenkt und senkt sich weiter. ✓ Auffälligkeiten der Motorik und Koordination ist zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung auf unter 12% gesenkt und senkt sich weiter. |

³ Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

| Mundhygiene | |
|--|--|
| Zielgruppe | Kinder im Alter von 0-12 Jahren |
| Setting | Familie, Kita, Schule, Kommune |
| Wirkungsziele zur Förderung der Mundhygiene | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Mundhygienekompetenzen von Eltern sind gestärkt. ✓ Der Anteil der Kinder, die die Grundsätze der Mundhygiene kennen, ist erhöht. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alle Thüringer Kindertagesstätten nehmen am Mundgesundheitsprogramm mit dem täglichen Zähneputzen teil. ✓ Der Anteil der Schulen, die den Kindern das tägliche Zähneputzen ermöglichen, ist gesteigert. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die von der WHO formulierten Mundgesundheitsziele werden erreicht. ✓ Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ist bei 6-Jährigen bis 2020 auf 80 % gestiegen. |

| Sprache | |
|-------------------|---|
| Zielgruppe | Vorschulkinder (ab 4 Jahren bis Eintritt Schule), Eltern, pädagogische Fachkräfte |
| Setting | Kita mit Übergang Schule, Familie |

| Wirkungsziele zur Förderung einer altersgerechten Sprachentwicklung | |
|--|---|
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Kompetenzen von Erzieherinnen und Erziehern hinsichtlich einer gesunden Sprachentwicklung und deren Ursachen über Störungen sind gestärkt. ✓ Die Eltern sind über eine gesunde Sprachentwicklung und über deren Ursachen für Störungen informiert. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es finden standardisierte Sprachstandserhebungsverfahren von Kindern im Alter von 4 Jahren statt. ✓ Es werden strukturierte Sprachfördermaßnahmen (Stärkung der Eltern, Schulung des pädagogischen Personals), ausgehend von oben genannten Sprachstandserhebungsverfahren, durchgeführt. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Zum Zeitpunkt der Schuleinführung verfügen die Kinder über eine altersentsprechende Sprachentwicklung (Sprachverständnis, Wortschatz, Artikulation, Grammatik, phonologische Bewusstheit), die Häufigkeit von Sprachauffälligkeit ist zur Schuleingangsuntersuchung auf unter 15 % gesunken. ✓ Die Sprachentwicklung von sprachauffälligen, insbesondere von sozial benachteiligten Kindern ist merklich verbessert. ✓ Die schulische Bildung sprachlicher Risikokinder ist verbessert. |

| Psychische Gesundheit (inkl. Suchterkrankungen) | |
|--|--|
| Zielgruppe | <p>Kinder und Jugendliche von 0-18 Jahren: Fokus: Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen oder von Sucht Betroffenen sowie Kinder und Jugendliche mit psychisch/suchtkranken Eltern und Angehörigen Eltern/Angehörige, Fachkräfte in den Lebenswelten</p> |
| Setting | Familie, Kita, Schule, Kommune, Übergänge Schule-Beruf |

| Wirkungsziele zur Förderung der psychischen Gesundheit (inkl. Suchterkrankungen)⁴ | |
|---|---|
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kinder und Jugendliche sind in ihren Lebenskompetenzen im Sinne der Definition der WHO (Selbstwahrnehmung, Empathie, Kreatives Denken, Kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeiten, Effektive Kommunikationsfähigkeiten, Interpersonale Beziehungsfähigkeiten, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung) gestärkt. ✓ Kinder und Jugendliche wissen, dass Krisen zum Leben dazugehören, und kennen entsprechende gesunde Bewältigungsstrategien sowie Zugänge zum Hilfesystem. ✓ Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen oder von Sucht Betroffene und Kinder mit psychisch bzw. suchtkranken Eltern oder Angehörigen sind über psychische Erkrankungen/Sucht und deren Risiken informiert. ✓ Fachkräfte in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen sind in ihrem Wissen um psychische Gesundheit, Erkrankung und Sucht sowie in der Vermittlung von Lebenskompetenzen gestärkt. Sie kennen Zugänge zum Hilfesystem. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kinder und Jugendliche gehen mit Herausforderungen lebenskompetent um. ✓ Kinder und Jugendliche sowie Fachkräfte in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen nutzen das Hilfesystem. ✓ Kinder und Jugendliche finden zuverlässige, erfahrene Erwachsene als Ansprechpartner bei Bedarf auch außerhalb des Familiensystems. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Lebenskompetenzen von (psychisch auffälligen und suchterkrankten) Kindern sind gestärkt. ✓ Die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch/suchtkranken Eltern und Angehörigen sowie der Peergruppe sind gestärkt. ✓ Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind gesenkt. ✓ Soziale Teilhabe von Kindern und Jugendlichen ist gestärkt. ✓ Die subjektive Gesundheitseinschätzung von Kindern, Jugendlichen und Eltern ist verbessert.⁵ |

⁴ Indikatoren via SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

⁵ Indikatoren via KIDSCREEN

| Gesundheits- und Vorsorgekompetenz | |
|--|--|
| Zielgruppe | Familien, Gesellschaft |
| Setting | Familie, Kommune |
| Wirkungsziele zur Stärkung der Gesundheits- und Vorsorgekompetenz | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eltern sind in der Lage, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen ihrer Kinder selbst zu erkennen. ✓ Persönliche gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen, auch im Bereich Hygiene und Infektionsprophylaxe, sind gestärkt. ✓ Die Selbstbestimmung der Zielgruppen im Setting ist gestärkt. ✓ Sozial benachteiligte Gruppen sind als aktiv Handelnde (bewusste Partizipation) gestärkt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eltern sind kompetent, die Gesundheit Ihrer Kinder selbst zu fördern. ✓ Gesundheitsförderliche und evidenzbasierte Angebote, Netzwerke und Anlaufstellen sind bekannt und werden entsprechend genutzt, Zugänge für sozial Benachteiligte sind optimiert. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gesundheit und Krankheit sowie der Umgang mit ihnen sind selbstverständliche Bestandteile des Aufwachsens in der Gesellschaft. ✓ Gesellschaft und Versorgungssystem lassen die Verantwortungsübernahme durch Eltern für die Gesundheit ihrer Kinder zu. |

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2017

Datenlage im Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“

Um ein annähernd umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage der mittleren Lebensphase abzubilden, wurde versucht in der ersten Arbeitsgruppensitzung thüringenspezifische Daten der Zielgruppe darzustellen und auf dieser Grundlage Bedarfe zu ermitteln. Zentrale Datenquellen sind die Indikatoren des Online-Gesundheitsportals u. a. Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS) und des statistischen Bundesamtes (Mikrozensus), Daten des Robert Koch-Instituts (RKI): Gesundheit in Deutschland, des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR), Daten zur Arbeitsunfähigkeit in Thüringen aus einer Erhebung der Techniker Krankenkasse und des Epidemiologische Suchtsurveys unter Erwachsenen in Thüringen des Instituts für Therapieforschung (IFT).

Um die Zielgruppe zu beschreiben wurden zunächst allgemeine soziodemographische Merkmale wie die **Bevölkerungsentwicklung (Indikator 2.01 des Online Gesundheitsportals)** und die Lebensformen in Thüringen dargestellt. Die Zahlen untermauern den aktuellen demographischen Trend einer starken Altersgruppe der 45 bis 64 –Jährigen. In dieser Altersgruppe gibt es mehr Männer als Frauen mit einem geringen Migrationsanteil. Thüringen folgt dem bundesweiten Trend zu kleineren Haushalten und dem Trend zur Abnahme von Familien. 25 Prozent der Thüringer Haushalte lebten im Jahr 2015 in Eltern-Kind-Gemeinschaften mit ledigen Kindern, der Anteil der Alleinerziehenden ist nur geringfügig zurückgegangen. Die Arbeitslosen- und Beschäftigungsquote für Thüringen weist nach offiziellen Angaben des TMASGFF in den letzten Jahren eine positive Entwicklung auf.

Gesund arbeiten

Die Arbeitsunfähigkeit in Thüringen wurde in einer Auswertung der Techniker Krankenkasse im Jahr 2015 unter 60.535 Erwerbspersonen analysiert. Es ist ein kontinuierlicher Anstieg der AU-Zeiten seit ca. zehn Jahren zu beobachten. Thüringen liegt mit den AU-Tagen dabei über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für die höchsten Fehlzeiten sind demnach „akute Infekte der oberen Luftwege“, „Muskel- und Skelett-Erkrankungen“ und „Depressive Episoden“. Erwerbstätige im mittleren Lebensalter (zwischen 30 und 44 Jahre) sind weniger krank als Erwerbstätige im höheren Lebensalter. Ab 45 Jahren nehmen Fehlzeiten in Thüringen deutlich zu. Die Ergebnisse ähneln dem Fehlzeitreport der AOK.

Für den Bereich „Gesund arbeiten“ wurde des Weiteren die **verminderte Erwerbsfähigkeit (Indikatoren 3.37-3.39)** des Online Gesundheitsportals ausgewertet. Pro 100.000 Versicherte sind ca. 550 Erwerbsunfähigkeiten (0,5 %) im Jahr zu verzeichnen. Unter allen Diagnosegruppen ist eine konstante Zunahme der verminderten Erwerbsfähigkeit in Thüringen aufgrund von „Psychischen- und Verhaltensauffälligkeiten“, insbesondere bei Frauen zu beobachten. An zweiter, dritter und vierter Stelle sind „Muskel- und Skelett-Erkrankungen“, „Neubildungen“ und „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ die Gründe für einen vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Die Zunahme dieser Frühberentungen aufgrund von stressbedingten Erkrankungen in Thüringen folgt einem bundesweiten Trend.

Die Zahl der meldepflichtigen und tödlichen **Arbeits- und Wegeunfälle (Indikator 3.31)** ist innerhalb der letzten knapp 20 Jahre deutlich zurückgegangen. Dieser Indikator gibt Hinweise auf einen funktionierenden Arbeitsschutz im klassischen Sinne.

Der Anteil der **Schwerbehinderungen (Indikatoren 3.41, 3.44)** in Thüringen ist ansteigend im Zeit- und Altersverlauf, ab 50 bis 55 Jahren nehmen die Schwerbehinderungen deutlich zu. Es sind mehr Männer als Frauen von einer Schwerbehinderung betroffen.

Mortalität in Thüringen

Die **häufigsten Todesursachen (Indikator: 3.2)** in Thüringen für die Altersgruppe der 35 bis 65-Jährigen sind bei Männern „Neubildungen“ mit 33,2%, „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 27,2%, „Krankheiten des Verdauungssystems“ mit 10,5% und sonstige mit 29,3%. Todesursachen der 35 bis 65-jährigen Frauen sind „Neubildungen“ mit 49,1%, „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 19,2%, „Krankheiten des Verdauungssystems“ 8,3% und sonstige Erkrankungen mit 23,2%. Für die Altersgruppe der 15- 35-jährigen Männer sind „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ mit 61,9%, „Neubildungen“ mit 11,9% und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 5% und sonstige Erkrankungen mit 21% die häufigsten Todesursachen. Die Todesursachen bei 15 bis 35-jährigen Frauen sind mit 34,0% durch „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“, „Neubildungen“ mit 20,8%, „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 13,2% und sonstige Erkrankungen mit 32,1%.

Morbidität - Prävalenz der Häufigsten Erkrankungen

Die Analyse für **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Indikator 3.91)** zeigt einen leichten Anstieg von Krankenhausfällen infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in Thüringen innerhalb der letzten 15 Jahre. Ab ca. 45 Jahren ist ein sprunghafter Anstieg von Krankenhausfällen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Bevölkerung zu beobachten. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen.

Die Thüringer werden stationär am häufigsten wegen „Kreislauf-Erkrankungen“ und ambulant aufgrund der „Essentiellen (primäre) Hypertonie“ (**Indikator 3.19**) behandelt. Es ist ein kontinuierlicher Anstieg der stationären Diagnosehäufigkeit „Kreislauf-Erkrankungen“ über 10 Jahre pro 100.000 Einwohner hinweg zu verzeichnen.

Für **Übergewicht und Adipositas** gibt es derzeit keine Zahlen für Thüringen. Laut DEGS – Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) des RKI sind 67,1% der Männer und 53,0% der Frauen deutschlandweit **übergewichtig**, der Anteil nimmt mit steigendem Alter zu. Über den Zeitverlauf ist eine Zunahme der **Adipositas** zu beobachten (im Jahr 1990/ 1992 noch 20,9% der Frauen und 18,1% Männer; im Jahr 2008/2011 sind es bereits 23% Frauen und 24,5% Männer). Die Ergebnisse des BGS98 (Bundesgesundheitsurvey) und DEGS stehen im Einklang mit der Nationalen Verzehrstudie I und II.

Laut Zahlen des GKR (Gemeinsames Krebsregister) ist ein Anstieg aller **Krebserkrankungen** in Thüringen aufgrund des wachsenden Anteils älterer Menschen, insbesondere von Brust- und Prostatakrebs zu verzeichnen. Bei Lungen- und Darmkrebs ist seit einigen Jahren ein rückläufiger Trend, möglicherweise aufgrund

der Suchtpolitik, aufgrund verbesserter Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, Präventionsmaßnahmen und einer verbesserten medizinischen Versorgung, zu beobachten. Eine altersdifferenzierte Betrachtung ist in den Zahlen des GKR ebenfalls möglich. Laut einer Auswertung der IKK ging 2015 nur jede zweite Frau und jeder vierte Mann zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Aussagen hierzu soll zukünftig der **Indikator 07.16** des Gesundheitsportals geben. Wegen Neubildungen werden die Menschen in Thüringen am zweithäufigsten pro 100.00 Einwohner im Krankenhaus behandelt (**Indikator 3.91**).

Aussagen über **Psychische Erkrankungen** in Thüringen gibt der oben dargestellte Indikator zur Verminderten Erwerbsfähigkeit (3.82). Laut GEDA gibt es keine Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen im Zeitverlauf. Allerdings steigt deutschlandweit die Zahl psychisch bedingter Krankschreibungen und Frühberentungen insbesondere bei Frauen. Psychische Erkrankungen im Kontext von Suchterkrankungen finden sich überwiegend bei Männern. Diese weisen einen kritischen Alkoholkonsum in Thüringen auf. Es ist eine Zunahme der Krankenhausbehandlungen (Indikator 3.82) von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf bei Männern zu verzeichnen, Fachleute bestätigen einen Anstieg von alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen.

Die **subjektive Gesundheit** gilt als ein Indikator für den objektiven Gesundheitszustand und ist assoziiert mit der künftigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Sterblichkeit. Thüringer schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als der Bundesdurchschnitt, Bildung, Einkommen und berufliche Stellung sind positiv mit der Selbsteinschätzung assoziiert.

Gesundheitsverhalten

Laut GEDA ist eine Zunahme der **sportlichen Aktivität** innerhalb der letzten zehn Jahre zu beobachten. Jedoch sind 65% der Frauen und 56,4% der Männer in Deutschland weniger als 2,5 Stunden pro Woche in **Bewegung** und verfehlen somit die WHO Vorgaben. Mit Zunahme des Alters erhöht sich der Anteil der sportlich Inaktiven. Die sportliche Inaktivität korreliert mit einem niedrigen Sozialstatus. Laut nationaler Verzehrstudie ernähren sich Männer laut DGE- Empfehlungen deutlich zu fleischhaltig. Frauen befinden sich im oberen Bereich. Insgesamt wird zu wenig Obst, Gemüse, Fisch, Milch, Käse, Quark andere Milchprodukte, sowie Brot und Getreide verzehrt. Ein ungünstiges Ernährungsverhalten korreliert mit einem niedrigen Sozialstatus.

Laut ESA weisen 20% der Erwachsenen und insbesondere Männer einen kritischen **Alkoholkonsum** in Thüringen auf, der Alkoholmissbrauch bei Frauen ist signifikant zurückgegangen. Ebenfalls ist ein Rückgang der **Tabakprävalenz** zu beobachten.

Einzelne Zielgruppen wie Alleinerziehende, Migranten, Arbeitssuchende, Männer sowie das Thema Armut sollten bei der Entwicklung von Maßnahmen mitbedacht werden und im Fokus stehen.

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Ergebnisziele (Wirkungsziele) – Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“

Impact: Gesundes Leben und Arbeiten in Thüringen stärken

Zielgruppe: Menschen im erwerbsfähigen Alter, Unternehmen (insbesondere Kleinst-, Klein- und mittlere Unternehmen)

Handlungsfelder: Gesundheits- und Vorsorgekompetenz, Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Gesundheit und Suchterkrankungen

Setting: Unternehmen, Kommune (Quartier), Freizeitorte

Zielesystem:

| Gesundheits- und Vorsorgekompetenz | |
|---|--|
| Zielgruppe | Menschen im erwerbsfähigen Alter, Unternehmen (insbesondere Kleinst-, Klein- und mittlere Unternehmen) |
| Setting | Familie, Unternehmen, Kommune, ambulante Versorgung |
| Wirkungsziele zur Impfprävention: Die Gesundheits- und Vorsorgekompetenz von Menschen im erwerbsfähigen Alter ist gestärkt. | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe erwirbt Wissen, Fähig- und Fertigkeiten über die Gesundheit im erwerbsfähigen Alter. Sie kennt Angebote und weiß, wie sie diese wahrnehmen kann. Sie versteht die Wichtigkeit der aktiven Gesunderhaltung.¹ ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter sind hinsichtlich der Impfprävention, deren Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und der Möglichkeit ihrer Erhaltung zielgruppengerecht informiert. |

¹ Indikator: Anzahl und Inanspruchnahme von den angebotenen Präventionskursen der Volkshochschulen (Zahlen vorhanden), der durch die Krankenkassen zertifizierten Präventionskurse und öffentlicher Gesundheitsdienst

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter sind über Ursachen und Symptome von impfpräventablen Infektionserkrankungen zielgruppengerecht aufgeklärt. ✓ Die Kompetenzen von Ärzten, niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen sind bezogen auf die Impfeempfehlungen von Personen im erwerbsfähigem Alter gestärkt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter nehmen wissenschaftlich abgesicherte und allgemein verständliche, aufbereitete Informationsangebote aktiv in Anspruch. ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter lassen ihren Impfstatus 1-mal jährlich von dem Arzt ihres Vertrauens kontrollieren und bei Bedarf aktualisieren (vollständiger Impfschutz laut STIKO-Empfehlung). |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die im nationalen Impfplan angestrebten Impfquoten, die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen werden erreicht.² ✓ Die Durchimpfungsrate für die Grippe, insbesondere für Menschen mit Risiko (Personen mit geschwächtem Immunsystem, Schwangere, Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Personen, die häufig mit Kranken in Kontakt kommen) liegt bei über 70%. ✓ Die Durchimpfungsrate für Masern liegt auf Grundlage des Aktionsplans zur Eliminierung der Mumps-Masern-Röteln bei 95%. ✓ Die Durchimpfungsrate für Pertussis, Tetanus, Diphtherie und Polio liegen ebenfalls laut nationalem Impfplan bei 95%. ✓ Die Zugangswege für erforderliche Schutzimpfungen sind vereinfacht. ✓ Impfpräventable Infektionserkrankungen sind bei Menschen im erwerbsfähigen Alter deutlich reduziert.³ ✓ Die Prävention von ausgewählten Infektionserkrankungen - hier grippale Infekte - in öffentlichen Einrichtungen und Betrieben ist etabliert. |

| | |
|---|---|
| Zielgruppe | Menschen im erwerbsfähigen Alter |
| Setting | Familie, Unternehmen, Kommune, Quartier |
| Wirkungsziele zur Krebsprävention: Die Gesundheit- und Vorsorgekompetenz von Menschen, insbesondere von Männern, im erwerbsfähigen Alter ist gestärkt. | |

² Indikator: Impfstoffverbrauch KV

³ Indikator: Rückgang von meldepflichtigen Erkrankungen

| | |
|--|--|
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter sind hinsichtlich der Krebsvorsorge, deren Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und der Möglichkeit ihrer Erhaltung zielgruppengerecht informiert. ✓ Die Kompetenzen von Ärzten und Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen sind bezogen auf die Krebsvorsorge von Personen im erwerbsfähigem Alter gestärkt. ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter sind über Ursachen und Symptome von Krebserkrankungen zielgruppengerecht aufgeklärt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter nehmen an den empfohlenen Krebsvorsorgeuntersuchungen teil. ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter sind motiviert, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. ✓ Die Zielgruppe nutzt die Angebote, sich aktiv und gesund zu erhalten und ist informiert über Gesundheit und Gesundheitsangebote. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Gesundheitszustand von Menschen im erwerbsfähigem Alter ist durch die informierte Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsprogrammen laut nationalen Krebsplan verbessert.⁴ ✓ Lebenserwartung und Qualität werden durch Frühintervention erhöht. Dadurch werden die Heilungschancen verbessert. ✓ Die Anzahl der Männer im erwerbsfähigen Alter, die eine informierte Krebsvorsorge in Anspruch nehmen, ist um 15% erhöht. |

| | |
|--|--|
| Muskel- und Skeletterkrankungen | |
| Zielgruppe | Menschen im erwerbsfähigen Alter, Unternehmen (insbesondere Kleinst-, Klein- und mittlere Unternehmen) |
| Setting | Familie, Unternehmen, Kommune, ambulante Versorgung |
| Wirkungsziele zur Reduzierung von Muskel- und Skeletterkrankungen | |

⁴ Indikator: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung, Krebsinzidenzen

| | |
|--|---|
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Personen im erwerbsfähigen Alter sind über Ursachen von Muskel- und Skeletterkrankungen und den Möglichkeiten ihrer Prävention zielgruppengerecht informiert. ✓ Die Zielgruppe kennt Angebote (z.B. Nutzung des ÖPNV, Alltagsbewegung, Angebote des organisierten Sports) und weiß, wie sie diese wahrnehmen kann. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Arbeitsbedingungen in den Unternehmen sind ergonomisch gestaltet und die Beschäftigten sind befähigt die Arbeitsplätze und Arbeitsgeräte ergonomisch zu nutzen. Das Konzept des „Gesunden Sitzens“, sowie der ausgewogene Anteil sitzender Tätigkeiten am gesamten Arbeitstag wird beachtet. ✓ Arbeitsabläufe im Betrieb sind gesundheitsförderlich ausgerichtet und beachten Bewegungspausen. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Krankheitstage durch Erkrankungen des Muskel- / Skelettsystems sind reduziert. ✓ Arbeitnehmer nutzen die vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellten ergonomischen Arbeitsgeräte korrekt. |

| Psychische Gesundheit und Suchterkrankungen | | |
|---|---|---|
| Zielgruppe | Langzeitarbeitslose, Erwerbspersonen, Arbeitgeber und Akteure in Unternehmen, überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, Ehrenamt, Fachkräfte/Leistungserbringer in Beratungsstellen/kommunale Koordinatoren | |
| Setting | Kommune, Quartier, Unternehmen | |
| Wirkungsziele (nach Zielgruppen sortiert) | | |
| Langzeitarbeitslose, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Sucht nicht ins | Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | ✓ Langzeitarbeitslose erleben die eigene Person als handlungsfähig und entwickeln adäquate Problemlösungsstrategien. |
| | Veränderungen im Handeln | ✓ Langzeitarbeitslose, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung und/oder Sucht nicht ins Erwerbsleben integriert werden können, nutzen die zur Verfügung stehenden Beratungs-, Unterstützungs- und Therapieangebote. |

| | | |
|---|--|---|
| Erwerbsleben integriert werden können. | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kommunalverwaltungen, Jobcenter und externe Leistungserbringer sind durch abgestimmte Prozesse und Leistungen verzahnt, um kommunale Eingliederungsleistungen bedarfsgerecht zu erbringen. |
| | Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die einer beruflichen Integration entgegenstehenden Vermittlungshemmnisse aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Sucht sind weitestgehend abgemildert oder abgebaut. |
| Arbeitgeber und Akteure in Unternehmen | Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arbeitgeber und Akteure verfügen über Wissen, wie psychische Belastungsfaktoren zu vermeiden sind, insbesondere auch über die damit verbundenen arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen. ✓ Arbeitgeber und Akteure haben im Rahmen von BGM Konzepte mit entsprechenden Strukturen zu Umsetzungsstrategien erarbeitet und bekannt gemacht. Informationen über psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sind bekannt. ✓ Arbeitgeber und Akteure erkennen frühzeitig arbeitsbedingte psychische Belastungsfaktoren die zu möglichen Beeinträchtigungen führen können. ✓ Arbeitgeber und Akteure in Unternehmen und Einrichtungen verfügen über Kontaktmöglichkeiten bei Fragen zu psychischen Erkrankungen der Beschäftigten und bei Suchtmittelmissbrauch im Unternehmen. |
| | Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frühinterventionsmaßnahmen und Sensibilisierung für die Themen psychische Gesundheit und Suchtprävention durch die Akteure sind umgesetzt. Die Vernetzung mit internen und externen Beratungsangeboten ist gegeben. ✓ Arbeitgeber verfügen über Handlungssicherheit bei der Minimierung arbeitsbedingter psychischer Belastungsfaktoren, die zu möglichen Beeinträchtigungen führen können. ✓ Wertschätzendes und konsequentes Verhalten zur Umsetzung bestehender Regularien und Hilfeangebote prägen die Unternehmenskultur. |
| | Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil von Suchtmittelmissbrauch im Unternehmen ist gesunken. |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durch die Minimierung von Belastungsfaktoren verbessern sich Arbeitsbedingungen in den Unternehmen nachhaltig. ✓ Die Anzahl langer Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich verringert. |
| Beschäftigte in Unternehmen | Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wissen über psychische - und Suchterkrankungen und Folgewirkungen (Gefahren und Konsequenzen für die eigene Person und Dritte) ist vorhanden. ✓ Beschäftigte kennen Methoden der Stressbewältigung, des Zeit- und Selbstmanagements. ✓ Präventions- und Hilfeangebote sind bekannt und werden genutzt. |
| | Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Beschäftigten nutzen interne und externe Angebote zur Erhaltung ihrer Gesundheit (psychosoziale Beratungsstellen sind bekannt sowie die entsprechenden Ansprechpartner). ✓ Beschäftigte von Unternehmen kennen Hilfestrukturen, achten auf die Umsetzung von Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. ✓ Beschäftigte nehmen ihre Eigenverantwortung wahr und tragen somit selbst zum Erhalt und zur Stärkung ihrer psychischen Gesundheit bei. ✓ Die in den überbetrieblichen und überregionalen Einrichtungen Tätigen nutzen Informations- und Fortbildungsangebote zu Strukturen der Prävention und Hilfeangebote der Sozialpsychiatrischen- und Suchthilfe. |
| | Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beschäftigte sind zu psychischen Erkrankungen und Sucht sensibilisiert. Beschäftigte und Beauftragte pflegen einen vertrauensvollen Umgang. |
| Ehrenamtliche | Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die ehrenamtlich in Vereinen Tätigen haben Handlungsfähigkeiten und Kenntnisse und gehen entsprechend bei ihrer Vereinstätigkeit damit um. |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| | Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die ehrenamtlich in Vereinen Tätigen gehen sensibel mit den Themen „psychische Gesundheit“ und „Sucht“ um. Sie reflektieren ihren eigenen Umgang mit Suchtmitteln und achten auf den risikoarmen Umgang mit den legalen Drogen. Sie vermitteln den Kindern und Jugendlichen suchtpreventive und gesundheitsförderliche Botschaften. |
| | Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ In Sport- und anderen Vereinen wird sensibel mit dem Thema „Alkoholkonsum“ umgegangen. Gesundheitsförderndes Verhalten wird von Trainern/innen u.a. Verantwortlichen, im Sinne der Vorbildwirkung, gezeigt. ✓ Es besteht Handlungssicherheit im Umgang mit auffälligen Vereinsmitgliedern und der eigene Konsum ist minimiert. |
| MultiplikatorInnen | Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ MultiplikatorInnen sind für die Prävention psychischer Erkrankungen und Sucht in der Arbeitswelt und im Freizeitsetting qualifiziert. |
| | Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ MultiplikatorInnen in den Kommunen sind mit anderen Kommunen sowie Akteuren angrenzender Schnittstellenbereiche vernetzt. |
| | Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prävention von psychischen Erkrankungen und Sucht wird landesweit flächendeckend und qualitätsgesichert umgesetzt. ✓ MultiplikatorInnen sind mit ausreichend Ressourcen ausgestattet, um flächendeckend und qualitätsgesichert arbeiten zu können. |

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2017

Datenlage im Zielbereich „Gesund alt werden“

Um ein annähernd umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage in der späten Lebensphase abzubilden, wurde versucht, in der ersten Arbeitsgruppensitzung thüringenspezifische Daten der Zielgruppe darzustellen und auf dieser Grundlage Bedarfe zu ermitteln. Zentrale Datenquellen sind die Indikatoren des Online Gesundheitsportals u. a. Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS) und des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus), Daten des Robert Koch- Instituts (RKI): Gesundheit im Alter und Daten des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR).

Um die Zielgruppe zu beschreiben wurden zunächst allgemeine soziodemographische Merkmale wie die **Bevölkerungsentwicklung (Indikator 2.01 des Online Gesundheitsportals)** und die Lebensformen in Thüringen beschrieben. Die Daten bestätigen auch in Thüringen eine steigende **Lebenserwartung (Indikator: 3.9)**. Die Gruppe der Älteren wird unterschieden in die sogenannten „Jungen Alten“ und in die Gruppe der „Hochbetagten“ ab 80 Jahren. In dieser Altersgruppe gibt es mehr Frauen als Männer. Die Ehe ist für die Männer im dritten und vierten Lebensalter die zentrale Lebensform, 60% der Männer über 80 Jahren sind verheiratet. Ein großer Teil der gleichaltrigen Frauen lebt ebenfalls in einer Ehe, mit steigendem Alter findet jedoch zunehmend eine Verwitwung statt. Dies betrifft ca. jede zweite Frau.

Die **subjektive Gesundheit** gilt als ein Indikator für den objektiven Gesundheitszustand und ist assoziiert mit der künftigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Sterblichkeit. Die subjektive Gesundheit wird mit zunehmendem Alter aufgrund von vorhandenen Erkrankungen schlechter dargestellt. Jedoch decken sich subjektive Gesundheit und objektiver Gesundheitszustand im Alter oft nicht. Zeitverläufe zur Einschätzung der subjektiven Gesundheit wurden über den Zeitraum von 1994 bis 2012 besser.

Mortalität

Die **häufigsten Todesursachen (Indikator: 3.2)** in Thüringen für die Altersgruppe ab 65 Jahren sind bei Männern und Frauen „Krankheiten des Kreislaufsystems“, Neubildungen“ und an dritter Stelle „Krankheiten des Atmungssystems“ bzw. „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“.

Morbidität - Prävalenz der Häufigsten Erkrankungen

Die Krankenhausfälle (**Indikator 3.91**) steigen ab einem Alter von 70 Jahren insgesamt rapide an, in Thüringen wird am häufigsten stationär wegen „**Kreislaufkrankungen**“ und ambulant aufgrund der „**Essentiellen (primären) Hypertonie**“ (**Indikator 3.19**) behandelt. Es ist ein kontinuierlicher Anstieg der stationären Diagnosehäufigkeit „Kreislaufkrankungen“ über 10 Jahre pro 100.000 Einwohner hinweg zu verzeichnen.

Für **Übergewicht und Adipositas** gibt es derzeit keine Zahlen für Thüringen. Laut DEGS –Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) des RKI sind knapp 85% der Männer und knapp 80% der Frauen deutschlandweit in der Altersgruppe **übergewichtig**. Über den Zeitverlauf ist eine Zunahme der **Adipositas** zu beobachten. Die Ergebnisse des BGS98 (Bundesgesundheitsurvey) und DEGS stehen im Einklang mit der Nationalen Verzehrstudie I und II.

Laut den Zahlen des GKR (Gemeinsames Krebsregister) ist ein Anstieg aller **Krebserkrankungen** in Thüringen aufgrund des wachsenden Anteils älterer Menschen, insbesondere von Brust- und Prostatakrebs zu verzeichnen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist Darm- und Lungenkrebs in dieser Altersgruppe an zweithäufigsten vertreten. Laut GEDA- Studie „Gesundheit und Krankheit im Alter“ des RKI gehen zwei Drittel der Älteren zum regelmäßigen Gesundheits-Check-Up, nur noch 10% der 80-jährigen Frauen nehmen an den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen und 42% der 65 bis 69-Jährigen Männer an der Früherkennung zum Prostatakrebs teil. Aussagen hierzu soll zukünftig der **Indikator 07.16** des Gesundheitsportals geben. Wegen Neubildungen werden die Menschen in Thüringen am zweithäufigsten pro 100.00 Einwohner im Krankenhaus behandelt (**Indikator 3.91**).

Psychische Erkrankungen finden sich im Alter u. a. im Kontext von Suchterkrankungen. Männer weisen einen kritischen Alkoholkonsum auf. Es ist eine Zunahme der Krankenhausbehandlungen (Indikator 3.82) von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf bei Männern zu verzeichnen, Fachleute bestätigen einen Anstieg von alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen. Bei Frauen sind im Alter eher Formen der Medikamentenabhängigkeit zu beobachten. Weitere Anzeichen für psychische Erkrankungen finden sich in der Auswertung des **Indikators 3.88 (Suizidfälle** in Thüringen). Die Suizidrate bei Männern ab 70 Jahren ist in Thüringen stark ansteigend. Es finden viermal so häufig Suizide bei Männern als bei Frauen statt. Diese hohe Rate gilt möglicherweise als Anzeichen für das Vorhandensein von Depressionen, durch Partnerverlust, erlebte Einsamkeit und den Mangel an sozialen Kontakten bei Männern.

Nach Schätzungen des TLS lebten im Jahr 2015 in Thüringen 45.000 von 525.532 Menschen über 65 Jahren mit **Demenz**. Frauen sind deutlich öfter betroffen. Demenzerkrankte haben häufig viele Begleitdiagnosen und mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Demenz auftritt. Von den 60-Jährigen ist nur jeder Hundertste betroffen, von den 80-Jährigen dagegen jeder Sechste und von den 90-Jährigen sogar nahezu jeder Zweite. 60% der Demenzerkrankten leben in Privathaushalten.

Es ist ein Anstieg der **Pflegebedürftigkeit** innerhalb von 15 Jahren und mit zunehmendem Alter in Thüringen zu beobachten. Im Jahr 1999 gab es 60.257 zu Pflegende in Thüringen, im Jahr 2015 bereits 94.280. Es sind deutlich mehr Frauen als Männer (1/3 zu 2/3) pflegebedürftig. Ab einem Alter von 85 Jahren erhält jeder zweite Thüringer Pflegeleistungen (**Indikator 3.47**).

Gesundheitsverhalten

Laut GEDA ist eine Zunahme der **sportlichen Aktivität** innerhalb der letzten zehn Jahre zu beobachten. Die WHO Vorgaben für körperliche Aktivität werden für diese Altersgruppe dennoch verfehlt. Mit Zunahme des Alters erhöht sich der Anteil der sportlich Inaktiven. Die sportliche Inaktivität korreliert mit einem niedrigen Sozialstatus.

Laut Nationaler Verzehrstudie, ernähren sich Männer laut DGE-Empfehlungen deutlich zu fleischhaltig. Frauen befinden sich im oberen Bereich. Insgesamt wird zu wenig Obst, Gemüse, Fisch, Milch, Käse, Quark andere Milchprodukte, sowie Brot und Getreide verzehrt. Ein ungünstiges Ernährungsverhalten korreliert mit einem niedrigen Sozialstatus.

In der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen **rauchen** 8,9% der Frauen und 11,6% der Männer. Es ist ein signifikanter Rückgang der Quote in dieser Altersgruppe zwischen 2003 und 2011 zu verzeichnen. 18% Frauen und 34,4% Männer der 65 bis 79 –Jährigen weisen einen riskanten **Alkoholkonsum** auf.

Medikamente werden insbesondere für Herz-Kreislauf-erkrankungen, Verdauungsprobleme bzw. des Stoffwechsels und des Nervensystems eingenommen. Im Alter findet oftmals eine Mehrfachmedikation aufgrund von chronischen Erkrankungen mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen statt. Frauen nehmen deutlich mehr Medikamente ein, fast jede Frau und jeder Mann nehmen mindestens ein Arznei- bzw. Nahrungsergänzungsmittel.

Gesundheitsförderung im Alter

Altersbedingte, chronische Erkrankungen insbesondere Herz-Kreislauf-erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, kognitive Einschränkungen und Neubildungen dominieren das Krankheitsgeschehen im Alter.

Hinsichtlich der Anwendung von Primär-, Sekundär- und Tertiärmaßnahmen ist es wichtig zu unterscheiden, dass es im Alter beeinflussbare, alterskorrelierte Krankheitsprozesse gibt. Entsprechende primärpräventive Maßnahmen sollten beispielsweise auf die Veränderung eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens abzielen. Maßnahmen der Prävention sollten sich auf funktionelle Einschränkungen, drohenden Verlust der körperlichen und mentalen Fitness und auf die Förderung der Teilhabe im Alter beziehen.

Unvermeidlich und unveränderbare, alterskorrelierte Gesundheitseinbußen sind mit Interventionen, die auf den alltagspraktischen Umgang mit diesen Einbußen sowie ihre psychische Bewältigung und den möglichen Krankheitsfolgen und Ko-Morbiditätszielen, zu begegnen. Gesundes Altern wird als Prozess verstanden, der auf den Erhalt der eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten in einer altersgerechten Umgebung fokussiert. Das Thema Altersarmut in Thüringen und der Einfluss des Sozialstatus auf die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit sollte bei der Entwicklung von Maßnahmen mitgedacht werden.

Die Studienlage für diese Altersgruppe ist sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene lückenhaft. Studien sollten sich auf die Erschließung von Datenlücken zur Funktionsfähigkeit und Funktionseinschränkungen im Alter wie z. B. die Seh- und Hörfähigkeit, Mund- und Zahngesundheit, Inkontinenz, Gebrechlichkeit, Unfälle, Stürze, Behinderungen im Alter und die Möglichkeiten der Partizipation konzentrieren.

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Ergebnisziele (Wirkungsziele) – Zielbereich „Gesund alt werden“

Impact: Die Lebensqualität im Alter bleibt erhalten.

Dimensionen von Lebensqualität:

- ✓ Freizeit- und Bildungsmöglichkeiten
- ✓ soziale Beziehungen
- ✓ soziale Teilhabe
- ✓ Gesund Wohnen
- ✓ Versorgung
- ✓ Sinn haben/empfinden

Zielgruppe: Ältere Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind sowie Menschen im Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand, Pflegende und pflegende Angehörige – Entwicklung eines breit aufgestellten Hilfsangebotes für pflegende Angehörige

Handlungsfelder: Bewegung, Psychische Gesundheit und Soziale Teilhabe, Psychische Gesundheit pflegender Angehöriger und des Helfersystems, Mundgesundheits, Sucht im Alter, Vorsorgekompetenz

Setting: Familie, Kommune (Quartier), Pflegeeinrichtungen

Zielesystem:

| Psychische Gesundheit pflegender Angehöriger und des Helfersystems | |
|---|---|
| Zielgruppe | pflegende Angehörige von älteren, kranken Menschen; Ehrenamtliche und Fachpersonal der Altenhilfe |
| Setting | Familie, Pflegeeinrichtungen (ambulant wie stationär), Arztpraxen, öffentliche Einrichtungen, Kommunen usw. |
| Wirkungsziele zur Förderung der psychischen Gesundheit bei pflegenden Angehörigen und dem Helfersystem | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppen erwerben über die verschiedenen Krankheitsbilder Wissen. Sie können das erworbene Wissen in der Praxis umsetzen. Sie lernen Praktiken der Selbstsorge zur Anwendung. ✓ Die Bevölkerung (ÖPNV, Handel, Polizei, Sanitäter usw.) ist sensibilisiert für die Lebenslage der Zielgruppe bezogen auf soziale Teilhabe. ✓ Das Thema Selbstsorge ist fester Bestandteil der Ausbildung Pflegenden. Wissen und Fertigkeiten können in niedrigschwelligen Angeboten, die transparent und flächendeckend dargestellt werden, in Anspruch genommen werden. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe ist in der Lage das erworbene Wissen und Praktiken umsetzen. ✓ Kommunen und öffentliche Einrichtungen sowie Dienstleistungen und Handel haben ihre Angebote auf die Zielgruppe ausgerichtet und binden diese aktiv ein. ✓ Neben jährlichen Weiterbildungen für Personal und Ehrenamt sind Angebote wie Supervisionen als Voraussetzung zur Weiterbeschäftigung gesetzlich fest verankert. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die psychische Gesundheit der Zielgruppe ist gestärkt. ✓ Soziale Isolation und mögliche Erkrankungsrisiken in Bezug auf die Zielgruppe als Risiko für die psychische Gesundheit sind minimiert. ✓ Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen stärken die psychische Gesundheit der Zielgruppe nachhaltig. |

| Psychische Gesundheit und Soziale Teilhabe | |
|--|--|
| Zielgruppe | Ältere und alte Personen (65+ und 80+), alleinlebende oder kranke ältere & alte Personen |
| Setting | Familie, Nachbarschaft/Quartier, Kommune, primäre Versorgungsangebote, Bildungseinrichtungen |
| Wirkungsziele zur Förderung der psychischen Gesundheit und sozialer Teilhabe älterer und alter Menschen | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe weiß um die Bedeutung der sozialen Einbettung und dessen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit Bescheid und kann Wissen/Fertigkeiten in der unmittelbaren Umgebung empfangen und auch ggf. weitergeben. ✓ Die Zielgruppe und ihre Angehörigen sind hinsichtlich der psychischen Gesundheit, deren Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und der Möglichkeit ihrer Erhaltung zielgruppengerecht informiert ✓ Die Kompetenzen von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Mitarbeitern in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind bezogen auf die psychische Gesundheit älterer Menschen gestärkt. ✓ Die Zielgruppe und ihre Angehörigen sind über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, wie der ambulanten Psychotherapie, von psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Demenz, zielgruppengerecht informiert. ✓ Die Wahrnehmung der eigenen psychischen Gesundheit ist bei den älteren Menschen gestärkt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe wird in seinem individuellen Grad an Autonomie bis ins hohe Alter unterstützt und gefördert. Dies passiert im Rahmen einer gemeinschaftlichen Einbettung. Hier besteht die Möglichkeit, sich mit einer ggf. mehreren Personen über Probleme oder Alltägliches auszutauschen. ✓ Es bestehen den persönlichen Bedürfnissen angepasste Möglichkeiten (Abstufungen in der Mobilität berücksichtigt) zur sozialen Teilhabe. ✓ Es bestehen Rahmenbedingungen zur Aufnahme von aktivitätssteigernden Tätigkeiten. ✓ Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten bieten regelmäßig, als aufsuchendes Angebot, Sprechstunden speziell zu psychischen Fragestellungen für ältere Menschen und ihre Angehörige an. |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none">✓ Die Zielgruppe hat ein ausreichendes soziales Netzwerk zur Sicherung seiner Lebensqualität/sozialen Eingebundenheit.✓ In politischen Entscheidungen, wie z.B. Städtebau und Stadtentwicklung und die damit einhergehende Implementierung sozialer Einrichtungen und Angeboten, wird auf die Bedarfslage der Generation 65+ und 80+ eingegangen.✓ Die psychische und soziale Gesundheit erhält gleichwertige Bedeutungszuschreibung wie das körperliche Wohlergehen.✓ Die Häufigkeit der Kontakte zu Psychologischen Psychotherapeuten von Menschen über 65 Jahre ist auf 5 Prozent gestiegen.✓ Die psychische Gesundheit und der Zugang zur Psychotherapie, vor allem von Menschen in Pflegeeinrichtungen, ist erhalten bzw. verbessert.✓ Die Suizidrate von Männern ab 65 Jahren ist auf unter 80 Fälle im Jahr gesunken.✓ Die ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen über 60 Jahre ist auf 10 Prozent gestiegen.✓ Ein aufsuchender Zugang für die psychotherapeutische Versorgung ist möglich. |
|-------------------------------------|---|

| Mundgesundheit¹ | |
|--|---|
| Zielgruppe | Ältere und alte Menschen in Pflegeeinrichtungen / ambulanter Pflege, pflegendes Personal / pflegende Angehörige |
| Setting | Quartier, Familie/soziales Umfeld, Pflege- und Betreuungseinrichtungen |
| Wirkungsziele zur Förderung der Mundgesundheit älterer und alter Menschen | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe weiß um die Bedeutung regelmäßiger täglicher Zahnpflege und hat Kenntnis zu Prophylaxemaßnahmen im Alter (Dental Awareness gestärkt). ✓ Die Kompetenz der Zielgruppe hinsichtlich Entstehungsursachen/ Prävention von Parodontalerkrankungen und deren Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen (z.B. Diabetes, Pneumonie) ist gestärkt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die individuelle Autonomie in der Zahnpflege bleibt möglichst bis ins hohe Alter erhalten, die Ausübung wird bei Bedarf von fachkundigem Personal/ geschulten Angehörigen unterstützt. ✓ Der Anteil älterer und alter Menschen, die 2x täglich Zähne putzen, hat sich erhöht. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil von schweren Parodontalerkrankungen bei 65- bis 70-Jährigen ist auf unter 20% gesenkt. ✓ Der Anteil vollständiger Zahnlosigkeit bei 65- bis 70-Jährigen ist auf unter 15% gesenkt. ✓ Die Mundgesundheit älterer und alter Menschen mit Pflegebedarf hat sich verbessert. ✓ Kommunale Netzwerke werden etabliert und wecken ein breiteres Öffentlichkeitsinteresse zum Thema Mundgesundheit im Alter. ✓ Schulungsangebote für die Zielgruppe, besonders für pflegendes Personal und Angehörige werden u.a. über Netzwerke regelmäßig angeboten. |

¹ Datengrundlage: Deutsche Mundgesundheitsstudie 2016

| Sucht im Alter | |
|---|--|
| Zielgruppe | <p>Ältere Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Nacherwerbsphase - die noch nicht problematisch konsumieren - mit problematischem Konsum - mit Abhängigkeit (early onsets und late onsets) |
| Setting | Quartier, Familie/soziales Umfeld, Pflege- und Betreuungseinrichtungen |
| Wirkungsziele zur Reduzierung des Suchtmittelmissbrauchs im Alter | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ältere Menschen sind über problematischen Suchtmittelkonsum (Entwicklung, Folgen, Schutzfaktoren...) aufgeklärt und kennen Unterstützungsangebote. ✓ Die Angehörigen älterer Menschen sind für den problematischen Suchtmittelkonsum sensibilisiert und kennen Unterstützungsangebote. ✓ Ärzte und Pflegepersonal sind in ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten bzgl. der Thematik „Sucht im Alter“ sensibilisiert und informiert. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ältere Menschen konsumieren verantwortungsbewusst und reflektiert. ✓ Ältere Menschen und deren Angehörige nutzen vorhandene Unterstützungsangebote. ✓ Ärzte und Pflegepersonal handeln adäquat. D.h. sie weisen auf das Suchtpotential von verschiedenen Stoffen hin, erkennen problematischen Konsum und reagieren entsprechend. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Suchtmittelmissbrauch älterer Menschen ist reduziert. ✓ Early onsets (schon vor Renteneintritt Abhängige) werden durch das Hilfesystem aufgefangen. Ihr psychischer und physischer Gesundheitszustand sowie ihre soziale Teilhabe bleibt erhalten bzw. wird verbessert.² ✓ Die Anzahl der late onsets wird gesenkt. ✓ Late onsets (im Alter abhängig werdende) werden durch das Hilfesystem aufgefangen. Ihr psychischer und physischer Gesundheitszustand sowie ihre soziale Teilhabe bleibt erhalten bzw. wird verbessert. (Risikogruppe: Frauen, Medikamente) |

² Risikogruppe Männer, Alkohol. Indikator: Kein erneuter Anstieg von alkoholbedingten Krankenhausfällen bei Männern (Indikator: 3.82 - Psychische und Verhaltensstörungen)

| Gesundheitskompetenz, Gesundheitsvorsorge (Impfen, Krebsfrüherkennung) | |
|---|--|
| Zielgruppe | Menschen in der Nacherwerbsphase, Menschen im Alter |
| Setting | Familie, Kommune (+ambulante Versorgung), öffentliche Einrichtungen |
| Wirkungsziele zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und -vorsorge | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Gesundheits- und Vorsorgekompetenz ist bei älteren Menschen gesteigert. Die Zielgruppe erwirbt Wissen, Fähig- und Fertigkeiten über die Gesundheit im Alter. Sie kennen Angebote und wissen, wie sie diese informiert in Anspruch nehmen können. Sie verstehen die Wichtigkeit der aktiven Gesunderhaltung.³ ✓ Die Kompetenzen von Ärzten und Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen sind bezogen auf die Krebsvorsorge, die Befähigung zur informierten Inanspruchnahme und die Impfpfehlungen im Alter gestärkt. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ältere und alte Menschen nehmen wissenschaftlich abgesicherte und allgemein verständlich aufbereitete Informationsangebote aktiv in Anspruch. ✓ Ältere und alte Menschen lassen ihren Impfstatus 1-mal jährlich von dem Arzt ihres Vertrauens kontrollieren und bei Bedarf aktualisieren. ✓ Ältere und alte Menschen nehmen informiert an den laut nationalem Krebsplan empfohlenen Krebsvorsorgeuntersuchungen teil. ✓ Ältere und alte Menschen sind motiviert, aktiv die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Impfpräventable Infektionserkrankungen sind bei älteren und alten Menschen deutlich reduziert.⁴ ✓ Die im nationalen Impfplan angestrebten Impfquoten für diese Altersgruppe und die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen für ältere und alte Menschen werden erreicht (Nationale Impfquoten aus DEGS1-Studie als Ausgangswert) ✓ Die Durchimpfungsrate für Grippe bei Senioren ist auf 75% gestiegen.⁵ ✓ Die Anzahl der Frauen im Alter, die eine informierte Krebsvorsorge in Anspruch nehmen, ist um 15% erhöht.⁶ |

³ Indikator: Anzahl und Inanspruchnahme der angebotenen Präventionskurse der Volkshochschulen, Kassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst (Jahresberichterstattung ÖGD)

⁴ Indikator: Rückgang von meldepflichtigen Erkrankungen

⁵ Indikator: Durchimpfungsgrad für Grippe, derzeit knapp 60%, DEGS1 Studie

⁶ Indikator: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung, laut GEDA derzeit nur 10%

| Bewegung und körperliche Aktivität im Alter | |
|---|---|
| Zielgruppe | 50- bis ca. 65-Jährige, 65- bis ca. 80-Jährige, Hochaltrige ab ca. 80 Jahre) |
| Setting | Familien, Unternehmen, Kommunen, Senioren- und Pflegeheime |
| Wirkungsziele zur Integration von ausreichender Bewegung und körperlicher Aktivität in den Alltag älterer Menschen | |
| Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Zielgruppe kennt die Nationalen Bewegungsempfehlungen sowie qualitätsgesicherte Bewegungsangebote und –anbieter.⁷ ✓ Die Zielgruppe hat Übungen für Herz und Kreislauf, zur Muskelkräftigung und für das Gleichgewicht erlernt und kann das erworbene Wissen in der Praxis umsetzen. |
| Veränderungen im Handeln | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bewegung und körperliche Aktivität sind entsprechend der individuellen körperlichen Belastbarkeit bis ins hohe Alter messbar erhöht.⁸ ✓ Sitzzeiten sind in der Zielgruppe reduziert. ✓ Bewegung und körperliche Aktivität sind im Alltag integriert. Öffentliche Räume und Infrastruktur sind bewegungsfreundlich gestaltet und gekennzeichnet (generationsübergreifende Fitnessgeräte, Sitzgelegenheiten, Areale für Sport und Spiel, Radwege, Walkingstrecken, Gesundheitswandern, ...) ✓ Verantwortliche/Leiter von Settings, in denen sich die Zielgruppe bewegt, sorgen für ausreichend Bewegung in ihrem Verantwortungsbereich (Betriebssportgruppen, Bewegungspausen, ...)⁹ |
| Veränderungen der Lebenslage | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Selbständigkeit und Mobilität sind bis ins hohe Alter erhalten. ✓ Bewegung und körperliche Aktivität werden von Politik und Verantwortlichen der Settings in Planungsprozessen berücksichtigt und bedarfsgerecht gefördert. |

⁷ Bewegungsempfehlungen: 150 min pro Woche aerobe Aktivität + 2 x Muskelkräftigung + 3x Gleichgewichtsübungen für chronisch Kranke und Bewegungseingeschränkte

⁸ Indikator: Teilnehmerzahlen an Bewegungs- und Sportangeboten (Mitgliederzahlen Landessportbund, Gesundheitszentren, Gesundheitskurse GKV, Volkshochschulen, ...); Nutzung an qualitätsgesicherten Gesundheitssportangeboten erhöht (Reha-Sport, Sport pro Gesundheit); Anteil der Teilnehmer an Neu- und Wiedereinsteigern ist erhöht)

⁹ Indikator: Übersicht an Bewegungs- und Sportangeboten