

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 von Diversitätskriterien (wie z. B. soziodemographischer, geschlechter- und kultursensibler Aspekte) sowie den sozial ungleich verteilten Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.
<p>Lebensweltorientierung & Stärkung integrierter Ansätze</p>	<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“. ✓ Die intersektorale Zusammenarbeit zur Bekämpfung der Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit ist gestärkt.

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 Kommune, Kita, Schule, Hochschule, Betriebe, 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. On- und Offline Beratungssysteme werden angeboten, um je nach Bedarf zielgruppenorientiert eine Teilhabe zu ermöglichen.
- Für Betriebe/Einrichtungen, betriebliche Akteur:innen 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 Institutionen und deren Umgebung sind geschaffen, werden fortgeschrieben und weiterentwickelt.

- Arbeitgeber setzen die rechtlichen Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes um.
- Die Themen Sicherheit, Gesundheit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie spiegeln sich in den Unternehmenswerten und der Unternehmenskultur wider.
- Bei der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Beschäftigten beteiligt.
- Die Hochschulen, Betriebe und Berufsschulen schaffen gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen für ihre Studierenden und Auszubildenden.

Die Kompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten sind bei den Beschäftigten gestärkt.

- Die Kompetenz der betrieblichen Akteur:innen 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 sowohl bei Lehrenden als auch Lernenden gestärkt.
- Ein gesunder Umgang mit digitalen Medien wird als Ziel für gesundheitsförderliches Verhalten anerkannt.

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 und zur Vereinbarkeit von Familie und Arbeit.
- Wirtschaftliche Anreize für Betriebe für die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind erhöht.
- Für eine digitale Teilhabe sind infrastrukturellen Voraussetzungen geschaffen.

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 % (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

¹ Angaben Thüringer Landesamt für Statistik (TLS); Mikrozensus

² der Bundesdurchschnitt lag 2017 bei 1,57

³ Statistische Bundesamt (Destatis)

- 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 (1,46 %) – 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.
 - 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 %).

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 Sectorate 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.

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/content/e866/e2442/e12521/e12523/e12528/e12529/e12531/index_ger.html) (Stand 08.07.2020).

¹⁴ IFT, Suchthilfestatistik 2018, 16f.

- 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 Akteur:innen 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.

¹⁵https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_welle1_Landesmodul_Thueringen.pdf?blob=publicationFile; Zugriff August 2024

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/ Akteur:innen: 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, Suchthilfe und weitere

Zielsystem:

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 Akteur:innen 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. Nach Feststellung eines Gestationsdiabetes ist die Versorgung durch Expert:innen/Ernährungsberatung etc. flächendeckend angeboten. ✓ 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. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD), Neonatales Abstinenzsyndrom (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. ✓ 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 Akteur:innen 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 Akteur:innen sind miteinander vernetzt, arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung bzw. Begleitung, insbesondere bei Familien mit psycho-sozialen Belastungen. ✓ 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 2024

Datenlage im Zielbereich „Gesund aufwachsen“

Um die Handlungsbedarfe der Zielgruppe in Thüringen zu ermitteln, wurden in der ersten Sitzung der Strategiearbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ 2017 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.

Überprüfung und Aktualisierung der Zielesystematik 2023

Die Strategiearbeitsgruppen haben sich 2023 dafür ausgesprochen, die Zielesystematik hinsichtlich ihrer Aktualität zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Dies wurde vor allem aufgrund veränderter Problemlagen und weitreichender Veränderungsprozesse als notwendig erachtet. Dies zeigen auch die Zeitverläufe der empirischen Daten. Hierbei wurde auf vergleichbare Daten wie in 2017 zurückgegriffen, insbesondere die Ergebnisse der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen sowie aktuelle wissenschaftliche Studien (HBSC-/ COPSYS-Studie). Die zweite Welle der repräsentativen Untersuchung des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – KiGGS – wurde ebenfalls berücksichtigt mit der Einschränkung, dass ein spezifisches Modul für Thüringen nicht vorliegt.

Im Detail können folgende Ergebnisse für die Thüringer Kinder- und Jugendlichengesundheit im Zeitverlauf hervorgehoben werden:

- Starke Zunahme von **Übergewicht und Adipositas** seit den 90er Jahren insbesondere im Altersverlauf zwischen der Untersuchung zum Zeitpunkt der Einschulung und der Untersuchung in der 4. Klasse. Von 2020 bis 2022 ist eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas (+0,3%/ +0,4%) sowie **Untergewicht** und starkem Untergewicht (+0,3%/ +0,5%) bei Thüringer Einschulungskindern zu verzeichnen.
- Zunahme von **Erkrankungen des Bewegungsapparates** insbesondere im Altersverlauf. Laut KiGGS – Thüringenmodul (2014-2017) 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%. Die KiGGS Welle 2 (2014-2017) bestätigte bundesweit, dass Kinder und Jugendliche weiterhin nicht die WHO-Vorgaben zur körperlichen Aktivität erreichen. Dahingegen zeigt die Mitgliederbestandserhebung des Landessportbundes Thüringen eine steigende Anzahl von Kindern und Jugendlichen in einem Sportverein seit 2021 (48,5 % bei den 7-14-Jährigen, 2024).

- 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. Diese Tendenzen setzen sich bei Kindern im Bereich der Sprech-, Sprach- und Stimmstörung (26,2 % mit Befund) seit dem Schuljahr 2019/20 bis 2021/22 fort. Dahingegen konnten Auffälligkeiten im Verhalten, Motorik, Koordination und Sehfähigkeit als leicht rückläufig zwischen den Schuljahren 2019/20 und 2021/22 beobachtet werden.
- Bei den Thüringer Kindern ist insgesamt eine Verbesserung der **Mundgesundheit** zu beobachten, bei den unter 12-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 nicht erreicht. Dieses Ziel wurde auch in den Folgejahren nicht erreicht. 2020 lag der Anteil von 6-Jährigen mit naturgesundem Gebiss bei nur 53,9 %.
- Für die Thüringer Kinder sind gestiegene **Impfquoten** zu verzeichnen, insbesondere bei Impfungen gegen Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis sind die Ziel-Impfquoten in Thüringen erreicht. Die Impfquoten sind in den vergangenen Jahren seit 2019 bis 2022 zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung konstant auf hohem Niveau geblieben.
- Nicht erreicht wurden die Ziel-Impfquoten in Thüringen derzeit bei Impfungen gegen **Hib-Infektion, Hepatitis B, Varizellen, und HPV**. Dahingegen konnte die Zielimpfquote in Bezug auf Masern seit 2019 um 3,5 % erhöht werden und überschreitet mit 96,2 % die Zielimpfquote der WHO.
- 2017 war in Thüringen ein gutes und in den letzten Jahren gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten der U-Untersuchungen zu beobachten, dies war signifikant höher als im Bundesvergleich. Seit 2019 können hier allerdings rückläufige Zahlen (Inanspruchnahme mit Teilnahmebestätigung) festgestellt werden. Diese sind niedriger als im bundesweiten Durchschnitt.
- Laut dem KiGGS-Thüringen Landesmodul (2009-2012) waren 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 digitalen Medien** auf. Die zweite Erhebung der landesweiten KiGGS-Studie (2014-2017) zeigte, dass die psychische Belastung bei Kindern und Jugendlichen abgenommen hat (16,9 %). Dies betraf vor allem männliche Jugendliche. Dahingegen sind weiterhin Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger psychisch auffällig als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status. Die **psychische Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen ab den 2020er Jahren hat im Zuge der Covid-19-Pandemie und der damit verbundenen Belastungen und Einschränkungen erheblich abgenommen. Laut COPSY-Studie beschrieben etwa 50 % der 7-17-Jährigen zu Beginn der Pandemie unter einer verminderten Lebensqualität zu leiden und häufiger psychosomatische Beschwerden zu haben. Die Zahlen sind aktuell rückläufig. Jedoch manifestieren sich psychische Auffälligkeiten auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie (2022: 23 %). Auch die Ergebnisse der HBSC-Studie (Health Behaviour of School-aged Children) beschreiben eine Zunahme von psychosomatischen Beschwerden und eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit bei 11-15-Jährigen im Zeitverlauf zwischen 2009/10 und 2022.
- Schüler:innen im Alter von 11-15 Jahren weisen 2022 eine geringere **Gesundheitskompetenz** auf (24,4 %) als in den Jahren 2017/2018 (21,4 %).
- Weiterhin haben Thüringer Kinder laut KiGGS (2017) eine signifikant höhere Lebenszeitprävalenz hinsichtlich des **Alkoholkonsums** als im Bundesvergleich, insbesondere der unter 18-Jährigen. Bundesweit ist ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz in den letzten 20 Jahren (2001 – 2021) zu verzeichnen (Alkoholsurvey der BZgA).
- Bei Datensichtung 2017 war eine starke Zunahme von **Allergien** bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen in den letzten 20 Jahren zu beobachten. Hierzu liegen keine aktuellen Befunde ab 2018 vor.

Mit Blick auf im Kindesalter häufig auftretende körperliche Erkrankungen sind laut KiGGS-Welle 1 und 2, 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 Gesundheit- und Vorsorgekompetenz wird aufgrund multipler (globaler) Problemlagen an Bedeutung gewinnen.

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 (0-18 Jahre) und ihre Familien, pädagogische und erzieherische Fachpersonen

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

Setting: Familie, Wohngruppen/Heime, Tagespflegepersonen Kita, Schule, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, (Sport-)Verein, Kommune (Quartier), Gesetzgeber, Einrichtungsträger, Essens anbietende

Zielesystem:

Ernährung	
Zielgruppe	Kinder bis 18 Jahre (<i>Erweiterung bis Schulabschluss</i>)
Setting	Familien, Wohngruppen/Heime, Tagespflegepersonen, Kitas, Schulen, Jugendeinrichtungen, Gesetzgeber, Einrichtungsträger, Essens anbietende
Wirkungsziele zur Förderung einer gesunden Ernährung	
Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Ernährungskompetenzen, u.a. altersgerechte Mahlzeitenzubereitung und -gestaltung in Familien sind gestärkt. ✓ Multiplikatoren kennen die aktuellen Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und zur Säuglings- und Kinderernährung. ✓ Erziehende kennen altersgerechte Ernährungs- und Mahlzeitenpraktiken von Kindern. Dies beinhaltet die Kenntnis zu altersgerechten Ernährungsempfehlungen und Kostformen sowie den Empfehlungen der DGE für die Mittagsmahlzeiten. Darüber hinaus kennen sie die Bedeutung einer gesunden Ernährung sowie von gemeinsam verzehrten Mahlzeiten. ✓ Der Zusammenhang von seelischer Gesundheit, Mundgesundheit, Körpergewicht, Bewegung und Ernährung ist bekannt.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Anteil an Säuglingen, die den Empfehlungen entsprechend gestillt werden, ist erhöht.¹⁸ ✓ Die Empfehlungen zur Einführung von Beikost sind umgesetzt.¹⁹ ✓ Die Erziehenden und Einrichtungsträger stellen den Kindern eine gesundheitsfördernde und attraktive Essumgebung bereit sowie vermitteln und gestalten eine ansprechende Tisch- und Esskultur. ✓ Die gesetzliche Vorgabe für ein Mittagessen, das aktuellen wissenschaftlichen Standards entspricht, wird in Kitas und Schulen umgesetzt. ✓ Eine gesundheitsfördernde und zukunftsfähige Lebensmittelauswahl steht für alle in der Einrichtung angebotenen Mahlzeiten zur Verfügung. Kommunen verwenden einen einheitlichen Leistungskatalog, wenn sie Anbietende für das Mittagessen beauftragen. ✓ Erziehende/ pädagogisches Fachpersonal, vor allem in Kitas, kann Mittagsmahlzeiten entsprechend den Vorgaben für einen Wochenplan auswählen. ✓ Trinkwasser steht allen Kindern, z.B. über Wasserspender und -brunnen, uneingeschränkt zur Verfügung. ✓ Der Anteil der Schulen, die sich am EU-Schulprogramm beteiligen, ist gestiegen.²⁰ ✓ Erziehende bieten zuckerfreie Getränke an.

¹⁸ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.: S-3 Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung, Version 1.0, Datum, Registernummer 027-072, 2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-072>; Zugriff März 2026

¹⁹ <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/bestens-unterstuetzt-durchs-1-lebensjahr/handlungsempfehlungen/beikost/beikostefuehrung/>; Zugriff August 2024

²⁰ Evaluation des Schulobst- und Gemüseprogramms der EU in Thüringen

Veränderungen der Lebenslage	<ul style="list-style-type: none">✓ Der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen sowie untergewichtigen Kindern zur Schuleingangsuntersuchung steigt nicht weiter an.✓ Das Mittagessen sowie eine ansprechende Esskultur sind fest in Schulkultur und -alltag integriert und haben einen hohen Stellenwert.
---	---

Bewegung/Sport	
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Setting	Kita, Schule, Kommune, Familie, (Sport-)Vereine
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 von Kindern und Jugendlichen. ✓ Der Zusammenhang von seelischer, physischer Gesundheit und Bewegung ist bei den Zielgruppen und den Multiplikatoren bekannt. ✓ Kinder und Jugendliche verfügen über sport- und bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz: Sie sind in der Lage, Gesundheitswissen aufzunehmen und zu vernetzen sowie dieses Wissen für die Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsrelevanten Handlungen in Bewegung und Sport zu nutzen.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kinder und Jugendliche bewegen sich ausreichend in den Einrichtungen und der Freizeit.²¹ ✓ Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und in der 3. Klasse (Bewegungs-Check) 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. ✓ Spielplätze sind so umgebaut, dass sie für Kinder und Jugendliche Bewegungsanregungen u.a. mit entsprechenden Geräten bieten. ✓ In Quartieren wird an geeigneten Plätzen und/ oder Stellen auf Schulwegen eine Bewegungsanregung angeboten.
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.

²¹ Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

Mundhygiene	
Zielgruppe	Kinder im Alter von 0-16 Jahren
Setting	Familie, Kita, Schule, Kommune
Wirkungsziele zur Förderung der Mundhygiene	
Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Ernährungs- und Mundhygienekompetenzen von Eltern und Pädagog:innen 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. ✓ Das tägliche Zähneputzen findet sich im Konzept von Kindertagesstätten wieder. ✓ Der Anteil der Schulen, die den Kindern das tägliche Zähneputzen ermöglichen, ist gesteigert. ✓ Beim (Um-)Bau von Einrichtungen wird auf genügend Waschplätze geachtet.
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 2030 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 Erzieher:innen und Zahnärzt:innen 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	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
Setting	Familie, Kita, Schule, Kommune, Übergänge Schule-Beruf
Wirkungsziele zur Förderung der psychischen Gesundheit (inkl. Suchterkrankungen)²²	
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, Sucht, Wirkungsweisen digitaler Medien 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. ✓ Fachkräfte schaffen Angebote, um Medienkompetenzen zu stärken.
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.

²² Indikatoren via SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">✓ Die subjektive Gesundheitseinschätzung von Kindern, Jugendlichen und Eltern ist verbessert.²³✓ Digitale Kompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Eltern sind gestärkt. |
|--|---|

²³ Indikatoren via KIDSCREEN

Gesundheits- und Vorsorgekompetenz	
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche, Familien, pädagogische Fachkräfte, Gesellschaft
Setting	Kita, Schule, 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 und eingebunden. ✓ Die digitale Benachteiligung ist beseitigt. ✓ Kinder und Jugendliche werden bestärkt sowie befähigt, durch regelmäßige Selbstuntersuchung Verantwortung für Ihren eigenen Körper zu übernehmen, um für Veränderungen sensibilisiert zu sein.
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. ✓ Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden auch nach dem 6. Lebensjahr bzw. der Schuleingangsuntersuchung jährlich fortgeführt.

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2024

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 2017 thüringenspezifische Daten der Zielgruppe darzustellen und auf dieser Grundlage Bedarfe zu ermitteln. Zentrale Datenquellen sind 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 epidemiologischen Suchtsurveys unter Erwachsenen in Thüringen des Instituts für Therapieforschung (IFT).

Überprüfung und Aktualisierung der Zielesystematik 2023

Im Jahr 2023 wurden die 2017 verfassten Gesundheitsziele im Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“ von den Mitgliedern der Strategiearbeitsgruppe „Gesund arbeiten“ auf Aktualität hin geprüft. Als neue Zielgruppe wurden Studierende in die Zielesystematik etabliert. Zur Überprüfung der Problemlagen wurde sowohl auf die Datenentwicklungen der bereits 2017 zugrunde gelegten Indikatoren geschaut sowie weitere Datenquellen und -analysen gesichtet. Eine zentrale Datenquelle bildet dabei die Gesundheitsplattform Thüringen, in welche die Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS) und des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus), Daten des Robert Koch-Instituts (RKI): Gesundheit in Deutschland aktuell sowie der Morbiditäts- und Sozialatlas des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung für Thüringen integriert wurden. Weiterhin wurden Daten der AOK-Plus, der Techniker Krankenkasse sowie der Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2021 hinzugezogen sowie weitere Daten.

Um die Zielgruppe zu beschreiben, wurden zunächst Daten zu allgemeinen soziodemographischen Merkmalen wie die **Bevölkerungsentwicklung** und die Lebensformen in Thüringen dargestellt. Die Zahlen zeigen eine starke Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen. Der Ausländeranteil in dieser Altersgruppe ist seit 2020 steigend. Thüringen folgt dem bundesweiten Trend zu kleineren Haushalten und dem Trend zur Abnahme von Familien. Seit 2017 sind die Zahlen leicht gestiegen. Während die Personenanzahl je Haushalt 2017 bei 1,94 lag, lebten 2023 durchschnittlich 1,97 Personen in jedem Haushalt. Bei 40,8% der Privathaushalte handelte es sich 2023 um Einzelpersonenhaushalte und zu 59,2% um Mehrpersonenhaushalte. In Thüringen lebten 2022 284.000 Familien mit mind. einem Kind, davon 55,6% Ehepaare, 19,0 Lebensgemeinschaften und 28,5% Alleinerziehende. Der Trend bei den Alleinerziehenden ist seit 2020 (27,5%) leicht ansteigend. Die Arbeitslosen- und Beschäftigungsquote für Thüringen ist seit 2020 sinkend. Im Jahr 2022 handelt es sich bei 8,7% der Arbeitslosen um Jugendliche, 28,9% sind 55 Jahre und älter, 36,1% sind langzeitarbeitslos, 7,8% weisen eine Schwerbehinderung auf und bei 17,9% handelt es sich um Migrant:innen.

Gesund arbeiten

Jeder AOK PLUS-versicherte Beschäftigte in Thüringen war 2022 im Durchschnitt 28,9 Tage arbeitsunfähig. Jeder Krankheitsfall hat durchschnittlich 12,6 Tage

gedauert. 70,6 Prozent meldeten sich ein- oder mehrmals im Jahr krank. Mit 28,4 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsfälle meldeten sich die meisten Arbeitnehmer:innen wegen Erkrankungen der Atemwege krank. An zweiter Stelle lagen Muskel- und Skeletterkrankungen (11 %), gefolgt von Erkrankungen der Verdauungsorgane (6,2 %) und Verletzungen (4,9 %). Eine Auswertung der AOK Plus-Versichertendaten zeigt, dass die beruflichen Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen von 2012 bis 2022 um 48% zugenommen haben. Bei allen anderen Erkrankungsgruppen war ein Anstieg von 35 Prozent zu verzeichnen, wovon ein großer Teil auf die pandemiebedingten Höchststände der Atemwegserkrankungen im Jahr 2022 zurückzuführen ist.

Für den Bereich „Gesund arbeiten“ wurde 2017 des Weiteren die **verminderte Erwerbsfähigkeit** anhand des Online-Gesundheitsportals analysiert. 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 der Frühverrentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen in Thüringen folgt einem bundesweiten Trend. Es liegen zur verminderten Erwerbsfähigkeit keine aktuellen Daten für Thüringen vor.

Die Zahl der meldepflichtigen und tödlichen **Arbeits- und Wegeunfälle** ist innerhalb der letzten knapp 25 Jahre deutlich zurückgegangen. Dieser Indikator gibt Hinweise auf einen funktionierenden Arbeitsschutz im klassischen Sinne. Im Jahr 2022 wurden den Thüringer Arbeitsschutzbehörden 6.588 Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) zur Kenntnis gegeben, davon waren 30 schwere Unfälle und sechs verliefen tödlich. Arbeitsunfälle sind innerhalb der letzten 15 Jahre deutlich zurückgegangen. Die Entwicklung der Kennzahlen zu **Berufskrankheiten** wurde in den letzten Jahren deutlich durch die COVID-19-Pandemie geprägt. Im Jahr 2021 war bundesweit das Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit um ca. ein Drittel höher als im Vorjahr. Dabei lag der Anteil, der auf Infektionskrankheiten zurückzuführen war, bei 79%, im Vorjahr lag dieser noch bei 66%. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich bei den anerkannten Berufskrankheiten. Gesunken ist hingegen die Zahl der Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit.

Der Anteil der **Schwerbehinderungen** in Thüringen ist ansteigend im Zeit- und Altersverlauf, ab 50 bis 55 Jahre nehmen die Schwerbehinderungen deutlich zu. Es sind mehr Männer als Frauen von einer Schwerbehinderung betroffen. Der Anteil der schwerbehinderten Menschen an der Thüringer Bevölkerung lag 2021 bei 9,7%. Davon befanden sich 2,6% der von Schwerbehinderung betroffenen Personen im Alter von 18 – 44 Jahren und 31,7% im Alter von 45 – 64 Jahren.

Mortalität in Thüringen

Die **häufigsten Todesursachen** in Thüringen bildeten im Jahr 2022 Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit 36,3%, Neubildungen mit 21,4%, Erkrankungen des Atmungssystems 7,1% und sonstige Todesursachen 22,0%.

Morbidität - Prävalenz der Häufigsten Erkrankungen

Die Analyse für **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** zeigt einen leichten Anstieg von Krankenhausfällen infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in Thüringen innerhalb der letzten 20 Jahre, welcher im Altersverlauf ab 45 Jahren sprunghaft ansteigt. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen.

Die Thüringer werden stationär am häufigsten wegen „Kreislaufkrankungen“ und ambulant aufgrund einer „Essentiellen (primäre) Hypertonie“ behandelt. Für **Übergewicht und Adipositas** lag der Anteil normal-gewichtiger Personen ab 18 Jahren in Thüringen bei 39,8%, ebenso viele als übergewichtig und 19,1% als stark übergewichtig. Frauen waren deutlich weniger übergewichtig als Männer. Zudem steigt die durchschnittliche Übergewichtsquote mit zunehmendem Alter.

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. Anhand des Jahresberichts 2022 des Klinischen Krebsregisters Thüringen ist zu erkennen, dass der Anstieg der Fallzahlen einen leicht rückläufigen Trend aufweist. Die häufigsten Neuerkrankungen bei Männern in Thüringen sind Prostatakrebs, Dick- und Mastdarmkrebs sowie Lungenkrebs. Thüringer Frauen erkranken am häufigsten an Brustdrüsenkrebs, Dick- und Mastdarmkrebs sowie Lungenkrebs.

Aussagen über **Psychische Erkrankungen** in Thüringen gibt der oben dargestellte Indikator zur verminderten Erwerbsfähigkeit. Seit 2018 ist ein leichter Anstieg der Diagnosen in nervenärztlichen Praxen zu verzeichnen. Allerdings steigt deutschlandweit die Zahl psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen 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 von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf bei Männern zu verzeichnen, Fachleute bestätigen einen Anstieg von alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen. Nach Angaben der Krankenkasse KKH stieg die Zahl der alkoholabhängigen Berufstätigen innerhalb von zehn Jahren um 84 Prozent. Bei etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung gibt es eine entsprechende Diagnose. In Thüringen stieg die Zahl damit stärker als im Bundesdurchschnitt. 2020 berichteten 13,7% der erwachsenen Thüringer:innen, in den letzten zwei Wochen eine depressive Symptomatik erlebt zu haben. Bei den Frauen waren 14,2% betroffen, bei den Männern 13,3%.

Die 2023 veröffentlichte Sozialerhebung des Studierendenwerkes zeigt auf, dass knapp 24 % der Studierenden in Deutschland gesundheitlich beeinträchtigt sind. Mit großem Abstand am weitesten verbreitet sind psychische Erkrankungen mit studienerschwerender Beeinträchtigung. Der Anteil der bei der Techniker Krankenkasse versicherten Thüringer Studierenden, die ein Antidepressivum verordnet bekamen, lag im Jahr 2022 rund 19 Prozent höher als vor der Coronapandemie. Während 2019 noch 3,6 Prozent der selbst versicherten Studierenden im Alter von 20 bis 34 Jahren Antidepressiva verschrieben bekamen, waren es 2022 bereits 4,3 Prozent. Von den jungen Erwerbstätigen derselben Altersgruppe, die nicht studierten, bekamen mit 3,8 Prozent deutlich weniger ein Medikament gegen Depressionen, dennoch war auch bei ihnen ein leichter Anstieg zu erkennen.

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. 2020 schätzten etwa 54,3% der Thüringer Erwachsenen ihre subjektive Gesundheit als sehr gut oder gut ein, Frauen mit 40,0% weniger häufig als Männer mit 52,1%.

Gesundheitsverhalten

Etwa 19,5% der Thüringer Erwachsenen erreichten die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität. Darunter mehr Männer als Frauen. Im Bundesvergleich erreichen 26,3% der Erwachsenen die Empfehlungen. Laut nationaler Verzehrstudie ernähren sich Männer laut DGE-Empfehlungen deutlich zu fleischhaltig. Insgesamt werden zu wenig Obst, Gemüse, Fisch, Milch, Käse, Quark und andere Milchprodukte sowie Brot und Getreide verzehrt. Ein ungünstiges Ernährungsverhalten korreliert mit einem niedrigen Sozialstatus. 30,1% der Erwachsenen in Thüringen gaben 2020 an, täglich Obst und Gemüse zu verzehren. Mit 41,1% mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (19,1%). Bundesweit liegen die Durchschnittswerte etwas höher als in Thüringen.

In Thüringen wiesen 2020 13,9% der Erwachsenen einen riskanten **Alkoholkonsum** auf, davon 18,3% Männer und 10,0% Frauen. Bundesweite Erhebungen zeigen ähnliche Zahlen. Hinsichtlich der **Tabakprävalenz** ist ein Rückgang zu beobachten. 26,7% der Thüringer Erwachsenen rauchten 2020 täglich oder gelegentlich. Dabei rauchen Männer mit 29,5% häufiger als Frauen mit 22,6%. Bundesweit rauchen 28,9% der Erwachsenen.

Einzelne Zielgruppen wie Alleinerziehende, Migrant:innen, Langzeitarbeitslose, Frauen und Männer sowie das Thema Armut sollten bei der Entwicklung von Maßnahmen mitbedacht werden.

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, Betriebe (insbesondere Kleinst-, Klein- und mittlere Unternehmen), betriebliche Akteur:innen, Netzwerke, Migrant:innen, Studierende

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

Setting: Betrieb, Hochschule, Kommune (Quartier), Freizeitorte

Gesundheits- und Vorsorgekompetenz	
Zielgruppe	Menschen im erwerbsfähigen Alter, Betriebe (insbesondere Klein-, kleine- und mittlere Unternehmen), Studierende
Setting	Familie, Betrieb, Kommune, ambulante Versorgung, Hochschule
Wirkungsziele zur Impfprävention: Die Gesundheit- 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.²⁴ ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter und Studierende sind hinsichtlich der Impfprävention, deren Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und der Möglichkeit ihrer Erhaltung zielgruppengerecht informiert. ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter und Studierende sind über Ursachen und Symptome von impfpräventablen Infektionserkrankungen zielgruppengerecht aufgeklärt. ✓ Die Kompetenzen von Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen in den Gesundheitsberufen sind bezogen auf die Impfempfehlungen von Personen im erwerbsfähigen Alter gestärkt.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter und Studierende nehmen wissenschaftlich abgesicherte und allgemein verständliche, aufbereitete Informationsangebote aktiv in Anspruch. ✓ Menschen im erwerbsfähigen Alter und Studierende lassen ihren Impfstatus einmal 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 und die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen werden erreicht.²⁵ ✓ Die Durchimpfungsraten 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 Durchimpfungsraten für Masern liegen auf Grundlage des Aktionsplans zur Eliminierung der Mumps-Masern-Röteln bei 95%. ✓ Die Durchimpfungsraten für Pertussis, Tetanus, Diphtherie und Polio liegen ebenfalls laut des nationalen Impfplans bei 95%. ✓ Die Zugangswege für erforderliche Schutzimpfungen sind vereinfacht.

²⁴ Indikator: Anzahl und Inanspruchnahme von den angebotenen Präventionskursen der Volkshochschulen (Zahlen vorhanden), der durch die Krankenkassen zertifizierten Präventionskurse und öffentlicher Gesundheitsdienst

²⁵ Indikator: Impfstoffverbrauch KV

	<ul style="list-style-type: none">✓ Impfpräventable Infektionserkrankungen sind bei Menschen im erwerbsfähigen Alter und Studierenden deutlich reduziert.²⁶✓ Die Prävention von ausgewählten Infektionserkrankungen - hier grippale Infekte - in öffentlichen Einrichtungen und Betrieben ist etabliert.✓ Maßnahmen zur Prävention von psychischen Erkrankungen bei Studierenden (insbesondere Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen) sind in Thüringer Hochschulen etabliert
--	--

²⁶ Indikator: Rückgang von meldepflichtigen Erkrankungen

Gesundheits- und Vorsorgekompetenz	
Zielgruppe	Menschen im erwerbsfähigen Alter
Setting	Familie, Betrieb, Kommune, Quartier
Wirkungsziele zur Krebsprävention: Die Gesundheit- und Vorsorgekompetenz von Menschen, insbesondere von Männern, im erwerbsfähigen Alter ist gestärkt.	
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 erwerbsfähigen 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. ✓ Betriebe setzen die „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge unter Berücksichtigung aller Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen (AMR)“ um. ✓ 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 erwerbsfähigen Alter ist durch die informierte Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsprogrammen laut nationalen Krebsplan verbessert.²⁷ ✓ 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.

²⁷ Indikator: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung, Krebsinzidenzen

Muskel- und Skeletterkrankungen	
Zielgruppe	Menschen im erwerbsfähigen Alter, Betriebe (insbesondere Kleinst-, Klein- und mittlere Unternehmen), Studierende
Setting	Familie, Betrieb, Kommune, ambulante Versorgung
Wirkungsziele zur Reduzierung von Muskel- und Skeletterkrankungen	
Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personen im erwerbsfähigen Alter und Studierende 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 und an Hochschulen 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 und einer gesundheitsschonenden Lastenhandhabung werden beachtet. ✓ Arbeitsabläufe im Betrieb sind gesundheitsförderlich ausgerichtet und beachten Bewegungspausen.
Veränderungen der Lebenslage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Krankheitstage aufgrund von Erkrankungen des Muskel- / Skelettsystems sind reduziert. ✓ Arbeitnehmer:innen und Auszubildende nutzen die von Arbeitgeber:innen zur Verfügung gestellten ergonomischen Arbeitsgeräte korrekt. ✓ Studierende nutzen die von den Hochschulen zur Verfügung gestellten ergonomischen Arbeitsgeräte korrekt.

Psychische Gesundheit und Suchterkrankungen		
Zielgruppe	Erwerbslose, Erwerbspersonen, Arbeitgeber:innen und Akteur:innen in Betrieben, überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, Ehrenamt, Fachkräfte/Leistungserbringer in Beratungsstellen/kommunale Koordinatoren, Studierende, Auszubildende	
Setting	Kommune, Quartier, Betrieb, Hochschule	
Wirkungsziele (nach Zielgruppen sortiert)		
Erwerbslose, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Sucht nicht ins Erwerbsleben integriert werden können.	Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	✓ Erwerbslose erleben die eigene Person als handlungsfähig und entwickeln adäquate Problemlösungsstrategien.
	Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erwerbslose, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung und/oder Sucht nicht ins Erwerbsleben integriert werden können, nutzen die zur Verfügung stehenden Beratungs-, Unterstützungs- und Therapieangebote. ✓ Kommunalverwaltungen, Jobcenter und externe Leistungserbringer sind durch abgestimmte Prozesse und Leistungen verzahnt, um kommunale Eingliederungsleistungen bedarfsgerecht zu erbringen.
	Veränderungen der Lebenslage	✓ Die einer beruflichen Integration entgegenstehenden Vermittlungshemmnisse aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Sucht sind weitestgehend abgemildert oder abgebaut.
Arbeitgeber:innen und Akteur:innen in Betrieben	Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Arbeitgeber:innen und Akteur:innen verfügen über Wissen, wie psychische Belastungsfaktoren zu vermeiden sind, insbesondere auch über die damit verbundenen arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen und leiten entsprechende Maßnahmen ab. ✓ Arbeitgeber:innen und Akteur:innen haben im Rahmen von BGM-Konzepten mit entsprechenden Strukturen zu Umsetzungsstrategien erarbeitet und bekannt gemacht. Informationen und innerbetriebliche Strategien über psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sind bekannt. ✓ Betriebsärzt:innen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Fachkräfte der Suchthilfe und Suchtprävention

		<p>sowie interne Beauftragte für Suchtfragen stehen zur Beratung für Arbeitgeber:innen und Akteur:innen zur Verfügung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arbeitgeber:innen und Akteur:innen in Betrieben und Einrichtungen verfügen über Kontaktmöglichkeiten bei Fragen zu psychischen Erkrankungen der Beschäftigten und bei Suchtmittelmissbrauch im Betrieb. ✓ Verschiedene innerbetriebliche Netzwerke (BGM, Betriebs- Personalräte, Führungskräfte) sind geschult zur Gesprächsführung bei Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit. Betriebs- und Dienstvereinbarungen werden aktualisiert und erarbeitet.
	Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frühinterventionsmaßnahmen und Sensibilisierung für die Themen psychische Gesundheit und Suchtprävention durch die Akteur:innen sind umgesetzt. Die Vernetzung mit internen und externen Beratungsangeboten ist gegeben. ✓ Arbeitgeber:innen 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 Betrieb ist gesunken.
Studierende	Wirkungsziele zur Prävention von Stress und psychischen Erkrankungen (u.a. Depression, Angststörung, Suchterkrankung)	
	Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Studierende sind über Ursachen und Symptome von psychischen Erkrankungen (u.a. Depression, Angststörung, Suchterkrankung) aufgeklärt. ✓ Verschiedene Diversitätsaspekte werden bei Informationsangeboten berücksichtigt und gezielt eingesetzt ✓ Studierende kennen Maßnahmen zur Prävention von Stress und psychischen Erkrankungen. ✓ Studierende kennen Anlaufstellen zur Beratung und Therapie und wissen, wie sie diese wahrnehmen können. ✓ Die Kompetenzen von Mitarbeitern an Hochschulen (insbesondere Dozenten, Mitarbeitende verschiedener Beratungsstellen) sind bezogen auf die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen bei Studierenden gestärkt. Anlaufstellen für Beratung und Therapie sind Mitarbeitern an Hochschulen bekannt.

	Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Studierende nehmen an Maßnahmen zur Prävention von Stress und psychischen Erkrankungen teil. ✓ Studierende wenden sich an Anlaufstellen für Beratung und Therapie beim Vorliegen von chronischem Stress u./o. Symptomen von psychischen Erkrankungen ✓ Studierende nutzen weitere Angebote, um sich aktiv und gesund zu erhalten.
	Veränderungen der Lebenslage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Der psychische Gesundheitszustand von Studierenden wird verbessert. ✓ Deutsch- und englischsprachige Maßnahmen zur Prävention von Stress und psychischen Erkrankungen bei nationalen und internationalen Studierenden (u.a. Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen) sind in Thüringer Hochschulen etabliert

Landesgesundheitskonferenz Thüringen 2024

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 2017 thüringenspezifische Daten der Zielgruppe darzustellen und auf dieser Grundlage Bedarfe zu ermitteln. Zentrale Datenquellen waren die Indikatoren des Online Gesundheitsportals, 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).

Überprüfung und Aktualisierung der Zieleystematik 2023

Im Jahr 2023 haben sich die Mitglieder der Strategiearbeitsgruppe auf den Weg gemacht die 2017 verfassten Gesundheitsziele im Zielbereich „Gesund alt werden“ auf Aktualität hin zu prüfen. Hierbei wurde unter anderem die Lücke zum Handlungsfeld „Gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung im Alter“ durch die Ausformulierung von Wirkungszielen geschlossen und Anpassungen in weiteren Handlungsfeldern vorgenommen. Zur Überprüfung der Problemlagen wurde sowohl auf die Datenentwicklungen der bereits 2017 zugrunde gelegten Indikatoren geschaut, sowie weitere Datenquellen und -analysen gesichtet. Eine zentrale Datenquelle bildet dabei die Gesundheitsplattform Thüringen, in welcher die Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS) und des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus), Daten des Robert Koch- Instituts (RKI): Gesundheit in Deutschland aktuell sowie der Morbiditäts- und Sozialatlas des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung für Thüringen integriert wurden. Weiterhin wurden Daten aus der Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (RKI, Gesundheit 65+, 2023) und andere herangezogen.

Um die Zielgruppe zu beschreiben, sind zunächst allgemeine soziodemographische Merkmale wie die **Bevölkerungsentwicklung** und die Lebensformen in Thüringen zu betrachten. Die Daten zeigen auf, dass die Lebenserwartung in Thüringen in den letzten Jahren gesunken ist und derzeit wieder das Niveau von vor 10 Jahren erreicht hat²⁸. Als Hauptursache für diesen Rückgang gilt die Corona-Pandemie und die damit in Verbindung stehende gestiegene Sterbefallzahl auch in den jüngeren Altersgruppen. Bei der Betrachtung von längeren Zeiträumen (über 30 Jahre) bleibt eine deutliche Zunahme der Lebenserwartung sichtbar.

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 und ca. 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

²⁸ Berechnung der Sterbetafel für den Zeitraum 2020/2022

ca. jede zweite Frau.

Die **subjektive Gesundheit** ist eine wichtige gesundheitliche Ressource und gilt als ein Indikator für den objektiven Gesundheitszustand. Sie wird 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. So sind laut RKI in Deutschland 78,5 % der älteren Menschen mit ihrem Leben zufrieden oder sehr zufrieden und 52 % schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, wobei demgegenüber gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen deutlich häufiger beobachtet wurden. Die Einschätzung der subjektiven Gesundheit stellt sich insgesamt über die Zeit betrachtet seit 1994 besser dar.

Mortalität

Die **häufigsten Todesursachen** in Thüringen für die Altersgruppe ab 65 Jahren sind bei Männern und Frauen „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „bösartige Neubildungen“ und an dritter Stelle „Krankheiten des Atmungssystems“ gefolgt von „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“, wobei das mittlere Sterbealter vor allem bei den „bösartigen Neubildungen“ deutlich unterhalb der mittleren Lebenserwartung liegt.

Morbidität - Prävalenz der Häufigsten Erkrankungen

Die Krankenhausfälle steigen ab einem Alter von 60 Jahren insgesamt rapide an. Mehr als die Hälfte der vollstationär entlassenen Personen in Thüringen (ca. 60 %) waren im Jahr 2022 60 Jahre und älter. 12 % der Patientinnen und Patienten waren im Altersbereich von 80 bis unter 85 Jahren. Der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt war eine **Erkrankung des Kreislaufsystems**. Etwa jede 6. Person (15,4 % aller Fälle) wurde mit dieser Diagnose vollstationär behandelt, wobei im Vergleich zu Vorjahren eine Senkung der Behandlungszahlen zu diesem Krankheitsbild zu verzeichnen ist. Mit der Hauptdiagnose **Neubildungen** erhielten ca. 12 % der Patientinnen und Patienten eine vollstationäre Behandlung, wobei auch diese Zahlen rückläufig sind.

Aufgrund von physiologischen Veränderungen im Alter und der steigenden Häufigkeit von Erkrankungen, steigt für ältere Menschen auch das Risiko einer Fehlernährung, welche nicht selten durch die Einnahme von Medikamenten beeinflusst wird. Konnten für die Indikatoren **Übergewicht und Adipositas** 2017 noch keine Zahlen für die Zielgruppe Ältere in Thüringen ermittelt werden, so verzeichnete das Landesamts für Statistik im Jahr 2021, dass über 43 % der Frauen und knapp 50 % der Männer über 65 Jahren in Thüringen nach Body-Mass-Index²⁹ übergewichtig und sogar über 20 % der Frauen und knapp 22 % der Männer in diesem Altersbereich adipös sind. Des Weiteren erhöhen altersbedingt nachlassende Sinnesleistungen, verminderter Appetit (Altersanorexie) sowie die Wahrscheinlichkeit zunehmender körperlicher, geistiger, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen auch das Risiko für **Mangelernährung und Dehydration** (Wassermangel). Die allgemeine Studienlage zur Ernährungssituation älterer Menschen zeigt u. a., dass Mangelernährung weit verbreitet ist und das Risiko mit zunehmender

²⁹ Maßzahl für die Klassifizierung des Körpergewichts als Angabe in kg/m²

Pflegebedürftigkeit und schlechter werdendem Gesundheits- und Allgemeinzustand steigt³⁰.

Laut den 2017 vorliegenden Zahlen des GKR (Gemeinsames Krebsregister) war 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 waren Darm- und Lungenkrebs in dieser Altersgruppe am zweithäufigsten vertreten. Die aktuellen Zahlen (2022) des Klinischen Krebsregisters Thüringen bestätigen weiterhin diese Diagnosen. So sind bei Männern die häufigsten Krebs-Neuerkrankungen nach wie vor im Bereich Prostata (26 %), Dick- und Mastdarm (13 %) und Lunge (11 %) zu verzeichnen und bei Frauen im Bereich Brustdrüse (34%) ebenfalls gefolgt von Dick- und Mastdarm (11 %) und Lunge (8 %).

Laut Datenlage bis 2017 (GEDA- Studie „Gesundheit und Krankheit im Alter“ des RKI) gingen zwei Drittel der Älteren in Deutschland zum regelmäßigen **Gesundheits-Check-Up**, jedoch nur 10 % der 80-jährigen Frauen nahmen an den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen und 42 % der 65- bis 69-jährigen Männer an der Früherkennung zum Prostatakrebs teil. Aktuelle Zahlen für Thüringen zeigen, dass von allen Anspruchsberechtigten 2022 nur ca. 19,7 % an einem Gesundheits-Check-up teilgenommen haben. Diese Zahl ist auch im Vergleich zum gemessenen Höchststand von 2016, mit einer Teilnahmequote von 23,9 %, insgesamt sehr niedrig. Nach dem Einbruch im Rahmen der Corona-Pandemie 2020 (12,9 %) sind die Zahlen derzeit wieder steigend. Anders verhält es sich bei der Inanspruchnahme der **Krebsvorsorgeuntersuchen**. Hier fällt der Anteil in den letzten Jahren stetig ab und liegt laut der Thüringer Gesundheitsplattform derzeit bei nur noch 42,2 % bei den Frauen und sogar nur noch bei 23,1 % bei den Männern.

Psychische Erkrankungen finden sich im Alter u. a. im Kontext von **Suchterkrankungen**. Männer weisen hierbei häufiger als Frauen einen kritischen Alkoholkonsum auf und es konnte über die letzten 10 Jahre ein Anstieg von diagnostizierten Psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol in nervenärztlichen Praxen beobachtet werden. Bei Frauen wurden wiederum im Alter häufiger Formen der Medikamentenabhängigkeit beobachtet als bei Männern. Weitere Anzeichen für psychische Erkrankungen finden sich in der Auswertung der **Suizidfälle** in Thüringen und Deutschland. Die Suizidrate bzw. das Suizidrisiko ist in ganz Deutschland mit zunehmendem Lebensalter stark ansteigend, wobei die Suizidrate der Männer in allen Altersgruppen signifikant höher als die der Frauen ist. Insbesondere steigt sie bei den Männern ab dem 70. Lebensjahr deutlich an. Aber auch jede zweite durch Suizid verstorbene Frau ist älter als 60 Jahre³¹. Diese hohen Raten gelten möglicherweise als Anzeichen für das Vorhandensein von Depressionen, durch Partnerverlust, erlebte Einsamkeit und den Mangel an sozialen Kontakten.

Nach Schätzungen des TLS lebten im Jahr 2015 in Thüringen ca. 45.000 Menschen über 65 Jahren mit **Demenz**. Im Jahr 2021 ist diese Schätzung auf mittlerweile 50.800 Menschen im Altersbereich ab 65+ angestiegen und wird insgesamt auf ca. 54.000 datiert³². Frauen sind dabei deutlich öfter Betroffene. Demenzkranke haben häufig viele Begleitdiagnosen, die mit kognitiven, motorischen und psychosozialen Symptomen verknüpft sind, welche die individuelle Lebensqualität und

³⁰ DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen. DGE. Bonn, 2022

³¹ Nationales Suizidpräventionsprogramm (naspro) - Suizide in Deutschland 2022

³² Quelle: Infoblatt Nr. 1 der „Deutsche Alzheimer Gesellschaft“ – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, 2022

autonome Lebensführung reduzieren. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Demenz auftritt. Von den 60-Jährigen ist nur etwa jeder Hundertste betroffen, von den 80-Jährigen dagegen jeder Sechste und von den 90-Jährigen sogar nahezu jeder Zweite. Dabei leben ca. 60 % der Demenzerkrankten in Privathaushalten und werden dort versorgt und gepflegt. Prognosen für Deutschland belegen weiterhin einen sehr starken Anstieg der Zahl der Demenzpatientinnen und -patienten von aktuell 1,7 Millionen auf bis zu 3 Millionen im Jahr 2070, was darauf schließen lässt, dass auch der Anteil in Thüringen stark zunehmen wird.

Es ist ein Anstieg der **Pflegebedürftigkeit** innerhalb der letzten 25 Jahre und mit zunehmendem Alter in Thüringen zu beobachten. Im Jahr 1999 waren es 60.257 zu Pflegende in Thüringen (~2,5 % der Bevölkerung), im Jahr 2015 bereits 94.280 (~4,4 %) und 2021 über 167.300 (~7,9 %). Dabei sind immer deutlich mehr Frauen als gleichaltrige Männer in der Pflegebedürftigkeit und die Spanne der Pflegequoten der Kreise reichte 2021 von 5,3 % in Jena bis knapp 10,6 % im Kyffhäuserkreis. Ab einem Alter von 85 Jahren erhielt 2015 bereits jeder zweite Thüringer Pflegeleistungen. Weit über 80 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt und ca. ein Drittel davon erhält Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst und nicht ganz zwei Drittel der zu Hause Gepflegten ausschließlich Pflegegeld. Prognosen zeigen für Thüringen, dass bis 2040 mit einem weiteren starken Anstieg zu rechnen ist, so dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2040 weit mehr als verdoppeln wird³³.

Gesundheitsverhalten

Laut RKI Daten bis 2017 war eine Zunahme der **sportlichen Aktivität** innerhalb der vorherigen zehn Jahre zu beobachten. Die WHO-Empfehlungen für körperliche Aktivität werden in dieser Altersgruppe dennoch weit verfehlt. So erreichten 2020 insgesamt nur 19,5 % aller Erwachsenen in Thüringen die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation zur Ausdaueraktivität und zur Muskelkräftigung, wobei Männer hier besser als Frauen (27,5 % vs. 12,5 %) abschnitten, Thüringen aber insgesamt hinter dem Bundesdurchschnitt verblieb. Mit Zunahme des Alters erhöht sich der Anteil der sportlich Inaktiven. Dennoch wird von Experten gerade in der Alterskohorte der Jungen Alten (65+) und bei Übertritt ins Rentenalter eine positive Entwicklung zu Angeboten des Freizeit- und Gesundheitssports verzeichnet. Eine sportliche Inaktivität korreliert aber weiterhin mit einem niedrigen Sozialstatus.

Laut Nationaler **Verzehrstudie**, ernährten sich Männer nach DGE-Empfehlungen deutlich zu fleischartig. Frauen befanden sich im oberen Bereich. Insgesamt wurde zu wenig Obst, Gemüse, Fisch, Milch, Käse, Quark und andere Milchprodukte, sowie Brot und Getreide verzehrt. 2020 gaben 30,1 % der Erwachsenen in Thüringen an täglich Obst und Gemüse zu verzehren. Mit 41,1 % waren dies mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (19,1 %). Doch auch hier blieb Thüringen mit über 4 %-Punkten hinter dem nationalen Durchschnitt. Weitere thüringenspezifische Daten liegen aktuell nicht vor. Ein kontinuierliches Nationales Ernährungsmonitoring wird am Max Rubner-Institut (MRI) derzeit aufgebaut. Weiterhin ist bekannt, dass ein ungünstiges Ernährungsverhalten mit einem niedrigen Sozialstatus korreliert ist.

³³ Aufsatz „Zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen bis 2040“, Statistisches Monatsheft April 2021, Thüringer Landesamt für Statistik

Laut der Datenerfassung bis 2017 haben in der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen 8,9% der Frauen und 11,6% der Männer **Tabak** konsumiert. Damit war ein signifikanter Rückgang der Quote in dieser Altersgruppe zwischen 2003 und 2011 zu verzeichnen. Ebenfalls in diesem Zeitraum konnte bei 18 % der Frauen und 34,4% Männern der 65 bis 79-Jährigen ein riskanter **Alkoholkonsum** verzeichnet werden. 2020 lag die Quote des riskanten Konsums von Alkohol bei allen Erwachsenen in Thüringen bei 13,9 % mit einem deutlich höheren Männeranteil von 18,3 % zum Frauenanteil von 10,0 %. Insgesamt ist die Quote im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig.

Medikamente werden insbesondere für Herz-Kreislaufkrankungen, Verdauungsprobleme bzw. Probleme 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. Dieser Trend setzt sich weiterhin fort.

Gesundheitsförderung im Alter

Altersbedingte, chronische Erkrankungen insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, kognitive Einschränkungen, Neubildungen und demenzielle Erkrankungen dominieren das Krankheitsgeschehen im Alter. Weiterhin wird sehr deutlich, dass der demographische Wandel und die steigende Pflegebedürftigkeit das, durch Fachkräftemangel geprägte, Helfer- und Unterstützersystem in Zukunft noch stärker belasten wird.

Hinsichtlich der Anwendung von Primär-, Sekundär- und Tertiärmaßnahmen ist es wichtig zu unterscheiden, dass es im Alter viele beeinflussbare, alterskorrelierte Krankheitsprozesse gibt. Entsprechende primärpräventive Maßnahmen sollten schon frühzeitig auf die Veränderung eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens abzielen und Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten fördern und unterstützen. Maßnahmen der Prävention sollten sich auf funktionelle Einschränkungen, drohenden Verlust der körperlichen und mentalen Fitness und auf die Förderung der Teilhabe im Alter beziehen und Betroffene sowie deren Angehörige partizipativ einbinden.

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-Morbidität abzielen, 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 noch immer lückenhaft. Studien sollten sich weiterhin 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 sind:

- ✓ Freizeit- und Bildungsmöglichkeiten
- ✓ soziale Beziehungen
- ✓ soziale Teilhabe
- ✓ Bewegung und körperliche Aktivität
- ✓ Gesund Wohnen
- ✓ Infrastruktur (Mobilität, Versorgung, Sicherheit)
- ✓ Sinn haben/empfinden

Zielgruppen: Ältere Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind sowie Menschen im Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand (50- bis ca. 65-Jährige); alte Personen (65+ bis 80-Jährige) und Hochaltrige (ab 80+); Pflegende und pflegende Angehörige – Entwicklung eines breit aufgestellten Hilfsangebotes für pflegende Angehörige; Ehrenamtliche und Fachpersonal der Altenhilfe; Ehrenamtliche und Fachpersonal in Beratungs- und Kümmererstrukturen; Sozialplanende

Handlungsfelder: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter, Psychische Gesundheit und Soziale Teilhabe, Psychische Gesundheit pflegender Angehöriger und des Helfersystems, Mundgesundheit, Sucht im Alter, (digitale) Gesundheits- und Vorsorgekompetenz, gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung im Alter

Setting: Lebenswelt (Familie), Kommune (Quartier), Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Vereine, Arztpraxen, öffentliche Einrichtungen, Bildungseinrichtungen

Psychische Gesundheit pflegender Angehöriger und des Helfersystems	
Zielgruppe	pflegende Angehörige von älteren, kranken Menschen; Ehrenamtliche und Fachpersonal der Altenhilfe; Ehrenamtliche und Fachpersonal in Beratungs- und Kümmererstrukturen; Sozialplanende; Altenhilfeplanende
Setting	Lebenswelt: Familie; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Pflegeeinrichtungen (ambulant wie stationär); Kommune; Arztpraxen; öffentliche Einrichtungen 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 (50- bis ca. 65-Jährige); alte Personen (65+ bis 80-Jährige) und Hochaltrige (ab 80+), alleinlebende, geistig und/ oder körperlich behinderte oder kranke ältere & alte Personen
Setting	Lebenswelt: Familie; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Nachbarschaft/Quartier; Kommune; primäre Versorgungsangebote; Bildungseinrichtungen; Vereine
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 und regelmäßige Weiterbildungen werden verpflichtend wahrgenommen. ✓ Gesundheitspersonal und Beratungsstellen kennen die Lebenswelten verschiedener Zielgruppen und können auf die spezifischen Bedarfe dieser Gruppe eingehen, um sie mit ihren Angeboten gut zu erreichen und angemessene Beratung leisten zu können. ✓ Die Zielgruppe und ihre Angehörigen sind über die Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten, wie beispielsweise ambulante Psychotherapien, und den Umgang mit von psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Demenz, zielgruppengerecht informiert. ✓ Die Wahrnehmung der eigenen psychischen Gesundheit ist bei den älteren Menschen gestärkt. ✓ Die Zielgruppe und ihre Angehörigen sind über alle Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort informiert.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Der Zielgruppe wird aktiv ermöglicht, sich in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. ✓ 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. ✓ Die Zielgruppe wird in integrierten Sozialplanungsprozessen aktiv einbezogen.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es bestehen Rahmenbedingungen zur Aufnahme von aktivitätssteigernden und bewegungsfördernden Tätigkeiten. ✓ Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten bieten regelmäßig, als aufsuchendes Angebot, Sprechstunden speziell zu psychischen Fragestellungen für ältere Menschen und ihre Angehörige an.
<p>Veränderungen der Lebenslage</p>	<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 Psychologen und 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. messbar 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.

Mundgesundheit³⁴	
Zielgruppe	Ältere und jene Menschen in Pflegeeinrichtungen / ambulanter Pflege; pflegendes Personal / pflegende Angehörige
Setting	Lebenswelt: Quartier; Familie/soziales Umfeld; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; 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. ✓ Der neue Expertenstandard "Förderung der Mundgesundheit in der Pflege" ist als fachliche Grundlage den Zielgruppen (Fach- und Pflegepersonal inklusive pflegender Angehörigen) bekannt gemacht und wird durch qualitätsgesicherte (digitale) Schulungs- und Unterstützungsangebote einer breiten Öffentlichkeit niedrigschwellig zugänglich.
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.

³⁴ Datengrundlage: Deutsche Mundgesundheitsstudie 2016

Sucht im Alter	
Zielgruppe	Ältere Menschen <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	Lebenswelt: Quartier; Familie/soziales Umfeld; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; 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. ✓ Ärzt:innen und Pflegepersonal sind in ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten bzgl. der Thematik „Sucht im Alter“ sensibilisiert und informiert. ✓ Ärzt:innen und Pflegepersonal kennen für Sucht vulnerablere Gruppen (z.B. höhere Suchtrate bei LGBTQIA+ Personen) und können auf die Bedürfnisse dieser Gruppe eingehen. ✓ Aufsuchende und barrierearme Angebote für vulnerable Gruppen sind bedarfs- und bedürfnisgerecht etabliert.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ältere Menschen konsumieren verantwortungsbewusst und reflektiert. ✓ Ältere Menschen und deren Angehörige nutzen vorhandene Unterstützungsangebote. ✓ Ärzt:innen 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.³⁵ ✓ 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)

³⁵ Risikogruppe Männer, Alkohol. Indikator: Kein erneuter Anstieg von alkoholbedingten Krankenhausfällen bei Männern (Indikator: 3.82 - Psychische und Verhaltensstörungen)

(digitale) Gesundheitskompetenz, Gesundheitsvorsorge (Impfen, Krebsfrüherkennung)	
Zielgruppe	Menschen in der Nacherwerbsphase, Menschen im Alter
Setting	Lebenswelt: Familie; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Kommune (+ambulante Versorgung); öffentliche Einrichtungen; Bildungseinrichtungen (z. B. Volkshochschulen)
Wirkungsziele zur Stärkung der (digitalen) 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 und den Umgang mit (chronischen) Erkrankungen. Sie kennen, finden und verstehen Angebote, und wissen, wie sie diese informiert in Anspruch nehmen können. Sie verstehen die Wichtigkeit der aktiven Gesunderhaltung.³⁶ ✓ 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.³⁷ ✓ 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.³⁸ ✓ Die Anzahl der Frauen im Alter, die eine informierte Krebsvorsorge in Anspruch nehmen, ist um 15% erhöht.³⁹ ✓ Eine digitale Benachteiligung ist beseitigt und Ältere und alte Menschen im Umgang und Zugang zu digitalen Angeboten gestärkt und befähigt.

³⁶ Indikator: Anzahl und Inanspruchnahme der angebotenen Präventionskurse der Volkshochschulen, Kassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst (Jahresberichterstattung ÖGD)

³⁷ Indikator: Rückgang von meldepflichtigen Erkrankungen

³⁸ Indikator: Durchimpfungsgrad für Grippe, derzeit knapp 60%, DEGS1 Studie

³⁹ 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	Lebenswelt: Familien; Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Betriebe; Kommunen; Senioren- und Pflegeheime; (Sport-)Vereine; Bildungsträger
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 Settingverantwortlichen der Lebenswelten der Zielgruppe als auch die Zielgruppe selbst kennen die Nationalen Bewegungsempfehlungen⁴⁰ sowie qualitätsgesicherte Bewegungsangebote und -anbieter⁴¹. Die Settingverantwortlichen der Lebenswelten (bspw. Kommunen) und andere (z. B. Ärzteschaft⁴²) vermitteln bedarfsorientiert in diese Bewegungsangebote. ✓ Die Zielgruppe entwickelt bzw. erhält ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Stärkung des Herz- und Kreislaufsystems sowie des Haltungs- und Bewegungsapparates (Muskelkräftigung und Gleichgewicht). ✓ Die Zielgruppe erhält Wissen und kennt Übungen, um möglichst lange ihre Alltagsabläufe und die damit verbundenen Bewegungen und Aufgaben selbständig zu bestreiten und am öffentlichen Leben teilnehmen zu können.
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bewegung und körperliche Aktivität sind entsprechend der individuellen körperlichen Belastbarkeit bis ins hohe Alter messbar erhöht⁴³. ✓ Die Anzahl der Mitgliedschaften in Sportvereinen in der Zielgruppe sind nachweisbar erhöht.⁴⁴ ✓ Sitzzeiten sind in der Zielgruppe reduziert. ✓ Bewegung und körperliche Aktivität sind im Alltag integriert. Öffentliche Räume und Infrastruktur sind bewegungsfreundlich gestaltet und gekennzeichnet (Areale für Sport und Bewegung, Radwege, Walkingstrecken, Gesundheitswandern, generationsübergreifende Fitnessgeräte, Sitzgelegenheiten, Hitzeschutz und öffentliche WCs in unmittelbarer Umgebung). ✓ Spezifische Bewegungsangebote werden wohnortsnah etabliert. ✓ Digitale Teilhabe zu Angebotsstrukturen wird ermöglicht.

⁴⁰ Bewegungsempfehlungen: 150 min pro Woche aerobe Aktivität + 2 x Muskelkräftigung + 3x Gleichgewichtsübungen für chronisch Kranke und Bewegungseingeschränkte; [WHO 2020](#)

⁴¹ Thüringer Sportvereine mit zertifizierten Angeboten / [Bewegungslandkarte](#)

⁴² Rezept für Bewegung / [Der Deutsche Olympische Sportbund \(dosb.de\)](#)

⁴³ Indikator: Teilnehmerzahlen an Bewegungs- und Sportangeboten (Gesundheitszentren, Gesundheitskurse GKV, Volkshochschulen, ...); Nutzung an qualitätsgesicherten Gesundheitssportangeboten erhöht (Reha-Sport, Sport pro Gesundheit); Anteil der Teilnehmer an Neu- und Wiedereinsteigern ist erhöht

⁴⁴ Bestandserhebung 2024 LSB Thüringen/ [Bestandserhebung LSB Thüringen 2024.pdf \(thueringen-sport.de\)](#)

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verantwortliche/Leiter von Settings, in denen sich die Zielgruppe bewegt, sorgen für ausreichend Bewegung in ihrem Verantwortungsbereich (Betriebssportgruppen, Bewegungspausen, ...) ⁴⁵ und ermöglichen die Inanspruchnahme (z. B. Bewegungsräume, Integration in Tagesabläufe, Hitzeschutzmaßnahmen).
Veränderungen der Lebenslage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selbständigkeit und Mobilität sind bis ins hohe Alter erhalten, gefördert und unterstützt. ✓ Bewegung und körperliche Aktivität werden von Politik und Verantwortlichen der Settings in Planungsprozessen berücksichtigt und bedarfsgerecht gefördert.

⁴⁵ Indikator: Übersicht an Bewegungs- und Sportangeboten

Gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung im Alter	
Zielgruppe	Menschen ab 65 Jahren
Setting	Lebenswelt: Senior:innen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Pflege- und Betreuungseinrichtungen; Kommune
Wirkungsziele zur Förderung der Ernährungskompetenz älterer Menschen	
Veränderung im Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verbraucherkompetenzen von Senior:innen in der eigenen Häuslichkeit sind gestärkt ✓ Altersgerechte Ernährungspraktiken und Mahlzeitengestaltung sind den Senior:innen sowie pflegenden Angehörigen bekannt ✓ Fachkräfte der Pflege verfügen über Fachwissen zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung ✓ Fachkräfte der Küche sowie weitere Multiplikator:innen kennen aktuelle Handlungsempfehlungen zur Ernährung im Alter und können Mahlzeiten bei Bedarf individuell gestalten (vgl. DGE-Qualitätsstandard „Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen“) ✓ Pflege- und Betreuungseinrichtungen verfügen über Verpflegungskonzepte zur Versorgung mit Essen und Trinken im Allgemeinen sowie bei altersbedingten Erkrankungen ✓ Pflege- und Betreuungseinrichtungen verfügen ggf. über multiprofessionelle Regelungen zur Zusammenarbeit verschiedener Professionen
Veränderungen im Handeln	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Senior:innen verändern ihr Einkaufsverhalten, reduzieren den Fleischkonsum und versorgen sich bedarfs- und bedürfnisgerecht ✓ es werden Mittagstische oder Nachbarschaftstische in Quartieren eingerichtet ✓ Senioreneinrichtungen und Essenanbieter mobiler Menüdienste orientieren sich am entsprechenden DGE-Qualitätsstandard bei der Versorgung gesunder Senior:innen ✓ Fachkräfte der Pflege berücksichtigen Handlungsempfehlungen und setzen die Verpflegungskonzepte zur Ernährung und Mahlzeitengestaltung bei der Versorgung gesunder und erkrankter Senior:innen um ✓ Konzepte für eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung von Angeboten der Gesundheitsförderung in Kommunen für ältere Menschen sind erarbeitet, Akteur:innen identifiziert und vernetzt

Veränderungen der Lebenslage	<ul style="list-style-type: none">✓ Senior:innen können länger in der eigenen Häuslichkeit wohnen✓ ernährungsmitbedingte Erkrankungen stagnieren bzw. sind reduziert✓ der Anteil übergewichtiger Senior:innen stagniert bzw. ist reduziert✓ Gesundheitsfördernde und nachhaltige Verpflegung von Senior:innen in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie bei Anbietern mobiler Menüdienste ist gesteigert✓ Angebote der Gesundheitsförderung in den Kommunen sind verzahnt und fest etabliert
---	--