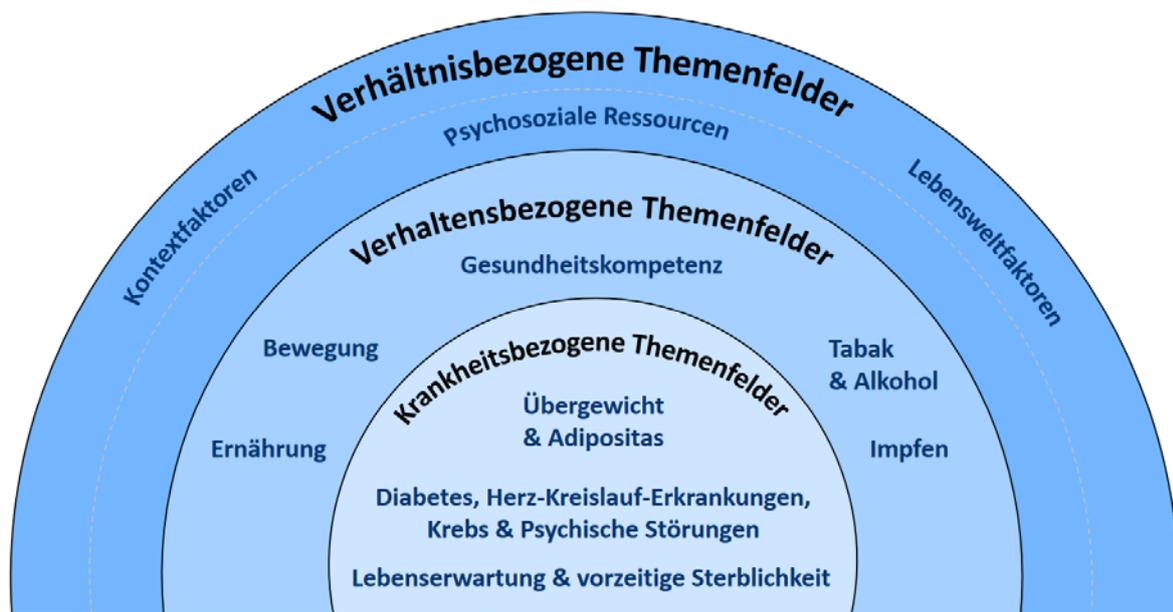


Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder



**Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe
Präventionsindikatoren**

- Herausgeber:** Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)
- Redaktionsgruppe:** Dr. Sylke Oberwöhrmann, Dr. Jonas Finger, Dr. Brigitte Borrmann, Anne Starker, Dr. Gabriele Windus, Dr. Sabine Hermann
- Koordinierung:** Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
- Kontakt:** [Dr. Sylke Oberwöhrmann](mailto:sylke.oberwoehrmann@senwgpg.berlin.de) (sylke.oberwoehrmann@senwgpg.berlin.de)
[Dr. Jonas Finger](mailto:jonas.finger@senwgpg.berlin.de) (jonas.finger@senwgpg.berlin.de)
[Dr. Sabine Hermann](mailto:sabine.hermann@senwgpg.berlin.de) (sabine.hermann@senwgpg.berlin.de)
- Redaktionsschluss:** Juli 2021

Mitwirkende aus der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren (sortiert nach Bundesland):

Dr. Anna Leher (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg), Dr. Anne Würz (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg); Dr. Veronika Reisig und Dr. Joseph Kuhn (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit); Dr. Susanne Bettge, Dr. Jonas Finger, Dr. Sabine Hermann, Dr. Sylke Oberwöhrmann (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Landes Berlin); Dr. Steffen Schüle und Gesa Wessolowski-Müller (Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Bremen); Uwe Saier (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Hamburg); Wolfgang Rosengarten (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration); Dr. Gabriele Windus (Niedersächsisches Sozialministerium), Katharina Hesse-Jungesblut (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt); Dr. Matthias Romppel und Dr. Brigitte Borrmann (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen); Dr. Stephanie Laux (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz); Dr. Jörg Rech (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes); Corina Riedrich und Reinhild Benterbusch (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt); Matthias Julien (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt); Gabriele Schade (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein); Verena Dierolf (Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie); Anne Starker und Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1 Hintergrund und Zielsetzung	4
1.1 Beschreibung der Ausgangslage und der gesetzlichen Vorgaben	4
1.2 Anforderungen an die Präventionsberichterstattung der Länder	6
1.3 Zielsetzung der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren	7
2 Vorgehen und Methoden der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren	9
2.1 Organisation der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren	9
2.2 Verhältnis von Gesundheits-, Präventions- und Interventionsberichterstattung	9
2.3 Auswahl der Themenfelder	10
2.4 Kriterien für die Indikatorenauswahl	11
2.5 Kriterien für die Basisindikatoren	12
2.6 Konzept für die Entwicklungsindikatoren	12
2.7 Perspektive Gesundheitsförderung	13
3 Vorstellung der Präventionsindikatoren	15
3.1 Themenfeld 1 – Kontextfaktoren	16
3.2 Themenfeld 2 – Lebensweltfaktoren	18
3.3 Themenfeld 3 – Psychosoziale Ressourcen	19
3.4 Themenfeld 4 – Gesundheitskompetenz	21
3.5 Themenfeld 5 – Bewegung/ körperliche Aktivität	23
3.6 Themenfeld 6 – Ernährung	25
3.7 Themenfeld 7 – Tabak und Alkohol	27
3.8 Themenfeld 8 – Impfen	29
3.9 Themenfeld 9 – Übergewicht und Adipositas	30
3.10 Themenfeld 10 – Diabetes	31
3.11 Themenfeld 11 – Herz-Kreislauf-Erkrankungen	33
3.12 Themenfeld 12 – Krebs	35
3.13 Themenfeld 13 – Psychische Störungen	36
3.14 Themenfeld 14 – Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit	38
4 Diskussion und Ableitung von Empfehlungen für den weiteren Prozess	40
4.1 Möglichkeiten und Grenzen der Präventionsberichterstattung der Länder	40

4.2	Datengrundlagen für die Präventionsberichterstattung der Länder	42
4.3	Empfehlungen für den weiteren Prozess	44
	Literatur	47
	Anhang 1: Gesamtliste der Indikatoren	59
	Anhang 2: Liste der Basisindikatoren	67
	Anhang 3: Beschluss der 94. Gesundheitsministerkonferenz	71

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Nationale Präventionskonferenz hat durch das Präventionsgesetz den Auftrag erhalten, eine Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Der Nationale Präventionsbericht ist zentraler Bestandteil dieser Strategie. Dieser soll alle 4 Jahre einen Überblick über das Engagement zur Erreichung der Ziele liefern. Zu diesem Bericht können die Länder einen Beitrag leisten. Für systematische Beiträge der Länder zum Nationalen Präventionsbericht wird die Entwicklung eines abgestimmten Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder als weiterführend und gewinnbringend eingeschätzt. Aufgrund der kurzen Vorlaufzeit für den ersten Nationalen Präventionsbericht war diese Entwicklungsarbeit nicht zu leisten. Eine durch die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) mandatierte temporäre Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren erarbeitete ein Präventionsindikatorensystem, welches für die Beiträge der Länder für den zweiten Nationalen Präventionsbericht eine Grundlage bilden kann.

Methode

Die Auswahl von Themenfeldern und die Entwicklung von Präventionsindikatoren erfolgte in einem strukturierten Prozess, unterstützt von regelmäßig stattfindenden Arbeitssitzungen der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern aus 14 Ländern und dem Robert Koch-Institut zusammen und wurde vom Land Berlin koordiniert. Sie hat sich im August 2018 konstituiert und bis Januar 2020 insgesamt 9 Mal getagt. Die Beteiligung war bei allen Treffen mit 7 bis 12 Ländern und dem Robert Koch-Institut hoch. Die Auswahl relevanter Themenfelder erfolgte durch eine Länderumfrage. Ausgewählt wurden die am häufigsten benannten Themenfelder mit Bezug zum Präventionsgesetz oder ähnlichen Bezügen auf Länderebene, wie den Landesrahmenvereinbarungen oder dem Monitoring von Gesundheitszielprozessen. Die Entwicklung von Präventionsindikatoren für die ausgewählten Themenfelder erfolgte durch Kleingruppen, deren Koordinierung über die beteiligten Länder verteilt wurde. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte in einem mehrschrittigen Prozess (1.) durch die bearbeitenden Länder, (2.) in einer Diskussion und Bewertung in den Kleingruppen und (3.) in der abschließenden Diskussion und Entscheidung nach dem Mehrheitsprinzip in der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. Die Indikatorenbewertung erfolgte auf Basis entwickelter Kriterien. Akteursgruppen der Gesundheitsförderung auf Landes- und kommunaler Ebene bewerteten die Indikatoren aus Perspektive der Gesundheitsförderung.

Ergebnis

Das Indikatorensystem umfasst die 14 Themenfelder: „Kontextfaktoren“, „Lebensweltfaktoren“, „Psychosoziale Ressourcen“, „Gesundheitskompetenz“, „Bewegung“, „Ernährung“, „Tabak und Alkohol“, „Impfen“, „Übergewicht und Adipositas“, „Diabetes“,

„Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, „Krebs“, „Psychische Störungen“ und „Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit“. Die Themenfelder sind in Anlehnung an das Mehrebenen-Wirkungsmodell zu den Gesundheitsdeterminanten von Dahlgreen und Whitehead sortiert und theoretisch eingeordnet. Es werden verhältnis-, verhaltens- und krankheitsbezogene Themenfelder unterschieden, welche die Wirkungsketten in Bezug auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention abbilden sollen. Insgesamt werden 73 Präventionsindikatoren für die Präventionsberichterstattung der Länder vorgeschlagen. Die folgende Kurzliste von Basisindikatoren enthält 32 Indikatoren, die im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention einen hervorgehobenen Stellenwert besitzen und möglichst priorisiert Berücksichtigung finden sollten:

Kontextfaktoren: „Sozioökonomische Deprivation“, „Alleinerziehende Familien“, „Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II“, „Schulabgänger und Schulabgängerinnen ohne Schulabschluss“.

Lebensweltfaktoren: „Grad der Verstädterung“, „Erholungsfläche“.

Psychosoziale Ressourcen: „Soziale Unterstützung“, „Subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität“, „Subjektive Stress-Einschätzung/ chronischer Stress“.

Gesundheitskompetenz: „Gesundheit im Bildungsrahmenplan Kita/Schule“.

Bewegung: „Schulsport“, „Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität“, „Transportbezogene körperliche Aktivität“, „Körperkoordination bei der Einschulungsuntersuchung“.

Ernährung: „Stillen“, „Umsetzung von Ernährungsstandards in Kitas“, „Obst- und Gemüsekonsum“, „Konsum zuckerhaltiger Getränke“.

Tabak und Alkohol: „Tabakkonsum“, „Alkoholkonsum“, „Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen“, „Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen“.

Impfen: „Impfquoten der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung“.

Übergewicht und Adipositas: „Body-Mass-Index Erwachsene“, „Body-Mass-Index Kinder“.

Diabetes: „Diabetes-Prävalenz“.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: „Bluthochdruck-Prävalenz“.

Krebs: „Darmkrebs-Inzidenz“, „Lungenkrebs-Inzidenz“.

Psychische Störungen: „Ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen“.

Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit: „Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung“, „Vorzeitige Sterblichkeit“.

11 Indikatoren sind als sogenannte Entwicklungsindikatoren ausgewiesen, welche aus Sicht der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren wichtige inhaltliche Dimensionen abbilden, bei denen jedoch noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht.

Schlussfolgerung

Die vorgeschlagenen Präventionsindikatoren können die Grundlage für einen koordinierten Beitrag der Länder zum zweiten Nationalen Präventionsbericht und die Präventionsberichterstattung der Länder bilden. Im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention haben Gesundheitsdeterminanten eine herausragende Bedeutung (Verhältnisse, Ressourcen und Verhalten). Jedoch sind Indikatoren zu Gesundheitsdeterminanten derzeit nicht ausreichend verfügbar. Die momentan ausgewählten Indikatoren sind daher als eine erste Grundlage zu verstehen, die zukünftig weiterentwickelt werden kann und soll. Die zukünftige Präventionsberichterstattung der Länder bewegt sich im Spannungsfeld zwischen einer Darstellung vereinheitlichter präventionsrelevanter Indikatoren auf Länderebene und der Realisierbarkeit vor dem Hintergrund unterschiedlicher programmatischer Schwerpunktsetzungen, der Datenverfügbarkeit und der strukturellen Rahmenbedingungen der Ländergesundheitsberichterstattungen. Es wird als unrealistisch angesehen, ein umfassendes, allgemeinverbindliches Indikatorenmodell für alle potentiell relevanten Themenfelder unter Berücksichtigung der landes- und regionalspezifischen Rahmenbedingungen zu erarbeiten und im Weiteren auch zu bedienen. Eine Schwerpunktsetzung der Präventionsindikatoren bezüglich der Zielsetzungen des Präventionsgesetzes, der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen wird deshalb als sinnvoll erachtet.

Schlüsselwörter:

Präventionsberichterstattung, Länder, Monitoring, Ziele, Präventionsgesetz

1 Hintergrund und Zielsetzung

1.1 Beschreibung der Ausgangslage und der gesetzlichen Vorgaben

Das Nationale Präventionsgesetz

Im Juli 2015 wurde das Nationale Präventionsgesetz verabschiedet (1). Als Bundesgesetz hat das Präventionsgesetz keine direkten Auswirkungen auf die maßgeblich auf kommunaler Ebene angesiedelten Aktionsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese stehen unter landesgesetzlicher Hoheit. Deshalb ist die Einbindung der Länder und Kommunen als Akteurinnen für die Gesundheitsförderung und Prävention für den Erfolg der durch das Präventionsgesetz initiierten Maßnahmen von entscheidender Bedeutung. Hintergrund für das Präventionsgesetz war der Wandel des Krankheitsspektrums mit einer erheblichen Zunahme nichtübertragbarer, chronischer Erkrankungen, die demografische Entwicklung mit niedrigen Geburtenraten, einem Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie die Veränderungen in der Arbeitswelt mit steigenden Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen (2). Das übergeordnete Ziel des Präventionsgesetzes ist die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Ergänzung zur kurativen Medizin. Demgemäß erfolgt eine systemische Stärkung des Ansatzes der Öffentlichen Gesundheit/ Public Health innerhalb des Gesundheitssystems.

Die Nationale Präventionsstrategie und der Erste Präventionsbericht

Die Nationale Präventionskonferenz hat durch den mit dem Präventionsgesetz neueingeführten § 20d Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) den Auftrag erhalten eine Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (1). Die Stärkung von Lebensweltansätzen, die Verbesserung der Bedarfsorientierung und Passgenauigkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen, die Bündelung vorhandener Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention, die kassenübergreifende Leistungserbringung, der Aufbau nachhaltiger Strukturen sowie der Abbau sozial- und geschlechtsbedingter ungleicher Gesundheitschancen sind einige wesentliche Aspekte der Nationalen Präventionsstrategie (2, 3). Der Präventionsbericht ist nach § 20d Abs. 4 SGB V zentraler Bestandteil dieser Strategie und soll alle 4 Jahre einen Überblick über das Engagement zur Erreichung der Ziele liefern, die zur Förderung der Gesundheit, Sicherheit, und Teilhabe in den Lebenswelten vereinbart wurden (2).

Der erste Präventionsbericht von 2019 zeigt eine Bestandsaufnahme der im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie, der Erfahrungen beteiligter Akteursgruppen sowie weiterer Maßnahmen, die auf Basis des Präventionsgesetzes umgesetzt wurden. Das Robert Koch-Institut lieferte für den Präventionsbericht Informationen auf Basis des Gesundheitsmonitorings auf Bundesebene. Im Kapitel 3 – „Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung“ leisteten die Länder

einen Beitrag zu „Regionalen Erkenntnissen aus den Bundesländern“ (vergleiche § 20d SGB V, Absatz 4). Jedes Bundesland verfasste einen separaten Beitrag, da aufgrund der kurzen Vorlaufzeit kein länderübergreifender Beitrag abgestimmt werden konnte. Erfahrungen aus dem ersten Präventionsbericht haben gezeigt, dass Bedarf besteht, die Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene im Hinblick auf die neue Aufgabe der Präventionsberichterstattung konzeptionell abzustimmen und weiterzuentwickeln. Dies spiegelt sich auch in den verschiedenen Stellungnahmen von Akteursgruppen zum ersten Präventionsbericht wider. Zum Beispiel fordert die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, dass die Präventionsberichterstattung zukünftig um eine Wirkungsperspektive ergänzt und Wirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention auf Zielgruppen- beziehungsweise Bevölkerungsebene verstärkt erfasst werden sollten (4). Für den zweiten Präventionsbericht ist geplant einen länderübergreifenden Beitrag zu erarbeiten, wofür die im Folgenden beschriebene Entwicklung eines Präventionsindikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder eine Grundlage bilden soll.

Die Landesrahmenvereinbarungen und die Bundesrahmenempfehlungen

Ein weiterer wesentlicher Länderbeitrag im ersten Präventionsbericht ist das Kapitel 6, indem die Beschreibung der Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen erfolgt (2). Das Präventionsgesetz sieht vor, dass zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie in den Bundesländern und Kommunen Landesrahmenvereinbarungen abgeschlossen werden (1). In § 20f Abs. 2 SGB V werden Mindestanforderungen an deren Inhalt definiert. Die Landesrahmenvereinbarungen sollen Festlegungen unter anderem zu Zielen und Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung und Prävention in den Ländern enthalten, in deren konkreter Ausgestaltung die Länder rechtlich frei sind. Es zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Landesrahmenvereinbarungen. In einer von den Sozialversicherungsträgern erarbeiteten „Muster-Landesrahmenvereinbarung“ ist definiert, dass die Daten der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene die Grundlage für die Zieleplanung bilden sollen (2). In den Bundesrahmenempfehlungen, welche im Kapitel 5 des Präventionsberichts behandelt werden, sind die drei gemeinsamen Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ formuliert (3). Diese an Lebensphasen orientierten Gesundheitsziele wurden aufgrund ihres umfassenden Charakters von der Nationalen Präventionskonferenz bewusst gewählt, da sie einen allgemeinen Handlungsrahmen darstellen, der alle Lebenswelten und potentiellen Bevölkerungsgruppen umfasst. Für die weitere Konkretisierung des Handlungsrahmens wird im Ausblick des ersten Präventionsberichts auf die Landesrahmenvereinbarungen verwiesen, in denen zusätzlich regionale Erfordernisse berücksichtigt werden sollen (2). Dieser allgemeine Handlungsrahmen der Bundesrahmenempfehlungen, ergänzt um die regionalen Erfordernisse der Landesrahmenvereinbarungen, wurde bei der Entwicklung der Präventionsindikatoren für die Präventionsberichterstattung der Länder zu Grunde gelegt.

1.2 Anforderungen an die Präventionsberichterstattung der Länder

Präventionsberichterstattung auf Länderebene soll eine regelmäßige Informationsbasis liefern, auf deren Grundlage Empfehlungen, Strategien, Aktionspläne und Maßnahmen für die Präventionspraxis entwickelt, implementiert, evaluiert und adjustiert werden können. Sie stellt damit einen wesentlichen Baustein im „Policy Cycle“ beziehungsweise „Public Health Action Cycle“ dar (5–7).

Um Vergleichbarkeit und Synergieeffekte zu ermöglichen, ist die Entwicklung eines indikatorenbasierten Gesundheitsinformationssystems notwendig, welches länderübergreifend abgestimmte und standardisierte Indikatoren enthält. Die Nationalen Gesundheitsziele (gemäß § 20 SGB V) sowie die Gesundheitsziele der Länder sind bei der Entwicklung dieses neuen Gesundheitsinformationssystems zu berücksichtigen. Die Auswahl der Themenfelder und der zugeordneten Indikatoren sollte sich am „Health in All Policies“-Ansatz sowie an daran anknüpfenden Mehrebenen-Wirkmodellen ausrichten. Darüber hinaus sollte bei der Indikatorenentwicklung auch auf das Gebot zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit geachtet werden (8–12).

Damit wird eine stärkere Fokussierung auf unmittelbare Gesundheitsdeterminanten und auch auf deren Determinanten (sogenannte Midstream- und Upstream-Indikatoren) notwendig. Auf eine breite Abbildung des Krankheits- und Versorgungsgeschehens (sogenannte Downstream-Indikatoren) kann im Rahmen der Präventionsberichterstattung hingegen verzichtet werden.

Den Upstream-Indikatoren können verschiedene Struktur- und Prozessindikatoren zugeordnet werden, durch die der Blick auf gesundheitsbeeinflussende Politikbereiche im Sinne von „Health in All Policies“ gelenkt wird. Soweit diese unter Länderhoheit stehen, ergeben sich Möglichkeiten, durch Gesetzgebung gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Diese Vorgehensweise entspricht auch den Vorgaben der §§ 20a und b des SGB V, lebenswelt- und kontextbezogene Maßnahmen zu priorisieren. Zusätzlich sollte auf eine Ressourcenorientierung und eine Passung der Indikatoren im Sinne der Berücksichtigung von Wirkungsketten geachtet werden. Gezielt ausgewählte, krankheitsbezogene Outcome-Indikatoren stellen hier jeweils die Endpunkte dar.

Etablierte Datenquellen und Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung auf Länder-, Bundes- und europäischer Ebene können gegebenenfalls einbezogen werden. Neben der Nutzung etablierter Datenquellen sollten auch neue Datenquellen erschlossen und nutzbar gemacht werden. Keinesfalls sollte einer Konzeptionslogik gefolgt werden, die in erster Linie von der Verfügbarkeit von Daten getrieben ist.

Um Präventionsbedarfe und -potentiale auch auf kommunaler Ebene abbilden zu können, ist – so weit möglich – auch eine kleinräumige Erfassung und Auswertung von georeferenzierten Daten einzubeziehen. Indikatoren sollten darüber hinaus nach

wesentlichen Merkmalen der Bevölkerung stratifiziert werden, um eine Zielgruppenorientierung zu ermöglichen.

Ein auf diese Weise konzipiertes, indikatorenbasiertes Gesundheitsinformationssystem ermöglicht Bedarfe für Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Politikbereichen zu erkennen und nach Regionen und Zielgruppen differenziert darzustellen. Darüber hinaus kann es einer vergleichenden Darstellung der Länder in zukünftigen Präventionsberichten der Nationalen Präventionskonferenz dienen und die Etablierung einer Präventionsberichterstattung der Länder erleichtern.

1.3 Zielsetzung der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren

Nach § 20d Absatz 4 SGB V ist die Nationale Präventionskonferenz verpflichtet, alle 4 Jahre (erstmalig zum 1.7.2019) einen bundesweiten Präventionsbericht zu erstellen, zu dem die Länder regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen können. Die Berücksichtigung der Informationen der Länder bei der Erstellung des ersten Präventionsberichts wurde aufgrund der kurzfristigen Zeitschiene erschwert, die wenig Raum für notwendige Abstimmungen unter den Ländern zuließ. Vor diesem Hintergrund hat im Jahr 2018 die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen, in einer „Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren“ unter Beteiligung des Robert Koch-Instituts die Entwicklung eines Vorschlages für ein Präventionsindikatorensystem sowie daran gekoppelte Rahmeninformationen für den koordinierten Beitrag der Länder zum zweiten Präventionsbericht zu erarbeiten.

Die Unterarbeitsgruppe „Präventionsindikatoren“ setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und zwei Vertreterinnen des Robert Koch-Instituts zusammen. Die Federführung hat das Land Berlin übernommen.

Das **übergeordnete Ziel** der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren ist die Entwicklung und Bereitstellung von einheitlichen Indikatoren und Rahmeninformationen für die Präventionsberichterstattung der Länder als Grundlage für einen koordinierten Beitrag der Länder zum zweiten Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Das übergeordnete Ziel wird durch die **folgenden Teilziele** erreicht:

- **Themenfelder:** Definieren von Themenfeldern, die aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention priorisiert werden sollten, unter Partizipation ausgewählter Akteursgruppen der Gesundheitsförderung der Landes- und kommunalen Ebene.

- **Indikatoren:** Zusammenstellen eines abgestimmten Indikatorensystems durch Auswählen von bereits existierenden Indikatoren und Entwickeln von neuen Indikatoren für die ausgewählten Themenfelder.
- **Datenquellen:** Identifizieren, erschließen und nutzbar machen von geeigneten Datenquellen und Informationen für die abgestimmten Indikatoren, die bevölkerungsbasierte und institutionsbasierte Datensammlungen umfassen.
- **Datenmanagement:** Daten und Informationen qualitätssichern, bereitstellen und analysieren. Indikatoren operationalisieren, berechnen und abbilden – möglichst für alle Bundesländer und die Bundesebene.
- **Informationsprodukte:** Erstellen von Länderbeiträgen für den zweiten nationalen Präventionsbericht. Transformieren der Daten in Informationen, welche die Evidenz- und Wissensgrundlage für das Handeln der Gesundheitsförderung und Prävention schaffen.

2 Vorgehen und Methoden der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren

2.1 Organisation der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren

Die Unterarbeitsgruppe hat sich im August 2018 konstituiert und bis Januar 2020 insgesamt 9 Mal getroffen. Hierbei wurde nach Möglichkeit darauf geachtet, die Treffen an bereits terminierte Veranstaltungen mit Beteiligung von Ländervertreterinnen und -vertretern zu koppeln (AG GPRS-Sitzung, Bund-Länder-Workshop des Robert Koch-Instituts, Fachkongresse). Die Arbeitstreffen dienten der Vereinbarung und Aufteilung von Arbeitspaketen sowie deren gemeinsamer Erörterung bei den nachfolgenden Terminen. Die Beteiligung war bei allen Treffen, mit Vertreterinnen und Vertretern von 7 bis 12 Ländern und des Robert Koch-Instituts, hoch.

2.2 Verhältnis von Gesundheits-, Präventions- und Interventionsberichterstattung

Es bestand Konsens innerhalb der Unterarbeitsgruppe, dass sich eine Präventionsberichterstattung nicht allein auf die bisherige Gesundheitsberichterstattung beschränken kann, auch wenn es große thematische Schnittmengen zwischen beiden gibt. Inwiefern die Präventionsberichterstattung als eigenständiger Bereich der Berichterstattung oder als eine Erweiterung der bestehenden Gesundheitsberichterstattung zu sehen ist, wurde von den Mitgliedern der Unterarbeitsgruppe unterschiedlich beurteilt.

In der Präventionsberichterstattung im engeren Sinne stehen in erster Linie nicht Morbidität und Mortalität im Mittelpunkt, sondern Gesundheitsdeterminanten (Verhältnisse, Verhalten, Ressourcen und so weiter). Jedoch sind Indikatoren zu Gesundheitsdeterminanten derzeit noch nicht ausreichend verfügbar und müssen daher perspektivisch (weiter)entwickelt werden. Die Präventionsindikatoren sind als eine wichtige Säule für die Steuerung und Koordinierung von Strukturaufbau und -ausbau und anderen Interventionsmaßnahmen zu betrachten. Der Wirkungszusammenhang der Indikatoren im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention sollte – soweit möglich – geklärt werden. Dabei ist die Kategorisierung als Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikator teilweise abhängig von der Betrachtungsperspektive. Es wurde als wichtig erachtet, die Ergebnisindikatoren auch mit den vorhandenen Strukturen und Prozessen in Beziehung zu setzen.

Die (zukünftige) Präventionsberichterstattung der Länder bewegt sich im Spannungsfeld zwischen einer idealtypischen, umfassenden Darstellung präventionsrelevanter Indikatoren auf Länderebene und der Realisierbarkeit vor dem Hintergrund der Datenverfügbarkeit und der strukturellen Rahmenbedingungen der Ländergesundheitsberichterstattung. Es wurde als unrealistisch angesehen, ein umfassendes, allgemeinverbindliches Indikatorenmodell für alle potentiell relevanten Themenfelder unter Berücksichtigung der landes- und regionalspezifischen Rahmenbedingungen zu erarbeiten und im Weiteren auch zu bedienen.

Ein weiterer Baustein in der Berichterstattung ist die Darstellung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Interventionsberichterstattung). Hier gibt es bereits Ansätze auf Länderebene (zum Beispiel Präventionserhebung in Bayern, interne Interventionsberichterstattung der Landesgesundheitskonferenz Berlin), die jedoch methodische Schwierigkeiten bezüglich der vollständigen Erfassung aller Aktivitäten sowie der Einschätzung von Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen offenbaren. Zu dem Thema Erhebung von Maßnahmen und Wirkungsindikatoren hat eine Vertreterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung an einer Sitzung der Unterarbeitsgruppe teilgenommen. Die Mitglieder der Unterarbeitsgruppe sind im Laufe des Prozesses zu dem Schluss gekommen, dass eine Erhebung beziehungsweise die Dokumentation von Maßnahmen („Interventionen“) grundsätzlich ein wichtiger Aspekt ist. Sie sahen jedoch die Erarbeitung von Indikatoren zu Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund der Komplexität und Vielfalt von Methoden, Maßnahmen und Akteursgruppen sowie angesichts der offenen methodischen Fragen im Rahmen des derzeitigen Arbeitsauftrags der Unterarbeitsgruppe als nicht leistbar an. Das Thema wurde daher für eine spätere Befassung im Rahmen der AG GPRS zurückgestellt.

2.3 Auswahl der Themenfelder

Für einen ersten Überblick wurde zunächst eine Abfrage innerhalb der Unterarbeitsgruppe nach in den jeweiligen Ländern relevanten Themenfeldern mit Bezug zum Präventionsgesetz oder ähnlichen Bezügen auf Länderebene (Gesundheitszielprozesse, Landesrahmenvereinbarungen, Landespräventionskonzept, Entschließung der Landesgesundheitskonferenz) durchgeführt.

Die in der Länderumfrage am häufigsten benannten Themenfelder entstammten dem Bereich des Gesundheits- (Bewegung, Ernährung) und Risikoverhaltens (Tabak- und Alkoholkonsum) sowie den psychosozialen Ressourcen beziehungsweise der psychosozialen Gesundheit. Mit Blick auf Ressourcen wurde die Aufnahme des noch relativ jungen Themenfeldes Gesundheitskompetenz befürwortet.

Auch die Primärprävention durch Impfen wurde häufig benannt. Für eine Aufnahme spricht, dass durch das Präventionsgesetz Impfungen als Präventionsmaßnahme explizit gestärkt worden sind.

Neben den verhaltensbezogenen Themen wurden von vielen Ländervertreterinnen und -vertretern jedoch auch ausgewählte klassische Indikatoren zum Gesundheitszustand im Sinne des Endpunkts Krankheitslast als relevant erachtet. Hier wurden Themenfelder ausgewählt, die in einem engen Wirkungsbezug zum Gesundheits- beziehungsweise Risikoverhalten stehen: Übergewicht und Adipositas, Diabetes-, Herz-Kreislauf- und Krebs-Erkrankungen und psychische Störungen. Die Lebenserwartung, gesunde Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit wurden im Bereich der Mortalität als globale Endpunkte gesehen.

Die soziale Ungleichheit wurde als Querschnittsthema benannt, das über den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit, Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten oder die Erhöhung der Chancengleichheit in Bezug auf soziale Lage konkretisiert und als eigenes Themenfeld „Kontextfaktoren“ verankert wurde.

Im Prozess der Indikatorenauswahl wurde das Themenfeld Lebensweltfaktoren zur Bündelung von Indikatoren etabliert, in dem die Struktur- beziehungsweise Prozessindikatoren in Lebenswelten über Grenzen der Themenfelder hinweg dargestellt werden und deshalb nicht einem einzigen Themenfeld zugeordnet werden können (zum Beispiel Landesprogramme zur Gesundheitsförderung in Kitas).

Die von einzelnen Ländern angesprochenen Themen Zahn- beziehungsweise Mundgesundheit sowie Unfälle wurden angesichts der seltenen Nennung sowie der Notwendigkeit der Themeneingrenzung nicht in den derzeitigen Kreis der Themen aufgenommen, was eine Entwicklung von Indikatoren in diesen Bereichen zu einem späteren Zeitpunkt jedoch explizit nicht ausschließt. Das gleiche gilt auch für den Bereich der muskuloskelettalen Gesundheit.

2.4 Kriterien für die Indikatorenauswahl

Vor dem bereits eingangs erwähnten Spannungsfeld zwischen einer idealtypischen, umfassenden Darstellung präventionsrelevanter Indikatoren auf Länderebene und deren Realisierbarkeit unter den gegebenen Bedingungen ergab sich die Notwendigkeit einer Begrenzung des Umfangs des Indikatorensystems.

Auf Basis des „ZWERG“-Schemas (**Z**entrale Bedeutung, **W**irtschaftlichkeit, **E**infachheit, **R**echtzeitigkeit, **G**enauigkeit) wurde ein Kriterienkatalog erarbeitet, der für die Bewertung und Auswahl der Indikatoren herangezogen wurde (13). Darüber hinaus wurden Kriterien für die Zusammenstellung des Gesamtsystems an Indikatoren erarbeitet.

Die Auswahl der Indikatoren erfolgte in einem mehrschrittigen Prozess (1.) durch die bearbeitenden Länder, (2.) in einer Diskussion und Bewertung in Kleingruppen und (3.) in der abschließenden gemeinsamen Diskussion und Entscheidung nach dem Mehrheitsprinzip in der Gesamtgruppe der in der Unterarbeitsgruppe vertretenen Länder.

Die ausgewählten Indikatoren sind als eine erste Grundlage zu verstehen, die zukünftig weiterentwickelt werden kann und soll.

2.5 Kriterien für die Basisindikatoren

Dem Konzept der sogenannten Länderindikatoren im Indikatorensatz der Länder für die Gesundheitsberichterstattung folgend (14), wurden aus der Gesamtheit der erarbeiteten Präventionsindikatoren sogenannte Basisindikatoren ausgewählt. Die Priorisierung stellt eine Bewertung auf Basis der ZWERG-Kriterien im Vergleich zu den übrigen Indikatoren dar (13). Die Basisindikatoren werden vorrangig zur Befüllung mit zugrundeliegenden Daten empfohlen.

Zur Auswahl der Basisindikatoren wurde ein Indikatorenrating durchgeführt. Jedes Bundesland bewertete für jeden Indikator mit einem Wert zwischen 3 "stimme zu" und 0 "stimme nicht zu", ob dieser unter Berücksichtigung der ZWERG-Kriterien ein Basisindikator sein sollte. An dem Indikatorenrating haben sich 11 von 14 Ländern und das Robert Koch-Institut beteiligt. Für jeden Indikator wurde der Mittelwert gebildet und der Indikator einer von drei Punktwertkategorien zugeordnet (weniger als 1,0 Punkt (rot), 1,0-2,0 Punkte (gelb), mehr als 2,0 Punkte (grün)). Indikatoren in der roten Kategorie wurden in der anschließenden Diskussion zu den Basisindikatoren nicht mehr betrachtet. Die endgültige Auswahl der Basisindikatoren erfolgte auf Basis der Indikatoren der grünen Kategorie, die je nach Diskussion und entsprechender Begründung noch reduziert beziehungsweise durch Indikatoren aus der gelben Kategorie ergänzt wurden. In Fällen, in denen kein Konsens erzielt werden konnte, erfolgte die Entscheidung nach dem Mehrheitsprinzip.

2.6 Konzept für die Entwicklungsindikatoren

Im Rahmen der Erarbeitung der Indikatoren in den einzelnen Themenfeldern zeigte sich an mehreren Stellen eine Diskrepanz zwischen den Informations- beziehungsweise Datenbedarfen und deren Realisierbarkeit. Um nicht auf dem Status quo zu verharren, wurden daher auch Indikatoren aufgenommen, für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen und die zum Teil noch nicht einmal genau operationalisiert werden konnten, auch wenn grundlegende Konzepte existierten (zum Beispiel Indikator 5.2 Walkability). Diese Indikatoren erfüllten damit wesentliche Aspekte der ZWERG-Kriterien (noch) nicht, wurden aber aufgrund ihrer hohen inhaltlichen Relevanz in das Indikatorenset aufgenommen und als sogenannte „Entwicklungsindikatoren“ gekennzeichnet.

2.7 Perspektive Gesundheitsförderung

Die Präventionsindikatoren sollen eine Planungsgrundlage für Akteursgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention bieten. Aus diesem Grund wurde im Herbst 2019 das bis dahin erarbeitete Indikatorensystem in der Entwurfsfassung von einigen Ländervertreterinnen und -vertretern den Akteursgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention auf Landes- und kommunaler Ebene zur Diskussion und Rückmeldung vorgestellt und so die Perspektive der späteren Nutzerinnen und Nutzern eingeholt. Leitfragen für die Diskussion waren:

- Welche Indikatoren sind wichtig für die Planung und das Monitoring von Gesundheitsförderung und Prävention?
- Passen die Themenfelder/ Indikatoren zu Zielsetzungen in Gesundheitsförderung und Prävention?
- Sind die Indikatoren durch Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention unmittelbar/ mittelbar beeinflussbar („Prävenierbarkeit“)?

Die Perspektive aus der Sicht von Akteursgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention aus verschiedenen Ländern weist erwartungsgemäß Gemeinsamkeiten, aber auch kontroverse Aspekte auf.

Allen gemeinsam war der Bedarf einer Fokussierung der Indikatoren auf Ressourcen, Strukturen und Verhältnisse, die direkt durch Gesundheitsförderung und Prävention beeinflussbar sind und die damit deutlich über die bisherigen Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung hinausgehen. Auch der Wunsch nach Daten zu verfügbaren Angeboten und Angebotsstrukturen der Gesundheitsförderung, nach Möglichkeit auch differenziert nach bestimmten Zielgruppen, wurde von allen geteilt. Darüber hinaus unterstrichen alle Akteursgruppen den Bedarf an kleinräumigen, nach Zielgruppen differenzierbaren Daten.

Die Auswahl von krankheitsbezogenen Themenfeldern wurde hingegen von einigen Akteursgruppen begrüßt, von anderen als entbehrlich im Kontext der Präventionsberichterstattung kritisiert. Dies spiegelte sich auch in Vorschlägen für weitere Themenfelder und Indikatoren wieder. Hier wurden unter anderem die soziokulturelle, physische und sozioökonomische Umwelt, soziale und kommunale Netzwerke, Ressourcenausstattung in den Settings, Teilhabe, Mundgesundheit, Aspekte ärztlicher Versorgung, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, Medienkonsum, hitzebedingte Gesundheitsrisiken, Demenz sowie Stürze beziehungsweise Sturzprophylaxe benannt.

Ferner wurde vorgeschlagen, Strukturindikatoren wie zum Beispiel das Vorhandensein von Gesundheitsförderungsprogrammen in bestimmten Settings, nicht in Form von „Abhak-Indikatoren“ (zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement vorhanden ja/nein) zu definieren, sondern über Subindikatoren zu qualitativen Kriterien zu spezifizieren. Dabei wurde auf die Herausforderung verwiesen, bei sehr unterschiedlichen

Gesundheitsförderungsstrukturen in den Ländern, eine Vergleichbarkeit der Indikatoren auf Länderebene herzustellen.

Zusammenfassend wurde mehrheitlich die Auffassung geteilt, dass sich Effekte durch Gesundheitsförderung und Prävention langfristig in den durch die vorgeschlagenen Indikatoren gesammelten Daten grundsätzlich zeigen müssten, die Indikatoren aber unter Berücksichtigung der angesprochenen Bedarfe und Aspekte weiterentwickelt werden sollten.

Die Rückmeldungen wurden bei der weiteren Bearbeitung und Finalisierung des Präventionsindikatorensystems diskutiert und aufgegriffen – sofern dazu ein Konsens erzielt werden konnte.

3 Vorstellung der Präventionsindikatoren

Die Mitglieder der Unterarbeitsgruppe wählten insgesamt 14 Themenfelder für die Präventionsindikatoren aus, die aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention zunächst priorisiert werden sollten (**Abbildung 1**). Für jedes Themenfeld erfolgte anschließend die Auswahl von Präventionsindikatoren. Die Themenfeldsortierung ist an das Mehrebenen-Wirkungsmodell zu den Gesundheitsdeterminanten von Dahlgreen und Whitehead angelehnt (8). Es folgt der Logik, dass außen die von den Krankheitsendpunkten am weitesten entfernten verhältnisbezogenen Themenfelder „Kontextfaktoren“ und „Lebensweltfaktoren“ sowie das Themenfeld „Psychosoziale Ressourcen“ verortet werden, gefolgt von den intermediären verhaltensbezogenen Themenfeldern und den innen stehenden krankheitsbezogenen Themenfeldern, die das Ende der Wirkungskette darstellen. Die verhältnisbezogenen Themenfelder enthalten überwiegend Struktur- und Ressourcenindikatoren, die jeweils für mehrere nachgeordnete Themenfelder relevant sind. Die krankheitsbezogenen Themenfelder enthalten überwiegend Ergebnisindikatoren, die durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beeinflusst werden sollen. In den intermediären verhaltensbezogenen Themenfeldern sind sowohl Struktur- und Prozessindikatoren als auch Ergebnisindikatoren enthalten. Zum Beispiel enthält das Themenfeld Bewegung die Strukturindikatoren „Fahrradfreundlichkeit“ und „Walkability“ sowie Ergebnisindikatoren im Bereich Bewegung wie die Prävalenz transportbezogener körperlicher Aktivität (Radfahren und zu Fuß gehen um von Ort zu Ort zu gelangen).

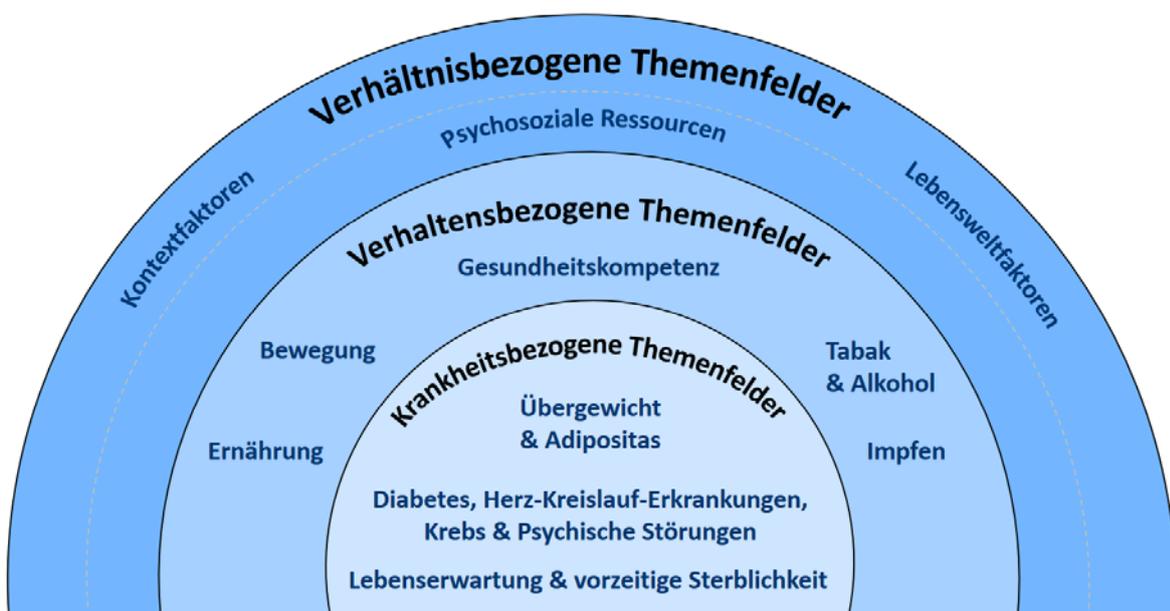


Abbildung 1: Übersicht und theoretische Einordnung der Themenfelder der Präventionsindikatoren, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (8)

Im folgenden Abschnitt werden die Themenfelder kurz vorgestellt und die den Themenfeldern zugeordneten Einzelindikatoren bezeichnet und definiert. Eine Gesamtliste der Indikatoren befinden sich im Anhang dieses Berichts (**Anhang 1**). Auch innerhalb der Themenfelder sind die Indikatoren nach der Logik geordnet, dass die Struktur- und Prozessindikatoren zuerst gelistet werden und die Ergebnisindikatoren zuletzt.

3.1 Themenfeld 1 – Kontextfaktoren

Die Gesundheit der Bevölkerung steht in engem Zusammenhang mit sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit. Je größer die soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft ist, desto größer ist die gesundheitliche Ungleichheit (15, 16), denn soziale Ungleichheit hat Auswirkungen auf die Verteilung von Gesundheitschancen und -risiken: Je schlechter die soziale Lage eines Menschen ist, desto ausgeprägter sind die Krankheits- und Sterberisiken in jeder Lebensphase (17, 18).

Im Präventionsgesetz hat die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention folgerichtig einen hohen Stellenwert erhalten. Bereits im ersten Absatz des Gesetzes heißt es: „Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ (§ 20 Absatz 1 SGB V).

Für die Präventionsberichterstattung ist daher die Betrachtung der sozialen Rahmenbedingungen und der sozioökonomischen Ausgangslage von besonderer Bedeutung. Regionale oder kleinräumige Unterschiede der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung lassen sich nicht ohne Berücksichtigung sozioökonomischer Kontextfaktoren wie Bildung, Einkommen und Beschäftigung interpretieren. Die Nutzung kontextbezogener Indikatoren ist darüber hinaus unverzichtbar für die Identifikation von benachteiligten (deprivierten) Kommunen und Sozialräumen, da diese einen erhöhten Bedarf an (politikfeldübergreifenden) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention haben. Neben den sozioökonomischen Kontextfaktoren spielen auch kulturelle und ökologische Faktoren eine Rolle. Um beispielsweise die (ungleichen) Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit zu untersuchen und Präventionspotenziale aufzuzeigen, ist zukünftig eine stärkere Betrachtung der Umweltgerechtigkeit nötig (19).

Tabelle zum Themenfeld 1 – Kontextfaktoren

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
1.1	Sozioökonomische Deprivation: Der „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) operationalisiert regionale Deprivation multidimensional auf Bevölkerungsebene über die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen.	Basisindikator ^{a)}
1.2	Alleinerziehende Familien: Eltern-Kind-Gemeinschaften mit mindestens einem minderjährigen Kind, aber ohne Ehepartner oder Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt.	Basisindikator
1.3	Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II: Anteile Leistungsberechtigter nach SGB II unter 15 Jahren je 100 Einwohnerinnen und Einwohnern unter 15 Jahren.	Basisindikator
1.4	Schulabgänger und Schulabgängerinnen ohne Schulabschluss: Anteil der Schulabgänger/innen ohne Hauptschulabschluss an allen Abgänger/-innen von allgemeinbildenden Schulen am Ende des jeweiligen Schuljahres.	Basisindikator
1.5	Arbeitslosenquote: Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtzahl der zivilen Erwerbspersonen.	
1.6	Kinderarmutsrisikoquote: Anteil der 0- bis 6-jährigen Kinder, die in Haushalten leben, deren Äquivalenzeinkommen unterhalb der Armutrisikoschwelle liegt (< 60 % des mittleren Äquivalenzeinkommens).	

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.2 Themenfeld 2 – Lebensweltfaktoren

Die Verhältnisse, in denen Menschen leben, wohnen und arbeiten, beeinflussen deren Gesundheitsverhalten, Gesundheitschancen und gesundheitsbezogene Lebensqualität (20). Gesundheitsförderung und Prävention folgen dem Grundsatz, dass gesunde Entscheidungen zu einfachen Entscheidungen gemacht werden sollten und die Lebenswelten (Verhältnisse/Settings), in denen Menschen leben und arbeiten, gesundheitsförderlich gestaltet werden sollten (11, 21–23).

Der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten gehört nach dem durch das Präventionsgesetz geänderten § 20a SGB V zu den Aufgaben der Krankenkassen gegebenenfalls in gemeinsamer Zuständigkeit mit anderen Trägern (1).

In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz werden als besonders bedeutsame Lebenswelten Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen und Hochschulen, Betriebe sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige benannt (3). Bei der Identifikation von Kommunen mit einem hohen Bedarf an lebenswelt- beziehungsweise verhältnisbezogenen Maßnahmen sollen laut den Bundesrahmenempfehlungen unter anderem die im Rahmen der Gesundheits- und Sozialberichterstattung erhobenen Daten der Länder berücksichtigt werden (3). Diesbezüglich geeignete Indikatoren finden sich im Themenfeld Lebensweltfaktoren.

Im Themenfeld Lebensweltfaktoren sind allgemeine, übergeordnete Lebensweltindikatoren enthalten, die keinen Bezug zu einem spezifischen Themenfeld aufweisen. Spezifische Lebensweltindikatoren mit Themenfeldbezug sind den nachgeordneten Themenfeldern zugeordnet, zum Beispiel ist der Indikator „Walkability“ dem Themenfeld Bewegung zugeordnet.

Tabelle zum Themenfeld 2 – Lebensweltfaktoren

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
2.1	Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Schule: Die Existenz von Landesprogrammen zur Gesundheitsförderung in Schulen in den Ländern. Der Anteil der Schulen mit Teilnahme am Landesprogramm an allen Schulen in der betrachteten Region.	Basisindikator ^{a)}
2.2	Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Kita: Die Existenz von Landesprogrammen zur Gesundheitsförderung in Kitas in den Ländern. Der Anteil der Kitas mit Teilnahme am Landesprogramm an allen Kitas in der betrachteten Region.	Basisindikator
2.3	Grad der Verstädterung: Gebietseinteilung auf Gemeindeebene anhand eines Verstädterungsgrades nach Eurostat in drei Gruppen: Städte, kleinere Städte und Vororte und ländliche Gebiete.	Basisindikator
2.4	Erholungsfläche: Erholungsfläche je Einwohner in m ² (potentielle Bewegungsinfrastruktur in der Freizeit) u. a. Grünanlagen einschl. Parks, Schrebergärten und dergleichen sowie Sportflächen und Campingplätze.	Basisindikator
2.5	Betriebliches Gesundheitsmanagement: Anteil der Beschäftigten, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb angeben sowie Anteil der Beschäftigten, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb in Anspruch nehmen.	

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.3 Themenfeld 3 – Psychosoziale Ressourcen

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland werden im Hinblick auf die psychische Gesundheit primär Routinedaten zu Inzidenzen und Prävalenzen von psychischen Erkrankungen herangezogen. Psychosoziale Ressourcen, das Wohlbefinden und die Lebensqualität – im Sinne des salutogenetischen Ansatzes – werden bei diesem eher pathogenetischen Ansatz wenig berücksichtigt. International wird Gesundheit zunehmend im salutogenetischen Sinne verstanden. Ausdruck dafür ist zum Beispiel die Bezeichnung des gesundheitsbezogenen Ziels für nachhaltige Entwicklung, welches „Gute Gesundheit und Wohlbefinden“ heißt (24). Sofern Gesundheit nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit definiert wird, sondern ebenso soziale und psychische Aspekte umfasst, müssen spezifischere Messgrößen der Gesundheit entwickelt werden (25). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand des

(vollkommenen) körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein anhand der Abwesenheit von Krankheit (26). Insbesondere bei der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten spielen der salutogenetische Ansatz und psychosoziale Ressourcen eine entscheidende Rolle (27, 28). Das Ziel ist nicht nur die Verhinderung oder Verzögerung der Entstehung von Krankheiten, sondern auch die unmittelbare Steigerung der psychosozialen Ressourcen, des sozialen Wohlbefindens, der Lebensqualität sowie der Zufriedenheit der Menschen.

Für das Monitoring psychosozialer Ressourcen sind wesentliche Konzepte der Lebenskompetenz, der psychosozialen Gesundheit sowie das Konzept des Wohlbefindens zu berücksichtigen. Lebenskompetenzen können als psychosoziale Fertigkeiten verstanden werden, die Menschen befähigen, mit Anforderungen und Stressoren des täglichen Lebens aus eigener Kraft erfolgreich umzugehen und ihnen einen angemessenen Umgang mit ihren Mitmenschen ermöglichen (29). Ferner können verschiedene psychosoziale Ressourcen herangezogen werden um die psychosoziale Gesundheit zu definieren, die als Faktoren oder Mechanismen verstanden werden, die das persönliche Wachstum fördern und/oder die Gesundheit erhalten und wiederum das psychische Wohlbefinden beeinflussen (30, 31). Psychosoziale Ressourcen, Lebenskompetenz und Gesundheit stehen auch in Verbindung mit dem Konzept der Resilienz. Die Resilienz ist im Allgemeinen als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen zu verstehen und bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen (32, 33). Ressourcen können protektive Faktoren (das heißt Faktoren, die Einfluss nehmen, noch bevor sich potentielle Risikofaktoren pathologisch auswirken) und/oder kompensatorische Faktoren (Faktoren, die ausgleichend wirken, wenn bereits pathologische Entwicklungen vorhanden sind) darstellen (34). Ressourcen stehen zudem in Zusammenhang mit dem psychischen und subjektiven Wohlbefinden einer Person. Das Wohlbefinden kann je nach Perspektive sehr unterschiedlich definiert werden und umfasst je nach Definition auch oben benannte Ressourcen. Das psychische Wohlbefinden kann als Multi-Facetten-Konzept anhand der folgenden sechs Komponenten beschrieben werden: das Streben nach Autonomie (Selbstbestimmung), die eigene Umwelt mitgestalten zu können, das Streben nach persönlichem Wachstum (eigene Fähigkeiten und Potentiale ausschöpfen zu können), Vorhandensein positiver Beziehungen, einen Sinn im Leben zu haben/zur sehen und Selbstakzeptanz (35, 36).

Zur Erfassung psychosozialer Ressourcen im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses – zwischen Pathogenese und Salutogenese – erscheint das Abbilden individueller und sozialer Ressourcen, von Umweltfaktoren sowie des Wohlbefindens, daher von besonderer Wichtigkeit. Aus der psychologischen und medizinischen Forschung wissen wir, dass all diese Faktoren maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Entstehung psychischer Störungen und anderer Erkrankungen haben. Das Themenfeld 3 steht daher in engem Wirkungszusammenhang mit anderen Themenfeldern des Präventionsindikatorensystems.

Tabelle zum Themenfeld 3 – Psychosoziale Ressourcen

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
3.1	Psychosoziale Ressourcen von Kindern und Jugendlichen: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit guter Verfügbarkeit personaler, sozialer und familiärer Ressourcen.	
3.2	Soziale Unterstützung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine starke selbstwahrgenommene soziale Unterstützung erhält.	Basisindikator ^{a)}
3.3	Selbstwirksamkeitserwartung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aufweist.	
3.4	Subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe selbsteingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweist.	Basisindikator
3.5	Subjektiv eingeschätzte seelische Belastung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe selbsteingeschätzte seelische Belastung aufweist.	
3.6	Subjektive Stress-Einschätzung/ chronischer Stress: Anteil der Bevölkerung, welcher selbsteingeschätzt stark durch Stress belastet ist.	Basisindikator
3.7	Berufsbezogenes Stresserleben: Anteil der Bevölkerung, welcher überdurchschnittlich berufsbezogenen Stress erlebt.	

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.4 Themenfeld 4 – Gesundheitskompetenz

Nach dem aktuellen Vorschlag zur Weiterentwicklung der englischsprachigen Definition von „Health Literacy“ der Vorstände des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (DNGK) und des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) ist Gesundheitskompetenz „(...) der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial- und/oder dem Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen“ (37). Die Definition zeigt zum einen, dass Gesundheitskompetenz nicht allein das Gesundheitswesen, sondern auch andere Bereiche wie das Bildungs- und Sozialwesen adressiert. Zum anderen wird deutlich, dass die Verantwortung für die Gesundheitskompetenz nicht allein beim Individuum liegt und dass Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit und unabdingbare Voraussetzung für selbstbestimmte gesundheitsbezogene

Entscheidungen darstellt. Sie hat damit gerade auch in dem Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine hohe Relevanz (38).

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ wurde bereits im Jahr 2003 aufgestellt und in 2011 aktualisiert (39). In den Grundsätzen der Bundesrahmenempfehlungen wird der Aufbau von Gesundheitskompetenz als besonders bedeutsam hervorgehoben und die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist in dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ der Bundesrahmenempfehlungen mitverankert (3). Aufgrund der hohen Bedeutung des Themas für die Gesundheitsförderung und Prävention, hat sich die Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren trotz der noch bestehenden großen Datenlücken dazu entschlossen, das Themenfeld mit aufzunehmen. Das Themenfeld Gesundheitskompetenz ist ein in Deutschland noch vergleichsweise junges Forschungsfeld und die wissenschaftliche Forschung hat in den letzten Jahren die internationale Entwicklung in diesem Bereich aufgegriffen (Impuls unter anderem durch die European Health Literacy Conference 2012). Insgesamt gibt es insbesondere im internationalen Vergleich in Deutschland noch wenige bevölkerungsbezogene Studien, es sind aber weitere in Vorbereitung. Erste Forschungsergebnisse zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weisen auf Handlungsbedarf hin und zeigen einen sozialen Gradienten (40–43). Derzeit existieren wenige Erhebungsinstrumente in deutscher Sprache, die zumeist der Erfassung der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz dienen. Für eine objektive Messung der Gesundheitskompetenz oder von Gesundheitswissen sind aktuell kaum, für die Erfassung von Systembedingungen keine Instrumente verfügbar.

Angesichts dessen, dass derzeit noch Forschungs- und Diskussionsbedarf zu Erhebungsinstrumenten besteht, wurde sich darauf geeinigt, zunächst keine Ergebnisindikatoren zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufzunehmen, sondern den Blick auf strukturelle Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz zu legen. Es gilt das Themenfeld 4 in den nächsten Jahren in Abhängigkeit vom jeweils aktuellen Forschungsstand und der Datenverfügbarkeit auf Ebene der Länder (weiter)zuentwickeln.

Tabelle zum Themenfeld 4 – Gesundheitskompetenz

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
4.1	Gesundheit im Bildungsrahmenplan Kita/Schule: Das Thema Gesundheit ist im Bildungsrahmenplan Kita und im Bildungsrahmenplan der allgemeinbildenden Schulen des jeweiligen Bundeslandes verankert.	Basisindikator ^{a)}

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.5 Themenfeld 5 – Bewegung/ körperliche Aktivität

Die Kombination aus mindestens zweieinhalb Stunden ausdauerorientierter Bewegung und zwei Einheiten Muskelkräftigungsübungen pro Woche zählt zu den wichtigsten Schutzfaktoren für die körperliche und psychische Gesundheit Erwachsener (44–46). Jugendliche sollten sich für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung mindestens eine Stunde pro Tag bewegen und Kinder und Kleinkinder mindestens eineinhalb bis drei Stunden pro Tag (45, 47). Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung erreicht jedoch das empfohlene Mindestmaß an gesundheitsförderlicher Bewegung nicht (48–52). Bewegungsmangel ist deshalb nach Schätzungen der WHO der viertwichtigste Risikofaktor für den Verlust krankheitsadjustierter Lebensjahre weltweit (46, 53).

Dem Wandel der Arbeitswelt und des Mobilitäts- und Sitzverhaltens, welcher zu einem weit verbreiteten Bewegungsmangel im Alltag von Menschen beiträgt, muss durch verstärkte Maßnahmen der Bewegungsförderung in den Lebenswelten entgegenwirkt werden (46, 47, 54, 55). Der Globale Aktionsplan zur körperlichen Aktivität 2018-2030 setzt das Gesundheitsziel eine relative Reduzierung von Bewegungsmangel um 15% bis zum Jahr 2030, im Vergleich zum Basisjahr 2016, zu erreichen (46). Die WHO-Strategie zur Erreichung dieses Ziels favorisiert dabei einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz, der die verhältnisbezogene Bewegungsförderung in den Mittelpunkt stellt (46, 54). In Deutschland gibt es zahlreiche Initiativen und Programme zur Bewegungsförderung, dennoch konstatieren die Autorinnen und Autoren der Nationalen Empfehlung für Bewegung und Bewegungsförderung, dass die Bevölkerung in ihrem Alltagshandeln nur unzureichend erreicht wird (47, S. 8). Ungeachtet der Bedeutung körperlicher Aktivität für alle Altersgruppen kommt den Bewegungsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche eine besondere Rolle zu, da sich im Kindes- und Jugendalter etablierte Verhaltensweisen tendenziell im Erwachsenenalter fortsetzen (56). Bewegungsförderung ist dementsprechend ein wesentlicher Bestandteil des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“, spielt aber auch in den Gesundheitszielen „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund älter werden“ eine wichtige Rolle. Zudem ist Bewegungsförderung ein klassisches Handlungsfeld der Sozialversicherungsträger im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für alle Altersgruppen (1, 3, 39, 57).

Bezüglich der Schaffung bewegungsfreundlicher Lebenswelten gibt es auf der Ebene der Länder und Kommunen noch Handlungsbedarf. In das Themenfeld „Bewegung/ körperliche Aktivität“ sind deshalb sowohl Strukturindikatoren wie „Fahrradfreundlichkeit“ und „Walkability“ aufgenommen worden als auch verhaltensbezogene Ergebnisindikatoren zur körperlichen Aktivität. Erfolge von Maßnahmen zur Bewegungsförderung sollten sich langfristig auch in einer rückläufigen Entwicklung vieler krankheitsbezogener Ergebnisindikatoren widerspiegeln.

Tabelle zum Themenfeld 5 – Bewegung/ körperliche Aktivität

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
5.1	Modal Split: Anteile der Wege pro Verkehrsmittel (zu Fuß, Rad, öffentlicher Personennahverkehr, motorisierter Individualverkehr) sowie Anteile der Personenkilometer pro Verkehrsmittel.	Entwicklungsindikator ^{a)}
5.2	Walkability: Fußgängerfreundlichkeit/ Fußverkehrsinfrastruktur erfasst mithilfe eines Walkability Indexes auf Basis von Selbstangaben/ Geodaten.	Entwicklungsindikator
5.3	Fahrradfreundlichkeit/Fahrradinfrastruktur: Radfahrerfreundlichkeit / Radverkehrsinfrastruktur erfasst mithilfe eines Bikeability-Indexes auf Basis von Selbstangaben/ Geodaten.	Entwicklungsindikator
5.4	Sportinfrastruktur: Anzahl von Sporthallen, Sportplätzen, Schwimmbädern und anderen Sportstätten jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner.	
5.5	Schulsport: Anzahl wöchentlicher Unterrichtsstunden im Fach Sport laut Curriculum sowie Anteil ausgefallener Sportstunden.	Basisindikator ^{b)}
5.6	Thema Bewegung ist Baustein im Bildungsrahmenplan Kita: Thema Bewegung ist im Bildungsrahmenplan für die Kita verankert und mit einem konkreten pädagogischen Konzept unterlegt.	Entwicklungsindikator
5.7	Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die nationalen/ WHO Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erreicht beziehungsweise überschreitet.	Basisindikator
5.8	Transportbezogene körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die Bewegungsempfehlung durch aktive Fortbewegung (zu Fuß gehen, Fahrradfahren) erreicht beziehungsweise überschreitet.	Basisindikator
5.9	Sitzendes Verhalten: Anteil der Bevölkerung mit niedrigen, mittleren und hohen Sitzzeiten an einem typischen Tag.	

^{a)} Entwicklungsindikatoren: Indikatoren, die wichtige inhaltliche Dimensionen darstellen, bei denen aber noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht oder für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen.

^{b)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

Tabelle zum Themenfeld 5 – Bewegung/ körperliche Aktivität - Fortsetzung

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
5.10	Arbeitsbezogene körperliche Aktivität: Anteil der arbeitenden Bevölkerung, welcher während der Arbeit körperlich aktiv/ inaktiv ist.	
5.11	Körperkoordination bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung mit auffälligem Testergebnis Körperkoordination (0-6 Sprünge in 10 Sekunden)	Basisindikator

3.6 Themenfeld 6 – Ernährung

Die Ernährung spielt in jedem Lebensalter eine wichtige Rolle für die Gesundheit (58). Wie beim Thema Bewegung ist auch hier das Kindes- und Jugendalter besonders bedeutsam (59). Erfolge von ernährungsbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sind auf der Bevölkerungsebene in Deutschland bisher kaum erkennbar. Nach wie vor ist der Konsum zuckerhaltiger Getränke hoch (60). Der durchschnittliche Obst- und Gemüsekonsum Erwachsener in Deutschland liegt deutlich unter den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und bei Männer und Frauen unterhalb des EU-Durchschnitts (61–63). Gesundheitsstörungen, bei denen die Ernährung ein relevanter Einflussfaktor ist – wie Diabetes, Bluthochdruck und einige Krebserkrankungen – stagnieren auf hohem Niveau oder nehmen sogar zu (64–66).

Die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens gehört zu den klassischen Säulen der Gesundheitsförderung und Prävention und war lange überwiegend verhaltenspräventiv ausgelegt. Inzwischen sind ernährungsbezogene Maßnahmen in den Settings Kita, Schule und Betrieb häufig auch auf eine Verbesserung des Gemeinschaftsverpflegungsangebots und damit verhältnispräventiv ausgerichtet (2). Die Umsetzung etablierter Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung in Gemeinschaftseinrichtungen findet allerdings nicht flächendeckend statt (67). Ansatzpunkte einer Weiterentwicklung dieses Handlungsfelds bieten gesetzgeberische und politikfeldübergreifende Maßnahmen, die zum Beispiel auf die Zusammensetzung, Verfügbarkeit und Besteuerung von Lebensmitteln sowie auf Werbemaßnahmen (an Kinder gerichtete Werbung, Sponsoring von Sportveranstaltungen und so weiter) gerichtet sind (68). Hiermit konnten international bereits erste Erfolge erzielt werden (69). Weitere Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung dieses Handlungsfeldes werden insbesondere in einer verstärkten Berücksichtigung der Schwangerschaft und frühen Kindheit gesehen, da in dieser Lebensphase die Weichen für das spätere Ernährungsverhalten gestellt werden und epigenetisch wirkende Verhaltens- und Umwelteinflüsse den Stoffwechsel langfristig prägen können (70). Konsentierete Handlungsempfehlungen zur Ernährung von Schwangeren, Stillenden, Säuglingen und Kleinkindern liegen vor (67). Die Entwicklung der Empfehlungen

wurde vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gefördert und vom Netzwerk Gesund ins Leben koordiniert.

Das Themenfeld Ernährung steht in Wirkungszusammenhang mit den drei verhältnisbezogenen Themenfeldern sowie mit allen krankheitsbezogenen Themenfeldern. Des Weiteren bestehen Interaktionen mit den verhaltensbezogenen Themenfeldern Bewegung und Tabak und Alkohol.

Tabelle zum Themenfeld 6 – Ernährung

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
6.1	Stillen: Anteil gestillter Kinder bei der Einschulungsuntersuchung (Stillquote) sowie Anzahl der Monate, die Kinder im Durchschnitt gestillt wurden (Stilldauer).	Basisindikator ^{a)}
6.2	Zertifizierte Stillförderung in Geburtskliniken: Anteil der Geburtskliniken mit zertifizierter Stillförderung im jeweiligen Bundesland.	
6.3	Umsetzung von Ernährungsstandards in Kitas: Anteil der Kitas, die sich verbindlich an den „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen“ orientieren.	Basis- und Entwicklungsindikator ^{b)}
6.4	Umsetzung von Ernährungsstandards in Schulen: Anteil der Schulen, die sich verbindlich an den „DGE-Qualitätsstandards für die Schulverpflegung“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.5	Umsetzung von Ernährungsstandards in Betriebskantinen: Anteil der Betriebe, die sich verbindlich am „DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.6	Umsetzung von Ernährungsstandards in der stationären Seniorenversorgung: Anteil der Einrichtungen, die sich verbindlich am „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.7	Lebensmittelpreise: Verbraucherpreisindizes (VPI) für Obst, Gemüse und Süßwaren (Zucker, Marmelade, Honig und andere Süßwaren) im Vergleich zum VPI für sämtliche Waren und Dienstleistungen des privaten Bedarfs (VPI Gesamt).	Entwicklungsindikator

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

^{b)} Entwicklungsindikatoren: Indikatoren, die wichtige inhaltliche Dimensionen darstellen, bei denen aber noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht oder für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen.

Tabelle zum Themenfeld 6 – Ernährung - Fortsetzung

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
6.8	Obst- und Gemüsekonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher täglich Obst verzehrt, täglich Gemüse verzehrt und täglich Obst oder Gemüse verzehrt.	Basisindikator
6.9	Konsum zuckerhaltiger Getränke/Softdrinks: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens einmal täglich zuckerhaltige Getränke/Softdrinks konsumieren.	Basisindikator

3.7 Themenfeld 7 – Tabak und Alkohol

Tabak- und gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum gehören zu den wichtigsten prävenierbaren Risikofaktoren um die Krankheitslast nichtübertragbarer Erkrankungen zu reduzieren und die Lebenserwartung in der Bevölkerung zu steigern (71–73). Rauchen ist nach Bluthochdruck die zweitwichtigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit und das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko (72). Trotz der Erfolge verschiedener Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums, rauchen in Deutschland noch 19 % der Frauen im Alter ab 15 Jahren und 26 % der Männer (74). Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann. Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum steht in Zusammenhang mit mehr als 200 verschiedenen Gesundheitsstörungen und verursacht Schädigungen Dritter wie körperliche Verletzungen in Folge von Gewalt oder Unfällen, psychische Verletzungen und Belastungen von Partnerinnen und Partnern, Familie und Freunden sowie Schädigungen von Kindern im Mutterleib (75, 76). Der Pro-Kopf-Konsum an Alkohol in Deutschland ist zwar in den letzten Jahren ebenfalls zurückgegangen, er liegt aber immer noch deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder und die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens liegt bei Erwachsenen in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt (63, 77).

Die freiwilligen Gesundheitsziele 2 und 5 des Globalen Aktionsplans nichtübertragbarer Krankheiten der WHO beinhalten die relative Reduktion des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums um 10 % und des Rauchens um 30 % bis zum Jahr 2025, im Vergleich zum Basisjahr 2010 (9). Die Eindämmung des Rauchens, des riskanten Alkoholkonsums und der damit verbundenen Suchterkrankungen sind auch Nationale Gesundheitsziele auf Bundesebene und auf der Ebene der Länder (39). Im Bereich der Tabak- und Alkoholkontrollpolitik belegt Deutschland im internationalen Vergleich die untersten Ränge (78, 79). Es besteht deshalb im Hinblick auf Maßnahmen des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und der Alkoholkontrolle weiterhin großes Präventionspotential und Handlungsbedarf für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Deutschland (80). Das Themenfeld enthält dementsprechende Strukturindikatoren zu Tabak- und Alkoholsteuern und -werbung.

Das Präventionsindikatorensystem beschränkt sich zunächst im Bereich der Suchtprävention auf die beiden Substanzen Tabak und Alkohol, und klammert den Konsum illegaler Drogen aus, weil der Prävention des illegalen Drogenkonsums derzeit keine Priorität im Kontext der Nationalen Präventionskonferenz eingeräumt wird (2, 3). Das Themenfeld Tabak und Alkohol steht im Wirkungszusammenhang mit den verhältnisbezogenen Themenfeldern Kontextfaktoren und Psychosoziale Ressourcen sowie mit den krankheitsbezogenen Themenfeldern Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Psychische Störungen und Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit.

Tabelle zum Themenfeld 7 – Tabak und Alkohol

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
7.1	Tabaksteuer: Mindeststeuersätze, versteuerte Mengen und Steueraufkommen (kassenmäßige Steuereinnahmen) für Tabakprodukte.	
7.2	Alkoholsteuer: Mindeststeuersätze, versteuerte Mengen und Steueraufkommen (kassenmäßige Steuereinnahmen) für Alkohol und alkoholische Erzeugnisse.	
7.3	Tabakwerbung: Werbeausgaben/ -aufwendungen der Tabakindustrie für Tabakprodukte nach Werbeträgern gegliedert gemäß der Tabakrahmenkonvention der WHO.	
7.4	Alkoholwerbung: Werbeausgaben/ -aufwendungen der Alkoholindustrie für alkoholhaltige Getränke nach Werbeträgern gegliedert.	Entwicklungsindikator ^{a)}
7.5	Tabakkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher aktuell und täglich Tabak konsumiert.	Basisindikator ^{b)}
7.6	Alkoholkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher Alkohol in riskanten Mengen konsumiert sowie Anteil der Bevölkerung mit mindestens monatlichem Rauschtrinken.	Basisindikator
7.7	Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Basisindikator

^{a)} Entwicklungsindikatoren: Indikatoren, die wichtige inhaltliche Dimensionen darstellen, bei denen aber noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht oder für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen.

^{b)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

Tabelle zum Themenfeld 7 – Tabak und Alkohol - Fortsetzung

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
7.8	Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Basisindikator
7.9	Alkoholattributable Diagnosen bei den Sterbefällen: Alkoholattributable Diagnosen bei durch Alkohol bedingte Sterbefälle in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Mortalitätsstatistiken.	

3.8 Themenfeld 8 – Impfen

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen der Medizin zur Vermeidung von Infektionskrankheiten. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, geimpfte Menschen vor einer Krankheit zu schützen. Ferner wird durch Herdenimmunität die Gesundheit besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen geschützt. Wenn hohe Durchimpfungsraten erreicht werden ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.

Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den Obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik. Seit 01.03.2020 gilt das Masernschutzgesetz mit entsprechenden Änderungen des IfSG. Ziele des neuen Gesetzes sind die Verbesserung des individuellen Masernschutzes, der Aufbau eines ausreichenden Gruppenschutzes, der Schutz vulnerabler Gruppen und damit die Verbesserung der allgemeinen Impfprävention. Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder eine vom ihm beauftragte Ärztin oder Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die Oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Seit dem Jahr 2007 empfiehlt die STIKO allen Mädchen die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) mit dem Ziel, die Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs zu reduzieren. Die STIKO hat 2018 die Empfehlung auch Jungen zwischen 9 und 14 Jahren gegen HPV zu impfen veröffentlicht, zusammen mit der wissenschaftlichen Begründung für diese Entscheidung (81). Die STIKO empfiehlt die Influenzaimpfung als Standardimpfung für alle Personen ab 60 Jahren (sowie als Indikationsimpfung bei bestimmten Personengruppen). Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko, dass eine Influenza-Erkrankung bei ihnen einen schweren Verlauf nimmt, zu Komplikationen wie Lungenentzündungen oder Herzinfarkt führt oder sogar tödlich verläuft. Die meisten Influenza-Todesfälle treten bei älteren Menschen auf.

Kontext- und Lebensweltfaktoren sowie Gesundheitskompetenz können das Impfverhalten beeinflussen, deshalb besteht eine Verbindung zwischen diesen Themenfeldern. Ferner wirkt sich die Vermeidung von Infektionskrankheiten durch Impfschutz in der Bevölkerung positiv auf die Indikatoren des Themenfeldes 14 Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit aus.

Tabelle zum Themenfeld 8 – Impfen

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
8.1	Impfquoten der von der STIKO empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder mit begonnener und abgeschlossener Grundimmunisierung für die von der STIKO empfohlenen Impfungen.	Basisindikator ^{a)}
8.2	Impfquote vollständige HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren: Anteil der Kinder mit einer vollständigen Impfserie gegen HPV im Alter von 15 Jahren.	
8.3	Gripeschutzimpfung bei Personen ab 60 Jahren: Anteil der erwachsenen Bevölkerung ab 60 Jahren mit einer Gripeschutzimpfung.	

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.9 Themenfeld 9 – Übergewicht und Adipositas

Das Körpergewicht spielt eine zentrale Rolle für die Gesundheit (82, 83). Vor allem die Adipositas (starkes Übergewicht) stellt einen wichtigen krankheitsnahen Risikofaktor dar (72, 83). Bereits im Kindesalter kann Adipositas mit Gesundheitsfolgen einhergehen wie zum Beispiel Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädischen Problemen oder erhöhtem Blutdruck (84). Im weiteren Lebensverlauf ist Adipositas ein Risikofaktor für weit verbreitete chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und bestimmte Krebserkrankungen (85). Darüber können Übergewicht und Adipositas zu einer Überlastung des Knochen- und Bandapparats führen und zu arthrotischen Gelenkschäden beitragen (86). Insbesondere bei sehr hohen Übergewicht ist auch die Sterblichkeit erhöht (72). Das andere Extrem ist Untergewicht, das ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen führen kann (82). Die Adipositas-Prävalenz Erwachsener in Deutschland liegt bei Frauen und Männern bei 18 % und damit in etwa im EU-Durchschnitt (63, 87).

Die Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen spielt in dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ eine zentrale Rolle (39). Auch in den Bundesrahmenempfehlungen ist die Übergewichts- und Adipositasvermeidung von großer

Bedeutung, zum Beispiel bei der Bewegungsförderung und der qualitätsorientierten Gemeinschaftsverpflegung in den Lebenswelten (3). Der Nationale Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung- hat das Ziel der Entstehung von Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten entgegenzuwirken. Im Rahmen der Prävention ist die Adipositasprävalenz innerhalb der Bevölkerung als Ergebnisindikator präventiver Maßnahmen zu werten. Zur Definition der Gewichtskategorien Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) benutzt.

Die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas hängt vom individuellen Ernährungs- und Bewegungsverhalten ab. Dieses wird maßgeblich von den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Wohnumwelt beeinflusst. Diese Faktoren sind wiederum abhängig von den jeweiligen sozioökonomischen Rahmenbedingungen (88–90). So sind Übergewicht und Adipositas bei Personen in benachteiligten Lebenslagen stärker verbreitet (91). Dies bedeutet, dass der BMI sowohl im Kontext des individuellen Verhaltens als auch der Verhältnisse zu sehen ist und Präventionsansätze beide Bereiche im Blick haben sollten. Demgemäß steht das Themenfeld Übergewicht und Adipositas als zentraler intermediärer Faktor in Wirkungsbeziehung zu zahlreichen Themenfeldern des Präventionsindikatorensystems.

Tabelle zum Themenfeld 9 – Übergewicht und Adipositas

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
9.1	Body-Mass-Index Erwachsene: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Body-Mass-Index-Kategorien der WHO.	Basisindikator ^{a)}
9.2	Body-Mass-Index Kinder: Anteil der Kinder mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei der Einschulungsuntersuchung nach Kromeyer-Hauschild.	Basisindikator

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.10 Themenfeld 10 – Diabetes

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Stoffwechselerkrankung mit verminderter Produktion beziehungsweise Wirkung des blutzuckersenkenden Hormons Insulin. Das Resultat ist ein dauerhaft erhöhter Blutzuckerspiegel, der Blutgefäße sowie Nerven schädigt. Typ 2 Diabetes kann zu zahlreichen Folgeerkrankungen führen, wie beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung, diabetische Neuropathie und diabetisches Fußsyndrom (92). Als Folge gehen Typ 2 Diabetes und ein dauerhaft erhöhter Blutzuckerspiegel mit einer deutlich verkürzten Lebenszeit und erhöhter vorzeitiger Sterblichkeit einher (72, 92). Als

„Volkskrankheit“ stellt Typ 2 Diabetes eine der häufigsten chronischen, nicht-übertragbaren Erkrankungen des Erwachsenenalters dar. Die Prävalenz des Typ 2 Diabetes nimmt seit Jahren zu, ein weiterer Anstieg wird prognostiziert, auch aufgrund der Alterung der Gesellschaft (93). Die 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland liegt bei 7,0 % bei Frauen und 8,6 % bei Männern (65).

Das Nationale Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ existiert seit dem Jahr 2003 und ist Ausdruck der hohen gesundheitspolitischen Priorität der Typ 2 Diabetes-Prävention (39). Die Reduktion der Inzidenz (Neuerkrankungsrate) des Typ 2 Diabetes ist Teil des Nationalen Gesundheitsziels zu Diabetes (39). Die Inzidenz des Typ 2 Diabetes ist eng mit dem Auftreten der Risikofaktoren für Typ 2 Diabetes verknüpft und stellt einen Ergebnisindikator im Zusammenhang mit präventiven Maßnahmen zur Reduktion von Diabetesrisiken beziehungsweise letztendlich des Typ 2 Diabetes dar. Zu beachten ist allerdings, dass die Inzidenz auch abhängig von der Versorgung (Früherkennungsmaßnahmen) und dem damit verbundenen Aufdecken eines unbekanntes Typ 2 Diabetes ist. Die Prävalenz (Häufigkeit) des Diabetes in der Bevölkerung ist ein Basisindikator der Krankheitslast. Sie hängt sowohl von der Diabetes-Inzidenz als auch von der Diabetes-Mortalität ab. Letztere ist eng mit der Versorgung, inklusive der Tertiärprävention von Folgeerkrankungen, verknüpft. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings auf Bundesebene wird derzeit am Robert Koch-Institut eine „Nationale Diabetes Surveillance“ für Deutschland etabliert, der die Definitionen der aufgeführten Indikatoren zu Inzidenz und Prävalenz des Diabetes entnommen sind (94, 95).

Zu den prävenierbaren Einflussfaktoren des Typ 2 Diabetes gehören vor allem eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht beziehungsweise Adipositas, Tabakkonsum und Stress (96). Individuelles Verhalten findet immer im Kontext der Verhältnisse statt und wird zum Beispiel durch soziale Aspekte, das kulturelle Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen oder Faktoren der physikalischen Umwelt mitbedingt. Typ 2 Diabetes und seine Risikofaktoren treten häufiger bei Personen in benachteiligten Lebenslagen auf (97). Daher sind neben dem individuellen Verhalten auch Verhältnisaspekte wichtige Ansatzpunkte für dessen Prävention. Dementsprechend steht das Themenfeld Diabetes im Wirkungszusammenhang zu zahlreichen o.g. Themenfeldern des Präventionsindikatorensystems.

Tabelle zum Themenfeld 10 – Diabetes

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
10.1	Diabetes-Inzidenz: Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer Neuerkrankung des dokumentierten Diabetes an allen erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten eines Jahres ohne dokumentierte Diabetesdiagnose im Vorjahr.	
10.2	Diabetes-Prävalenz: Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer stationär dokumentierten Diagnose oder mindestens zwei ambulant gesicherten Diagnosen bezogen auf alle erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten eines Jahres.	Basisindikator ^{a)}

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.11 Themenfeld 11 – Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle verursachten im Jahre 2017 mit 417 Sterbefällen je 100.000 Einwohner insgesamt 37 Prozent aller Sterbefälle (98). Damit sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin die führende Todesursache in Deutschland, wengleich in Ländern mit hohem Einkommen insgesamt ein Rückgang der Sterberaten zu beobachten ist (99). Im Jahr 2015 betragen die durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland verursachten Krankheitskosten 46,4 Milliarden Euro. Dies ist mit einem Anteil von 13,7 % an den Gesamtkosten die ICD-10 Hauptdiagnosegruppe mit den höchsten Kosten im Gesundheitswesen (100). Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten im Durchschnitt früher im Lebensverlauf auf als beispielweise Krebserkrankungen.

Aufgrund der hohen Letalitätsrate und der hohen Krankheitskosten haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahrzehnten eine hohe gesundheitspolitische Priorität. Das freiwillige Gesundheitsziel der WHO die vorzeitige Sterblichkeit an nichtübertragbaren Krankheiten um 25 % bis 2025, im Vergleich zum Basisjahr 2010, zu reduzieren, ist Ausdruck davon (9). Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen sowie Übergewicht und Adipositas zählen zu den wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (101–104). Diese Faktoren sind deshalb wichtige Aktionsfelder der sekundären Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Leitlinie zur „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ soll, auf Basis der Europäischen Richtlinie 2016 zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der klinischen Praxis, Ärztinnen und Ärzten auf der Grundlage des aktuellen Erkenntnisstandes Entscheidungsfindungen zum Wohle ihrer Patientinnen und Patienten erleichtern (105, 106). Insbesondere kommt der Behandlung und Kontrolle des Bluthochdrucks eine große Bedeutung zu, da Bluthochdruck nach Schätzungen der Global Burden of Disease Studie 2017 weltweit das größte attributable Risiko für den Verlust krankheitsadjustierter Lebensjahre unter allen bekannten

Risikofaktoren darstellt (72). Daher wird Bluthochdruck als Basisindikator für dieses Themenfeld geführt.

Tabakkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum und Stress sind die wichtigsten verhaltensbezogenen Risikofaktoren, die Ansatzpunkte für primärpräventive Maßnahmen bieten. Diese sind einzeln betrachtet und in Kombination für das Gesundheitsmonitoring von großer Bedeutung (107–109). Individuelles Verhalten wird allerdings durch Kontext- und Lebensweltfaktoren mitgeprägt. Die Wirkungskette beginnt demzufolge bereits bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei Frauen) und deren kardiometabolische und verhaltensbezogene Risikofaktoren treten häufiger bei Personen in sozial benachteiligten Lebenslagen auf. Unterschiede in der Prävalenz zeigen sich auch auf regionaler Ebene, bedingt durch regionale Unterschiede in der Sozialstruktur und den Lebensbedingungen (64, 108, 110–112). Die relativen Ungleichheiten für einige dieser Risikofaktoren haben sich in den letzten Jahren in Deutschland vergrößert (91, 97, 113, 114). Demzufolge sind neben dem individuellen Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung auch Kontext- und Lebensweltaspekte als wichtige Aktionsfelder für die Gesundheitsförderung und Prävention zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu berücksichtigen. Die Indikatoren dieses Themenfeldes sind im Kontext anderer Themenfelder als Ergebnisindikatoren am Ende der Wirkungskette verortet.

Tabelle zum Themenfeld 11 – Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
11.1	12 Monats-Prävalenz Bluthochdruck: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten.	Basisindikator ^{a)}
11.2	12 Monats-Prävalenz Koronare Herzkrankheit: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten koronaren Herzkrankheit in den letzten 12 Monaten.	
11.3	12 Monats-Prävalenz Schlaganfall: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten Schlaganfall in den letzten 12 Monaten.	
11.4	Hospitale Morbidität Herzinfarkt, Angina Pectoris und Schlaganfall: Vollstationäre Behandlungsfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt, Angina Pectoris und Hirninfarkt je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.12 Themenfeld 12 – Krebs

Krebserkrankungen sind schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankungen. Bisher sind mehr als 200 verschiedene Arten von Krebserkrankungen bekannt. Jährlich wird bei rund 490.000 Personen in Deutschland eine Krebserkrankung diagnostiziert (115). Am häufigsten handelt es sich dabei um Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs (66, 115). Mehr als 220.000 Menschen in Deutschland sterben pro Jahr an Krebs (98). Krebserkrankungen sind damit nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (98). Ebenso wie die Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt die Verbreitung von Krebserkrankungen mit zunehmender Alterung der Gesellschaft zu. Krebserkrankungen treten im Durchschnitt später im Lebensverlauf auf als Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sterbefälle aufgrund von Krebserkrankungen treten jedoch im Durchschnitt früher auf, sodass mehr verlorene Lebensjahre auf Krebserkrankungen als auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind (115, S. 143).

Aufgrund der großen Verbreitung haben Krebserkrankungen eine große gesundheitspolitische Priorität. Bereits 2003 wurde „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ zum Nationalen Gesundheitsziel erklärt (39). Präventive Maßnahmen können das Risiko, im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken, senken (116, 117). Der Einfluss zahlreicher Faktoren, die zur Entstehung von Krebs beitragen können, lässt sich durch Gesundheitsförderung und Prävention geringhalten. Als eine Hauptursache für die Krebsentstehung gilt Tabakrauch (118). Deshalb ist das Nichtrauchen ein zentrales Ziel der Primärprävention von verschiedenen Krebserkrankungen, insbesondere von Lungenkrebs. Ebenfalls zur Primärprävention von Krebserkrankungen gehört die HPV-Impfung. Sie schützt vor einer Infektion mit Papillomviren des Typs 16 und des Typs 18, die für etwa 70% aller Gebärmutterhalskarzinome verantwortlich sind (119). Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut empfiehlt, alle Mädchen und Jungen zwischen 9 und 14 Jahren gegen HPV zu impfen (81, 119). Die sekundäre Prävention ist auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtet (120). Viele Krebserkrankungen sind heilbar oder mit sehr guten Überlebensaussichten verbunden, wenn sie in einem frühen Stadium festgestellt werden. Durch Maßnahmen der Krebsfrüherkennung können prognostisch günstigere Vor- oder Frühstadien bestimmter Krebserkrankungen erkannt – und daher frühzeitig behandelt – werden (117). Ziel der Krebsfrüherkennungsprogramme ist es, die Sterblichkeit an Krebserkrankungen zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. In Deutschland haben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Erwachsene einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf eine Reihe von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Zum Angebot der GKV gehören derzeit die Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Darm-, Gebärmutterhals-, Prostata- und Hautkrebs.

Unterschiedliche Krebsarten haben zum Teil unterschiedliche (bekannte oder unbekante) Ursachen. Neben genetisch bedingten Faktoren sind eine Reihe von Faktoren/Risiken bekannt, die zusammen oder einzeln mitverursachend für eine Krebserkrankung sein

können. Zu den häufigen Ursachen zählen Lebensstilfaktoren (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung), Infektionen durch Viren (z. B. humane Papillomviren) und Umweltfaktoren (z. B. Luftverunreinigung, Strahlung) (116–118, 121). Die Indikatoren dieses Themenfeldes sind in der Wirkungskette als Ergebnisindikatoren zu verstehen. Verhältnis- und verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen Krebserkrankungen im Sinne von krankheitsbezogenen Endpunkten.

Tabelle zum Themenfeld 12 – Krebs

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Typ
12.1	Brustkrebs-Mortalität bei Frauen: Anzahl der Sterbefälle bei Frauen aufgrund von Brustkrebs (ICD 10: C50) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	
12.2	Darmkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Darmkrebs (ICD 10: C18-C21) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	Basisindikator ^{a)}
12.3	Gebärmutterhalskrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs (ICD 10: C53) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	
12.4	Lungenkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ICD 10: C33-C34) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	Basisindikator

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

3.13 Themenfeld 13 – Psychische Störungen

Psychische Störungen sind nach Schätzungen der Global Burden of Disease Studie 2016 weltweit für 19 % aller Lebensjahre, die in Krankheit verbracht werden, verantwortlich (122). 44,4 Milliarden Euro betragen die Krankheitskosten, die durch psychische Störungen und Verhaltensstörungen in Deutschland im Jahr 2015 verursacht wurden (100). Dies ist mit einem Anteil von 13,1 % an den Gesamtkosten die ICD-10 Hauptdiagnosegruppe mit den zweithöchsten Kosten, dicht folgend auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (100). Depression ist die häufigste Form psychischer Störungen. In Deutschland weisen 11,6 % der Frauen und 8,6 % der Männer selbstberichtete depressive Symptome auf (123).

Das Nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wurde im Jahr 2006 aufgestellt (39). Aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung der psychischen Störungen wird derzeit eine „Nationale Mental Health Surveillance“ am Robert Koch-Institut eingerichtet (124). Der WHO Aktionsplan zur psychischen Gesundheit 2013-2020 umfasst eine Implementierungsstrategie zur Förderung der psychischen Gesundheit auf Basis eines Lebensphasenansatzes (125). Die

psychische Gesundheit spielt auch bei der gemeinsamen Zieldefinition im Rahmen der Bundesrahmenempfehlungen eine wichtige Rolle (3). Bei der Erfassung psychischer Störungen sind neben der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen auch die damit verbundenen Folgen wie Frühberentung oder Suizide zu beachten.

Kontext- und Lebensweltfaktoren, psychosoziale Ressourcen und das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflussen die Entstehung und Heilung psychischer Störungen. Deshalb sind die Indikatoren in diesem Themenfeld innerhalb der Wirkungsketten in erster Linie als Ergebnisindikatoren zu verstehen. Es bestehen aber auch Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen und psychische Störungen können das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflussen. Insofern weist das Themenfeld 13 viele Schnittstellen zu anderen Themenfeldern des Präventionsindikatorensystems auf.

Tabelle zum Themenfeld 13 – Psychische Störungen

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
13.1	Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten.	Entwicklungsindikator ^{a)}
13.2	Einschlaf- und Durchschlafstörungen: Anteil der Bevölkerung, welcher von Schlafstörungen betroffen ist.	
13.3	Depressive Symptome: Anteil der Bevölkerung, welcher von depressiven Symptomen betroffen ist.	
13.4	Ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen: Anteil der GKV-Versicherten mit ambulanten Diagnosen für Demenz, Depressionen und phobischen und anderen Angststörungen.	Basisindikator ^{b)}
13.5	Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen: Durchschnittliche Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen je 1000 Erwerbstätige.	
13.6	Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen: Anteil der rentenversicherten Bevölkerung, welcher eine Rehabilitation aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen hat.	

^{a)} Entwicklungsindikatoren: Indikatoren, die wichtige inhaltliche Dimensionen darstellen, bei denen aber noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht oder für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen.

^{b)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

Tabelle zum Themenfeld 13 – Psychische Störungen - Fortsetzung

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
13.7	Frühberentung wegen psychischer Erkrankungen: Anteil der rentenversicherten Bevölkerung, welcher von einer Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen ist.	
13.8	Suizide: Anzahl der Sterbefälle aufgrund von vorsätzlicher Selbstbeschädigung je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	

3.14 Themenfeld 14 – Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit

Die Lebenserwartung ist ein Indikator, der die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung übergreifend abbildet, da er die Sterblichkeitsverhältnisse eines Zeitraums in Form der altersspezifischen Sterberaten in einer Maßzahl zusammenfasst (126, 127). Die Lebenserwartung bildet über die Sterblichkeitsverhältnisse die gegenwärtigen (und vergangenen) Lebensverhältnisse und deren Entwicklung ab. Unterschiede in der Lebenserwartung können unter anderem auf sozioökonomische Rahmenbedingungen, Umwelteinflüsse, Lebensstileinflüsse und Veränderungen in der medizinischen Versorgung zurückgeführt werden und spiegeln damit auch mehr oder weniger erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wider (128). Unterschieden werden die Lebenserwartung bei Geburt (sogenannte mittlere Lebenserwartung) und die Lebenserwartung ab einem bestimmten höheren Alter (sogenannte fernere Lebenserwartung). Da sich die Lebenserwartungen von Frauen und Männern systematisch unterscheiden, wird die Lebenserwartung üblicherweise nur getrennt für Frauen und Männer berichtet.

Während die Berechnung der Lebenserwartung die Sterblichkeitsverhältnisse (Mortalität) zur Grundlage hat, stellt die gesunde Lebenserwartung ein Konstrukt dar, das auf der Verteilung eines Indikators für den Gesundheitszustand oder die Morbidität in einer Bevölkerung basiert. Die einfachste Methode stellt die Berechnung der Lebenserwartung ohne (Schwer-) Behinderung dar (129). Auch in Veränderungen der gesunden Lebenserwartung bilden sich unter anderem mehr oder weniger erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ab. Im Vergleich zur Entwicklung der Lebenserwartung kann man einschätzen, inwieweit eine veränderte Lebenszeit in guter oder schlechter Gesundheit verbracht wird.

Mit dem Konzept der verlorenen Lebensjahre wird das Sterbealter explizit mit in die Betrachtung einbezogen. Dadurch wird vorzeitigen Sterbefällen, die in einem jüngeren Alter eintreten, ein stärkeres Gewicht gegeben. Um die Anzahl der verlorenen Lebensjahre für

einen Zeitraum (üblicherweise ein Jahr) zu bestimmen, werden für alle vor Erreichung einer vorgegebenen Altersgrenze (üblicherweise 65 Jahre) Verstorbenen die bis zu dieser Altersgrenze nicht gelebten („verlorenen“) Jahre aufsummiert (126). Auch hier können Veränderungen in der Anzahl der verlorenen Lebensjahre unter anderem auf mehr oder weniger erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zurückgeführt werden. Durch den Einbezug von Todesursachen können die Veränderungen differenzierter analysiert werden. Der Vergleich mit der Entwicklung der Lebenserwartung und der gesunden Lebenserwartung zeigt, inwieweit Veränderungen der durchschnittlichen Lebensdauer auf eine veränderte Sterblichkeit in den jüngeren Altersjahrgängen zurückzuführen sind.

Die Indikatoren in diesem Themenfeld sind als Sammelindikatoren ganz am Ende der Wirkungskette zu verorten. Die Auswirkungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf diese Indikatoren wird sich mit dem größten zeitlichen Verzug aller Indikatoren zeigen.

Tabelle zum Themenfeld 14 – Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
14.1	Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren sowie durchschnittliche Lebenserwartung bei guter Gesundheit (Disability-free life expectancy nach OECD).	Basisindikator ^{a)}
14.2	Vorzeitige Sterblichkeit: Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre.	Basisindikator

^{a)} Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

4 Diskussion und Ableitung von Empfehlungen für den weiteren Prozess

In diesem Bericht wird ein Indikatorensystem von insgesamt 73 Präventionsindikatoren für die Präventionsberichterstattung der Länder vorgeschlagen. Das Indikatorensystem gliedert sich in 14 verschiedene Themenfelder. 32 Indikatoren werden als Kurzliste sogenannter Basisindikatoren vorgeschlagen, welche zunächst priorisiert bearbeitet werden sollten (siehe **Anhang 2**). 11 Indikatoren sind als sogenannte Entwicklungsindikatoren ausgewiesen, welche aus Sicht der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren wichtige inhaltliche Dimensionen abbilden, bei denen jedoch noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht. Die Erarbeitung des Indikatorensystems erfolgte im Rahmen der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren in Form einer Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern aus 14 Ländern sowie dem Robert Koch-Institut. Die Präventionsindikatoren sollen die Grundlage für einen koordinierten Beitrag der Länder zum zweiten Präventionsbericht und die Präventionsberichterstattung der Länder bilden.

4.1 Möglichkeiten und Grenzen der Präventionsberichterstattung der Länder

Der erste Präventionsbericht nach § 20d Absatz 4 SGB V vom 01.07.2019 ist vor allem deswegen auf Kritik von Seiten der Länder gestoßen, weil die kurzfristige Terminierung wenig Raum für eine notwendige Abstimmung unter den Ländern zuließ. Der Bericht wurde insgesamt als kleinteilig und unübersichtlich wahrgenommen; die Darstellung der Länderaktivitäten wurde den umfassenden Leistungen der öffentlichen Hand im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht gerecht.

Die temporäre Länderunterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren erhielt von der AOLG-AG GPRS den Auftrag, einen abgestimmten Vorschlag für ein Präventionsindikatorensystem als Basis für die Zuarbeit der Länder zur Präventionsberichterstattung zu entwickeln. Die Unterarbeitsgruppe hat, unter Beschränkung auf präventionsrelevante (Basis-)Indikatoren, ein System entwickelt, um – soweit wie möglich – vergleichbare, standardisierte Daten und Informationen der Länder zu sammeln und so aufzubereiten, dass sie Eingang in das Berichtswesen finden können. Diese Zusammenstellung soll vor allem der Forderung der Länder nach einer stärkeren Einbindung im Vorfeld des zweiten Präventionsberichtes Nachdruck verleihen und diese durch konkrete Vorschläge unterlegen.

Wesentliche Argumente für eine abgestimmte Präventionsberichterstattung

- Im Sinne von „Health in All Policies“ (130) muss die Zusammenarbeit zwischen den Partnerinnen und Partnern der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den Trägern der örtlichen öffentlichen

Jugendhilfe und anderen (kommunalen) Akteursgruppen stärker gefördert werden. Hierfür sollen die Präventionsindikatoren einen Orientierungsrahmen geben.

- Durch eine koordinierte Präventionsberichterstattung wird die Transparenz und Netzwerkbildung sowie die Kooperation zwischen allen relevanten Akteursgruppen gestärkt. Das Präventionsindikatorensystem kann eine Grundlage für die Umsetzung des Präventionsgesetzes darstellen. Es kann eine verbesserte Transparenz über Aufgaben, Aktivitäten und Ausgaben der Partner der Landesrahmenvereinbarungen herstellen, und so ermöglichen, dass Strategien und Maßnahmen besser ineinandergreifen und Synergieeffekte erreicht werden können.

Beschränkungen der Präventionsberichterstattung

Der Unterarbeitsgruppe ist bewusst, dass der Wirkungszusammenhang zwischen Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz und Ausprägung der Indikatoren vielfach noch nicht beziehungsweise nicht unmittelbar herzustellen ist. Aber die ausgewählten Präventionsindikatoren bilden eine wichtige Säule für die Steuerung und Koordinierung von Strukturaufbau und -ausbau und für die Planung von Interventionsmaßnahmen. Dadurch wird dazu beigetragen, den im Präventionsgesetz verankerten Auftrag an die Länder, strukturbildend zu wirken, zu erfüllen. Strukturindikatoren (unter anderem auch landesgesetzliche Rahmenbedingungen) können daher genutzt werden, um den Beitrag der Länder in den jeweiligen Themenfeldern aufzuzeigen.

Das Präventionsindikatorensystem kann von den Ländern um weitere Indikatoren ergänzt werden, um den jeweiligen politischen Schwerpunktssetzungen in den Ländern und regionalspezifischen Sachverhalten Rechnung zu tragen. Die Indikatoren sollten vor dem Hintergrund regionalspezifischer, handlungsorientierter Strategien und Ansätzen interpretiert werden. Bei der Datenerhebung gilt es einheitliche Standards einzuhalten – möglichst im Sinne einer Input-Harmonisierung, sodass eine möglichst hohe Vergleichbarkeit erreicht wird. Probleme hinsichtlich der Datenvergleichbarkeit können durch unterschiedliche Erhebungskontexte entstehen, zum Beispiel zwischen Stadtstaaten und Flächenländern.

Die hier vorgelegte Sammlung von Indikatoren und die Darstellung des Kontextes ersetzen nicht Berichte über die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den jeweiligen Ländern; auch die Erfahrungen der Länder mit eigenen Programmen sind nicht Gegenstand dieses Berichtes.

Die angestrebte länderübergreifende Ausarbeitung der einzelnen Indikatoren und bundesweite Vergleichbarkeit der Gesundheitsdeterminanten kann derzeit noch nicht für alle Indikatoren geleistet werden; Gründe und Lösungsmöglichkeiten werden nachfolgend erörtert und ferner in einem aktuellen Methodenband zur Präventionsberichterstattung beleuchtet (131).

Die im Rahmen der Arbeit der Unterarbeitsgruppe gewonnenen Erkenntnisse zu Datenlücken werden im nachfolgenden Kapitel als Hinweise beziehungsweise Optionen für deren Schließung benannt.

4.2 Datengrundlagen für die Präventionsberichterstattung der Länder

Der Gegenstand der Präventionsberichterstattung inkl. der jeweiligen Themenfelder leitet sich aus deren Aufgaben ab. Für den Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz ist das gesetzlich klar geregelt (§20d Abs.4 SGB V). Die darin festgelegten Aufgaben für die Präventionsberichterstattung lassen sich den Bereichen Umsetzungsbegleitung, Prozessevaluation und Feststellung der Zielerreichung zuordnen. Dadurch soll Transparenz geschaffen werden und eine datengestützte Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stehen.

Präventionsberichterstattung kann somit als Teil eines „Public Health Action Cycles“, also als ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess verstanden werden (132, 133), bei dem präventionsbezogene Zielgrößen abgebildet, Präventionsbedarfe und -potenziale aufgezeigt sowie die Präventionslandschaft beschrieben werden. Gegenstand der Präventionsberichterstattung sind :

- Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die durch Gesundheitsförderung und Prävention verändert werden können, zum Beispiel kontextbedingte Gesundheitsrisiken und -ressourcen, gesundheitsrelevante Verhältnisse und individuelles Gesundheitsverhalten,
- vorhandene Strukturen, Prozesse und Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention,
- gesundheitliche Outcomes, die damit im Zusammenhang stehen, also die gesundheitliche Lage der Bevölkerung (134).

Dafür benötigt Präventionsberichterstattung geeignete Indikatoren, sowie Daten, die auf Bevölkerungsebene in unterschiedlicher Gliederungstiefe verfügbar und mit angemessenem Aufwand zu erheben sind (135). Von Vorteil ist, dass Gesundheitsberichterstattung und Präventionsberichterstattung eine große Schnittmenge haben (136). Von daher bieten die Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung einen Fundus der prinzipiell auch für Belange der Präventionsberichterstattung nutzbar ist (14, 137).

Als Datengrundlagen für die Präventionsberichterstattung können Primärdaten wie Einzelstudien, Surveydaten, und Datenerhebungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst dienen, aber auch Sekundärdaten wie amtliche Statistiken, Routinedaten sowie prozessgenerierte Daten anderer Institutionen des Gesundheitssystems (138). Es sollten für die Präventionsberichterstattung aber auch Datenlücken geschlossen und neue Datenquellen erschlossen werden.

Empfehlungen für die Nutzung und Erschließung von Datenquellen für die Präventionsberichterstattung der Länder

Primärdaten

Bei Primärdaten ist generell eine kleinräumige Verfügbarkeit für die Präventionsberichterstattung wünschenswert. Einige Länder und Kommunen führen bereits regelmäßig Gesundheitssurveys durch. Auf Bundesebene hat das Robert Koch-Institut ein Gesundheitsmonitoring etabliert, das repräsentative Aussagen für Deutschland liefert, aber auch regionale Auswertungen auf Länderebene zulässt. Die zusätzliche Anwendung des Verfahrens der „Small Area Estimation“ ermöglicht darüber hinaus Aussagen zu regionalen Differenzen auf Grundlage der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (139). Ob regionale Vergleiche möglich sind, muss je nach Fragestellung unter statistischen Power-Erwägungen geprüft werden (139).

Um Herausforderung von rationalisierten Daten zu meistern, ist zu prüfen ob Gesundheitssurveys auf Landes- und kommunaler Ebene etabliert werden können. Als methodische Handreichung können die von der Arbeitsgruppe „Regionale Standards“ herausgegeben Empfehlungen genutzt werden (140). Bund und Länder können zudem in einen engeren Austausch über die mögliche räumliche Gliederungstiefe der Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut treten und gegebenenfalls eine Aufstockung der Länder-Stichproben prüfen.

Sekundärdaten

Die Daten der amtlichen Statistiken vom Statistischen Bundesamt und den statistischen Ämtern der Länder werden seit langem von der Gesundheitsberichterstattung genutzt und stehen auch der Präventionsberichterstattung zur Verfügung. Zur Beschreibung präventionsbezogener Zielgrößen können und sollen weitere Sekundärdaten genutzt werden. Hier bieten sich zum Beispiel Sekundärdaten aus den Bereichen der Lebenswelten an.

Denkbar ist beispielsweise die verstärkte Nutzung von kleinräumigen, georeferenzierten Daten zur detaillierteren Beschreibung von Lebensverhältnissen und Settings. Die Verknüpfung von Geo-Daten mit Sachdaten (Attributen) ermöglicht die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und gesundheitsrelevanten Outcomes und kann die Bedeutung von Umweltfaktoren für regionale und soziale Unterschiede gesundheitsrelevanter Outcomes sichtbar machen. Sachdaten können zum Beispiel abrechnungsbezogene Daten der kassenärztlichen Vereinigungen sein, die auf Grundlage der §303a-f SGB V zur Datentransparenz genutzt werden könnten. Bei der Nutzung von neuen Sekundärdaten besteht die Herausforderung darin, geeignete Indikatoren zu identifizieren. So ist zum Beispiel bei der Angabe zur Anzahl von Sportstätten zu fragen ob eine reine Auszählung ausreicht oder ob nicht zusätzlich auch deren Lage, Zugänglichkeit und zeitliche Verfügbarkeit berichtet werden muss.

Datenlücken

Bei den von der Unterarbeitsgruppe erarbeiteten Präventionsindikatoren wurden bereits Datenlücken auffällig. Diese betreffen vor allem Daten zur Abbildung von Gesundheitsressourcen und von Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention. Letztere betreffen vor allem Daten aus Berichtsstrukturen anderer Ressorts als dem für Gesundheits- beziehungsweise Präventionsberichterstattung zuständigen Ressort. Die entsprechenden Indikatoren wurden als Entwicklungsindikatoren gekennzeichnet (siehe Kapitel 2). Hier gilt es die Datenhalter zu motivieren, die entsprechenden Daten zur Verfügung zu stellen und so den Ansatz „Health in All Policies“ zu unterstützen. Inwieweit Daten der Verwaltungen von Bund, Ländern und Gemeinden gemäß Open Data-Verordnung (141) für die Präventionsberichterstattung nutzbar gemacht werden können, sollte geprüft werden.

Soll die Präventionsberichterstattung zukünftig um eine Wirkungsperspektive ergänzt werden, wie von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention in ihrer Stellungnahme zum ersten Präventionsbericht gefordert (4), müssen zukünftig verstärkt Wirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention auf Zielgruppen- beziehungsweise Bevölkerungsebene erfasst werden. Das bedarf einer Operationalisierung von Zielgrößen und gegebenenfalls auch der Überprüfung von Zielsetzungen. Dazu müssen Indikatoren und Datenquellen festgelegt werden.

4.3 Empfehlungen für den weiteren Prozess

Die **nächsten notwendigen Arbeitsschritte** für den weiteren Prozess sind:

1. **Veröffentlichung:** Das Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren nach Erörterung in der AG GPRS überarbeiten und veröffentlichen.
2. **Indikatoren:** Die (Basis-)Indikatoren finalisieren und die Entwicklungsindikatoren ausarbeiten. Weitere Indikatoren für die festgelegten thematischen Schwerpunkte des zweiten Präventionsberichts abstimmen und entwickeln.
3. **Datenquellen:** Erschließen und nutzbar machen von geeigneten Datenquellen und Informationen für das Mapping der abgestimmten Indikatoren. Vorgehensweise zwischen den Ländern und dem Robert Koch-Institut abstimmen.
4. **Datenmanagement:** Daten und Informationen qualitätssichern, bereitstellen und analysieren. Indikatoren operationalisieren und abbilden, möglichst für alle Bundesländer und den Bundesdurchschnitt. Dabei die Basisindikatoren priorisieren.
5. **Informationsprodukte:** Erstellen von Länderbeiträgen für den zweiten Präventionsbericht. Transformieren der Daten in Informationen, welche die Evidenz- und Wissensgrundlage für das Handeln der Gesundheitsförderung und Prävention bilden.
6. **Bekanntmachung und Nutzung:** Der Wert von Informationen für die Gesundheitsförderung und Prävention kann gesteigert werden, indem

Entscheidungsträgerinnen und -trägern sowie Akteursgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention der Zugang zu bewertbaren Informationen leicht gemacht wird und Anreize geschaffen werden, diese Informationen zu nutzen.

7. **Evaluation und Weiterentwicklung:** Die Praxistauglichkeit des Indikatorensystems im Hinblick auf die Arbeit der Akteursgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention evaluieren, fortschreiben und optimieren.

Ressourcen bereitstellen und Kooperationsvereinbarungen schließen

Es wird empfohlen, dass die Länder Ressourcen bereitstellen, um die Bearbeitung der o. g. Arbeitspakete 1 bis 7 zu ermöglichen. Es wird vorgeschlagen, mit dem Robert Koch-Institut die Nutzung von Daten des Gesundheitsmonitorings abzustimmen im Hinblick auf die Abbildbarkeit von Monitoringdaten als Präventionsindikatoren auf Länderebene (vergleiche Arbeitsschritte 3 und 4). Datenhalter aus allen gesundheitsrelevanten Politikbereichen sollten unter Bezugnahme auf die Open Data-Verordnung und das Online-Zugangsgesetz angefragt werden, ob Kooperationsvereinbarungen zur Datennutzung und -bereitstellung möglich sind.

Weiterführung der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren

Die Bearbeitung der o. g. Arbeitsschritte soll bis 2023 abgeschlossen werden. Die Bearbeitung wurde bereits begonnen. Grundlage bildet ein neues Mandat der AG GPRS vom 21.10.2020. Dieses sieht die „Weiterführung der UAG-Präventionsindikatoren“ vor, um die „Befüllung der abgestimmten Präventionsindikatoren“ zu organisieren und die „Finalisierung des Diskussionspapiers der UAG-Präventionsindikatoren und Bereitstellung für die Fachöffentlichkeit“ vorzunehmen. Die UAG-Präventionsindikatoren – Runde 2 hat sich mit dem Auftakttreffen am 12.03.2021 unter Beteiligung von 12 Ländern sowie dem Robert Koch-Institut neu konstituiert und die Arbeit aufgenommen.

Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz

Am 16.06.2021 hat die 94. Gesundheitsministerkonferenz sich mit dem vorgeschlagenen Präventionsindikatorensystem der Länder befasst. Dem von allen Ländern gemeinsam eingebrachten Beschlussvorschlag zu „Präventionsindikatoren der Länder – Empfehlung zur Berücksichtigung im Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz“ wurde zugestimmt (Votum: 16:0:0, siehe Beschlusstext zu Tagesordnungspunkt 12.2 im **Anhang 3**).

Ausblick

Diese Zusammenstellung von Präventionsindikatoren stellt eine erste konsentiertere Fassung dar. Ungeachtet der fachlich unterlegten Ausarbeitung und kritischen Würdigung des Indikatorensystems von Expertinnen und Experten bedarf es einer fortlaufenden, kontinuierlichen Rückkoppelung durch die Nutzerinnen und Nutzer und einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung.

Die Unterarbeitsgruppe sieht es als unrealistisch an, ein umfassendes, allgemeinverbindliches Indikatorenmodell für alle potentiell relevanten Themenfelder unter

Berücksichtigung der landes- und regionalspezifischen Rahmenbedingungen zu erarbeiten und im Weiteren auch zu pflegen. In diesem Punkt gleicht die Betrachtung von Chancen und Beschränkungen der Präventionsberichterstattung denen der Entwicklung des „Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ (14).

Sowohl bei den Themenfeldern als auch bei den Indikatoren wurde eine Auswahl als Grundlage getroffen, die weiterentwickelt werden kann und soll. Darüber hinaus sollen Bedarfe zur Weiterentwicklung konkretisiert werden, zum Beispiel zur Erschließung neuer (kleinräumiger) Datenquellen.

Die Indikatoren für die Präventionsberichterstattung zielen darauf ab, nicht Morbidität und Mortalität in den Mittelpunkt zu stellen, sondern Gesundheitsdeterminanten (Verhältnisse, Verhalten, Ressourcen und so weiter). Einschränkend hat die Unterarbeitsgruppe aber festgestellt, dass Indikatoren zu Gesundheitsdeterminanten derzeit noch nicht ausreichend auf Länder- und kommunaler Ebene verfügbar sind und daher perspektivisch weiterentwickelt werden müssen.

Deswegen richtet sich das Indikatorensystem insbesondere an die „Anwenderinnen und Anwender“. Sie können dessen Nutzbarkeit in der täglichen Präventions-Praxis prüfen, und konkrete Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen und Bedarfen sowie zu Anwendungsbeispielen geben.

Die Unterarbeitsgruppe verbindet mit Blick auf die Darstellung der Länder im zweiten Präventionsbericht und auf die erwarteten Rückmeldungen zu den Präventionsindikatoren die Erwartung, dass deutlich wird, in welchen Politikbereichen die Länder mittelbar oder unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung gemeinsamer Präventionsaktivitäten haben und welche Schwerpunkte bisher dabei gesetzt wurden und in Zukunft gesetzt werden sollen.

Literatur

1. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz–PrävG). Bundesgesetzblatt 2015; (Teil I Nr. 31):1368–79.
2. Die Nationale Präventionskonferenz. Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz: GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund, Verband der Privaten Krankenversicherung; 2019.
3. Die Nationale Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz: GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund, Verband der Privaten Krankenversicherung; 2018.
4. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zum ersten Präventionsbericht nach §20D Abs. 4 SGB V der Nationalen Präventionskonferenz (Nationale Präventionskonferenz) vom Juni 2019.
<https://www.dgsmp.de/stellungnahmen/stellungnahme-zum-ersten-praeventionsbericht-npk/> (Stand: 23.11.2021); 2019.
5. Fisher F, Miller G, Sydney MS. Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods. Boca Raton: CRC Press; 2007.
6. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber; 2006.
7. Verschuuren M, van Oers H, Hrsg. Population Health Monitoring: Climbing the Information Pyramid. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2019.
8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Arbeitsrapport 2007:14; Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies; 1991.
9. World Health Organization. NCD Global Monitoring Framework. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
10. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2006; 126(6):252–253;
doi:10.1177/1466424006070466
11. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies: 8th Global Conference on Health Promotion 10-14 June 2013. Helsinki, Finland; 2013.

12. Geene R, Gerhardus A, Grossmann B, Kuhn J, Kurth BM, Moebus S et al. Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Zukunftsforum Public Health, Berlin: Deutschland; <https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/> (Stand: 23.11.2021); 2019
13. Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (Hrsg.). Von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.; <http://lv-gesundheit-bremen.de/medien-2/veroeffentlichungen/> (Stand: 23.11.2021); 2011.
14. Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden AOLG. Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Band 1. Iögd, Bielefeld: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen; 2003.
15. Mackenbach JP. Health Inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford: Oxford University Press; 2019.
16. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. *BMJ* 2019; 364:l251. doi: 10.1136/bmj.l251.
17. Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; 59(2):153–65. doi: 10.1007/s00103-015-2275-6.
18. Lampert T, Ziese T, Saß AC, Häfelinger M. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Forschungsbericht /Bundesministerium für Arbeit und Soziales, A349), Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Robert Koch-Institut; 2005. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-316047>
19. Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H. Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2018; 61(6):674–83. doi: 10.1007/s00103-018-2739-6.
20. De Bock F, Geene R, Hoffmann W, Stang A. Vorrang für Verhältnisprävention. Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Zukunftsforum Public Health, Berlin: Deutschland; 2018. <https://zukunftsforum-public-health.de/handreichung-vorrang-fuer-verhaeltnispraevention/> (Stand: 23.11.2021).
21. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion 21 November 1986. Ottawa: WHO; 1986.

22. Carrera PM. The difficulty of making healthy choices and “health in all policies”. *Bull World Health Organ* 2014; 92(3):154. doi: 10.2471/BLT.13.121673.
23. World Health Organization. *Healthy workplaces: a WHO global model for action*. Geneva: WHO; 2011.
24. United Nations. *The future is now. Science for achieving sustainable development. Global sustainable development report*. New York: United Nations; 2019.
25. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. *Lehrbuch Gesundheitsförderung*. 3. aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2019.
26. International Health Conference. *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO; 1946.
27. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping. New Perspectives on mental and Physical Well-Being*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc., London: Jossey-Bass Limited; 1979.
28. Bauer GF, Roy M, Bakibinga P, Contu P, Downe S, Eriksson M et al. Future directions for the concept of salutogenesis: A position article. *Health Promot Int* 2020; 35(2):187-195. doi: 10.1093/heapro/daz057.
29. World Health Organization. *Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Mental Health*. Geneva: WHO; 2018.
30. Gable SL, Haidt J. What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology* 2005; 9(2):103–10. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.103.
31. Ryan RM, Deci EL. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology* 2001; 52(1):141–66. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
32. Wustmann C.-Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. *Beiträge zur Bildungsqualität*. Weinheim, Basel: Beltz; 2004.
33. Wustmann C. Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik* 2005; 51(2):192–206. DOI: 10.25656/01:4748
34. Petermann F, Schmidt MH. Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 2006; 15(2):118–27. doi: 10.1026/0942-5403.15.2.118.
35. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(6):1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
36. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69(4):719–27. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719.

37. Bitzer EM, Ernstmann N. Vorschlag für eine erweiterte Definition von Health Literacy, Bergisch Gladbach: Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNGK); <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/definition-health-literacy-august-2019/> (Stand: 23.11.2021); 2019.
38. Van den Broucke S. Health literacy: A critical concept for public health. *Archives of Public Health* 2014; 72(10). doi: 10.1186/2049-3258-72-10.
39. GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Gesundheitsziele.de - Forum Gesundheitsziele Deutschland. Berlin: GVG e. V.; 2020.
40. Schaeffer D, Pelikan JM, Hrsg. Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe Verlag; 2017.
41. Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015; 58(9):942–50. doi: 10.1007/s00103-015-2200-z.
42. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114(4):53–60. doi: 10.3238/arztebl.2017.0053.
43. Vogt D, Schaeffer D, Messer M, Berens E-M, Hurrelmann K. Health literacy in old age: Results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int* 2018; 33(5):739–47. doi: 10.1093/heapro/dax012.
44. U.S. Department of Health and Human Services. Secretary of Health and Human Services, Hrsg. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Health; 2018.
45. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. *Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health*. Geneva: WHO Press; 2010.
46. World Health Organization. Let's be active. *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: more healthy people for a healthier world*. Geneva: WHO Press; 2018.
47. Rütten A, Pfeifer K, Hrsg. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU Erlangen-Nürnberg; 2016.
48. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018; 6(10):e1077-e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7).
49. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4(1):23–35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).

50. Finger JD, Mensink G, Lange C, Manz K. Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):37–44. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-027.
51. Finger JD, Mensink G, Lange C, Manz K. Arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):29–36. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-026.
52. Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink G. Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(1):24–31. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-006.
53. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.
54. Sallis JF, Bull F, Burdett R, Frank LD, Griffiths P, Giles-Corti B et al. Use of science to guide city planning policy and practice: How to achieve healthy and sustainable future cities. *Lancet* 2016; 388(10062):2936–47. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30068-X.
55. Finger JD, Varnaccia G, Gabrys L, Hoebel J, Kroll LE, Krug S et al. Area-level and individual correlates of active transportation among adults in Germany: A population-based multilevel study. *Sci Rep* 2019; 9(1):16361. doi: 10.1038/s41598-019-52888-x.
56. Telama R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: A review. *Obes Facts* 2009; 2(3):187–95. doi: 10.1159/000222244.
57. GKV-Spitzenverband, Hrsg. *Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGBV*. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2018.
58. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2019; 393(10184):1958–72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8
59. Craigie AM, Lake AA, Kelly SA, Adamson AJ, Mathers JC. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas* 2011; 70(3):266–84. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.08.005.
60. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Rabenberg M, Borrmann A, Richter A, Haftenberger M. Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(1):32–9.
61. Mensink G, Schienkiewitz A, Lange C. Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):52–8. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-029.

62. Mensink G, Schienkiewitz A, Lange C. Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):45–51. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-028.
63. Lange C, Finger JD. Gesundheitsverhalten in Deutschland und Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):3–19. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-024.
64. Neuhauser H, Kuhnert R, Born S. 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(1):57–63. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-007.
65. Heidemann C, Kuhnert R, Born S, Scheidt-Nave C. 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(1):48–56. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-008.
66. Robert Koch-Institut, Hrsg. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: Robert Koch-Institut; 2016.
67. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. DGE-Qualitätsstandards: <https://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/> (Stand:23.11.2021); 2021.
68. Vandevijvere S, Barquera S, Caceres G, Corvalan C, Karupaiah T, Kroker-Lobos MF et al. An 11-country study to benchmark the implementation of recommended nutrition policies by national governments using the Healthy Food Environment Policy Index, 2015–2018. *Supplement* 2019; 20(2):57–66. doi: 10.1111/obr.12819.
69. Philipsborn P von, Stratil JM, Burns J, Busert LK, Pfadenhauer LM, Polus S et al. Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 6 (CD012292). doi: 10.1002/14651858.CD012292.pub2.
70. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017.
71. Global Burden of Disease Collaboration 2017. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018; 392(10152):1015–35. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
72. Global Burden of Disease Collaboration 2017. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018; 392(10159):1923–94. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
73. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T et al. Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet* 2018; 391(10129):1513–23. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30134-X.

74. Destatis. Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Wiesbaden: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Destatis; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html> (Stand 25.11.2021).
75. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
76. Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A, Mensink G. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring* 2016; 1(1):2–21. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-025.
77. OECD. Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019. doi: 10.1787/4dd50c09-en.
78. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology; <http://www.tobaccocontrolscales.org/TCS2019.pdf> (Stand:25.11.2021); 2020.
79. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med* 2007; 4(4):e151. doi: 10.1371/journal.pmed.0040151.
80. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2005.
81. Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epidemiologisches Bulletin* 2018; 2018(26):234–54.
82. NCD Risk Factor Collaborator. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 2017; 390(10113):2627–42. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
83. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
84. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: Causes and consequences. *J Family Med Prim Care* 2015; 4(2):187–92. doi: 10.4103/2249-4863.154628.
85. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L et al. Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88(9):748. doi: 10.1136/adc.88.9.748.

86. Zamboni M, Mazzali G, Zoico E, Harris TB, Meigs JB, Di Francesco V et al. Health consequences of obesity in the elderly: A review of four unresolved questions. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29(9):1011–29. doi: 10.1038/sj.ijo.0803005.
87. Schienkiewitz A, Mensink G, Kuhnert R, Lange C. Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(2):21–8. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-025.
88. Zeiher J, Varnaccia G, Jordan S, Lange C. Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016; 59(11):1465–75. doi: 10.1007/s00103-016-2441-5.
89. Finger JD, Tylleskär T, Lampert T, Mensink GBM. Physical activity patterns and socioeconomic position: The German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC Public Health* 2012; 12(1):1079. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1079>.
90. Finger JD, Tylleskär T, Lampert T, Mensink GBM. Dietary Behaviour and Socioeconomic Position: The Role of Physical Activity Patterns. *PLOS ONE* 2013; 8(11):e78390. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078390>.
91. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Schienkiewitz A, Finger JD, Lange C et al. Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990–2011. *Obes Facts* 2019; 12(3):344–56. doi: 10.1159/000499718.
92. World Health Organization. *Global report on diabetes*. Geneva: WHO; 2016.
93. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes since 1980: A pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *The Lancet* 2016; 387(10027):1513–30. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00618-8.
94. Robert Koch-Institut. *Neue Ergebnisse der Diabetes-Surveillance in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring* 2019; 4(2):1–109. DOI: 10.25646/5979
95. Robert Koch-Institut. *Diabetes in Deutschland - Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019*. Berlin: Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut; 2019.
96. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. *Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2019. Die Bestandsaufnahme*. Berlin: Deutsche Diabetes Gesellschaft; 2018.
97. Heidemann C, Du Y, Baumert J, Paprott R, Lampert T, Scheidt-Nave C. Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – Zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2019; 4(2):12–29. DOI: 10.25646/5980

98. Destatis. Todesursachenstatistik 2017. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von Robert Koch-institut und Destatis, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachenstatistik-5232101177015.html> 2020 (Stand:25.11.2021).
99. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M et al. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation* 2015; 132(17):1667–78. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008720.
100. Destatis. Krankheitskostenberechnung Kode 23631, www.gbe-bund.de. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2020.
101. Neuhauser H, Busch M, Finger JD, Heidemann C, Hoebel J, Jordan S et al. Kardiovaskuläre Prävention. In: Deutsche Herzstiftung e. V., Hrsg. Deutscher Herzbericht 2017. Frankfurt am Main: Deutsche Herzstiftung e. V.; 2017. S. 221–40.
102. Finger JD, Busch MA, Du Y, Heidemann C, Knopf H, Kuhnert R et al. Time Trends in Cardiometabolic Risk Factors in Adults. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113(42):712–9. doi: 10.3238/arztebl.2016.0712.
103. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalm J-D, Teo K et al. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1: The Epidemiology and Risk Factors. *Circ Res* 2017; 121(6):677–94. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.117.308903.
104. Patel SA, Winkel M, Ali MK, Narayan KV, Mehta NK. Cardiovascular Mortality Associated With 5 Leading Risk Factors: National and State Preventable Fractions Estimated From Survey Data. *Ann Intern Med* 2015; 163(4):245–53. doi: 10.7326/M14-1753.
105. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal* 2016; 37(29):2315–81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
106. Deutsche Gesellschaft für kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V., Hrsg. ESC Pocket Guidelines: Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.; <https://leitlinien.dgk.org/2017/pocket-leitlinie-praevention-von-herz-kreislauf-erkrankungen-version-2016/> (Stand: 25.11.2021); 2016.

107. Finger JD, Busch MA, Heidemann C, Lange C, Mensink GBM, Schienkiewitz A. Time trends in healthy lifestyle among adults in Germany: Results from three national health interview and examination surveys between 1990 and 2011. *PLOS ONE* 2019; 14(9):e0222218. doi: 10.1371/journal.pone.0222218.
108. Deutsche Herzstiftung e. V., Hrsg. Deutscher Herzbericht 2017. Frankfurt am Main: Deutsche Herzstiftung e. V.; 2017.
109. Lampert T. Psychosozialer Stress durch Armut: Folgen für die Herz-Kreislauf-Gesundheit. *Aktuel Kardiol* 2018; 7(05):373–8. doi: 10.1055/a-0638-7501.
110. Diederichs C, Neuhauser H, Kroll L, Lange C, Mensink G, Dornquast C et al. Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60(2):151–62. doi: 10.1007/s00103-016-2493-6.
111. Busch MA, Kuhnert R. 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(1):64–9. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-009.
112. Busch MA, Kuhnert R. 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(1):70–6. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-010.
113. Hoebel J, Finger JD, Kuntz B, Kroll LE, Manz K, Lange C et al. Changing educational inequalities in sporting inactivity among adults in Germany: A trend study from 2003 to 2012. *BMC Public Health* 2017; 17(1):547. doi: 10.1186/s12889-017-4478-2.
114. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Finger JD, Zeiher J, Lange C et al. Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s: The Case of Germany. *Nicotine Tob Res* 2018; 20(3):295–302. doi: 10.1093/ntr/ntx087.
115. Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Krebs in Deutschland für 2015/2016. Berlin: Robert Koch-Institut; 2019.
116. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer research, Hrsg. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. London: World Cancer Research Fund International; 2018.
117. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, Hrsg. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
118. Stewart BW, Wild CP, Hrsg. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

119. Robert Koch-Institut. Humane Papillomviren. RKI-Ratgeber. Berlin: Robert Koch-Institut;
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HP.html
(Stand:25.11.2021); 2018.
120. Robert Koch-Institut. Krebsfrüherkennung. In: Robert Koch-Institut, Hrsg. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: Robert Koch-Institut; 2016. S. 213–37.
121. Zhang Y-B, Pan X-F, Chen J, Cao A, Zhang Y-G, Xia L et al. Combined lifestyle factors, incident cancer, and cancer mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Cancer* 2020; 122(7):1085–93. doi: 10.1038/s41416-020-0741-x.
122. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports* 2019; 21(10). doi: 10.1007/s11920-019-0997-0.
123. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U. Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(3):81–8. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-058.
124. Robert Koch-Institut. Nationale Mental health Surveillance:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_inhalt.html
(Stand:25.11.2021); 2020.
125. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
126. Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL)--what does it measure? *Epidemiology* 1990; 1(4):322–9. doi: 10.1097/00001648-199007000-00012.
127. Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: Similarities and differences in summary measures of population Health. *Annu Rev Public Health* 2002; 23(1):115–34. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140513.
128. Robert Koch-Institut. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52; Berlin: Robert Koch-Institut; 2011.
129. OECD. Disability-free life expectancy. *OECD Health Data 2001: A Comparative Analysis of 30 Countries. Data sources, definitions and methods.* Paris: OECD; 2001.
130. World Health Organization Europe. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Europe; 2008.
131. Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg). Über Prävention berichten – aber wie?: Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2020.

132. Starke D, Arnold L, Fertmann R, March S, Moebus S, Terschüren C et al. Methodische Herausforderungen der Präventionsberichterstattung. *Gesundheitswesen* 2018; 80(08/09):732–40. doi: 10.1055/a-0665-6249.
133. Reisig V, Kuhn J, Poppe F, Caselmann WH. Aufbau einer Präventionsberichterstattung in Bayern – Konzept und erste Umsetzungsschritte. *Gesundheitswesen* 2018; 80(01):43–9. doi: 10.1055/s-0043-121574.
134. Jordan S, Diederichs C, Perlitz H, Wienecke A, Ziese T, Starker A. Präventionsberichterstattung: Aktuelle Entwicklungen, zukünftige Aufgaben. *Public Health Forum* 2018; 26(2):95–8. doi: 10.1515/pubhef-2018-0031.
135. Jordan S, Varnaccia G, Starker A. Möglichkeiten der Präventionsberichterstattung. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(S2):22–5. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-077
136. Reisig V, Jordan S, Starker A, et al. Präventionsberichterstattung – neue Impulse für die Gesundheitsberichterstattung? *Bundesgesundheitsbl* 2020; 63:1118–25. doi: 10.1007/s00103-020-03202-y.
137. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten aus Deutschland. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=TR51310 (Stand: 25.11.2021); 2020.
138. Lampert T, Horch K, List S, et al.: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. *GBE kompakt* 1/2010. Berlin: Robert Koch-Institut; 2010.
139. Kroll LE, Lampert T. Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 55(1):129–40. doi: 10.1007/s00103-011-1403-1.
140. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Regionale Standards – herausgegeben von der Arbeitsgruppe Regionale Standards. GESIS-Schriftenreihe, Band 23. https://www.destatis.de/DE/Methoden/Demografische-Regionale-Standards/Downloads/regionale-standards-2019.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 25.11.2021); 2019.
141. GovData. Das Datenportal für Deutschland. Open Government: Verwaltungsdaten transparent, offen und frei nutzbar. <https://www.govdata.de/> (Stand: 25.11.2021); 2020.

Anhang 1: Gesamtliste der Indikatoren

Tabelle A.1: Präventionsindikatorensystem der Länder – 73 Indikatoren

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
	Themenfeld 1 – Kontextfaktoren	
1.1	Sozioökonomische Deprivation: Der „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) operationalisiert regionale Deprivation multidimensional auf Bevölkerungsebene über die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen.	Basisindikator
1.2	Alleinerziehende Familien: Anteil der Eltern-Kind-Gemeinschaften mit mindestens einem minderjährigen Kind, aber ohne Ehepartner oder Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt an allen Haushalten.	Basisindikator
1.3	Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II: Anteile Leistungsberechtigter nach SGB II unter 15 Jahren je 100 Einwohner unter 15 Jahren.	Basisindikator
1.4	Schulabgänger und Schulabgängerinnen ohne Schulabschluss: Anteil der Schulabgänger/innen ohne Hauptschulabschluss an allen Abgänger/-innen von allgemeinbildenden Schulen am Ende des jeweiligen Schuljahres.	Basisindikator
1.5	Arbeitslosenquote: Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtzahl der zivilen Erwerbspersonen.	
1.6	Kinderarmutsrisikoquote: Anteil der 0- bis 6-jährigen Kinder, die in Haushalten leben, deren Äquivalenzeinkommen unterhalb der Armutrisikoschwelle liegt (< 60 % des mittleren Äquivalenzeinkommens).	
	Themenfeld 2 – Lebensweltfaktoren	
2.1	Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Schule: Die Existenz von Landesprogrammen zur Gesundheitsförderung in Schulen in den Bundesländern. Der Anteil der Schulen mit Teilnahme am Landesprogramm an allen Schulen in der betrachteten Region.	
2.2	Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Kita: Die Existenz von Landesprogrammen zur Gesundheitsförderung in Kitas in den Bundesländern. Der Anteil der Kitas mit Teilnahme am Landesprogramm an allen Kitas in der betrachteten Region.	

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
2.3	Grad der Verstädterung: Gebietseinteilung auf Gemeindeebene anhand eines Verstädterungsgrades nach Eurostat in drei Gruppen: Städte, kleinere Städte und Vororte und ländliche Gebiete.	Basisindikator
2.4	Erholungsfläche: Erholungsfläche je Einwohner in m ² (potentielle Bewegungsinfrastruktur in der Freizeit) u. a. Grünanlagen einschl. Parks, Schrebergärten und dergleichen sowie Sportflächen und Campingplätze.	Basisindikator
2.5	Betriebliches Gesundheitsmanagement: Anteil der Beschäftigten, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb angeben sowie Anteil der Beschäftigten, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb in Anspruch nehmen.	
Themenfeld 3 – Psychosoziale Ressourcen		
3.1	Psychosoziale Ressourcen von Kindern und Jugendlichen: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit guter Verfügbarkeit personaler, sozialer und familiärer Ressourcen.	
3.2	Soziale Unterstützung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine starke selbstwahrgenommene soziale Unterstützung erhält.	Basisindikator
3.3	Selbstwirksamkeitserwartung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe allgemeine Selbstwirksamkeits-erwartung aufweist.	
3.4	Subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe selbsteingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweist.	Basisindikator
3.5	Subjektiv eingeschätzte seelische Belastung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe selbsteingeschätzte seelische Belastung aufweist.	
3.6	Subjektive Stress-Einschätzung/ chronischer Stress: Anteil der Bevölkerung, welcher selbsteingeschätzt stark durch Stress belastet ist.	Basisindikator
3.7	Berufsbezogenes Stresserleben: Anteil der Bevölkerung, welcher überdurchschnittlich berufsbezogenen Stress erlebt.	
Themenfeld 4 – Gesundheitskompetenz		
4.1	Gesundheit im Bildungsrahmenplan Kita/Schule: Das Thema Gesundheit ist im Bildungsrahmenplan Kita und im Bildungsrahmenplan der allgemeinbildenden Schulen des jeweiligen Bundeslandes verankert.	Basisindikator

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
-	Themenfeld 5 – Bewegung/ körperliche Aktivität	-
5.1	Modal Split: Anteile der Wege pro Verkehrsmittel (zu Fuß, Rad, öffentlicher Personennahverkehr, motorisierter Individualverkehr) sowie Anteile der Personenkilometer pro Verkehrsmittel.	Entwicklungs- indikator
5.2	Walkability: Fußgängerfreundlichkeit/ Fußverkehrsinfrastruktur erfasst mithilfe eines Walkability Indexes auf Basis von Selbstangaben/ Geo-Daten.	Entwicklungs- indikator
5.3	Fahrradfreundlichkeit/Fahrradinfrastruktur: Radfahrerfreundlichkeit / Radverkehrsinfrastruktur erfasst mithilfe eines Bikeability-Indexes auf Basis von Selbstangaben/ Geo-Daten.	Entwicklungs- indikator
5.4	Sportinfrastruktur: Anzahl von Sporthallen, Sportplätzen, Schwimmbädern und anderen Sportstätten jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner.	
5.5	Schulsport: Anzahl wöchentlicher Unterrichtsstunden im Fach Sport laut Curriculum sowie Anteil ausgefallener Sportstunden.	Basisindikator
5.6	Thema Bewegung ist Baustein im Bildungsrahmenplan Kita: Thema Bewegung ist im Bildungsrahmenplan für die Kita verankert und mit einem konkreten pädagogischen Konzept unterlegt.	Entwicklungs- indikator
5.7	Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die nationalen/ WHO Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erreicht beziehungsweise überschreitet.	Basisindikator
5.8	Transportbezogene körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die Bewegungsempfehlung durch aktive Fortbewegung (zu Fuß gehen, Fahrradfahren) erreicht beziehungsweise überschreitet.	Basisindikator
5.9	Sitzendes Verhalten: Anteil der Bevölkerung mit niedrigen, mittleren und hohen Sitzzeiten an einem typischen Tag.	
5.10	Arbeitsbezogene körperliche Aktivität: Anteil der arbeitenden Bevölkerung, welcher während der Arbeit körperlich aktiv/ inaktiv ist.	
5.11	Körperkoordination bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung mit auffälligem Testergebnis Körperkoordination (0-6 Sprünge in 10 Sekunden).	Basisindikator

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
	Themenfeld 6 – Ernährung	
6.1	Stillen: Anteil gestillter Kinder bei der Einschulungsuntersuchung (Stillquote) sowie Anzahl der Monate, die Kinder im Durchschnitt gestillt wurden (Stilldauer).	Basisindikator
6.2	Zertifizierte Stillförderung in Geburtskliniken: Anteil der Geburtskliniken mit zertifizierter Stillförderung im jeweiligen Bundesland.	
6.3	Umsetzung von Ernährungsstandards in Kitas: Anteil der Kitas, die sich verbindlich an den „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen“ orientieren.	Basis- und Entwicklungsindikator
6.4	Umsetzung von Ernährungsstandards in Schulen: Anteil der Schulen, die sich verbindlich an den „DGE-Qualitätsstandards für die Schulverpflegung“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.5	Umsetzung von Ernährungsstandards in Betriebskantinen: Anteil der Betriebe, die sich verbindlich am „DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.6	Umsetzung von Ernährungsstandards in der stationären Seniorenversorgung: Anteil der Einrichtungen, die sich verbindlich am „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ orientieren.	Entwicklungsindikator
6.7	Lebensmittelpreise: Verbraucherpreisindizes (VPI) für Obst, Gemüse und Süßwaren (Zucker, Marmelade, Honig und andere Süßwaren) im Vergleich zum VPI für sämtliche Waren und Dienstleistungen des privaten Bedarfs (VPI Gesamt).	Entwicklungsindikator
6.8	Obst- und Gemüsekonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher täglich Obst verzehrt, täglich Gemüse verzehrt und täglich Obst oder Gemüse verzehrt.	Basisindikator
6.9	Konsum zuckerhaltiger Getränke/Softdrinks: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens einmal täglich zuckerhaltige Getränke/Softdrinks konsumieren.	Basisindikator
	Themenfeld 7 – Tabak und Alkohol	
7.1	Tabaksteuer: Mindeststeuersätze, versteuerte Mengen und Steueraufkommen (kassenmäßige Steuereinnahmen) für Tabakprodukte.	
7.2	Alkoholsteuer: Mindeststeuersätze, versteuerte Mengen und Steueraufkommen (kassenmäßige Steuereinnahmen) für Alkohol und alkoholische Erzeugnisse.	

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
7.3	Tabakwerbung: Werbeausgaben/ -aufwendungen der Tabakindustrie für Tabakprodukte nach Werbeträgern gegliedert gemäß der Tabakrahmenkonvention der WHO.	
7.4	Alkoholwerbung: Werbeausgaben/ -aufwendungen der Alkoholindustrie für alkoholhaltige Getränke nach Werbeträgern gegliedert.	Entwicklungs- indikator
7.5	Tabakkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher aktuell und täglich Tabak konsumiert.	Basisindikator
7.6	Alkoholkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher Alkohol in riskanten Mengen konsumiert sowie Anteil der Bevölkerung mit mindestens monatlichem Rauschtrinken.	Basisindikator
7.7	Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Basisindikator
7.8	Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Basisindikator
7.9	Alkoholattributable Diagnosen bei den Sterbefällen: Alkoholattributable Diagnosen bei durch Alkohol bedingte Sterbefälle in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Mortalitätsstatistiken.	
	Themenfeld 8 – Impfen	
8.1	Impfquoten der von der STIKO empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder mit begonnener und abgeschlossener Grundimmunisierung für die von der STIKO empfohlenen Impfungen.	Basisindikator
8.2	Impfquote vollständige HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren: Anteil der Kinder mit einer vollständigen Impfserie gegen HPV im Alter von 15 Jahren.	
8.3	Gripeschutzimpfung bei Personen ab 60 Jahren: Anteil der erwachsenen Bevölkerung ab 60 Jahren mit einer Gripeschutzimpfung.	

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren-Spezifikation
	Themenfeld 9 – Übergewicht und Adipositas	
9.1	Body-Mass-Index Erwachsene: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Body-Mass-Index-Kategorien der WHO.	Basisindikator
9.2	Body-Mass-Index Kinder: Anteil der Kinder mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei der Einschulungsuntersuchung nach Kromeyer-Hauschild.	Basisindikator
	Themenfeld 10 – Diabetes	
10.1	Diabetes-Inzidenz: Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer Neuerkrankung des dokumentierten Diabetes an allen erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten eines Jahres ohne dokumentierte Diabetesdiagnose im Vorjahr.	
10.2	Diabetes-Prävalenz: Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer stationär dokumentierten Diagnose oder mindestens zwei ambulant gesicherten Diagnosen bezogen auf alle erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten eines Jahres.	Basisindikator
	Themenfeld 11 – Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
11.1	12 Monats-Prävalenz Bluthochdruck: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten.	Basisindikator
11.2	12 Monats-Prävalenz Koronare Herzkrankheit: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten koronaren Herzkrankheit in den letzten 12 Monaten.	
11.3	12 Monats-Prävalenz Schlaganfall: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten Schlaganfall in den letzten 12 Monaten.	
11.4	Hospitale Morbidität Herzinfarkt, Angina Pectoris und Schlaganfall: Vollstationäre Behandlungsfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt, Angina Pectoris und Hirninfarkt je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	
	Themenfeld 12 – Krebs	
12.1	Brustkrebs-Mortalität bei Frauen: Anzahl der Sterbefälle bei Frauen aufgrund von Brustkrebs (ICD 10: C50) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	
12.2	Darmkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Darmkrebs (ICD 10: C18-C21) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	Basisindikator

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
12.3	Gebärmutterhalskrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs (ICD 10: C53) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	
12.4	Lungenkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ICD 10: C33-C34) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	Basisindikator
Themenfeld 13 – Psychische Störungen		
13.1	Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten.	Entwicklungs- indikator
13.2	Einschlaf- und Durchschlafstörungen: Anteil der Bevölkerung, welcher von Schlafstörungen betroffen ist.	
13.3	Depressive Symptome: Anteil der Bevölkerung, welcher von depressiven Symptomen betroffen ist.	
13.4	Ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen: Anteil der GKV-Versicherten mit ambulanten Diagnosen für Demenz, Depressionen, und phobische und andere Angststörungen.	Basisindikator
13.5	Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen: Durchschnittliche Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen je 1000 Erwerbstätige.	
13.6	Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen: Anteil der rentenversicherten Bevölkerung, welcher eine Rehabilitation aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen hat.	
13.7	Frühberentung wegen psychischer Erkrankungen: Anteil der rentenversicherten Bevölkerung, welcher von einer Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen ist.	
13.8	Suizide: Anzahl der Sterbefälle aufgrund von vorsätzlicher Selbstbeschädigung je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).	

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Indikatoren- Spezifikation
	Themenfeld 14 – Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit	
14.1	Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren sowie durchschnittliche Lebenserwartung bei guter Gesundheit (Disability-free life expectancy nach OECD).	Basisindikator
14.2	Vorzeitige Sterblichkeit: Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre.	Basisindikator

Entwicklungsindikatoren: Indikatoren, die wichtige inhaltliche Dimensionen darstellen, bei denen aber noch konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht oder für die derzeit keine Daten beziehungsweise keine Daten auf Länderebene zur Verfügung stehen.

Basisindikatoren: Indikatoren, denen auf Basis entwickelter Kriterien eine hohe Priorität zugeschrieben wird und die vorrangig zur Ausarbeitung vorgeschlagen werden.

Anhang 2: Liste der Basisindikatoren

Tabelle A.2.: Präventionsindikatorensystem der Länder – Kurzliste der 32 Basisindikatoren

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Themenfeld
1.1	Sozioökonomische Deprivation: Der „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) operationalisiert regionale Deprivation multidimensional auf Bevölkerungsebene über die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen.	Kontextfaktoren
1.2	Alleinerziehende Familien: Anteil der Eltern-Kind-Gemeinschaften mit mindestens einem minderjährigen Kind, aber ohne Ehepartner oder Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt an allen Haushalten.	Kontextfaktoren
1.3	Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II: Anteile Leistungsberechtigter nach SGB II unter 15 Jahren je 100 Einwohner unter 15 Jahren.	Kontextfaktoren
1.4	Schulabgänger und Schulabgängerinnen ohne Schulabschluss: Anteil der Schulabgänger/-innen ohne Hauptschulabschluss an allen Abgänger/-innen von allgemeinbildenden Schulen am Ende des jeweiligen Schuljahres.	Kontextfaktoren
2.3	Grad der Verstädterung: Gebietseinteilung auf Gemeindeebene anhand eines Verstädterungsgrades nach Eurostat in drei Gruppen: Städte, kleinere Städte und Vororte und ländliche Gebiete.	Lebensweltfaktoren
2.4	Erholungsfläche: Erholungsfläche je Einwohner in m ² (potentielle Bewegungsinfrastruktur in der Freizeit) u. a. Grünanlagen einschl. Parks, Schrebergärten und dergleichen sowie Sportflächen und Campingplätze.	Lebensweltfaktoren
3.2	Soziale Unterstützung: Anteil der Bevölkerung, welcher eine starke selbstwahrgenommene soziale Unterstützung erhält.	Psychosoziale Ressourcen

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Themenfeld
3.4	Subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität: Anteil der Bevölkerung, welcher eine hohe selbsteingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweist.	Psychosoziale Ressourcen
3.6	Subjektive Stress-Einschätzung/ chronischer Stress: Anteil der Bevölkerung, welcher selbsteingeschätzt stark durch Stress belastet ist.	Psychosoziale Ressourcen
4.1	Gesundheit im Bildungsrahmenplan Kita/Schule: Das Thema Gesundheit ist im Bildungsrahmenplan Kita und im Bildungsrahmenplan der allgemeinbildenden Schulen des jeweiligen Bundeslandes verankert.	Gesundheitskompetenz
5.5	Schulsport: Anzahl wöchentlicher Unterrichtsstunden im Fach Sport laut Curriculum sowie Anteil ausgefallener Sportstunden.	Bewegung/ körperliche Aktivität
5.7	Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die nationalen/ WHO Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erreicht beziehungsweise überschreitet.	Bewegung/ körperliche Aktivität
5.8	Transportbezogene körperliche Aktivität: Anteil der Bevölkerung, welcher die Bewegungsempfehlung durch aktive Fortbewegung (zu Fuß gehen, Fahrradfahren) erreicht beziehungsweise überschreitet.	Bewegung/ körperliche Aktivität
5.11	Körperkoordination bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung mit auffälligem Testergebnis Körperkoordination (0-6 Sprünge in 10 Sekunden)	Bewegung/ körperliche Aktivität
6.1	Stillen: Anteil gestillter Kinder bei der Einschulungsuntersuchung (Stillquote) sowie Anzahl der Monate, die Kinder im Durchschnitt gestillt wurden (Stildauer).	Ernährung
6.3	Umsetzung von Ernährungsstandards in Kitas: Anteil der Kitas, die sich verbindlich an den „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen“ orientieren.	Ernährung

Indikatoren- Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Themenfeld
6.8	Obst- und Gemüsekonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher täglich Obst verzehrt, täglich Gemüse verzehrt und täglich Obst oder Gemüse verzehrt.	Ernährung
6.9	Konsum zuckerhaltiger Getränke/Softdrinks: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens einmal täglich zuckerhaltige Getränke/Softdrinks konsumieren.	Ernährung
7.5	Tabakkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher aktuell und täglich Tabak konsumiert.	Tabak und Alkohol
7.6	Alkoholkonsum: Anteil der Bevölkerung, welcher Alkohol in riskanten Mengen konsumiert sowie Anteil der Bevölkerung mit mindestens monatlichem Rauschtrinken.	Tabak und Alkohol
7.7	Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Tabak und Alkohol
7.8	Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen: Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungsfällen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in den Morbiditätsstatistiken.	Tabak und Alkohol
8.1	Impfquoten der von der STIKO empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung: Anteil der Kinder mit begonnener und abgeschlossener Grundimmunisierung für die von der STIKO empfohlenen Impfungen.	Impfen
9.1	Body-Mass-Index Erwachsene: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Body Mass Index-Kategorien der WHO.	Übergewicht und Adipositas
9.2	Body-Mass-Index Kinder: Anteil der Kinder mit Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei der Einschulungsuntersuchung nach Kromeyer-Hauschild.	Übergewicht und Adipositas

Indikatoren-Nummer	Bezeichnung/Definition der Indikatoren	Themenfeld
10.2	<p>Diabetes-Prävalenz: Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer stationär dokumentierten Diagnose oder mindestens zwei ambulant gesicherten Diagnosen bezogen auf alle erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten eines Jahres.</p>	Diabetes
11.1	<p>12 Monats-Prävalenz Bluthochdruck: Anteil der Bevölkerung mit einem bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten.</p>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
12.2	<p>Darmkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Darmkrebs (ICD 10: C18-C21) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).</p>	Krebs
12.4	<p>Lungenkrebs-Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ICD 10: C33-C34) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert).</p>	Krebs
13.4	<p>Ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen: Anteil der GKV-Versicherten mit ambulanten Diagnosen für Demenz, Depressionen und phobischen und anderen Angststörungen.</p>	Psychische Störungen
14.1	<p>Lebenserwartung und Gesunde Lebenserwartung: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren sowie durchschnittliche Lebenserwartung bei guter Gesundheit (Disability-free life expectancy nach OECD).</p>	Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit
14.2	<p>Vorzeitige Sterblichkeit: Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre.</p>	Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit

Anhang 3: Beschluss der 94. Gesundheitsministerkonferenz

**94. Gesundheitsministerkonferenz
am 16. Juni 2021 als Videokonferenz**

TOP 12.2

**Präventionsindikatoren der Länder –
Empfehlung zur Berücksichtigung im
Präventionsbericht der Nationalen
Präventionskonferenz**

Antragsteller: Alle Länder

Anlage: Präventionsindikatoren

Beschluss:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden Beschluss:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder nehmen die von den Ländern im Rahmen der AOLG AG GPRS entwickelten Präventionsindikatoren zur Kenntnis (siehe Anlage).
2. Die vorgeschlagenen Indikatoren können
 - a) Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Präventionsberichterstattung im eigenen Land sein,
 - b) eine Grundlage für eine zwischen den Ländern koordinierte und vergleichbare Berichterstattung zur Gesundheitsförderung und Prävention sein, aus der dann abgestimmte Erkenntnisse der Nationalen Präventionskonferenz als Länderbeitrag zur Verwendung im Nationalen Präventionsbericht zur Verfügung gestellt werden.

3. Die AOLG beauftragt die AG GPRS, die Arbeit an einer zwischen den Ländern koordinierten und vergleichbaren Berichterstattung zur Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis von Präventionsindikatoren fortzusetzen mit dem Ziel, eine ländergestützte und in Teilen einheitliche Präventionsberichterstattung aufzubauen. Auf dieser Grundlage können dann Erkenntnisse der Nationalen Präventionskonferenz für den Nationalen Präventionsbericht zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Die Nationale Präventionskonferenz hat durch das Präventionsgesetz § 20d (SGB V) den Auftrag erhalten, eine Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Zusammen mit den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) bildet der Nationale Präventionsbericht die Nationale Präventionsstrategie. Laut § 20d Absatz 4 ist der Präventionsbericht alle 4 Jahre dem BMG vorzulegen; das BMG wiederum leitet den Bericht mit einer Stellungnahme der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften weiter. Ferner legt § 20d Absatz 4 die Inhalte des Präventionsberichtes fest und konstatiert: „Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen“.

Die UAG Präventionsindikatoren der AG GPRS hat analog zum „Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ begonnen, ein Indikatorensystem für die Präventionsberichterstattung der Länder zu erarbeiten. Es schließen sich in weiteren Schritten unter anderem die Überprüfung der Datenverfügbarkeit, methodische Klärungen sowie letztlich die Befüllung der Indikatoren an. Es besteht das Ziel, aus einer aufgebauten Länder-Präventionsberichterstattung Erkenntnisse der Nationalen Präventionskonferenz für den Nationalen Präventionsbericht zur Verfügung zu stellen.

Votum: 16 : 0 : 0