



**26. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.
Landesinitiative „Gesundheitsförderung und Prävention“.**
Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen –
eine Investition in Lebensqualität.
Aktualisierte Handlungsgrundlage 2017.

22. November 2017

Landesinitiative „Gesundheitsförderung und Prävention“

Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen - eine Investition in Lebensqualität Aktualisierte Handlungsgrundlage 2017

22.11.2017

1. Einleitung

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat in Nordrhein-Westfalen eine tragfähige Kultur gemeinsamen Handelns etabliert und Strukturen für Zusammenarbeit, für Abstimmungen und institutionsübergreifende Kooperationen entwickelt. Bereits mit ihrer Entschließung im Jahr 2005 „Landespräventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“ hat die LGK Schwerpunktthemen vereinbart sowie Landesinitiativen und Arbeitsstrukturen eingerichtet, um mit geeigneten Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung beizutragen.

Seit der Verabschiedung des Landespräventionskonzeptes haben sich Rahmenbedingungen zum Teil erheblich geändert. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention werden grundsätzlich stärker in den Blick genommen und umgesetzt. Insbesondere das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz und damit einhergehende strukturelle Veränderungen bieten einen geeigneten Anlass, um Bilanz zu ziehen und eine Aktualisierung des Landespräventionskonzeptes aufgrund folgender Aspekte zu vereinbaren:

- Nach inzwischen zwölf Jahren führen Analyse und Bewertung der Umsetzung des Landespräventionskonzeptes zu neuen Erkenntnissen und damit verbundenen neuen Handlungserfordernissen.
- Viele Maßnahmen wurden erfolgreich abgeschlossen bzw. in vorhandene Strukturen und Organisationsformen integriert und verfestigt, so dass eine Fortsetzung damit einhergehender Arbeitsgremien nicht mehr notwendig ist.
- Der „Landesgesundheitsbericht 2015“ enthält aktualisierte Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Er bestätigt Handlungsanlässe und bietet eine gute Grundlage für datengestützte Weiterentwicklungen in den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“.
- Das am 17. Juli 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“,

setzt neue fachlich-inhaltliche, organisatorische und finanzielle Schwerpunkte und legt eine Präventionsstrategie fest, die über die am 19. Februar 2016 von der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedeten „Bundesrahmenempfehlungen“ inzwischen Eingang in „Landesrahmenvereinbarungen“ gefunden hat („Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20 f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen - LRV NRW“ vom 26. August 2016).

- Nicht zuletzt zeichnen sich Veränderungen der Wirklichkeit für Familien und Lebenswelten ab, die es zu berücksichtigen gilt (z.B. Singularisierung der Haushalte, veränderte Familienverbände).

Eine Weiterentwicklung der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen, die an Bewährtes anknüpft und aktuelle wie zukünftige Herausforderungen gleichermaßen berücksichtigt, ist daher erforderlich.

Das fortgeschriebene Landespräventionskonzept soll

- die Integration einer bedeutsamen „Leitidee“ aus der nationalen wie internationalen Fachdiskussion der letzten Jahre, „Gesundheit in allen Politikbereichen“, also die konsequente Durchführung organisations- und fachübergreifender Zusammenarbeit vorantreiben und
- sich an der aktuellen Datenlage und konkreten Handlungserfordernissen orientieren, um zu einer verbesserten Förderung der Gesundheit der Bevölkerung beizutragen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben: Unabhängig von ggf. bestehenden kompetenzrechtlichen Prioritäten oder Beschränkungen von Institutionen und Organisationen gilt es, so viele verantwortlich Beteiligte wie möglich zusammenzubringen und ein möglichst abgestimmtes, koordiniertes Zusammenwirken von wirksamen Maßnahmen, effizientem Mitteleinsatz und effektiven Regularien zu gewährleisten.

Gerade die guten Erfahrungen fach- und bereichsübergreifender Zusammenarbeit im Rahmen bisher in Nordrhein-Westfalen durchgeführter Landesinitiativen des Präventionskonzeptes wie auch im Rahmen weiterer Programme ermutigen dazu, die Routinen der Kooperation in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention zukünftig auch in Richtung einer konsequenten Ressort übergreifenden Gesundheitspolitik weiterzuentwickeln.

Die Auswertung bisheriger Aktivitäten, empirische Ausgangsdaten, rechtliche Rahmenbedingungen, zielgruppenspezifische Prioritäten und weitere Hintergründe werden im Folgenden dargestellt. Sie sind die Begründung für die neue Ausrichtung des

Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen als „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“.

Die Mitglieder der LGK würdigen die Arbeit im Rahmen des bisherigen Landespräventionskonzeptes, begrüßen die Fortschreibung und unterstützen die Umsetzung aktiv im Rahmen ihrer Zuständigkeiten auf diesem Gebiet.

2. Ausgangslage

Die künftige „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ ist Ergebnis der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Landespräventionskonzeptes mit seinen bislang fünf Landesinitiativen und berücksichtigt die Analyse und Bewertung des Erreichten, die aktuellen epidemiologischen Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sowie veränderte rechtliche Rahmenbedingungen.

Dabei ist sie gleichzeitig auch das Ergebnis eines partizipativen Entwicklungsprozesses, in den zahlreiche Organisationen und Expertisen einbezogen wurden und der in der künftigen Umsetzung fortgesetzt werden soll.

2.1 Akteure des Gesundheitswesens: Grundlagen und Strukturen ihrer Zusammenarbeit in Nordrhein-Westfalen

Bereits 1991 wurde in Nordrhein-Westfalen die Landesgesundheitskonferenz (LGK) gegründet und dadurch die Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheitswesens gesichert. Spiegelbildliche Strukturen wurden auf kommunaler Ebene durch die flächendeckende Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) geschaffen. Inzwischen hat sich daraus eine etablierte und bewährte Struktur entwickelt. Durch das „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)“ sind sowohl die Landesgesundheitskonferenz (§ 26 ÖGDG NRW) als auch die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (§§ 23 und 24 ÖGDG NRW) rechtlich normiert.

Landesgesundheitskonferenz

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) tagt mindestens einmal im Jahr unter dem Vorsitz des für Gesundheit zuständigen Ministeriums.

Mitglieder der LGK sind:

- Sozialversicherungsträger,
- Verfasste Ärzte- und Zahnärzteschaft,
- Psychotherapeutenkammer,

- Apothekerkammern und Apothekerverbände,
- Krankenhausgesellschaft,
- Arbeitgeber und Gewerkschaften,
- Wohlfahrtsverbände,
- Kommunale Spitzenverbände,
- Landschaftsverbände,
- Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes,
- Gesundheitliche Selbsthilfe,
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), insbesondere in der Funktion als „fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit Beratungs- und Unterstützungsauftrag.

Ziele der LGK und der gemeinsamen Beratungen sind zum Beispiel:

- Beratung gesundheitspolitischer Fragen von übergreifender Bedeutung und zur gesundheitspolitischen »Weichenstellung«,
 - Verabschiedung von Entschlüssen und Selbstverpflichtung zur Umsetzung,
 - Abstimmung von Zusammenarbeit, gemeinsamer Zielfindung und bereichsübergreifender Versorgung
- und
- Vereinbarung von Umsetzungskonzepten.

Vorbereitender Ausschuss

Arbeitsausschuss und damit auch beratendes Forum der LGK ist ihr Vorbereitender Ausschuss (VA), dessen Teilnehmende durch die Mitgliedsorganisationen der LGK benannt werden. Bei Bedarf kann der VA zusätzlich externe Kompetenz zu Rate ziehen und / oder Arbeitsgremien (Arbeitsgruppen, Unterarbeitsgruppen) einsetzen.

Beratungsanlässe und Empfehlungen werden vor der Entschlüsselung in der LGK durch diesen Ausschuss vorbereitet.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) beraten interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene. Sie haben vor allem das Ziel der Koordinierung und geben bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung von Beschlüssen erfolgt unter Selbstverpflichtung aller Beteiligten.

Die Geschäftsführung der KGK obliegt den unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämtern), zu deren Aufgaben auch die ortsnahe Koordinierung gesundheitlicher

Versorgung gehört. Die Mitglieder der KGK stammen – analog zur LGK – ebenfalls aus den Bereichen der Leistungsträger und -anbieter, der Kostenträger, Selbsthilfegruppen usw..

Auch die KGK hat die Möglichkeit, externen Sachverstand hinzuzuziehen. Ihre Ziele und Aufgaben entsprechen grundsätzlich denjenigen auf der Landesebene. Die Festsetzung jeweiliger kommunaler Arbeitsschwerpunkte resultiert aus den vor Ort bedeutsamen Themen und dem sich daraus ergebenden Handlungsbedarf. Die unteren Gesundheitsbehörden werden bei ihren Koordinierungsaufgaben und beim Management der KGK durch das LZG.NRW unterstützt. Die KGK wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit.

2.2 Bilanz: „Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“ (2005-2016)

Im Dezember 2005 verabschiedete die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen die EntschlieÙung „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen - eine Investition in Lebensqualität“. Aufbauend auf den spezifischen Gesundheitszielen Nordrhein-Westfalens (1995-2005) und unter Bündelung der Kräfte des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens ging es dabei um die Stärkung von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention, um neue inhaltliche Akzente und die Entwicklung von Synergien. Durch gemeinsame Initiativen, abgestimmtes Handeln und zielgerichteten Einsatz vorhandener Mittel sollten Maßnahmen effektiver und effizienter werden; gleichzeitig sollten landesweite Aktivitäten und lokale Umsetzungen sinnvoll zusammengeführt werden. Strukturbildend war dabei der Lebensphasenansatz – die wichtigsten Zielgruppen waren Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen.

Zunächst wurden vier Landesinitiativen (LI) eingerichtet:

- Leben ohne Qualm (ausgerichtet auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche),
- Gesundheit von Mutter und Kind,
- Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen,
- Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren,

die 2010 (ebenfalls auf der Grundlage einer LGK-EntschlieÙung) um eine fünfte Landesinitiative –

- Starke Seelen: Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen –

ergänzt wurden.

Die Arbeit der Landesinitiativen war durch viel Engagement und Verantwortungsteilung gekennzeichnet. Die hohe Kooperationskultur der LGK und ihres Vorbereitenden Ausschusses zeigte sich in zahlreichen praktischen Arbeitszusammenhängen. Aber auch Partner aus anderen Politik- und Verwaltungsbereichen ebenso wie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Selbsthilfe haben sich konstruktiv eingebracht. Es wurden vielfältige Arbeitsformen entwickelt, die der Bandbreite der Möglichkeiten landes- und kommunalpolitischen Handelns entsprachen. Viele qualitativ hochwertige Maßnahmen und Programme konnten initiiert, umgesetzt, in großen Teilen vernetzt werden und dadurch nachhaltig wirken.

Präventionskonzept NRW – eine Investition in Lebensqualität

Struktur und Akteure

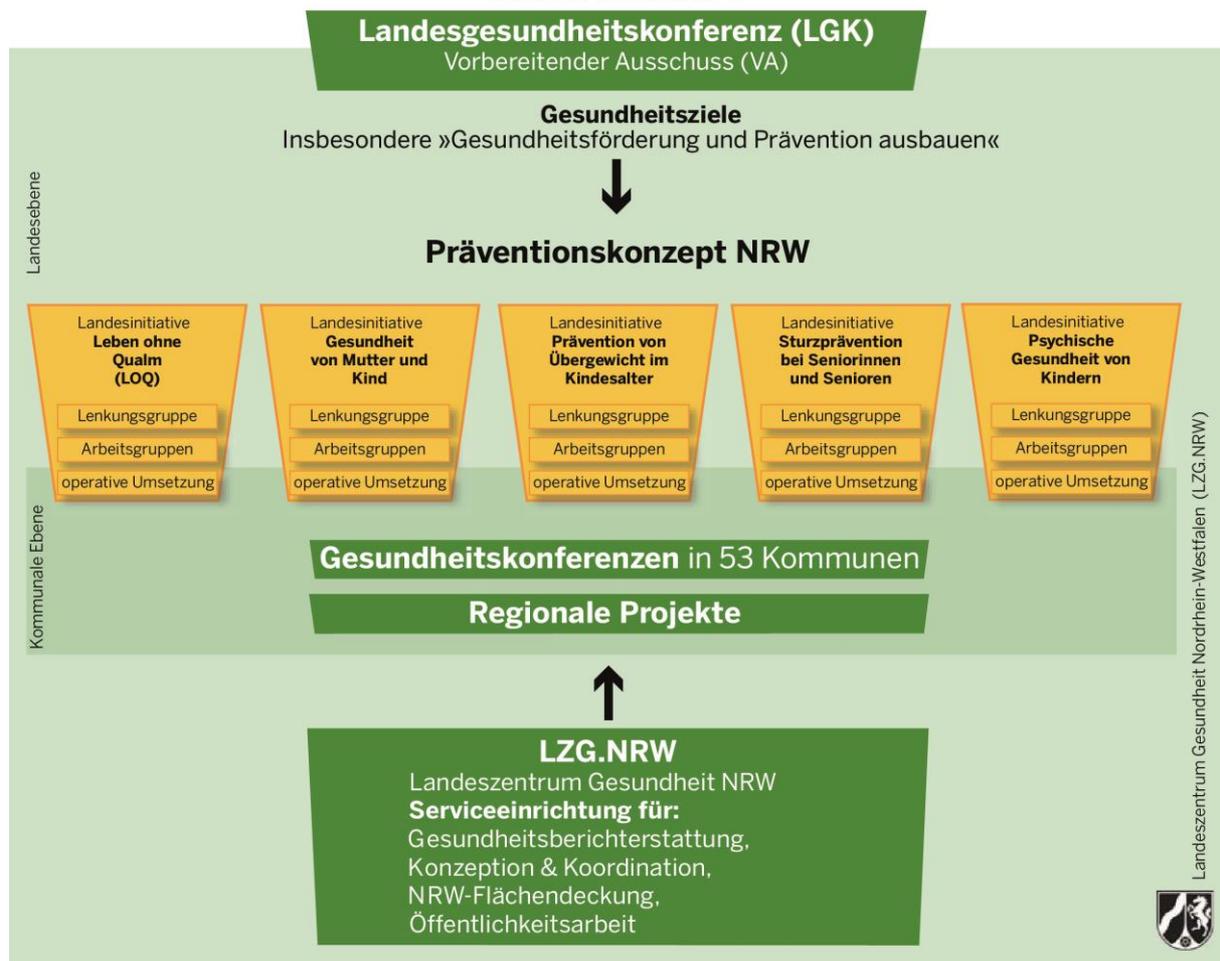


Abb.: Präventionskonzept NRW (2005 bis 2017) - Strukturen und Gremien

Ausgehend von dieser grundsätzlich positiven Bilanz wurden in den Diskussionen zur Fortführung und Weiterentwicklung des bisherigen Landespräventionskonzeptes auch neue Akzente für eine künftige „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ gesetzt:

Bedarfsorientierte Festlegung von Handlungsfeldern

Die zukünftigen Handlungsfelder innerhalb der neuen Landesinitiative sollen sich stärker als bisher an aktuellen Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen ausrichten und zugleich nach Möglichkeit auch die Gesundheits(förderungs)ziele der Bundesebene berücksichtigen – orientiert an den zentralen Fachthemen, Settings, Zielgruppen und Querschnittsthemen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Konkrete Ziele und begleitende Evaluation

Maßnahmen im Rahmen der Landesinitiative sollen mit konkreten, realistischen und messbaren Zielsetzungen verbunden sein, deren Erreichung durch Maßnahmen der Evaluation überprüft werden sollte.

Laufzeiten der Maßnahmen.

Dem Konzept des „lernenden Modells“ entsprechend soll die Maßnahmensteuerung künftig schneller reagieren können. Um dies zu ermöglichen, sollte die Laufzeit von Maßnahmen im Rahmen der Landesinitiative grundsätzlich befristet werden. Der Anschluss konzeptionell weiterentwickelter, ebenfalls befristeter Maßnahmenzyklen bliebe davon unbenommen.

Breite fachliche Expertise

Die Landesinitiative und ihre Maßnahmen werden von allen Partnern der LGK, ihren vielfältigen institutionellen Möglichkeiten und breit gefächerten fachlichen Kompetenzen getragen. Darüber hinaus sind zukünftig weitere Kooperationen und die Einbindung einer großen Bandbreite wissenschaftlicher und praktischer Kenntnisse vorzusehen, um insbesondere dem Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ methodisch und inhaltlich gerecht werden zu können.

Partizipation und Teilhabe

Für die Maßnahmen der künftigen Landesinitiative ist eine breite Beteiligung der jeweils betroffenen Zielgruppen und lokaler Akteure und Entscheidungsträger vorgesehen, um örtliche Rahmenbedingungen und zielgruppenspezifische Besonderheiten differenziert berücksichtigen zu können. Die Kommunen in Nordrhein-Westfalen mit ihrem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Kommunalen Gesundheitskonferenzen als ortsnah organisierter Struktur und die Beteiligung ihrer Vertreterinnen und Vertreter an der Steuerung der Landesinitiative sind hier von großer Bedeutung.

Ressortübergreifendes und interdisziplinäres Handeln

Gesundheit wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt – und nur ein kleiner Teil davon ist durch das Gesundheitswesen unmittelbar beeinflussbar. Bereits die Initiativen des bisherigen Präventionskonzeptes haben diesem Umstand Rechnung getragen und interdisziplinäre und Politikfelder übergreifende Arbeitspartnerschaften gebildet, die weiter ausgebaut werden sollen.

Interne Vernetzung

Im Rahmen der neuen Landesinitiative kommen absehbar eine Vielzahl von methodischen Ansätzen und praktischen Arbeitsformen zum Einsatz. Vernetzung und Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Maßnahmen, aber auch mit anderen Initiativen und Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen können zur Nutzung von Synergien und gezielter Weiterentwicklung beitragen.

Die Gremienstruktur des bisherigen Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen hat zu einer effektiven Konzentration auf die inhaltliche Arbeit beigetragen und soll im Rahmen der künftigen „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ den neuen Steuerungserfordernissen entsprechend angemessen „schlank“ angepasst werden.

Als besondere Herausforderung und Entwicklungsaufgabe ist das Zusammenwirken der Landesinitiative mit den Strukturen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Nordrhein-Westfalen anzusehen. Insbesondere ist hier auf wirkungsorientierte Synergien und auf die Vermeidung von Doppelstrukturen hinzuwirken. (Siehe dazu Abschnitt 3.3.2)

2.3 Steigende Lebenserwartung und Zunahme von nichtübertragbaren Erkrankungen – Auswirkungen auf Präventions- und Versorgungsbedarfe

Viele Faktoren haben die Lebenserwartung in Deutschland in den vergangenen 130 Jahren deutlich steigen lassen: Fortschritte im Gesundheitswesen und in der Hygiene, bessere Ernährung, komfortableres Wohnen, verbesserte Arbeitsbedingungen sowie höhere Sicherheitsstandards und Maßnahmen zur Unfallprävention. (Siehe dazu auch Kapitel 6: Aktuelle Daten zur gesundheitlichen und sozialen Situation der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen). Auch als Folge der steigenden Lebenserwartung hat sich das Krankheitsspektrum in den letzten 50 Jahren erheblich gewandelt, viele chronische Krankheiten und Multimorbidität haben zugenommen. Nicht übertragbare, chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen sind für 86% aller Todesfälle und 77% der Krankheitslast in der Region „Europa“ der WHO sowie für erhebliche Gesundheitskosten verantwortlich. Viele dieser chronischen Erkrankungen sind entweder nur schwer oder gar nicht heilbar. Durch deutlich verbesserte Behandlungsmöglichkeiten kann aber sehr häufig eine gesundheitliche Stabilisierung

erreicht werden, die zumeist mit einer Lebensverlängerung und oftmals auch mit einer Steigerung der Lebensqualität einhergeht.

Nicht übertragbare Krankheiten werden mehrheitlich durch vier lebensstilbedingte Faktoren begünstigt: unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch. Neben diesen vier Risikofaktoren können auch steigende Anforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen die körperliche und seelische Gesundheit beeinträchtigen. Dazu zählen besondere berufliche Belastungsfaktoren (wie beispielsweise „permanente Erreichbarkeit“) und gravierende Veränderungen im privaten Alltag (z.B. stark zunehmender Gebrauch elektronischer Medien in Verbindung mit fehlenden Ruhephasen). Hinzu kommt das Risiko sozialer Isolation und Vereinsamung als Folge des anhaltenden Trends hin zu individualisierten Lebens- und Wohnformen.

Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Verminderung lebens- und arbeitsweltbedingter Risiken und die Stärkung allgemeiner gesundheitlicher Ressourcen und Kompetenzen (Gesundheitskompetenz) der Menschen. Auch wenn das Gesundheitswesen diese Aufgaben nicht allein bewältigen kann, so ist es doch gefordert, neben der Kuration Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention weiter auszubauen. Primärpräventive Angebote sollten stärker mit denen der Sekundär- und Tertiärprävention verknüpft werden. Notwendig sind daher die Stärkung institutions- und professionsübergreifender Zusammenarbeit und ganzheitliche Maßnahmen, die die Bereiche Ernährung, Bewegung, Umgang mit Suchtmitteln, Seelische Gesundheit und Selbstmanagement systematisch verbinden. Das Präventionsgesetz (siehe Abschnitt 2.4) enthält beispielsweise Regelungen, die eine Verknüpfung zwischen Gesundheitsversorgung und primärpräventiven Maßnahmen herstellen können wie die Neugestaltung von Gesundheitsuntersuchungen oder die präventionsorientierte Beratung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Die Ärzteschaft erreicht alle wesentlichen Zielgruppen sowohl über die ambulante Praxis, als auch über viele andere Settings wie Krankenhäuser, Kommune (Öffentlicher Gesundheitsdienst / ÖGD), Kindergärten, Schulen (z. B. durch Impfberatung in der Schule, zahnmedizinische Beratung) und Betriebe. In all diesen Bereichen sind Ärztinnen und Ärzte tätig, in vielen davon – wie im ÖGD – mit einem explizit präventiven Handlungsauftrag. Ergänzend dazu sind öffentliche Apotheken mit ihrer flächendeckenden Präsenz, also wohnortnahen Erreichbarkeit eine besonders niedrigschwellige Anlaufstelle im Gesundheitswesen. Daher ist es sinnvoll, die Potenziale des Gesundheitssystems für die Prävention konsequent auszuschöpfen und möglichst alle Akteure des Gesundheitswesens mit Blick auf die Weiterentwicklung der Prävention umfassend zu beteiligen.

Weil viele Einflüsse auf die Gesundheit außerhalb des Gesundheitssektors liegen und auch über Gemeinde- und Ländergrenzen hinweg wirksam sind, ist das sektorübergreifende Zusammenwirken unterschiedlicher Politikfelder, also die Umsetzung von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ dringend geboten. Die salutogenen Wirkungen beispielsweise guter Bildungschancen und erleichterter Zugänge zum Arbeitsmarkt, der Eindämmung von Umweltrisiken, des gesicherten Zugangs zu gesunden Nahrungsmitteln und ein gesundheitsförderliches, barrierefreies (Wohn-) Umfeld mit stabilem sozialen Zusammenhalt können in diesem Zusammenhang nicht hoch genug geschätzt werden.

2.4 Neue gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf das Land Nordrhein-Westfalen

Das Präventionsgesetz

Am 25. Juli 2015 ist das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Präventionsgesetz / PräVG) als Artikelgesetz mit Änderungen im SGB V, SGB VI, SGB VIII und SGB XI in Kraft getreten. Die Leistungen des Gesetzes beziehen sich auf Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention („Individueller Ansatz“ / zertifizierte Kursangebote), auf Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention in Lebenswelten („Setting-Ansatz“ / gesundheitsförderliche Veränderung von Strukturen und Einleitung von gesundheitsgerechtem Verhalten) und auf Maßnahmen der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“. Es regelt nicht alle gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten, sondern fokussiert auf die Handlungsfelder „Ernährung“, „Bewegung“, „Stressregulation“ sowie den „Umgang mit Nikotin und Alkohol“ und damit auf die lebensstilbedingten, vermeidbaren Ursachen von chronischen Erkrankungen. Zur Förderung und Unterstützung dieser Maßnahmen durch die Sozialversicherungsträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, gelten die Kriterien des Leitfadens Prävention („Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung“).

Wesentliche Neuerungen des Gesetzes sind:

- Abstimmung und Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung = GKV, Gesetzliche Rentenversicherung = GRV, Gesetzliche Unfallversicherung = GUV, Soziale Pflegeversicherung = SPV, siehe dazu auch Landesrahmenvereinbarung / LRV),
- Erhöhung von Ausgabenrichtwerten (GKV) bzw. Festlegung neuer Richtwerte (SPV),
- Berücksichtigung der Nationalen Gesundheitsziele,

- Stärkung der Prävention in Lebens- und Arbeitswelten,
- Einrichtung einer „Nationalen Präventionskonferenz“ und Vereinbarung einer nationalen Präventionsstrategie (vgl. Bundesrahmenempfehlung),
- Fortentwicklung von Früherkennung und Vorsorge (präventionsorientierte Beratung und Präventionsempfehlung),
- Prävention in der (stationären) Pflege,
- Impfberatungspflicht vor Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen (auch Änderung des Infektionsschutzgesetzes),
- Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
- Einrichtung von Koordinierungsstellen als Beratungsangebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung (vor allem für kleine und mittelständische Betriebe).

Gremien und Instrumente des Gesetzes

Für zielgerichtete und wirksame Gesundheitsförderung und Prävention wurden die Sozialversicherungsträger beauftragt, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Ihre wesentlichen Elemente sind

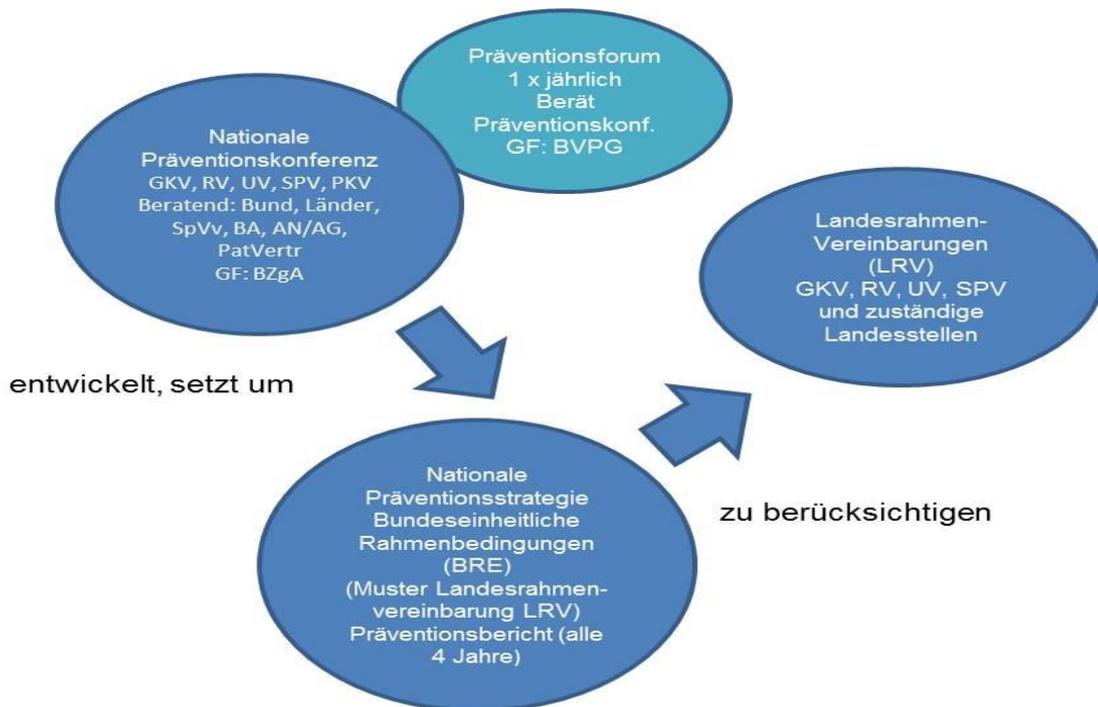
- die Bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen (BRE) und
- der Präventionsbericht (alle 4 Jahre, erstmals vorzulegen am 01. Juli 2019).

Als neues Gremium wurde die „Nationale Präventionskonferenz“ (NPK) eingerichtet, die den Auftrag hat, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und in der Folge weiterzuentwickeln. Die NPK beauftragt die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg), einmal jährlich ein Präventionsforum als Gremium zur Beratung der NPK durchzuführen. Am 13. September 2016 und am 23. Oktober 2017 haben die ersten beiden Präventionsforen stattgefunden.

Zur Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen in den Ländern schließen die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den in den Ländern hierfür zuständigen Stellen gemeinsame Vereinbarungen („Landesrahmenvereinbarungen“).

An der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen werden nach § 20 f SGB V die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt.

Instrumente des Präventionsgesetzes



GKV=Gesetzliche Krankenversicherung, RV=Rentenversicherung, UV=Unfallversicherung, SPV=Soziale Pflegeversicherung, PKV=Private Krankenversicherung, BVPG=Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, SpVv=Spitzenverbände, BZgA=Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Abb.: Instrumente des Präventionsgesetzes

Umsetzung des Gesetzes in Nordrhein-Westfalen

Die Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen (LRV NRW) wurde am 26. August 2016 in Düsseldorf unterzeichnet. Die Agentur für Arbeit ist der LRV NRW am gleichen Tag beigetreten, die Kommunalen Spitzenverbände bisher nicht. Grundlage der LRV NRW sind die Bundesrahmenempfehlungen der nationalen Präventionsstrategie mit der Orientierung an Lebensphasen und Gesundheitszielen.

Darüber hinaus werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Verminderung sozialbedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen,
- Fortführung, Weiterentwicklung und Ausbau bewährter Ansätze und Kooperationen,
- Entwicklung neuer Maßnahmen oder Initiativen,
- gemeinsame Ziele und Handlungsfelder,
- Koordinierung der Leistungen,
- Zusammenarbeit der Partner,

- Schaffung von transparenten Strukturen durch regelmäßige Festlegung von Handlungsschwerpunkten,
- vorrangig integrierte Konzepte im kommunalen Raum / Quartier,
- lebensweltübergreifende Präventionsketten und Bündelung von Aktivitäten,
- Qualifizierung, Befähigung und Teilhabe unter Berücksichtigung interkultureller Kompetenz im Sinne des Selbstverantwortung und der Nachhaltigkeit,
- Evaluation und Qualitätssicherung.

Weitere Einzelheiten der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Nordrhein-Westfalen werden im Abschnitt 3.3.2.1 „Gremienstruktur der Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen“ ausgeführt.

3. Die Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen zur „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“

Nachfolgend wird der Prozess der Weiterentwicklung des bisherigen Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen beschrieben und es werden die zentralen Konzept-Module der zukünftigen „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ erläutert.

3.1 Vorbereitung der Landesinitiative / Prozess

Zur Weiterentwicklung des Landespräventionskonzeptes und zur Vorbereitung einer entsprechenden Entschließung der 26. LGK zu dieser Thematik hat der Vorbereitende Ausschuss eine Arbeitsgruppe „Prävention“, und diese ihrerseits drei Unterarbeitsgruppen zu den Lebensphasen „Aufwachsen“, „Lebensmitte“ und „Altern“ sowie eine weitere zu „Querschnittsthemen“, eingerichtet. Die Mitglieder analysierten Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Maßnahmen des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen, sondierten den zukünftigen Bedarf auf der Grundlage von Präsentationen der aktuellen Gesundheitsberichterstattung, berieten entsprechende zielgruppenspezifische Schwerpunktthemen sowie organisatorische und strukturelle Änderungspotentiale.

Übereinstimmendes Ergebnis war, das neue Landeskonzept für Gesundheitsförderung und Prävention grundsätzlich als „lernendes Modell“ zu gestalten, um mit entsprechend flexibel gehaltenen Organisationsstrukturen jederzeit zeitnah auf neue Herausforderungen reagieren zu können.

Abweichend von den bisherigen Bezeichnungen der Maßnahmen- und Programmebene wurde vorgeschlagen, das weiterentwickelte Konzept zukünftig übergreifend als „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ zu bezeichnen.

3.2 Die Handlungsfelder „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“

Die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sind komplex und erfordern eine differenzierte Herangehensweise. Die folgenden Abschnitte benennen zentrale Konzepte und Gestaltungsfelder, die im Rahmen der zukünftigen Landesinitiative zu berücksichtigen sind, ohne sie vollständig abzuhandeln. International und national gültige bzw. anerkannte Entschlüsse, Begriffsdefinitionen und Diskussionsergebnisse der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention werden dabei zu Grunde gelegt, nicht jedoch in allen Details jeweils durch Quellenangaben belegt.

3.2.1 Der Settingansatz: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Der auch dem Präventionsgesetz zugrunde liegende WHO-Settingansatz geht davon aus, „dass sich Gesundheit nicht, wie in der traditionellen Gesundheitserziehung immer wieder versucht, über die Schaffung verbindlicher Lebensregeln durch Experten und Expertinnen, über aufklärende Maßnahmen oder Angstappelle einstellt, sondern im Lebensalltag, bei der Arbeit, in der freien Zeit, im Stadtteil, in der Schule entfaltet. Dafür sind Bedingungen herzustellen, die der Schaffung und Förderung gesunder Sozialräume gerecht werden. (...) Dem Setting geht es nicht um die Reduktion von Risikofaktoren in einem sozialen System, sondern um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip.“¹

Vielfach wird das „Setting“ auch als „Lebenswelt“ bezeichnet - so etwa im SGB V, § 20 Abs. 4 Punkt 2. Konkret kann das „Setting“ wie folgt beschrieben werden²:

„Ein Setting ist ein relativ dauerhafter und den Nutzern bzw. Akteuren auch subjektiv bewusster Sozialzusammenhang. Er kann durch eine formale Organisation (z.B. Schule, Betrieb) konstituiert sein, durch einen gemeinsamen sozial-räumlichen Bezug (z.B. Stadtteil, Dorf, Quartier), durch eine gemeinsame Lebenslage (z.B. Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Ruhestand), durch gemeinsame Wertorientierungen (z.B. religiöse Überzeugungen, sexuelle Orientierungen) oder auch durch eine Kombination dieser Merkmale [...]. Ein Setting ist dann relevant für Interventionen, wenn von ihm wichtige Einflüsse auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen, auf die Wahrnehmung von Gesundheit sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen.“³

Entscheidend ist, den Unterschied zweier – nicht immer völlig trennscharfer – Herangehensweisen zu beachten: der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten und der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Im ersten Fall geht es um gesundheitsförderliche Maßnahmen, die in einem Setting stattfinden (z. B. das Kursangebot „Rückengerechtes Schultasche tragen“ in einer Schule). Im zweiten Fall geht es um die gesundheitsförderliche Organisation bzw. Umorganisation eines gesamten Settings (z. B. die Entwicklung zur „gesunden Schule“).

¹ Hans Günther Homfeldt in: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): „Gesundheit. Strukturen und Handlungsfelder.“ (Neuwied: Luchterhand, Ergänzungslieferung Mai 2003, Kapitel VI, S. 2)

² Rolf Rosenbrock: „Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz“ (in: Z Allg Med 2015; 91 (5), S. 216)

³ Es ist durchaus nicht unüblich, auch „Familie“ als Setting zu bezeichnen - allerdings entspricht dies nicht der klassischen Definition eines Settings durch die WHO. Aus diesem Grund werden im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbands in der Fassung vom 10.12.2014 Familien ebenso wie Alleinerziehende als „Besondere Zielgruppe im Setting Kommune“ bezeichnet (ebd., S. 31) und behandelt.

3.2.2 Das Lebensphasen-Modell

Das Lebensphasen-Modell geht davon aus, dass in unterschiedlichen Lebensphasen nicht nur andere Bedürfnisse, Ziele und Fähigkeiten von Menschen im Vordergrund stehen, sondern – bezogen auf die Handlungsbereiche Gesundheitsförderung und Prävention –, dass es auch jeweils spezifische (potentielle oder tatsächliche) Belastungen für die Gesundheit und spezifische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung gibt.⁴

In der Gesundheitsförderungsdiskussion in Deutschland wird dieser Ansatz in drei Phasen aufgeteilt: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund altern“. Erkennbar sind hierin die Lebensphasen von Kindheit und Jugend, vom in der Regel von Erwerbstätigkeit geprägten Erwachsenenleben sowie von der Zeit nach der aktiven Berufstätigkeit. Dass diese Phasen nicht exakten „Standard-Altersphasen“ entsprechen können, liegt an unterschiedlichen individuellen Lebensplanungen oder -schicksalen der Menschen.

3.2.3 Umwelt und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Gesundheit wird von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Neben der Umwelt sind es vor allem politische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und Gesundheitsbeeinträchtigungen sind hinreichend belegt. Dies erfordert ein konzeptionelles, gemeinsames Handeln, um bereits vor dem Eintritt einer Erkrankung tätig zu werden (Umsetzung „Gesundheit in allen Politikbereichen“). Ziel muss eine Veränderung der Lebensbedingungen in den Lebenswelten sein, um Gesundheitsbeeinträchtigungen vorzubeugen. Dazu zählt z. B. auch die Schaffung / Erhaltung von Grünflächen. Seit längerer Zeit zeigen Untersuchungen, dass Umweltbelastungen (z. B. Luftverunreinigungen, Lärm) und ihre gesundheitlichen Folgen in der Gesellschaft nicht gleich verteilt sind. Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind Umweltbelastungen regelmäßig in höherem Maße ausgesetzt als andere Bevölkerungsteile. Daher sind die Aspekte Umwelt und Gesundheit, Umweltgerechtigkeit sowie integrative Ansätze und Verhältnisprävention stärker als bisher zu berücksichtigen. Denn Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die Verhältnisse, in denen Menschen leben und arbeiten, haben Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der bzw. des Einzelnen.

Auch Erbanlagen, Geschlecht, soziale Zusammenhänge (Familie, Freunde, soziale Netzwerke), Wohnorte mit jeweils spezifischer (guter oder schlechter) Infrastruktur, Bildung und Sozialstatus u.a.m. haben Einfluss auf individuelle Ressourcen und Lebensweisen und damit eher schädliche oder eher förderliche Auswirkungen auf die

⁴ Siehe auch: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages>

Vgl. Masterplan Umwelt und Gesundheit NRW 2016, MKUNLV; Umweltgerechtigkeit, Bolte et al 2012, Huber Verlag

Gesundheit. Eine ganzheitliche Sicht auf „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ erfordert integrative Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Verantwortungsbereichen.

3.2.4 Qualität

„Die Beurteilung der Qualität praktischer Arbeit durch Qualitätskontrollen, Qualitätsmanagement oder Auditierung ist ein wichtiger Aspekt jeder professionellen Tätigkeit.“⁵

Inzwischen hat der entsprechend fach- und bereichsspezifisch geführte Diskurs zu Qualitätskonzepten und Qualitätssicherungsinstrumenten geführt, die ihrem Gegenstandsbereich theoretisch angemessen und auch praktisch erprobt sind. Beispiele hierfür sind vor allem den diesbezüglichen Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) zu entnehmen.

Die von der BVPg im Jahr 2013 veröffentlichten – und vom 117. Deutschen Ärztetag 2014 angenommenen – „Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung“⁶ legen als gute Qualität fest:

1. Autonomie und Empowerment (Selbstbestimmung und Selbstverantwortung)
2. Partizipation (Teilhabe)
3. Lebenswelt- und Lebensstilbezug
4. Gesundheitliche Chancengleichheit
5. Konzeptbasierung
6. Evaluation
7. Nachhaltigkeit

Dieses Qualitätskonzept ist derzeit die in Deutschland am weitesten akzeptierte, da von fast allen maßgeblichen Bundesorganisationen, -verbänden und -fachgruppen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ getragene Fundierung für Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement in diesem Bereich. Qualitätssicherungsinstrumente und -methoden für die konkrete Umsetzung

⁵ Naidoo, Jennie & Jane Wills: „Lehrbuch der Gesundheitsförderung“, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2003, S. 359

⁶ Am 09.04.2013 von allen 124 Mitgliedsorganisationen der BVPg (darunter auch das Land NRW) auf der Mitgliederversammlung der BVPg verabschiedet.

des „Public-Health-Action-Zyklus“ (vgl. nachfolgende Abbildung) stehen inzwischen in ausreichender Anzahl und Güte zur Verfügung.⁷

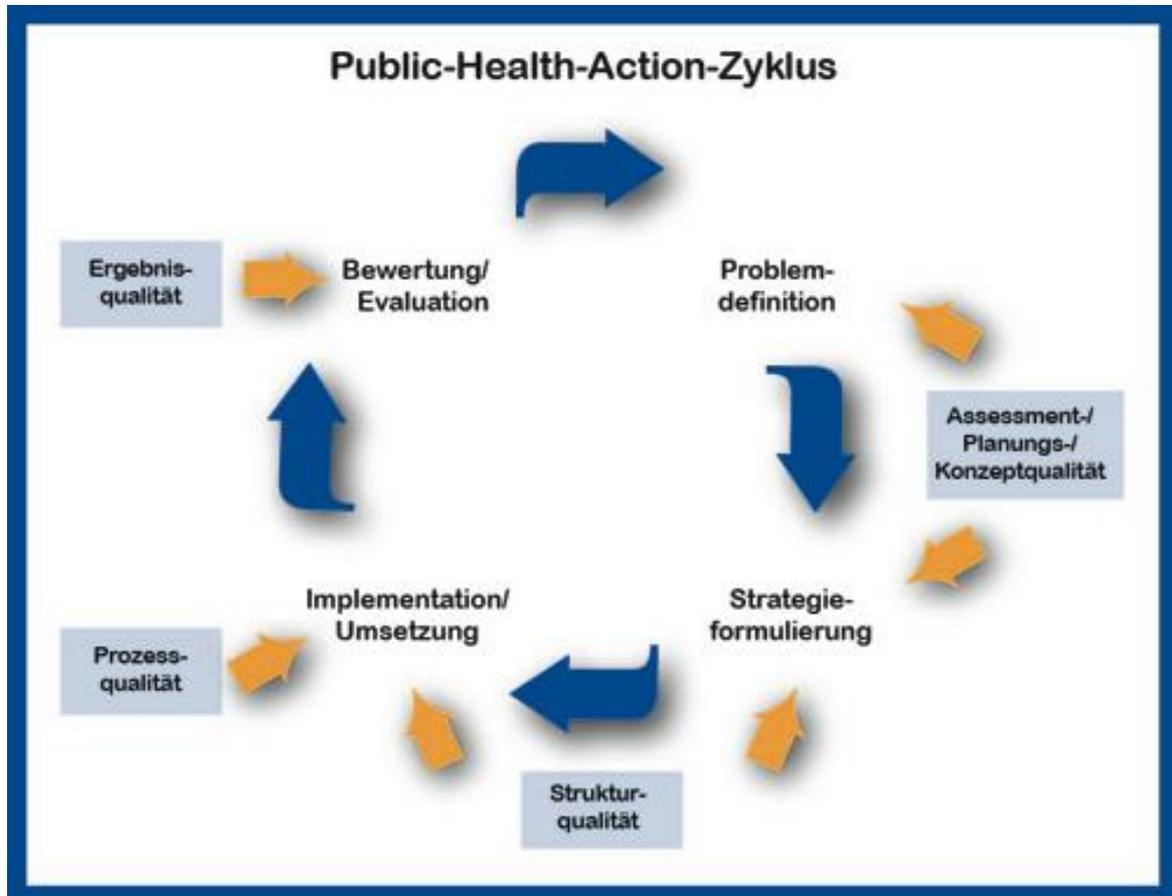


Abb. „Public-Health-Action-Zyklus“⁸

3.2.5 Wirksamkeit

Qualität und Wirksamkeit einer Gesundheitsförderungsmaßnahme werden häufig identisch gesetzt – sind es aber nicht. Während die Erfüllung / Einhaltung jeweiliger Qualitätskriterien darüber Aufschluss gibt, dass die Leistung aus der Sicht und Beurteilung der Beteiligten den Erwartungen entspricht, zeigt die Wirksamkeit der Maßnahme feststellbare gesundheitliche oder anderweitig definierte Erfolge. Die Maß-

⁷ Vgl. hierzu vor allem „Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. LIGA.Praxis 8“, hrsg. vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, November 2011

⁸ Abb. am 26.07.17 kopiert vom Link

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluation/leitfaden_selbstevaluation/grundlagen_public_health_action_cycle/

nahmenqualität stellt damit ein Spezifikum auf der Ebene der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität dar, wohingegen die Wirksamkeit einer Maßnahme auf der Ebene der Ergebnisqualität anzusiedeln ist. Sie ist durch geeignete Methoden und Instrumente auf der Ebene der Individuen, der Lebenswelten und der Bevölkerungsgesundheit insgesamt zu evaluieren.

Die besondere Problematik der Wirksamkeitsmessung von Gesundheitsförderung und Prävention (hier: Primärprävention) liegt darin begründet, dass „Gesundheit“ von vielfältigen Faktoren der Lebenswirklichkeit des Einzelnen abhängt, die weder im Laborexperiment noch im Alltag von Menschen trennscharf analysiert werden können.⁹ Deshalb bedarf es zukünftig einer kontinuierlichen, differenzierten Methodenweiterentwicklung zur Wirksamkeitsmessung.

Aufgabe gesundheitswissenschaftlicher Evaluationsforschung ist die Weiterentwicklung von Instrumenten zur Ergebnismessung. Die Akteure praktischer Prävention können auf die Ergebnisse solcher Forschungen aber nicht warten. Vielmehr müssen sie sich bei der Auswahl und Durchführung von lohnend erscheinenden Interventionen auf grobe Kriterien der Priorisierung sowie auf eine pragmatische Anwendung der Kategorien „Plausibilität“ und „Analogie“ stützen, die letztlich auch dem Konzept der evidenzbasierten Medizin zugrunde liegen.¹⁰

3.2.6 Querschnittsthemen

Gesundheitliche Chancengleichheit, Partizipation, Gesundheitskompetenz, Gender, Inklusion und Migration sind grundlegende Querschnittsthemen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Ziel ist insbesondere, jegliche Benachteiligungen aufgrund der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und Identität, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung oder des Alters zu vermeiden. Dabei handelt es sich um horizontale Ungleichheiten¹¹, die ungeachtet des sozioökonomischen Hintergrunds eines Menschen und vertikaler Ungleichheiten Auswirkungen auf die individuellen Lebensumstände haben.

⁹ Vgl. hierzu den Beitrag von Rosenbrock, Rolf in: Zeitschrift für Evaluation, Heft 1/2004, S. 73

¹⁰ Ebd., S. 74; vgl. hierzu auch iga.report 13: „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006“ sowie die im o.a. „Leitfaden Prävention“ in der Fassung von 2014 angegebenen Belege für wirksame Maßnahmen

¹¹ Klassische „Schicht-Modelle“ gehen in der Regel von vertikaler Ungleichheit aus: z.B. aufgrund von Einkommen oder Berufsposition. „Soziallagen“-Modelle erweitern die vertikalen um horizontale Dimensionen von Ungleichheit, wie z.B. Geschlecht, Alter, Wohnregion. Dies sind Formen von Ungleichheit, die sich nicht vertikal gliedern lassen. Zu weiteren Definitionen der Grundbegriffe im Themenbereich „soziale Ungleichheit“ vgl. auch Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138437/grundbegriffe> (nachgeschlagen am 30.05.2017)

Werden vertikale Ungleichheiten mit horizontalen verknüpft, so kristallisieren sich insbesondere Geschlecht, Migration, Bildungsferne und Behinderung als vulnerable Faktoren heraus.

Diese Handlungsaspekte sind nicht nur querschnittsweise bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen und Programmen der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ zu berücksichtigen, sie können auch selbst im Mittelpunkt gesundheitsförderlicher Interventionen stehen.

Gender

Wird der Zusammenhang von Geschlecht und Lebenserwartung betrachtet, so zeigt sich, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung haben, dass die Krankheitslast bezogen auf Krebs-, Herz-Kreislauf- oder psychische Erkrankungen jedoch unterschiedlich verteilt ist. Männer und Frauen weisen dem entsprechend unterschiedliche gesundheitliche Risiken auf und benötigen eine geschlechtsspezifische Versorgung. Diese Unterschiede zeigen sich insbesondere im Gesundheits- und Präventionsverhalten: Männer nutzen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention deutlich seltener als Frauen. Daher gilt es Gesundheits- und Präventionsangebote geschlechtsspezifisch zu gestalten und zu kommunizieren, damit sich Männer und Frauen durch sie angesprochen fühlen. Hierzu ist einerseits auf eine geschlechtersensible Sprache zu achten, andererseits müssen die Lebenswelten der Geschlechter einbezogen werden.

Bislang nur unzureichend in Studien berücksichtigt oder durch spezifische Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden darüber hinaus Menschen, deren soziale Rolle, Lebenslage, Lebensweise oder gesellschaftlich zugeschriebene Modelle weiblicher bzw. männlicher Eigenschaften nicht im Geschlecht abbildbar sind. Die hier hervortretende horizontale Ungleichheit kann, muss aber keine negativen sozioökonomischen Folgen haben. Die aus der Lebenssituation erwachsenden, unter Umständen gesundheitsgefährdenden Stressoren erfordern ein hohes Maß an Resilienz, da die betroffenen Menschen in der Gesellschaft noch immer häufig Diskriminierung erfahren. Insbesondere bei Menschen mit nicht heteronormativer Geschlechts- oder sexueller Identität zeigen sich aufgrund des erlebten Minoritätenstresses negative Einflüsse auf psychische, aber auch physische Gesundheit.¹²

¹² Plöderl, 2016

Chancengleichheit

Die Verringerung von sozialer Ungleichheit ist die Grundvoraussetzung für Partizipation in der Gesellschaft. Gerade im Gesundheitssektor spiegelt sich eine fehlende Chancengleichheit in unterschiedlicher Lebenserwartung, unterschiedlichen Gesundheitskompetenzen, Suchtverhalten usw. wider. Chancengleichheit bedeutet, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet sein müssen, dass es dem / der Einzelnen tatsächlich ermöglicht wird, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. In diesem Sinne ist auch die Forderung der WHO für das „Recht auf Gesundheit“ zu interpretieren: nicht als Recht auf „Gesundheit per se“, sondern vielmehr als legitimer Anspruch auf Ressourcen und Rahmenbedingungen, die ein gesundes Leben auch tatsächlich ermöglichen.

Dennoch hat die in struktureller Gerechtigkeit implementierte Fürsorge für Gesundheit und der Schutz vor Krankheiten durch gesetzliche Rahmenbedingungen oder staatliche Regelungen Grenzen. Chancengleichheit ist determiniert, da individuelle Autonomie, Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Privatheit in westlichen Gesellschaftsformen als Grundfesten gelten.

Rechtliche Regelungen zur Stärkung der Chancengleichheit verankern zwar den legitimen Anspruch auf Güter und Versorgung, ohne die ein gesundes Leben nicht möglich wäre. Inwiefern dieser Anspruch jedoch eingefordert werden kann, ist abhängig von den individuell zur Verfügung stehenden Handlungskompetenzen, die eng mit der jeweils erworbenen Bildung assoziiert sind. Bildung ermöglicht nicht nur ein ökonomisch besseres Auskommen, Bildung ermöglicht vor allem, die eigene Situation reflektieren, Informations- und Beratungsangebote identifizieren und nutzen sowie Resilienzstrategien entwickeln zu können. Gute Bildungsangebote schaffen Chancengleichheit, stärken die Eigenverantwortung und ermöglichen überhaupt erst Partizipation.

Inklusion

Spätestens mit der 2009 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention steht Deutschland in der Pflicht, Inklusion auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu fördern und voranzutreiben. Dies bedeutet, dass für Menschen mit Behinderungen, die häufig mit besonderen Herausforderungen bei der Bewältigung ihres Alltags konfrontiert sind, Rahmenbedingungen für eine uneingeschränkte Teilhabe an allen Lebensbereichen bereitgestellt werden müssen.

Inklusion setzt nicht die individuelle Überwindung der durch Behinderungen bedingten Beeinträchtigungen voraus. Vielmehr müssen gesellschaftliche Systeme so gestaltet werden, dass Beteiligung für Personen in unterschiedlichsten Lebenslagen und mit unterschiedlichsten Ressourcen möglich ist. Für alle Menschen sind daher –

ganz gleich welche Form der Behinderung vorliegt – Optionen der gleichberechtigten Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, bei Sport, Spiel und in der Freizeit und somit auch an den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention zu eröffnen. Es gilt, Ausgrenzung, Diskriminierung und Benachteiligung zu verhindern.

Migration

Zahlreiche empirische Studien zur Migration beschäftigen sich insbesondere mit der psychosozialen Situation, die einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Dazu gehören neben sozioökonomischen Faktoren auch migrationsspezifische Faktoren wie Gewalterfahrungen und kriegs- oder folterbedingte posttraumatische Belastungsstörungen, die vor allem geflüchtete Menschen erfahren haben. Bestehende Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden von Menschen mit Migrationsgeschichte aufgrund von unterschiedlichen Zugangsbarrieren, wie z. B. einer erschwerten Kommunikation aufgrund nicht ausreichender Sprachkenntnisse oder geringer Kenntnisse über Angebote des deutschen Gesundheitswesens, in geringerem Umfang in Anspruch genommen. Da die amtliche Statistik immer noch nur unzureichend Angaben zum sozioökonomischen Status erhebt, lässt sich allerdings nicht klar abgrenzen, welche Gesundheitsbelastungen von Menschen mit Migrationshintergrund auf migrationsspezifische und welche auf sozioökonomische Faktoren zurückzuführen sind¹³. Ungeachtet dessen wird vermutet, dass bei Belastungen häufig die vertikale Ungleichheit im Vordergrund steht und entsprechend die Verbesserung des sozioökonomischen Status' anzustreben ist.

Darüber hinaus sind je nach Herkunftsland und kultureller Prägung horizontale Ungleichheiten aufgrund anderer soziokultureller Traditionen (wie z. B. die Rolle von Mann und Frau) von Bedeutung. Jedoch ist zu beachten, dass Menschen mit Migrationsgeschichte keine homogene Gruppe bilden. So unterscheiden sie sich durch Migrationsmotive, Aufenthaltsstatus, ethnische, religiöse, kulturelle und soziale Herkunft. Diese Vielschichtigkeit erfordert ihrerseits eine entsprechend differenzierte Herangehensweise bei der Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fertigkeiten von Individuen, gute (evidenzbasierte) Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und handlungspraktisch anzuwenden.¹⁴

¹³ Vgl. Robert Koch Institut: „Migration und Gesundheit“, Schwerpunktberichterstattung des Bundes, Berlin, 2008

¹⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1

Bildung, Motivation und Fertigkeiten bilden die Voraussetzung dafür, dass Menschen im Alltag in den Bereichen

- Gesundheitsförderung (Erhalt und Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens),
- Prävention (Vorbeugung von Erkrankungen) und
- Umgang mit Erkrankungen (bei vorliegenden akuten oder chronischen Erkrankungen/Behinderungen, Pflegebedürftigkeit)

Entscheidungen treffen können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Eng verknüpft sind hiermit die Begriffe „Selbstverantwortung“ und „Teilhabe“.

Gesundheitskompetenz beruht jedoch nicht allein auf guten „Informationen“. Sie entsteht im Kontext lebenslanger Lern- und Sozialisationsprozesse. Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, aber auch Kontakte zum Gesundheitswesen sowie Wertvorstellungen einer Nation zum Thema Gesundheit bilden Erfahrungsfelder, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz nehmen. Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz nehmen Präventionsangebote seltener wahr, suchen trotz Bedarfs häufiger keine medizinische Hilfe auf und weisen mehr Krankenhauseinweisungen / Notfallaufnahmen auf.¹⁵ Gesundheitsförderung und Prävention sollten daher immer mit einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einhergehen.

Um Gesundheitskompetenz zu erhöhen, sind Maßnahmen für Individuen / Gruppen wie auch auf Systemebene in unterschiedlichen Settings möglich.

Zu Maßnahmen, die die persönliche Gesundheitskompetenz von Individuen stärken, gehören beispielsweise

- die Förderung der funktionalen Gesundheitskompetenzen wie Lesen und Verstehen,
- die Förderung der kommunikativen Gesundheitskompetenzen, die es ermöglichen, sich mit anderen über gesundheitsfördernde Aktivitäten auszutauschen und Gesundheitsthemen in der Gesellschaft anzusprechen,
- die Förderung der kritischen Gesundheitskompetenz, die den differenzierten und reflektierten Umgang mit Gesundheitsinformationen ermöglicht.¹⁶

¹⁵ Eichler, K., Wieser, S., Brügger, U. (2009) The costs of limited health literacy: a systematic review. In: Int. J. Public Health; 2009; 54(5): 313-324

¹⁶ Nutbeam D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, Vol. 15, No. 3, 259-267, September 2000. [[Link/Download](#)]

Wie gut Systeme – Organisationen und Settings – auf die Förderung von Gesundheitskompetenz ausgerichtet sind, hängt damit zusammen, wie sehr sie auf die Situation und die Bedürfnisse der Zielgruppen eingehen. Eine wichtige Rolle spielt eine bürgerzentrierte bzw. patientenorientierte Ausrichtung der Organisationen und der gebotenen Information und Beratung.

Gesundheitskompetente Organisationen erleichtern es den Menschen, Informationen und Dienste zu finden, zu verstehen und zu nutzen. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Anwendung patientenorientierter Kommunikation,
- Bereitstellung von verständlichen und vertrauenswürdigen Gesundheits- bzw. Verbraucherinformationen,
- Einrichtung von Patientenberatungsstellen, „Krankenhauslotsen“ etc.,
- Patientenschulungen.

Im Sinne einer umfassenden Präventionsstrategie sollten Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in allen Präventionsmaßnahmen und unter Einbeziehung aller Zielgruppen einfließen.

Partizipation

Präventionsmaßnahmen betreffen immer die Lebensgestaltung von Menschen. Sie sind daher wirksamer und finden höhere Akzeptanz bei den anzusprechenden Zielgruppen, wenn diese an der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen selbstbestimmt mitwirken können. Dies wiederum unterstützt die Ausrichtung der Maßnahmen am Bedarf der Zielgruppen und stärkt ihre Selbsthilfe- und Gesundheitskompetenz.

Partizipation ist daher eine wesentliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie muss als Angebot der individuellen und kollektiven Beteiligung der Zielgruppen und bei allen Maßnahmen im Rahmen des zukünftigen Präventionskonzeptes ermöglicht werden und ist daher ein zentrales Querschnittsthema. Sowohl bereits bei der Planung und erst recht bei der Umsetzung von Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention muss geprüft werden, in welchem Grad die Beteiligung erfolgen muss bzw. sollte, um die größtmögliche Wirksamkeit zu entfalten.

Für die Planerinnen und Planer von Maßnahmen sind damit folgende Herausforderungen verbunden:

- Beteiligung muss ernst gemeint sein, eine Instrumentalisierung der Zielgruppe darf es nicht geben. Die Maßnahmenträger müssen bereit sein, Nutzer/innen mitentscheiden zu lassen.
- Partizipation ist für die Zielgruppe immer freiwillig.
- Es muss der Zielgruppe transparent gemacht werden, welches Ziel verfolgt wird und welcher Grad von Beteiligung damit verbunden ist.
- Es müssen geeignete Beteiligungsstrukturen geschaffen werden.
- Beteiligung ist – je nach ihrem Grad – für die Maßnahmenträger aufwendig und teilweise ergebnisoffen.
- Eine besondere Aufgabe besteht darin, Menschen zu erreichen, die von sich aus nur wenig Sinn in Präventionsmaßnahmen und ihrer Beteiligung daran sehen, sowie solche, die mangels geeigneter Ansprache bisher keinen Zugang dazu hatten.

Daher ist „Partizipation“ immer auch ein eigenständiges Thema zur Entwicklung guter und nutzerfreundlicher Prävention und Gesundheitsförderung und souveräner Entscheidungen.

Gesundheit in allen Politikbereichen

Gesundheit in allen Politikbereichen, auch als intersektorielle Gesundheitspolitik oder mit dem englischen Originalbegriff "Health in All Policies (HiAP)" bezeichnet, ist ein Konzept, das auf die Bedeutung der politischen Entscheidungsfindung in den verschiedenen Sektoren, die die Gesundheit beeinflussen, wie zum Beispiel Transport, Landwirtschaft, Landnutzung, Wohnen, öffentliche Sicherheit und Bildung hinweist.

HiAP bekräftigt die bedeutende Rolle von Politikprogrammen, strukturellen Faktoren und der Zusammenarbeit vieler Akteure für die Gesundheit der Bevölkerung. Gesundheitsaspekte sollen in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. Der Begriff wurde erstmals in Europa während der finnischen Präsidentschaft der Europäischen Union (EU) im Jahr 2006 auf die höchste politische Ebene gehoben, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren zu verbessern, um gemeinsame Ziele für die Gesundheit und Wohlfahrt zu erreichen.¹⁷

3.3 Strukturen der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“

Da im Rahmen der zukünftigen „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ noch stärker als bisher Projekte, Maßnahmen oder Programme fachlich vielfältiger bzw. fachübergreifend anzulegen sein werden, stellen die Aufgaben der „Steue-

¹⁷ Quelle, recherchiert am 26.07.2017:
https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit_in_allen_Politikbereichen

„Koordination“ besondere Herausforderungen für die neue Organisationsstruktur dar.

Daher ist es von Vorteil, statt einzelner „Landesinitiativen“ mit jeweils eigenen Lenkungs- und Arbeitsgruppen, eine übergreifende „Landesinitiative“ mit einer Lenkungsgruppe (und einer überschaubaren Anzahl von Arbeitsgruppen „darunter“ oder „daneben“) zu konzipieren und die erwartbar zahlreichen und unterschiedlichen Aktivitäten von Beginn an einer vernetzten Steuerung zuzuführen.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die intendierte Neuausrichtung:

Strukturen der NRW-Landesinitiative
„Gesundheitsförderung und Prävention“



3.3.1 Lenkungsgruppe

Zur effektiven Wahrnehmung der zukünftigen (teils ausgeweiteten, teils differenzierteren) Koordinierungsaufgaben richtet die LGK eine einzige übergreifende „Lenkungsgruppe“ ein und beauftragt sie mit dem Aufbau und der Steuerung der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“.

3.3.1.1 Aufgaben

Die Lenkungsgruppe stellt die „Steuerungseinheit“ der aus zahlreichen und komplexen Maßnahmen, Programmen und Prozessen bestehenden „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ dar.

Auf der Basis des Gesamtkonzepts der Landesinitiative ist die Lenkungsgruppe u.a. zuständig für die

- Entwicklung von Leitlinien und Standards für Maßnahmen im Rahmen der Landesinitiative,
- Priorisierung von Maßnahmen und deren Umsetzungszeiträumen,
- Initiierung von Innovationen (Themen, Methoden, Medien in der Praxis),
- Ansprache potentieller neuer Akteurinnen und Akteure und ihre Einbindung in die Landesinitiative,
- Begleitung und Unterstützung jeweils bestehender (in der Regel temporärer oder Ad-hoc-) Arbeitsgruppen,
- vielfältigen Aufgaben der Vernetzung und Koordination sowie
- Informationsvermittlung und Gewährleistung von Transparenz der Landesinitiative durch Öffentlichkeitsarbeit.
- Entwicklung von Routinen des Austausches mit der Landesgesundheitskonferenz, den Kommunalen Gesundheitskonferenzen und den Gremien bestehender weiterer Maßnahmen mit Bezug zu Gesundheitsthemen.

Die Lenkungsgruppe entwickelt Routinen des Austausches mit der LGK, den Kommunalen Gesundheitskonferenzen und den Gremien bestehender (und im Zeitverlauf wechselnder) regionaler Maßnahmen mit Bezug zu Gesundheitsthemen.

Weitere Aufgabe der Lenkungsgruppe ist die Sicherstellung öffentlicher und fachöffentlicher Dialog- und Transfer-Foren zur Weiterentwicklung des Konzeptes und als Bestandteil transparenter Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Abschnitt 3.3.2.4).

3.3.1.2 Zusammensetzung

Die Lenkungsgruppe der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ sollte wegen der erwartbar regelmäßigen Sitzungsfrequenz und der Zielsetzung einer ständigen Weiterentwicklung von Programmen und Maßnahmen insgesamt eine überschaubare Anzahl von kontinuierlich mitwirkenden Mitgliedern haben.

Die Entsendung von Personen, die nach Möglichkeit mehrere der gewünschten Funktionen (siehe nachfolgende Aufzählung) auf sich vereinen, ist in diesem Zu-

sammenhang von Vorteil und führt zur folgenden Zusammensetzung der Lenkungsgruppe:

- Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz,
- Vertretungen des für Gesundheit zuständigen Ressorts (Vorsitz),
- Vertretungen weiterer Landesressorts (vorzugsweise Ansprechpersonen für auf Gesundheit bezogene Programme oder Mitglieder anderer für die Gesundheitsförderung bedeutsamer Gremien),
- Vorsitzende von Arbeitsgruppen (s. 3.3.1.3),
- Vertretungen der Steuerungsgruppe der Landesrahmenvereinbarung,
- Vertretung des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen,
- (nach Bedarf) Expertinnen und Experten aus Praxis und Wissenschaft.

3.3.1.3 Arbeitsgruppen

Die Neuausrichtung und Weiterentwicklung der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen bedarf einer effektiveren Organisation und Steuerung als in der Vergangenheit und einer flexibleren, schnelleren Umsetzung fachlichen Inputs. Aus diesem Grunde richtet die Lenkungsgruppe „Arbeitsgruppen“ ein, die die laufenden Programmteile „ehemaliger Landesinitiativen“ für einen jeweils noch näher zu bestimmenden Zeitraum weiter fachlich steuern und fortführen bzw. weiterentwickeln sowie neue Themen fachlich aufbereiten und deren Umsetzung in die Praxis verantwortlich koordinieren. Die Gremien „ehemaliger“ Initiativen werden auch weiterhin – wie auch die neuen Arbeitsgruppen – eigenständig, allerdings künftig stärker vernetzt, handeln.

Arbeitsgruppen und Gremien, die im Sinne der „Gesundheit in allen Dingen“ andere, aber mit den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention vernetzte Themen bearbeiten, erhalten die Möglichkeit eines direkten Zugangs zur Lenkungsgruppe.

3.3.2 Weitere Kooperationsstrukturen

Die Ausführungen unter 3.3.1 zeigen, dass die „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ bestimmte bereits bestehende Kooperationsstrukturen in diesem Handlungsfeld nicht nur zu beachten, sondern möglichst zu integrieren hat. So sollen neue Entwicklungen und Strukturen (Präventionsgesetz, Steuerungsgruppe Landesrahmenvereinbarung) und bestehende Maßnahmen und Programme (z. B. „Frühe Hilfen“, „Gesunde Städte-Netzwerk“, „Bildung und Gesundheit“) mit dem Landespräventionskonzept in Einklang gebracht werden. Ziel ist es, ein abgestimmtes, gezieltes, bedarfsgerechtes und partizipatives Handeln zu ermöglichen (vgl. 3.3.2.3).

3.3.2.1 Gremienstruktur der Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen

Auf der Grundlage des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ wurde die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Nordrhein-Westfalen im August 2016 unterzeichnet (vgl. 3.2). Ziel der Partner ist es, gemeinsam die Gesundheit und damit die Lebensqualität der Menschen in Nordrhein-Westfalen zu verbessern. Dies soll durch eine bedarfsgerechte und koordinierte Umsetzung von Prävention in Settings wie Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen sowie durch deren gesundheitsförderliche Gestaltung gelingen.

Die Sozialversicherungsträger in Nordrhein-Westfalen haben auf der Grundlage der neuen gesetzlichen Verpflichtung zur Zusammenarbeit und Koordination ihrer Leistungen eigene Arbeitsstrukturen unter Federführung der gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet (Grundlage: § 20 ff SGB V): Ein Steuerungsgremium („Steuerungsgruppe / StG“), das sich aus Vertretungen aller Kooperationspartner zusammensetzt, trifft Grundsatzentscheidungen zu strategischen, konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Fragen. Es legt Handlungsziele und -schwerpunkte fest und verständigt sich auf gemeinsame Kooperationsangebote.

Die Steuerungsgruppe hat Arbeitsgruppen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, zu (nichtbetrieblichen) Lebenswelten und zur Pflege eingerichtet. In diesen Arbeitsgruppen werden präventionsrelevante Verfahrensstrukturen und Schwerpunktthemen erarbeitet und entscheidungsreif für die Steuerungsgruppe vorbereitet. Zusätzlich zu diesen Arbeitsgruppen wurden Unterarbeitsgruppen für komplexe Aufgaben eingerichtet.



Stand: 21.07.2017
extern

Abbildung: Arbeitsstrukturen im Kontext der Landesrahmenvereinbarung NRW

Damit die angestrebten Synergien optimal genutzt werden können, ist eine enge Kooperation zwischen der Steuerungsgruppe zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung und der Lenkungsgruppe der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ der LGK notwendig. So können sich die jeweiligen thematischen und finanziellen Schwerpunktsetzungen zielführend ergänzen.

Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe der Sozialversicherungsträger auf der Grundlage des Präventionsgesetzes

Die Einrichtung der zuvor aufgezeigten Arbeitsstrukturen der Sozialversicherungsträger ersetzt jedoch nicht die Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes des Landes Nordrhein-Westfalen: Die Steuerungsgruppe des Präventionsgesetzes befasst sich ausschließlich mit den in den Sozialgesetzbüchern geregelten Leistungen der Sozialversicherungsträger (vor allem SGB V) und ist an entsprechende Ausführungsbestimmungen gebunden (beispielsweise den „Leitfaden Prävention“). Maßnahmen der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ hingegen können über diesen Rahmen hinausgehende Themen behandeln, Maßnahmen initiieren und dadurch in einigen Bereichen flexibler agieren.

Sinnvoll und wichtig ist es, die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Strukturen und Gremien sowie die Abstimmung von thematischen Schwerpunkten zu sichern. Aus diesem Grund ist es vorgesehen, dass Mitglieder der Steuerungsgruppe zur Umsetzung der LRV NRW an der Lenkungsgruppe der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt werden.

Zudem sollen Chancen der Zusammenarbeit genutzt werden, wenn beispielsweise Projektanträge von keinem Träger (Land, Sozialversicherungsträger, ...) allein unterstützt werden können, sondern dies ggf. nur in Kooperation, z. B. durch die Übernahme von Projektanteilen, gelingen kann.

Kernanliegen der Zusammenarbeit sind: Strukturen aufeinander abzustimmen, ursachenorientierte Strategien zur Vermeidung und Bewältigung künftiger Gesundheitsprobleme in Nordrhein-Westfalen gemeinsam zu entwickeln und diese umzusetzen.

3.3.2.2 Die Rolle der Kommunen

Die Lebenswelt „Kommune“ ist ein wesentlicher Interventionsort für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch die sie umgebenden Lebensverhältnisse und -bedingungen beeinflusst. Kommunale, integrierte Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention können größere Wirksamkeit entfalten als isolierte Maßnahmen in einzelnen Lebenswelten (Kindertageseinrichtungen, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe etc.). Deshalb soll „Gesundheit“ als Querschnittsaufgabe wahrgenommen und über den Gesundheitsbereich hinaus thematisch und konzeptionell mit weiteren Verantwortungsbereichen verknüpft werden. Dazu gehören Stadtteilentwicklung, Bau- und Verkehrsplanung sowie beispielsweise die Bereiche Schule, Bildung, Kultur, Freizeit, Sport, Familie, Jugend und Soziales.

Kommunen sind von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention: als übergeordnete Lebenswelt kleinerer sozialer Einheiten (Bildungs-, Wohn- und Freizeiteinrichtungen, Arbeitsplätze) und durch die Zuständigkeiten und Handlungsspielräume auf der Grundlage der kommunalen Selbstverwaltung.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) im Jahr 1998 wurden Aufgaben der Koordination und die Einführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) als Pflichtaufgabe kreisfreier Städte und Kreise gesetzlich verankert. Die KGK sind flächendeckend in Nordrhein-Westfalen zu einer anerkannten Institution mit eingespielter Praxis geworden. Durch das geltende Kon-

sensprinzip bei der Entscheidungsfindung sind ein Klima des Vertrauens und eine gute Kooperationskultur unter den Beteiligten entstanden. Die KGK haben dazu beigetragen, Synergieeffekte zu erzielen, unkoordinierte Doppelarbeit zu vermeiden und den sinnvollen konzentrierten Einsatz aller jeweils erforderlichen Ressourcen zu erleichtern.

Zu den Schwerpunkten der KGK gehören in besonderer Weise die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention, die vor Ort ein hohes Maß an Koordination und Transparenz erfordern. Vielerorts arbeiten die Akteure im Rahmen der KGK bereits zielorientiert in diesem Handlungsfeld – beispielsweise bei der Initiierung und gemeinsamen Umsetzung neuer präventiver und gesundheitsförderlicher Programme – zusammen. Die Mitwirkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Rahmen der KGK ist dabei von besonderer Bedeutung, denn er kennt lokale Bedarfe und Strukturen und moderiert die darauf bezogenen notwendigen Prozesse.

Es bietet sich daher an, die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der neuen „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“, die eine kommunale Ausrichtung haben, in enger Zusammenarbeit mit den KGK vorzunehmen, um das vorhandene Wissen über bestehende kommunale Strukturen und Anbindungsmöglichkeiten zu nutzen und Synergien zu laufenden und geplanten Maßnahmen vor Ort herzustellen. Umgekehrt können die KGK lokale Planungen vor dem Hintergrund der Landesinitiative vornehmen und an dieser ausrichten. In diesem Zusammenhang sollte zudem geprüft werden, inwieweit die kommunale Gesundheitsberichterstattung für die Maßnahmenplanung relevante Daten auf kommunaler Ebene bereitstellen kann. Im Hinblick auf die Umsetzung des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ gewinnt das sektorenübergreifende Zusammenwirken unterschiedlicher Politikfelder in Richtung auf eine integrierte Berichterstattung zunehmend auch für die Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung.

Gleichzeitig kann sich eine koordinierende und zusammenführende Rolle der KGK auch bei örtlichen, über das Präventionsgesetz finanzierten Maßnahmen anbieten – perspektivisch mit dem Ziel einer übergreifend abgestimmten integrierten kommunalen Gesundheitsförderung.

3.3.2.3 Zusammenarbeit mit weiteren Steuerungsgremien

In Nordrhein-Westfalen werden umfangreiche Maßnahmen und Programme umgesetzt, die eigene Strukturen errichtet haben und – zumindest teilweise – auch Themen mit Gesundheitsbezug bearbeiten. Die Zusammenarbeit mit diesen Strukturen wie beispielsweise „Gesunde Städte-Netzwerk“, „Soziale Stadt“, „Frühe Hilfen“, „Fachbeirat Sucht“, „Bildung und Gesundheit“, „Masterplan Umwelt und Gesundheit“, „Masterplan altengerechte Quartiere“ und weiteren soll künftig durch die Einbindung

von Ansprechpersonen dieser Gremien in die Lenkungsgruppe der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ sichergestellt werden.

Ziel ist ein verbesserter Informationsaustausch und eine möglichst umfassende Abstimmung von geplanten Aktivitäten im Sinne von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und nicht die Übernahme der Steuerung von Aktivitäten.

3.3.2.4 Dialog- / Transfer-Foren

Wirksame Gesundheitsförderung und Prävention erfordern Partizipation, Kooperation und Vernetzung, eine gute öffentliche Präsenz und differenzierte Kommunikationsformen.

„Dialog- und Transfer-Foren“ sollen Transparenz schaffen, den Austausch zwischen den Akteuren fördern und die Kontaktflächen der Landesinitiative ausweiten. Ziele solcher Foren sind:

- Förderung der Beteiligungskultur und Möglichkeiten zur Partizipation von Akteurinnen und Akteuren, Betroffenen und weiteren Interessierten aus Nordrhein-Westfalen,
- Präsentation aktueller Entwicklungen und Arbeitsergebnisse der Landesinitiative und ihrer Arbeitsgruppen,
- Transfer erfolgreicher Ansätze in andere Handlungskontexte in Nordrhein-Westfalen,
- Angebote zur konzeptionellen Diskussion und Weiterentwicklung.

Für die Foren bieten sich mehrere Arbeitsformen an, die – abhängig von Resonanz, erkennbarem Bedarf und erwünschter lokaler Nähe – flexibel gehandhabt werden können, z. B. als

- landesweite Konferenzen für einen breiten Austausch zum aktuellen Spektrum der Landesinitiative,
- zielgruppenspezifische Workshops zu ausgewählten Maßnahmen und Themen,
- regionale oder kommunale Workshops, z. B. mit besonderer Konzentration auf den jeweiligen ländlichen oder urbanen Kontext.

Mit diesen Angeboten kann eine Plattform für den Dialog zu Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen und für den Transfer guter Ansätze geschaffen werden. Die Foren zielen darauf ab, dem heterogenen Flächenland Nordrhein-Westfalen mit seiner Vielfalt von Zielgruppen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen und gesundheitsförderlichen Anliegen gerecht zu werden. Sie ermöglichen breite Teilhabe und differenzierte inhaltliche Diskussion und tragen dazu bei, die „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ kontinuierlich weiterzuentwickeln.

4. Finanzierung

Die für die Koordination und Personalressourcen erforderlichen Finanzmittel werden vorbehaltlich der Mittelzuweisung durch den Haushaltsgesetzgeber weiterhin durch das Land Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellt. Die Finanzierung der verschiedenen Rahmenaktivitäten und die Förderung einzelner Kampagnen sowie spezifischer Maßnahmen erfolgt unmittelbar durch einzelne oder mehrere Präventionsträger.

Die angestrebte stärkere Vernetzung und Kooperation mit weiteren Partnern und Programmen ist in dieser Hinsicht nicht nur inhaltlich synergienstiftend, sondern kann auch potentiell weitere Finanzierungsmöglichkeiten eröffnen. Einzelheiten werden anlassbezogen in der Lenkungsgruppe der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ vorbereitet.

Von größerer Bedeutung als bisher werden die Abstimmung und der Austausch über thematische Schwerpunkte und geplante Förderungen im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz sein – nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass es neue Möglichkeiten für Kooperationen und gemeinschaftliche Unterstützungen von Maßnahmen geben kann.

5. Handlungsschwerpunkte 2018 bis 2022

Anhaltspunkte und Kriterien für die Festlegung zukünftiger prioritärer Handlungsschwerpunkte der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ sind vor allem in den aktuellen Ergebnissen der Landesgesundheitsberichterstattung zu finden.

So zeigt die Analyse der aktuellen Daten zur Mortalität des „Landesgesundheitsberichts 2015“ von Nordrhein-Westfalen¹⁸ z. B. auf, dass etwa 40 % aller Todesfälle bei Männern wie bei Frauen auf 10 Todesursachen zurückzuführen sind, die fast ausschließlich aus den zwei Bereichen

- Herz-Kreislauf-Krankheiten und
- Bösartige Neubildungen

stammen (a.a.O., S. 28).

Die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf die Vermeidung der Entstehung und Linderung des Verlaufs dieser Krankheiten ist belegt. Dies gilt ebenso für einen Teil der sogenannten „vermeidbaren“ Sterblichkeit: beispielsweise können Unfälle / Verkehrsunfälle oder Krankheiten wie Leberzirrhose und Lungenkrebs durch primärpräventive Maßnahmen in ihrem Ausmaß verringert werden (a.a.O., S. 29). Auch Impfungen sind ein wichtiger Bestandteil gesundheitlicher Prävention und tragen maßgeblich dazu bei, gefährliche Infektionskrankheiten einzudämmen. Entscheidend hierbei ist vor allem, noch bestehende Impflücken zu schließen, um den Infektionsschutz für alle Bürgerinnen und Bürger des Landes sicherzustellen.

Auch bezüglich der Morbidität tritt die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention deutlich zutage. Die häufigsten Diagnosen (in alphabetischer Reihenfolge) in der ambulanten Versorgung in NRW insgesamt sind¹⁹

- Akute Atemwegsinfekte,
- Herz-Kreislaufkrankheiten,
- Krebserkrankungen,
- Metabolisches Syndrom (Adipositas, Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte),

¹⁸ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): „Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen.“ (Düsseldorf: 2016)

¹⁹ ohne Ranking, da die Diagnosen ansonsten noch nach Geschlechtszugehörigkeit weiter differenziert werden müssten

- Psychische Erkrankungen (einschl. Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen),
- Rückenschmerzen (a.a.O., S. 31-55).

Werden zusätzlich und gesondert die Gesundheitsdaten der Kinder und Jugendlichen im Lande betrachtet, so dominieren hier zum einen akute Atemwegsinfektionen und diverse Formen von Entwicklungsstörungen. Zum anderen geben steigende Zahlen von Übergewicht und Adipositas aufgrund des höheren Risikos von Folgeerkrankungen Anlass zur Sorge.

Es ist schlüssig, vor diesem Hintergrund zukünftig folgende Schwerpunktthemen der Gesundheitsförderung und Prävention festzulegen:

- Insgesamt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen und auf Dauer sicherstellen, um
- gesunde Ernährung zu fördern,
- für ausreichende Bewegung zu sorgen,
- psychische Gesundheit zu unterstützen,
- missbräuchlichen Konsum zu verringern und den Einstieg in Sucht zu verhindern,
- Unfälle zu verhindern,
- Impfungen zu fördern.

Eine Konzentration auf diese oder einige dieser Themen- und Handlungsschwerpunkte entspricht den Ergebnissen der aktuellen Landesgesundheitsberichterstattung und folgt außerdem internationalen Empfehlungen und Forderungen zur Vermeidung und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten²⁰. Als deren wichtigste gelten weltweit nach Einschätzung der WHO: Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Typ-2-Diabetes und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Die Umsetzung dieser Handlungsschwerpunkte für den Zeitraum 2018-2022 erfolgt, wie in Kapitel 3 dargestellt, gemäß definierter Leitgesichtspunkte.

²⁰ Siehe z.B. die „Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases“ der Vereinten Nationen (UN) aus dem Jahr 2011 sowie, ebenfalls aus 2011, den WHO-„Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)“. Vgl. u.a. GKV-Leitfaden in der aktuellen Fassung und BRE.

Zu berücksichtigen sind vor allem

- der Settingansatz (gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten),
- das Lebensphasen-Modell,
- die Einflüsse und die Beeinflussung von natürlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen,
- diverse Querschnittsthemen,
- Anforderungen an die Qualität der Maßnahmen und Programme,
- die Evaluation ihrer Wirksamkeit sowie
- in besonderem Maße die konsequente Durchführung einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit („Gesundheit in allen Politikbereichen“).

Die konkrete Auswahl von Aktionen, Projekten, Maßnahmen und Programmen zur Intervention bei den oben aufgezeigten Handlungsschwerpunkten ist Aufgabe der Lenkungsgruppe der „Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“. Sie berichtet der LGK über den Verlauf und Erfolg der Umsetzung aller Aktivitäten.

Im Sinne eines „lernenden Modells“ ist die Lenkungsgruppe der Landesinitiative zukünftig imstande, schnell und flexibel auf Veränderungen von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, epidemiologischen Verschiebungen und aktuellen fachlichen Inputs zu reagieren.

Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, diese Handlungsschwerpunkte in der vorbeschriebenen Struktur umzusetzen. Gemeinsames Ziel ist es, den Austausch und die Kooperation im Kontext von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen zu verbessern und künftig stärker zu konzentrieren, um dadurch maßgeblich zur Gesunderhaltung der Bevölkerung beizutragen.

6. Aktuelle Daten zur gesundheitlichen (und sozialen) Situation der Bevölkerung in NRW

Kapitel 6 erläutert abschließend komprimiert, aber umfassend, die in Abschnitt 2.3 bereits kurz erwähnten aktuellen epidemiologischen Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen.

Der Landesgesundheitsbericht 2015 liefert kompakt aufbereitete Daten und Fakten zu weit verbreiteten Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Suchterkrankungen, Depressionen und Demenz. Dabei werden jeweils Unterschiede zwischen Männern und Frauen beschrieben, Trends der Krankheitsverbreitung aufgezeigt und – soweit Auffälligkeiten vorliegen – auch regionale Unterschiede der Krankheitshäufigkeit innerhalb Nordrhein-Westfalens herausgestellt. Zwei Sonderkapitel widmen sich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und der Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte. Maßnahmen der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention sollen die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung (und anderer Quellen) berücksichtigen.

Der Landespsychiatrieplan Nordrhein-Westfalen, der im Mai 2017 veröffentlicht wurde, bietet ergänzende Daten und Fakten zu Häufigkeit und Behandlung von psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen sowie der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Lebenserwartung von Frauen und Männern

Der wichtigste Indikator zur Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung ist die mittlere Lebenserwartung, die die erwartbare Anzahl von Lebensjahren für neugeborene Mädchen und Jungen prognostiziert. In Nordrhein-Westfalen liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen aktuell bei 82,5 Jahren, die von Männern bei 77,9 Jahren (Mittelwert 2013 / 2015). Die Lebenserwartung bewegt sich damit bei Frauen wie Männern knapp unter der durchschnittlichen Lebenserwartung der Bundesebene (Frauen: -0,5 Jahre, Männer: -0,3 Jahre).

In Nordrhein-Westfalen konnte bei Frauen in den letzten zehn Jahren ein Anstieg der mittleren Lebenserwartung um gut ein Jahr verzeichnet werden. Im gleichen Zeitraum stieg die Lebenserwartung der Männer um gut zwei Jahre. Aktuell beträgt der Geschlechterunterschied der mittleren Lebenserwartung 4,6 Jahre. Es ist anzunehmen, dass die allmähliche Angleichung der Lebenserwartung der Geschlechter u.a. auf eine Angleichung sozioökonomischer Lebensumstände und Lebensstile von Frauen und Männern zurückgeführt werden kann²¹. Insbesondere der Anstieg des Anteils der Raucherinnen unter den Frauen, die in den 1940er bis 1960er Jahren ge-

²¹ Gerland 2005

boren sind, hat dazu geführt, dass inzwischen immer mehr Frauen an Lungenkrebs versterben. Biologische Unterschiede spielen nach heutigen Erkenntnissen hingegen nur eine geringe Rolle für die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern. Sie scheinen maximal für einen Unterschied von ein bis zwei Jahren verantwortlich zu sein²². Bei beiden Geschlechtern sind 40 % aller Todesfälle auf zehn Todesursachen zurückzuführen. Diese Todesursachen stammen fast ausschließlich aus den zwei Bereichen „Herz-Kreislauf-Krankheiten“ (ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfälle) sowie „Krebserkrankungen“ (Lungen-, Brust-, Darm- oder Prostatakrebs).

Im Hinblick auf die Lebenserwartung gibt es in Nordrhein-Westfalen deutliche regionale Unterschiede. Der Abstand zwischen höchster und niedrigster Lebenserwartung der Frauen und Männer in nordrhein-westfälischen Kreisen und kreisfreien Städten ist weiterhin erheblich (bei Frauen 3 Jahre, bei Männern knapp 4 Jahre). Die Kreise und kreisfreien Städte mit geringerer Lebenserwartung konzentrieren sich in Nordrhein-Westfalen insbesondere in der Ruhrgebietsregion. Zur Erklärung dieser Unterschiede können sowohl kompositionelle Effekte (soziale Zusammensetzung der Bevölkerung), als auch kontextuelle Effekte (Einflüsse aus der regionalen Umwelt) und kollektive Effekte (geteilte Werte und Normen) herangezogen werden²³.

Die Lebenszeit, die eine Person voraussichtlich in Gesundheit verbringt (gesunde Lebenserwartung), beträgt in Nordrhein-Westfalen bei Frauen aktuell 74,9 Jahre und bei Männern 69,8 Jahre (Mittelwert 2013 / 2015). Diese Kenngröße der Gesundheitsberichterstattung der Länder entspricht der durchschnittlichen Lebenszeit, die frei von Behinderungen höheren Grades (Schwerbehinderungsgrad ≥ 50) verbracht wird.

Gesundheit im Lebenslauf

1. Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Die Zahl der Geburten in Nordrhein-Westfalen ist im Jahr 2015 weiter angestiegen, sie liegt bei 160.468 Neugeborenen. Gegenüber dem historischen Tiefstand im Jahr 2011 ist das ein Zuwachs von 12 %. Der Anteil Heranwachsender bis zum Alter von 19 Jahren an der Gesamtbevölkerung beträgt 18,9 %.

651 Kinder sind 2015 im ersten Lebensjahr verstorben. Die Säuglingssterblichkeit liegt mit 4,1 ‰ (4,1 Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen) etwas höher als im Jahr zuvor (2014: 4,0 ‰). Dieser Anstieg dürfte zu einem erheblichen Teil mit der aktuellen Zuwanderung aus Krisengebieten und den vielfältigen Risiken, die eine Schwangerschaft unter Flucht- und Migrationsbedingungen belasten, zusammenhängen. Die

²² Luy & Gast 2013

²³ Macintyre et al. 2002

Säuglingssterblichkeit der deutschen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen liegt seit dem Jahr 2012 stabil bei ca. 3,8 ‰.

Die meisten Todesfälle im ersten Lebensjahr sind auf perinatale Komplikationen (insbesondere bei Frühgeborenen) zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund muss die hohe Rate an Frühgeborenen (2015: 9,3 %) kritisch betrachtet werden. Zu den Risikofaktoren der Frühgeburtlichkeit gehören neben Infektionen, Rauchen, Fehlernährung und Stressbelastungen in der Schwangerschaft auch hohe Feinstaubbelastungen²⁴.

Die Haupttodesursache ab dem Kleinkindalter bis ins junge Erwachsenenalter sind Unfälle (bei jungen Männern gilt dies auch noch bis in das dritte Lebensjahrzehnt).

Zu den dominierenden Erkrankungen im Kindesalter gehören Infektionen der oberen Atemwege sowie andere Infektionskrankheiten (z. B. Mittelohrentzündungen), Entwicklungsstörungen (vor allem Sprach- und Sprechstörungen) und allergische Erkrankungen (Asthma bronchiale, Neurodermitis und Heuschnupfen).

Während Infektionserkrankungen in der Regel gut behandelt werden oder durch Impfungen gänzlich vermieden werden können, haben Entwicklungsstörungen und zum Teil auch allergische Erkrankungen einen (oft nachhaltig) negativen Einfluss auf die Lebensqualität. Dies gilt auch für Verhaltensauffälligkeiten (wie beispielsweise ADHS) und für Adipositas.

Schon etwa 10 % der Säuglinge sind von Entwicklungsauffälligkeiten und Regulationsstörungen betroffen. Dazu gehören Störungen der emotionalen und motorischen Regulation, Fütterstörungen und Beeinträchtigungen des Bindungsaufbaus²⁵. Für diese Kinder besteht ein erhöhtes Risiko, später Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen bzw. eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Eine aktuelle bundesweite Gesundheitsstudie zeigt zudem, dass etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren Risiken für psychische Auffälligkeiten aufweisen. Dabei sind Jungen (23 %) mehr betroffen als Mädchen (17 %).

Langanhaltende Gesundheitsstörungen wie Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, Allergien und Adipositas haben in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter zugenommen. Allein das Risiko für die Entwicklung eines Typ 2-Diabetes ist bei kindlicher Adipositas schon im Jugendalter um das 4-Fache erhöht²⁶.

²⁴ Pederson et al. 2013

²⁵ Klitzing von, et al. 2015

²⁶ Abbasi et al. 2017

2. Gesundheit in der Lebensmitte

Im mittleren Lebensalter (20 bis 64 Jahre) nehmen chronische Erkrankungen weiter zu. 32 % der Frauen und 36 % der Männer (Altersgruppe 20 bis 64 Jahre) erleben gesundheitliche Einschränkungen im Alltag.

Im Alter zwischen 20 und 34 Jahren leiden 26 % an mindestens einer chronischen Erkrankung, im Alter von 35 bis 49 Jahren steigt dieser Anteil auf 36 %, und im Alter von 50 bis 64 Jahren sind schon 44 % von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen. Vor allem bei den 50- bis 64-Jährigen sind Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas) sehr weit verbreitet.

Krebserkrankungen haben im mittleren Alter bei Frauen einen bedeutend höheren prozentualen Anteil an den Todesursachen als bei Männern. Männer versterben dagegen schon im mittleren Lebensalter häufiger als Frauen an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Haupttodesursachen bei Frauen in dieser Lebensphase sind Lungenkrebs, Brustkrebs und COPD. Bei Männern steht ebenfalls Lungenkrebs an erster Stelle, es folgen Herzinfarkt und Herzinsuffizienz als zweit- und dritthäufigste Todesursache.

Psychische Erkrankungen sind bei beiden Geschlechtern weit verbreitet. Bei Frauen stehen Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen im Vordergrund, bei Männern die Alkoholabhängigkeit. Angststörungen und Depressionen werden aber auch bei Männern immer häufiger diagnostiziert. Ein weiteres gravierendes Gesundheitsproblem ist die Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, insbesondere bei älteren Frauen.

3. Gesundheit im hohen Erwachsenenalter

Der Gewinn an Lebensjahren geht für viele Menschen, auf die gesamte Lebensspanne bezogen, mit einem Gewinn an gesunden Lebensjahren einher. Die Alterung der Bevölkerung bedeutet nicht zwangsläufig, dass Krankheiten und Kosten im Gesundheitswesen wesentlich zunehmen müssen („Medikalisierungsthese“). Vor allem im Alter gibt es große individuelle Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitsstatus. Von einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren („Kompressionsthese“) ist in erster Linie in sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen auszugehen.

Nach eigenen Angaben leiden ca. 50 % der über 65jährigen Menschen unter dauerhaften Einschränkungen im Alltag. Auswirkungen chronischer Krankheiten (z. B. Schmerzen, Bewegungs- und Koordinationsstörungen) sowie nachlassende Fähigkeiten der Sinnesorgane können zu eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten führen und psychisches Wohlbefinden beeinträchtigen. Der Anteil von Frühberentungen

aufgrund von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren stark angestiegen.

Multimorbidität im Alter ist häufig durch das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen (wie z. B. von Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus) gekennzeichnet. Der Grundstein für diese, auch als Metabolisches Syndrom bezeichnete Kombination von Erkrankungen wird vielfach schon in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren unter anderem durch Fehl- oder Überernährung und Bewegungsmangel gelegt. Auch ein erhöhtes Risiko für Demenzerkrankungen und kognitive Einschränkungen geht damit einher. Die verschiedenen Formen der Demenz sind unter Hochaltrigen weit verbreitet. Mit zunehmendem Alter steigt in Nordrhein-Westfalen auch die Suizidmortalität an: 34 % aller Männer und 43 % aller Frauen, die im Jahr 2015 durch Suizid starben, waren 65 Jahre und älter, wohingegen der Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe nur bei 20 % lag.

Soziale Unterschiede

Regionale Unterschiede der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen verdeutlichen den Einfluss von sozialen und wirtschaftlichen Einflussgrößen wie Bildung, Arbeitslosigkeit und Wohlstand auf die Gesundheit. Beispielsweise zeigt die Arbeitslosenquote als Indikator sozialer Lage in Kreisen und kreisfreien Städten mit niedriger Arbeitslosenquote eine durchgängig höhere Lebenserwartung als dort, wo die Arbeitslosenquote hoch ist.

Die vorzeitige Sterblichkeit an einigen Erkrankungen gilt für definierte Altersgruppen als beeinflussbar, da ihr Ausmaß durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verringert werden kann. Ein Beispiel sind Todesfälle an Lungenkrebs bis zum Alter von 64 Jahren. Bei dieser Erkrankung zeigt sich das Zusammenspiel sozialer Einflussgrößen und riskanter gesundheitlicher Verhaltensweisen wie dem Rauchen besonders deutlich.

Sozioökonomische Benachteiligung und Bildungsferne beeinträchtigen auch die Gesundheit von Heranwachsenden in Nordrhein-Westfalen. Beispielsweise ist der Anteil adipöser Kinder in Familien mit niedrigem Bildungsstand (8,0 %) gegenüber dem Anteil in Familien mit hohem Bildungsstand (2,2 %) fast um ein Vierfaches erhöht (Daten der Schuleingangsuntersuchungen).

Eine Migrationsgeschichte kann sich unterschiedlich auf die gesundheitliche Lage und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auswirken – häufig als ein Geflecht aus sozialen Einflussfaktoren und der Herkunft bzw. spezifischen Migrationsgeschichten der Menschen.



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw