

## Monitoring und Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene

Eine zielgenaue Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) erfordert Wissen über Krankheiten und ihre Ursachen, über Ressourcen für Gesundheit sowie Kenntnisse über effektive und effiziente Maßnahmen der PGF. Zur Ermittlung des Bedarfs, aber auch der Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erhält das Monitoring einen zunehmend wichtigen Stellenwert. Im Idealfall werden für das Monitoring – fortlaufend und systematisch – vergleichbare und repräsentative Daten zu relevanten Indikatoren erhoben. Das Monitoring nutzt dabei verschiedene Datenquellen und Zugangswege. Die erhobenen Daten geben Auskunft über den Status und die Veränderungen des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung sowie über Ansatzpunkte für die Erreichbarkeit von Zielgruppen mit Maßnahmen der PGF [1]. Qualitätssicherungsverfahren ermöglichen es, die Qualität von Maßnahmen der PGF zu ermitteln und systematische Informationen über den Stand der Effektivität und der Effizienz von PGF bereitzustellen [2].

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI) sind Institutionen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), deren Hauptaufgabe es ist, Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zu erkennen, zu bewerten und durch gezielte Maßnahmen zu beeinflussen. Das RKI bewertet, analysiert und erforscht Krankheiten

von hoher Gefährlichkeit, weitem Verbreitungsgrad oder großer öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Die BZgA erhebt und analysiert gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen in ihren Präventionsschwerpunkten, entwickelt gemeinsam mit Kooperationspartnern Strategien der PGF, setzt sie in Kampagnen und Projekten um und überprüft deren Wirksamkeit. Beide Einrichtungen tragen mit unterschiedlichen Schwerpunkten zum Monitoring und zur Qualitätssicherung von PGF auf Bundesebene bei.

Der vorliegende Beitrag stellt exemplarisch Aktivitäten vor, die auf Bundesebene vom RKI und von der BZgA im Rahmen des Monitorings und der Qualitätssicherung in den ausgewählten Gesundheitsthemen HIV/Aids, Ernährung und Bewegung sowie Kindergesundheit durchgeführt werden (■ **Übersicht 1**).<sup>1</sup> Sie geben einen Einblick in den Stand und die Formen dieser Aktivitäten, die insbesondere den Stadien „Problemdefinition/Assessment“ und „Bewertung/Evaluation“ im Public Health Action Cycle (PHAC) zuzuordnen sind ([3], S. 9).

<sup>1</sup> Grundlagen des Beitrags sind die Vorträge des Workshops „Monitoring von Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Relevanz für die Praxis“, der von der BZgA und dem RKI auf dem Kongress „Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin“ der DGSMP, DGEpi und EUMASS am 23.09.2010 in Berlin veranstaltet wurde.

### „Gib Aids keine Chance“ – Monitoring und Evaluation im Rahmen der HIV-Prävention

Für den Bereich der Infektionskrankheiten lässt sich am Beispiel der Prävention von HIV/Aids zeigen, wie die epidemiologischen Daten des RKI wichtige Informationen über das Infektionsgeschehen in einzelnen Zielgruppen liefern, die die BZgA für die Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ aufgreift. Die Wirkung der Kampagne untersucht die BZgA im Rahmen ihrer Qualitätssicherung und Evaluation. Durch die epidemiologischen und die Interventionsstu-

#### Übersicht 1 Übersicht über die vorgestellten Themengebiete

- *Gib Aids keine Chance – Monitoring und Evaluation im Rahmen der HIV-Prävention*
  - Epidemiologische Surveillance von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (RKI)
  - Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV/STI-Prävention (BZgA)
- *Ernährung und Bewegungsverhalten bei Jugendlichen*
  - Repräsentative Ernährungserhebungen als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen (RKI)
  - GUT DRAUF – Gesundheitsförderung im Jugendalter. Qualitätssicherung durch Zertifizierung und Evaluation (BZgA)
- *Kindergesundheit und Kita*
  - Psychische Gesundheit im Kita-Alter (RKI)
  - Gesundheitsförderung in Kitas – Stand und Bedarf (BZgA)

dien ist eine regelmäßige Strategiebewertung zu HIV/Aids in Deutschland möglich.

## Epidemiologische Surveillance von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen

### Surveillance durch Analyse verschiedener Datenquellen

Ein wesentliches Ziel der epidemiologischen Überwachung (Surveillance) von Infektionskrankheiten ist das Erkennen des aktuellen Infektionsgeschehens. Für die HIV-Infektion ist dies jedoch schwierig, da zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und ihrer Diagnose durch einen HIV-Test individuell unterschiedlich lange Zeiträume (oftmals von mehreren Jahren) vergehen können. Die Zahl an neu diagnostizierten HIV-Infektionen umfasst daher sowohl frisch (akut) erworbene als auch bereits länger bestehende HIV-Infektionen, denn die heute in der Routine verwendeten labordiagnostischen Tests erlauben keine Aussagen über den Zeitpunkt der Infektion.

Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben somit keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt und müssen entsprechend vorsichtig interpretiert werden. Für eine möglichst realitätsnahe Einschätzung der aktuellen Situation bedarf es daher einer zusammenfassenden Analyse und Interpretation verschiedener Datenquellen, wie zum Beispiel der Zahl der durch die Meldepflicht nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bekannten HIV-Infektionen und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI) sowie weiterer Studien wie der HIV-Inzidenzstudie.

### Verbreitung

Die Zahl der gemeldeten neu diagnostizierten HIV-Infektionen hat in Deutschland nach einem Rückgang in den 1990er-Jahren ab 2001 wieder zugenommen. Auch wenn dies zum Teil auf eine verbesserte Erfassung von neu diagnostizierten Fällen und eine verstärkte Testbereitschaft zurückzuführen ist, muss von einer Zunahme der HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren ausgegangen werden [4]. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stellen mit 67% der Neudiagno-

sen die größte Gruppe der Betroffenen. Sowohl die absolute Anzahl als auch der prozentuale Anteil an allen neu diagnostizierten HIV-Infektionen hatte in dieser Gruppe von 2001 bis 2007 kontinuierlich zugenommen. Dieser Anstieg hat sich aber in den Jahren 2008 und 2009 deutlich abgeschwächt.

Eine vom RKI durchgeführte und vom BMG geförderte deutschlandweite Studie zur Bestimmung der kürzlich erworbenen (innerhalb der letzten sechs Monate) HIV-Infektionen unter den HIV-Neudiagnosen zeigt einen Anteil von insgesamt 31%. Dieser Anteil ist höher in der Gruppe der MSM (35%) und am höchsten bei MSM unter 30 Jahren (42%).

Zur Einschätzung der aktuellen epidemiologischen Situation bei HIV/Aids stehen als ergänzende Information die Meldedaten zu Syphilis-Infektionen zur Verfügung. Ähnlich wie bei den HIV-Neudiagnosen zeigt sich ab dem Jahr 2001 ein Anstieg der Syphilis-Fallzahlen von 1697 (2001) auf 3027 (2004). Seit dem Jahr 2004 stabilisieren sich die Meldedaten für Syphilis bundesweit auf einem Niveau zwischen 3000 und 3500 pro Jahr [5]. Auch hier beruht der Anstieg fast ausschließlich auf zunehmenden Fallzahlen bei Männern.

### Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV/STI-Prävention

#### BZgA-Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“

Die BZgA organisiert im Auftrag des BMG die HIV-Prävention auf Bundesebene. Wichtigstes Ziel ist es, die Zahl der HIV-Infektionen so gering wie möglich zu halten und ein gesellschaftliches Klima gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids zu erzeugen und zu stabilisieren.

Die von der BZgA durchgeführte Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ kombiniert seit 1987 massenmediale, reichweitenstarke Maßnahmen wie Plakate, Anzeigen, verschiedene Internetportale, Postkarten, TV- und Kinospots mit direkten, persönlichen Kommunikationsangeboten – wie Online- und Telefonberatung, Aktionen in und mit Schulen sowie mobile Ausstellungen – zu einem multimodalen Präventionssystem. Die Kom-

bination dieser Maßnahmen soll präventionsrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhalten schaffen. Theoretische Basis für die Planung und die Evaluation der massenmedialen Kampagnen ist das Informationsparadigma von McGuire [6].

### Qualitätssicherung und Evaluation

Die Qualitätssicherung der Kampagne umfasst zwei Schwerpunkte:

1. Die Evaluation der Umsetzung einzelner Präventionsmaßnahmen. Hierbei wird geprüft, ob die zielgruppenspezifischen Botschaften ihre Zielgruppen erreichen, von ihnen verstanden und akzeptiert werden.
2. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen der Kampagne insgesamt. Diese erfolgt durch die Erfassung von Reichweiten der Maßnahmen, dem Wissensniveau in der Bevölkerung, der Schutzmotivation in den sexuell aktiven Zielgruppen, dem Schutzverhalten und der Kondomnutzung in sexuellen Risikosituationen.

Die Daten zur Kampagnenevaluation werden in Deutschland seit 1987 jährlich durch die repräsentative Wiederholungsbefragung „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ erhoben. Konzeptentwicklung, Analyse und Berichterstattung erfolgt durch die BZgA; die Befragung wird im Auftrag der BZgA von „forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen“ mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine mehrstufige Zufallsstichprobe in einem altersmäßig disproportional geschichteten Stichprobenplan (n=7000).

### Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass emotionale Vorbehalte gegenüber Kondomen bei sexuell aktiven 16- bis 44-jährigen Alleinlebenden im Verlauf der bundesweiten Aids-Kampagne langsam, aber kontinuierlich abnahmen. Der Anteil derer, die sagen, sie hätten einen körperlichen Widerwillen gegen Kondome, sank von 19% im Jahr 1989 auf 8% im Jahr 2009. Durch diese positive Entwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Gebrauchs von Kondomen [7].

S. Jordan · J. Töppich · O. Hamouda · U. von Rügen · G.B.M. Mensink · R. Mann · H. Hölling  
**Monitoring und Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene**

### Zusammenfassung

Das Monitoring und die Qualitätssicherung zur Ermittlung des Bedarfs und der Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Der vorliegende Beitrag stellt exemplarisch diesbezügliche Aktivitäten auf Bundesebene vor, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und vom Robert Koch-Institut durchgeführt werden. Als Beispiele wurden die Präventionsthemen „HIV/Aids“, „Ernährung und Bewegung“ sowie „Kindergesundheit“ ausgewählt. Sie veranschaulichen die Rolle der epidemiologischen Surveillance, der Gesundheitsberichterstattung, der Evaluation und der Interven-

tionsberichterstattung. Das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liefern sich ergänzende Informationen zur Gesundheits- und Interventionsberichterstattung auf Bundesebene. Mit ihren Berichten stellen sie der Politik Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung, um nationale Gesundheitsziele und Aktionspläne evidenzbasiert zu formulieren, umzusetzen und zu evaluieren.

### Schlüsselwörter

Prävention · Monitoring · Qualitätssicherung · Surveillance · Evaluation

## Monitoring and quality assurance of prevention and health promotion at the federal level

### Abstract

Monitoring and quality assurance are gaining in importance for the identification of needs and the effectiveness of prevention and health promotion activities. This paper presents examples of activities of monitoring and quality assurance at the federal level, carried out by the Federal Centre for Health Education and the Robert Koch Institute. Examples include the prevention issues “HIV/AIDS”, “nutrition and physical activity” and “child health”. They illustrate the roles of epidemiological surveillance, health monitoring, evaluation, and intervention reporting. The

Robert Koch Institute and the Federal Centre for Health Education provide complementary information on health and intervention reporting at the federal level. With their reports, they provide essential information for health policy to formulate, to implement and to evaluate evidence-based national health goals and action plans.

### Keywords

Prevention · Monitoring · Quality assurance · Surveillance · Evaluation

Ein wichtiger Indikator für das Schutzverhalten ist die Kondomnutzung zu Beginn neuer Beziehungen. Im Jahr 1994 verwendeten 63% der 16- bis 44-jährigen Männer und 69% der Frauen mit neuen sexuellen Partnerschaften Kondome; im Jahr 2000 waren es bei den Frauen bereits 81% und bei den Männern 79%. Von 2001 bis 2004 zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Kondomnutzung zu Beginn neuer Beziehungen. Diese Entwicklung könnte darauf zurückzuführen sein, dass in den Jahren zuvor die Reichweite und damit Erinnerungsimpulse der öffentlichen Kommunikation über HIV und Aids deutlich rückläufig waren. Seit 2004 ist das Schutzverhalten in dieser Teilgruppe wieder deutlich angestiegen: auf 85% bei den Männern und 86% bei den Frauen im Jahr 2009. Dies sind die bislang höchsten erreichten Anteile bei den Befragten [8].

Die Studie ist ein wichtiges Element zur Evaluation der bundesweiten HIV-Prävention. Sie dient der Evaluation der Wirkungen der Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ und ihrer kontinuierlichen Anpassung. Neben regelmäßig wiederholten Kernfragen fließen jeweils aktuelle Aspekte ein und können so zeitnah untersucht werden.

## Ernährung und Bewegungsverhalten bei Jugendlichen

Ernährung und Bewegung sind zentrale Bereiche der PGF. Neben ihren direkten Einflüssen auf Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden sind langfristige Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus nachgewiesen. Die Studien des RKI im Bereich Ernährung und Bewegung liefern Forschungsdaten, die Entscheidungsgrundlagen für verhaltens- und verhältnispräventive Ansatzpunkte und Steuerungsmaßnahmen sind. Darüber hinaus ermöglichen sie ein Monitoring von Veränderungen. Im BZgA-Programm „GUT DRAUF“ wurden die Monitoring-Daten des RKI über die gesundheitliche Lage Jugendlicher aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (KiGGS) in Deutschland aufgegriffen.

## Ernährungserhebungen des RKI

Die Ernährung spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit, nicht nur wegen der Nährstoff- und Energieversorgung, sondern auch als eine mögliche Quelle von Infektionserregern oder Schadstoffen. Daher werden im Rahmen der Gesundheitssurveys des RKI auch stets Informationen zum Ernährungsverhalten ermittelt. Dies erfolgt zum Teil über einzelne Fragen zu Verzehrshäufigkeiten einiger Lebensmittelgruppen (zum Beispiel in telefonischen Befragungen), über Ernährungsfragebögen in Untersuchungssurveys [9, 10], aber auch über ausführliche Module mit komplexen Instrumenten, die den Lebensmittelverzehr umfassend ermitteln [Ernährungssurvey 1998, Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo)] [11, 12]. Letztere ermöglichen auch die Berechnung der täglichen Nährstoffaufnahme.

## Gesundheitspolitik und Forschung

Die erhaltenen Informationen dienen zunächst einmal der Forschung; außerdem können – gemeinsam mit den Nationalen Verzehrerhebungen des Max-Rubner-Instituts – regelmäßige Bestandsaufnahmen des Ernährungsverhaltens und der Ernährungssituation in Deutschland durchgeführt werden. Darüber hinaus stellen die erhobenen Daten wichtige Informationsquellen für gesundheitspolitische Maßnahmen dar: Hierzu zählt zum Beispiel die zielgruppengerechte Aufbereitung der Ernährungsdaten für eine breite Öffentlichkeit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des RKI [11, 13, 14, 15, 16].

Des Weiteren sind die Ernährungserhebungen wichtig, um die Ausgangssituation, mögliche Problemfelder sowie Zielgruppen für Interventions- und Aufklärungsprogramme darzustellen. In einigen bundesweiten Projekten berät das RKI darüber hinaus auch über mögliche Vorgehensweisen und Evaluationsinstrumente. Beispiele sind der nationale Aktionsplan „IN FORM“ und das Projekt „Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht Regionen“ [17, 18]. Auch obliegt dem RKI für einige thematisch fokussierte Projekte die Federführung, wie zum Beispiel für die gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Risikobewertung herausgege-

bene Broschüre zum Thema „Schwangerschaft und Folsäure“ und bei der Festlegung von Höchstgrenzen für eine tolerierbare Alkoholkonsummenge [19].

## Unterstützung der Gesetzgebung

Ernährungserhebungen können auch wichtige Informationsquellen für die Erarbeitung gesetzlicher Regulierungen sein. So wird seit Mitte der 1990er-Jahre überlegt, wie die ausreichende Folatversorgung der Bevölkerung und insbesondere der Frauen im gebärfähigen Alter (mit Blick auf ein erhöhtes Risiko für kindliche Neuralrohrdefekte bei unzureichender Folatversorgung der Mutter) sichergestellt werden kann. In diesem Zusammenhang wurden vom RKI die Möglichkeiten und Risiken einer gesetzlich angeordneten Anreicherung von Weizenmehl mit Folat evaluiert [20]. Entsprechende gesetzliche Regelungen können inzwischen jedoch nur auf EU-Ebene getroffen werden. Eine dringende Aufgabe ist hier die Festlegung von Höchstmengen für Anreicherungen in Lebensmitteln und in Nahrungsergänzungsmitteln. Zu diesem Zweck werden durch die European Food Safety Authority (EFSA) Konsumdaten aus verschiedenen EU-Ländern zusammengetragen, um einerseits das Risiko einer Überschreitung der Höchstmengen, andererseits den Nutzen weiterer Anreicherungen abschätzen zu können [21]. Auch sind die Verzehrdaten zur Bewertung nährwert- und gesundheitsbezogener Angaben über Lebensmittel (nutrition and health claims) auf Basis zugefügter Nährstoffe von Bedeutung.

## Risikobewertung

Schließlich werden Daten zur Ernährung auch verwendet, um Risikobewertungen zu erstellen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung hat auf Basis von Verzehrdaten in Kooperationen beziehungsweise gemeinsam mit dem RKI vielfältige Analysen durchgeführt, zum Beispiel die Simulationen von Lebensmittelanreicherungen mit Folat, Phytosterolen, Lycopin und Omega-3-Fettsäuren sowie Risikobewertungen von Schadstoffen in Lebensmitteln [22, 23].

## „GUT DRAUF“ – Gesundheitsförderung im Jugendalter. Qualitätssicherung durch Zertifizierung und Evaluation

### Die Jugendaktion „GUT DRAUF“ der BZgA

Ziel des BZgA-Programms „GUT DRAUF“ ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie auch die Stressbewältigung von Jugendlichen im Alter von zwölf bis 18 Jahren zu verbessern, um möglichen Gesundheitsschäden im Erwachsenenalter präventiv zu begegnen. Durch Multiplikatorenschulungen und Strukturentwicklung sollen die zentralen Sozialisationsfelder der Jugendlichen wie Schule, Ausbildungsstätten und Freizeitinstitutionen langfristig gesundheitsförderlich gestaltet werden. Die BZgA verfolgt mit „GUT DRAUF“ eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention und fördert die Vernetzung der Partner aus unterschiedlichen Handlungsfeldern im Sozialraum Jugendlicher, um Mädchen und Jungen größere Chancen für gesundheitsgerechtes Aufwachsen zu sichern. Inhaltlich folgt „GUT DRAUF“ einer ganzheitlichen Zielsetzung mit den – in ihrer Wirkung sich gegenseitig beeinflussenden – Elementen Ernährung, Bewegung und Stressregulation [24]. Primäre Ansprechpartner der BZgA sind dabei Mittlerkräfte in den fünf Handlungsfeldern Schule, Sport, Jugendreise, Jugendeinrichtungen und (Ausbildungs-) Betriebe.

Fachkräfte werden darin geschult, Jugendlichen Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu bieten, indem in Aktionen aktuelle Jugendkulturen aufgegriffen und die Themen Ernährung, Bewegung und Stressregulation unter aktiver Beteiligung der Zielgruppe so inszeniert werden, dass sie mit Spaß verbunden sind und bei den Jugendlichen ankommen. Durch eine inhaltliche und methodische Einflussnahme auf Angebote und Strukturen gewährleistet die BZgA die Nachhaltigkeit der Jugendaktion.

### Das Qualitätskonzept der Jugendaktion „GUT DRAUF“

Die BZgA geht in der Planung und Durchführung der Jugendaktion nach dem PHAC vor. Der Erhebung von Ge-

sundheitsproblemen und -ressourcen bei Jugendlichen durch wissenschaftliche Expertisen, Praxiswissen und subjektbezogene Befragungen folgt die Planung und Erprobung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Zur Ermittlung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen greift „GUT DRAUF“ auf die KiGGS-Studie des RKI zurück, insbesondere auf die Bereiche Ernährung, körperliche Aktivität und psychische Gesundheit (siehe auch KiGGS-Ergebnisse im nachfolgenden Kapitel).

Die Qualität der Jugendaktion „GUT DRAUF“ wird von der BZgA auf drei Qualitätsebenen gesichert, das heißt durch (1) Schulung und Zertifizierung, (2) eine funktional ausdifferenzierte Organisationsstruktur sowie (3) eine kontinuierliche Evaluation. Alle Angebote und Maßnahmen werden in einer Modellregion erprobt, bevor sie in weiteren Regionen Deutschlands umgesetzt werden.

**1. Schulung und Zertifizierung durch die BZgA.** Mit der Schulung von Entscheidern und Mitarbeiterinnen garantiert die BZgA eine gesundheitsbezogene Basisqualifikation, die auf dem jeweiligen Fachwissen aufbaut. Die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Erfüllung gesundheitsbezogener Qualitätsstandards ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Zertifizierung der Partnereinrichtungen nach einer ein- bis zweijährigen Entwicklungsphase. Grundsätzlich gliedern sich alle „GUT-DRAUF“-Qualitätsstandards in die drei Bereiche Qualitätssicherung, Strukturqualität und Programmqualität und werden für jedes Handlungsfeld entsprechend angepasst. Das damit erreichte Qualitätsniveau wird im Turnus von drei Jahren überprüft.

**2. Organisationsstruktur.** Die bundesweit ausgerichtete Jugendaktion wird über eine funktional ausdifferenzierte Organisationsstruktur koordiniert, die einen wissenschaftlichen Fachbeirat, ein Netz von Fachfirmen und Fachkräften umfasst.

**3. Evaluation.** Die Umsetzung der Jugendaktion durch die Auftragnehmer, Kooperations- und Projektpartner vor Ort wird kontinuierlich evaluiert, und die Befragungsergebnisse werden für

die Weiterentwicklung genutzt. So werden die Befragungsergebnisse der Schulungen der Schulungsleitung innerhalb von zwei Wochen nach Schulungsende zurückgemeldet, um gegebenenfalls für die nächste Schulung Änderungen vorzunehmen. Oder es werden Konzepte modellhafter Umsetzungen, Events, Aktionstage und Schulprogramme auf Basis der Evaluationsergebnisse überarbeitet und dann allen Projektpartnern zur Verfügung gestellt. Das Evaluationskonzept umfasst neben der jährlichen Struktur- und Prozessevaluation eine externe punktuelle Wirkungsevaluation sowie Angebote zur Selbstevaluation der „GUT-DRAUF“-Einrichtungen. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Jugendlichen werden mit Wirkungseinschätzungen verglichen, die „GUT-DRAUF“-Einrichtungen im Rahmen der Jahresevaluation abgeben. 87,0% der befragten Multiplikator(inn)en sehen in der Jugendaktion einen positiven Einfluss auf das Potenzial der Jugendlichen, sich aktiv für ein gesundes Verhalten zu entscheiden. Für 75,0% der Multiplikator(inn)en trägt „GUT DRAUF“ dazu bei, dass Jugendliche eine gesunde Ernährung in ihrem Alltag umsetzen. Ähnliches gilt für das Bewegungsverhalten (77,8%) und Entspannungsmöglichkeiten (74,9%) [25]. Die Tiefeninterviews mit Jugendlichen und auch die Studie von Schaal [26] zum Einfluss von „GUT DRAUF“ auf den Schulentwicklungsprozess zeigen deutliche positive Einstellungsänderungen, insbesondere im Bereich Ernährung.

## Kindergesundheit und Kita

Die Förderung der Gesundheit von Kindern zielt darauf ab, gute gesundheitliche Voraussetzungen für ihren weiteren Lebensverlauf zu schaffen. Als ein wichtiges Setting für PGF im Kindesalter gelten die Kindertagesstätten. Zur Bewertung einer PGF-Strategie in Kitas sind sowohl Informationen über die Gesundheitssituation von Vorschulkindern in (und außerhalb von) Kitas als auch zum Stand der PGF-Umsetzung in Kitas erforderlich. Während die KiGGS-Studie des RKI den gesundheitlichen Status der Kinder erfasst und so Zielgruppen eingrenzt – hier exemplarisch für einige Aspekte der psy-

chischen Gesundheit dargestellt –, untersucht die BZgA mit der BeGKi-Studie Umfang und Qualität der PGF-Angebote und damit die Frage, ob die Voraussetzungen für eine wirksame, die Gesundheit der Kinder positiv beeinflussende PGF gegeben sind. Die beiden Monitoring-Studien liefern also Daten zu den Ausgangslagen auf Adressaten- und Institutionsebene und damit Informationen für die (Weiter-)Entwicklung und Überprüfung von Interventionsstrategien in diesem Handlungsfeld.

## Aspekte psychischer Gesundheit im Vorschulalter

Je nach Altersgruppe haben die meisten Kinder und Jugendlichen einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand; dennoch fallen bestimmte gesundheitliche Problemlagen auf. Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen treten bereits in den ersten Lebensjahren auf [27]. Nicht alle Auffälligkeiten im Vorschulalter führen jedoch zu nachhaltigen Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung. Entscheidend sind die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren für eine frühzeitige Prävention. Mit KiGGS wurde das Ziel, Risiko- und Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung frühzeitig zu identifizieren und Maßnahmen zur Prävention abzuleiten, erstmals auf Basis einer umfassenden, bundesweiten und repräsentativen Datensammlung zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis 17 Jahren erreicht. Neben Merkmalen zur körperlichen Gesundheit wurden auch Parameter der psychischen und sozialen Gesundheit erfasst [28]. Nachfolgend werden drei Aspekte beispielhaft vorgestellt.

## Psychische Auffälligkeiten und Stärken

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken wurden über den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in den fünf Dimensionen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ ermittelt [29]. Danach zeigen bereits 5,3% der Drei- bis Sechsjährigen psychische Auffälligkeiten. Jungen mit 6,9% häufiger

als Mädchen mit 3,7%. In der differenzierten Betrachtung der einzelnen Problemskalen bestätigt sich ein starker Sozialgradient zuungunsten der Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus sowohl für internalisierende, externalisierende als auch soziale Probleme. Jungen zeigen tendenziell häufiger Auffälligkeiten im Bereich der externalisierenden Probleme, während sich bei „Emotionale Probleme“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ in diesem Altersbereich noch keine Geschlechtsunterschiede finden. Migration zeigt keinen Unterschied bei „Emotionale Probleme“ und „Verhaltensprobleme“, scheint jedoch ein Risikofaktor für soziale Probleme zu sein.

### Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die ADHS ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter mit Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und auf die soziale, kognitive und emotionale Funktionstüchtigkeit [30]. In KiGGS enthielten die Elternfragebögen für die Altersgruppen drei bis 17 Jahre die Frage nach einer ADHS-Diagnose. Danach erhielten im Altersbereich der Drei- bis 17-Jährigen 4,8% der Heranwachsenden die Diagnose ADHS durch einen Arzt oder Psychologen. Bei den Drei- bis Sechsjährigen waren es bereits 1,5%. Mit Blick auf den sozioökonomischen Status (SES), Migrationshintergrund und das Geschlecht konnten im Altersbereich von drei bis sechs Jahren keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

### Psychische Auffälligkeit und Kita-Betreuung

Aus den vorliegenden Daten kann gefolgert werden, dass Kinder von Müttern mit höherem Bildungsabschluss wesentlich früher in vorschulische Kindertagesbetreuung kommen als Kinder von Müttern, die einen niedrigeren Bildungsabschluss aufweisen. Auch Kinder Vollzeit berufstätiger oder alleinerziehender Mütter gehen früher und häufiger in vorschulische Kindertagesbetreuung. Die multivariate Betrachtung der verschiedenen Einflussfaktoren im logistischen Modell erbrachte keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten (er-

fasst mit dem SDQ) von Kindern, die sich zum Befragungszeitpunkt in vorschulischer Tagesbetreuung befanden. Dabei wurde auch das Alter bei Betreuungsbeginn berücksichtigt. Es gab keine Hinweise auf Unterschiede im prosozialem Verhalten der Kinder in Abhängigkeit vom Besuch vorschulischer Kinderbetreuungsstätten [31].

### Bestandsaufnahme Gesundheitsförderung in Kitas – BeGKi-Monitor

Erzieher/-innen beobachten seit Jahren eine Zunahme gesundheitlicher Belastungen bei Kindern sowie bei den Eltern Stress und fehlendes Basiswissen über Gesundheit, Erziehung und Entwicklung. KiGGS zeigt bei einem knappen Fünftel der Vorschulkinder bereits bedeutsame psychische und somatische Auffälligkeiten, die deutlich sozial ungleich verteilt vorkommen. Daher erhalten Kindertagesstätten eine wachsende Bedeutung für die frühzeitige PGF. Allerdings gibt es wenige Kenntnisse über förderliche PGF-Rahmenbedingungen in Kitas. Ziel der BeGKi-Studie der BZgA ist es, den präventiven Versorgungsstand in Umfang und Qualität zu erheben, Unterstützungsbedarf zu erkennen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

### Studienabschnitte und -aufbau der BZgA-Studie

Zu Beginn (2005 bis 2006) stand eine Pilotstudie; 643 Kitas wurden befragt (Stufe A) und 32 Projekte einer vertieften Qualitätsanalyse (Stufe B) unterzogen. 2007 fand die repräsentative bundesweite Hauptstudie (2938 Kitas, 120 Projekte) statt. 2010 startete die Wiederholungsstudie und damit der Einstieg in das Monitoring.

Stufe A umfasst eine schriftliche Einrichtungsbefragung (4 Seiten, 340 Items) mit Referenzwertvergleich und Nonresponder-Befragung. Sie erhebt (1) Rahmenbedingungen wie Größe der Kita, soziale Lage, Träger, Arbeitsansatz und Bundesland sowie (2) die Versorgungsmerkmale Ausstattung, Lärmminde- rung, Aktivitäten für Kinder, für Mitarbeiter/-innen und für Familien, Mitbeteiligung Kinder, präventive Projekte, Verpflegung, (3) Arbeitsformen wie Ver-

netzung, Elternarbeit, Fortbildungen, Beobachtungsbögen und (4) Kindergesundheit, Arbeitszufriedenheit und Elternkooperation in der Kita.

Stufe B analysiert und bewertet eine Stichprobe von Gesundheitsprojekten mit dem Qualitätssicherungsverfahren „Qualität in der Prävention“ (QIP) [2] entlang den Qualitätsdimensionen Konzept (Zielsetzung, Begründung, Zielgruppen), Planung (Analysen, Gestaltung, Kooperation), Mitwirkende (Personal, Kooperationspartner), Verbreitung und Vermittlung des Angebots (Medien, Didaktik), Projektmanagement, Erfolgskontrolle sowie nachhaltige Qualitätsentwicklung und koppelt die Ergebnisse an die Einrichtungen zurück [32, 33].

### Ergebnisse

Praktisch alle Kitas halten Angebote der PGF im Alltag vor. Mehr als 90% führen Hygieneerziehung, Sprach- und Entwicklungsförderung sowie Bewegungsförderung durch, etwa zwei Drittel Mundgesundheitspflege und Ernährungserziehung, etwa 50% Verkehrs- und Sicherheitserziehung und Unfallverhütung. Ein Drittel der Kitas bietet Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit an. Ausstattung und Rahmenbedingungen haben Einfluss auf Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen und Umsetzungsspielräume für PGF.

Die vertieften Analysen der Projekte zeigen eine starke Streuung der Qualität der PGF-Angebote. Maßnahmen, die auf den meisten Qualitätsdimensionen Vorbildniveau erreichen und damit hohe Wirkungswahrscheinlichkeiten besitzen, stehen Angebote gegenüber, die die Mindestvoraussetzungen einer wirksamen PGF nicht erfüllen. Im Mittel sind in den meisten Projekten Verbesserungen erforderlich, um Gesundheitsgewinne bei den Kindern sicherzustellen [32, 33].

### Zukünftige Aktivitäten

BeGKi 2010 untersucht, wie sich Rahmenbedingungen und Maßnahmen der PGF seit 2007 entwickelt haben, und berichtet die Ergebnisse an Praxis und Politik. Durch kontinuierliches Monitoring und datenbasierte Präventionsberichterstattung verbessern sich die Voraussetzungen für bedarfsgerichtete Inter-

ventionen und gezielte Qualitätsentwicklungen in diesem zentralen Aufgabenfeld der PGF.

## Fazit

Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass RKI und BZgA wichtige Beiträge zum Monitoring und zur Qualitätssicherung von PGF in Deutschland leisten. Gleichwohl besteht noch erheblicher Forschungs- und Handlungsbedarf, um die wirkungsbezogene Qualitätsverbesserung von PGF weiter voranzubringen. Dabei liefern die Daten von RKI und BZgA wichtige, sich ergänzende Informationen zur Gesundheits- und Interventionsberichterstattung. Mit ihren Berichten stellen sie der Politik für die wesentlichen Gesundheitsthemen Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung. Die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit erhält die Möglichkeit, sich über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre Einflussfaktoren sowie über Präventionsbedarf und -maßnahmen zu informieren. Im Bereich der Kindergesundheit konnten beispielsweise auf Basis des RKI-Surveys KiGGS und der Forschungsergebnisse der BZgA der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen beschrieben und konkrete qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen abgeleitet werden [16]. Derartige Berichte bilden nicht nur auf Bundesebene eine hilfreiche Grundlage für die Entwicklung gesundheitspolitischer Entscheidungen, sie stellen auch für lokale Projekte und Programme ergänzende Informationen zur Verfügung. Im Kontext der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialbereich bieten Monitoring und Qualitätssicherung das Rüstzeug, um die Effektivität und Effizienz präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erhöhen. Vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen hat die Politik mit diesen Steuerungsinstrumenten die Möglichkeit, nationale Gesundheitsziele und Aktionspläne evidenzbasiert zu formulieren, umzusetzen und zu evaluieren. Dies ist die Voraussetzung, um die Bevölkerungsgesundheit wirkungsvoll zu verbessern.

## Korrespondenzadresse

**S. Jordan**  
Abteilung Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung,  
Robert Koch-Institut  
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin  
JordanSu@rki.de

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Kurth BM, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48:261–272
2. Töppich J, Lehmann H (2009) QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern, S 223–238
3. Kolip P, Müller VE (2009) Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern, S 7–20
4. RKI (2010) HIV/Aids-Jahresbericht 2009. Epidemiol Bull Sonderausgabe A/2010
5. RKI (2010) Syphilis in Deutschland im Jahr 2009. Epidemiol Bull 487–491
6. McGuire WJ (2001) Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications. In: Rice R, Atkin C (Hrsg) Public Communication Campaigns, 3. Aufl. Sage, Thousand Oaks, CA, S 22–48
7. BZgA (2010) Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009. Kurzbericht. BZgA, Köln
8. BZgA (2009) Gib Aids keine Chance – Dokumentation 1985–2009. BZgA, Köln
9. Mensink GBM, Burger M (2004) Was isst du? Ein Verzehrshäufigkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 47:219–226
10. Haftenberger M, Heuer T, Kube F et al (2010) Relative validity of a food frequency questionnaire for national health and nutrition monitoring. Nutr J 9:36
11. Mensink G, Burger M, Beitz R et al (2002) Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. RKI, Berlin
12. Mensink GBM, Bauch A, Vohmann C et al (2007) EsKiMo – Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:902–908
13. Atzpodien K, Bergmann E, Bertz J et al (2009) 20 Jahren nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? RKI, Berlin
14. Bergmann E, Eis D, Ellert U et al (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). RKI, Berlin
15. RKI (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. RKI, Berlin
16. RKI, BZgA (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
17. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. BMELV, BMG, Berlin
18. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (2010) Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht Regionen. <http://www.besseressemehrbewegen.de>
19. Burger M, Mensink GBM, Brönstrup A et al (2004) Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. Eur J Clin Nutr 58:605–614
20. Burger M, Weißenborn A, Klemm C et al (2004) Möglichkeiten zur Verbesserung der Folatversorgung – eine Mehlanreicherung auch für Deutschland? Ernährungs-Umschau 51:318–324
21. Flynn A, Hirvonen T, Mensink GBM et al (2009) Intake of selected nutrients from foods, from fortification and from supplements. Food Nutr Res 53:1–51
22. Kuhlmann K, Lindtner O, Bauch A et al (2005) Simulation of prospective phytosterol intake in Germany by novel functional foods. Br J Nutr 93:377–385
23. Bauch A, Lindtner O, Mensink GBM, Niemann B (2006) Dietary intake and food sources of long chain n-3 PUFAs in German adults. Eur J Clin Nutr 60:810–812
24. Mann-Luoma R, Goldapp C, Khaschei M et al (2002) Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:952–959
25. Bestmann S (2010) Evaluation der Projektpraxis im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF im Zeitraum April 2009 bis März 2010 – Zusammenfassender Bericht. <http://www.gutdrauf.net>
26. Schaal S (in Vorbereitung) GUT DRAUF im Schulamtsbezirk Forchheim. Empirische Untersuchung zum Einfluss des GUT DRAUF-Schulprofils auf den Schulentwicklungsprozess
27. Jenni O, Latal B (2009) Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinderärztl Prax 80:3–7
28. RKI (2009) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). <http://www.kiggs.de>
29. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:784–793
30. Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:827–835
31. Schlack R, Hölling H, Kurth BM (2007) Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:1249–1258
32. Kliche T, Gesell N, Nyenhuis J, Töppich J (2007) Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas: Stand und Handlungsansätze. In: Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) (Hrsg) Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita. Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern – Zusammenarbeit stärken. Dokumentation der Fachtagung am 27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmshaus. HAG, Hamburg, S 10–15
33. Kliche T, Gesell N, Nyenhuis J et al (2008) Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Juventa, Weinheim