

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche,
Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/4744 –**

Auftrag und Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vor dem Hintergrund des Entwurfs eines Präventionsgesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Bislang erarbeitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit ein breites Informations- und Beratungsinstrumentarium. Dazu zählen die Entwicklung von Konzepten, Maßnahmen und Medien sowie die Ausbildung und Fortbildung von Personen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Behörde liegt auf der Qualitätssicherung als Grundlage für eine effektive Aufklärung und Beratung. Es fehlt Transparenz hinsichtlich der Aktivitäten der BZgA, der finanziellen und personellen Kapazitäten sowie der Verwendung der Mittel, da seit dem Jahr 2003 keine Jahresberichte mehr veröffentlicht werden.

Nach zehn Jahren und drei erfolglosen Anläufen hat die schwarz-rote Bundesregierung nun den vierten Entwurf eines Präventionsgesetzes (PrävG) vorgelegt. Der BZgA soll danach zukünftig die Verantwortung zukommen, die Krankenkassen „bei der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten“ zu unterstützen (vgl. Begründung im Entwurf des PrävG auf Bundestagsdrucksache 18/4282, S. 30).

Nach dem nun vorgelegten Gesetzentwurf soll die BZgA künftig, zusätzlich zu ihrer beratenden Funktion, in Kooperation mit den Verantwortlichen auf Landes- und kommunaler Ebene konkrete Präventionsangebote anbieten. Dies soll jedoch nicht, durch den Bundeshaushalt finanziert, sondern von den gesetzlichen Krankenkassen (GVK) in entsprechender Höhe vergütet werden – mit bis zu 50 Cent je gesetzlich Krankenversichertem. Somit würde der Behörde ab dem Jahr 2016 ein zusätzliches Budget von rund 35 Mio. Euro zukommen.

Die Aufgabenerweiterung der BZgA durch den Gesetzentwurf stößt auf die Kritik der Länder, die in ihrer Stellungnahme den Auftrag deutlich begrenzen wollen. „Eine direkte Intervention in den Lebenswelten durch die BZgA im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann zu Parallelstrukturen in den Ländern führen“, so die Begründung. „Um dies zu verhindern, soll

die BZgA die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und der Qualitäts- und Ergebnissicherung der Aktivitäten in Lebenswelten unterstützen“ (vgl. Bundsratsdrucksache 640/14).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat am 17. Dezember 2014 den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) beschlossen. Ein Schwerpunkt des Gesetzentwurfs liegt in der Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger. Der Regierungsentwurf ist derzeit Gegenstand der Beratungen im Deutschen Bundestag.

Der Gesetzentwurf sieht eine mehr als vierfache Erhöhung der Mittelverwendung für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten durch die Krankenkassen vor. Im Jahr 2014 gaben die Krankenkassen rund 31 Mio. Euro für diese Leistungen aus. Ab dem Jahr 2016 sollen die Krankenkassen insgesamt mindestens rund 140 Mio. Euro für Leistungen in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen und weiteren für die Gesundheit bedeutsamen Lebenswelten in den Kommunen verwenden.

Um die Krankenkassen bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe zu unterstützen, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die BZgA für die Krankenkassen im Wege eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen kassenübergreifende Leistungsinhalte entwickelt und die Krankenkassen bei der Implementierung der Leistungen und der wissenschaftlichen Evaluation unterstützt. Anders als es in der Vorbemerkung der Fragesteller zum Ausdruck kommt, sieht der Gesetzentwurf nicht vor, dass die BZgA „in Kooperation mit den Verantwortlichen auf Landes- und kommunaler Ebene konkrete Präventionsangebote“ anbietet.

Haushalt

1. Wie hat sich der Gesamthaushalt der BZgA seit dem Jahr 2005 entwickelt?
2. Welche Entwicklungen in der Einnahmenstruktur zeichnen sich in den letzten zehn Jahren ab?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mittel für die Aufgabenwahrnehmung der BZgA werden im Bundeshaushalt in den Kapiteln 15 02, 15 04, 17 02 und 17 03 veranschlagt. Im Jahr 2005 betragen die in diesen Kapiteln veranschlagten Gesamtausgaben der BZgA insgesamt 44 954 000 Euro. Bis zum Jahr 2015 haben sie sich auf eine Gesamtsumme in Höhe von 60 365 000 Euro entwickelt.

Das Ausgabenbudget im BZgA-eigenen Kapitel 15 04 war vom Jahr 2005 (23 903 000 Euro) bis zum Jahr 2008 (12 731 000 Euro) rückläufig. Bedingt durch die Aufnahme neuer Themenbereiche in das Jahresarbeitsprogramm, wie z. B. „Gesund und aktiv älter werden“, „Männergesundheit“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und die Schwerpunktsetzung auf das Thema „Organ- und Gewebespende“ erfolgte in den folgenden Jahren eine Steigerung. Im Jahr 2015 betrug die Höhe des Ausgabenbudgets 26 500 000 Euro. Der im Kapitel 15 04 veranschlagte Titel 531 06 „Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung“ erfuhr seit dem Jahr 2005 bis zum Jahr 2015 einen Zuwachs von 5 000 000 Euro auf 16 330 000 Euro. Machte im Jahr 2005 der Aufklärungstitel 531 06 ca. 21 Prozent des Gesamtansatzes in dem Kapitel 15 04 aus, beträgt der Anteil im Jahr 2015 mittlerweile ca. 62 Prozent.

Der Mittelansatz für Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten belief sich im Jahr 2005 auf 9 203 000 Euro. Im Jahr 2015 beträgt das Budget 11 900 000 Euro.

Der Mittelansatz für Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs belief sich im Jahr 2005 auf 6 736 000 Euro. Im Jahr 2015 stehen Mittel in Höhe von 8 714 000 Euro zur Verfügung.

Den Ausgaben der BZgA stehen Einnahmen gegenüber, die seit dem Jahr 2005 (182 000 Euro) stetig rückläufig sind. Im Jahr 2015 werden Einnahmen in Höhe von 54 000 Euro erwartet.

Zur Erfüllung ihrer Aufklärungsmaßnahmen in den Bereichen Aids-Prävention, Alkohol-Prävention, Altern in Balance, Prävention der Glücksspielsucht und Organ- und Gewebespende stehen der BZgA zweckgebundene Mittel aus Spenden, Sponsoring und ähnlichen freiwilligen Geldleistungen zur Verfügung. Im Jahr 2005 belief sich die Summe auf 4 250 000 Euro. Seit dem Jahr 2009 konnten die Mittel bis auf 14 213 000 Euro im Jahr 2015 gesteigert werden.

Der BZgA stehen für Aufklärungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bei der Haushaltstelle 17 03 531 22 seit dem Jahr 2005 kontinuierlich 5 112 000 Euro zur Verfügung.

Seit der Gründung des Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen“ (NZFH) kamen im Jahr 2007 zunächst 709 000 Euro zur Bewirtschaftung bei der Haushaltsstelle 17 02 684 01 hinzu. Seit dem Jahr 2008 verfügt das NZFH über durchschnittlich 2 182 000 Euro pro Haushaltsjahr.

Seit dem Jahr 2010 wird das Projekt „Komm auf Tour“ in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit erfolgreich durchgeführt. Zwischen den Jahren 2010 und 2012 standen hierfür zwischen 1 621 000 Euro und 2 616 000 Euro zur Verfügung. Im Jahr 2013 standen hierfür 2 410 000 Euro und im Jahr 2014 1 492 000 Euro zur Verfügung. Im Jahr 2015 beläuft sich die Summe auf 117 000 Euro.

Weitere Themenschwerpunkte sind seit dem Jahr 2012 die „Bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs“ und die „Bundesinitiative Familienhebammen“.

Der „Bundesweiten Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs“ standen im Jahr 2012 1 042 000 Euro zur Verfügung und im Jahr 2015 1 986 000 Euro, was einer Steigerung um 90 Prozent entspricht. Die „Bundesinitiative Familienhebammen“ verfügte im Jahr 2012 über 1 100 000 Euro und seit dem Jahr 2013 konstant über 4 000 000 Euro pro Haushaltsjahr.

Im Kapitel 17 02 standen im Jahr 2005 insgesamt Einnahmen in Höhe von 186 000 Euro für die Aufklärungsmaßnahmen der BZgA zur Verfügung. Seit dem Jahr 2008 stiegen die zweckgebundenen Einnahmen auf 2 742 000 Euro durch die Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit im Projekt „Komm auf Tour“. Vom Jahr 2013 auf das Jahr 2014 sanken die zweckgebundenen Einnahmen von 2 461 000 Euro auf 1 738 000 Euro. Für das Jahr 2015 können jetzigen Zeitpunkt noch keine Angaben zur Höhe der Einnahmen gemacht werden.

3. Aus welchen Haushaltstiteln und welchen zusätzlichen Einnahmen (Spenden, Sponsorenmittel und ähnlichen freiwilligen Geldleistungen) setzte sich der Gesamthaushalt der BZgA im Jahr 2014 zusammen?

Der Gesamthaushalt der BZgA setzte sich im Bundeshaushaltsplan 2014 zusammen

1. aus den in Kapitel 15 04 Titel 531 06 „Allgemeine gesundheitliche Aufklärung“ veranschlagten Einnahmen in Höhe von 77 000 Euro und Ausgaben in Höhe von 30 786 000 Euro,
2. aus den der BZgA in Kapitel 15 02 Titel 531 16 zugewiesenen Mitteln für „Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten“ in Höhe von 11 575 000 Euro,
3. aus den der BZgA in Kapitel 15 02 Titel 531 66 zugewiesenen Mitteln für „Suchtprävention“ in Höhe von 7 514 000 Euro,
4. aus den in Kapitel 15 01 Titel 282 09 zu vereinnahmenden Einnahmen aus Sponsoring, Spenden und ähnlichen freiwilligen Geldleistungen in Höhe von 13 915 000 Euro,
5. aus den im Haushalt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Kapitel 17 03 Titel 531 22 zugewiesenen Mitteln für die Aufgabenwahrnehmung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz in Höhe von 5 112 000 Euro,
6. aus den im Haushalt des BMFSFJ in Kapitel 17 02 Titel 684 01 zugewiesenen Mitteln zum Führen des „Nationale Zentrums frühe Hilfen“ in Höhe von 2 036 000 Euro und für die Durchführung der „Bundesweiten Initiative zur Prävention des sexuellen Missbrauchs“ in Höhe von 1 737 000 Euro,
7. aus den im Haushalt des BMFSFJ in Kapitel 17 02 Titel 531 22 zugewiesenen Mitteln zur Durchführung des MitmachParcours zur Familienplanung und Berufsorientierung „Komm auf Tour“ in Höhe von 1 492 000 Euro,
8. aus Mitteln im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen in Höhe von insgesamt 712 000 Euro.

4. Wie verteilen sich die ausgegebenen Mittel auf die im Errichtungserlass definierten Aufgaben der BZgA?

Im Errichtungserlass vom 20. Juli 1967 wurden der BZgA durch das damalige Bundesministerium für Gesundheitswesen folgende Aufgaben zugewiesen: „Ihre Aufgabe ist insbesondere die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung; die Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheits-Erziehung und -Aufklärung tätigen Personen; die Koordination und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet; die Zusammenarbeit mit dem Ausland.“

Werden die im Jahr 2014 durch die BZgA verausgabten Mittel, die der BZgA über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugewiesen worden sind, als Maßstab herangezogen, verteilen sich die Mittel wie folgt auf die im Errichtungserlass definierten Aufgaben:

- a) Zusammenarbeit mit dem Ausland 299 089 Euro,
- b) auf die im Themenfeld „Lehrgänge, Fort- und Weiterbildung“ zusammengefassten Aufgaben „Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien“ und „Aus- und Fortbildung“ 837 488 Euro und auf die „Koordination und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung“ 59 180 000 Euro.

5. Wie hoch war der Gesamtbetrag der Ausgaben für Agenturleistungen seit dem Jahr 2013 (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Wie viele Mittel wurden seit dem Jahr 2013 im Einzelnen für Anzeigenschaltungen, Kino- und Fernsehspots, Internetangebote und Kampagnen ausgegeben (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Für öffentliche Aufträge wurden im Jahr 2013 29 221 089,85 Euro und im Jahr 2014 27 828 577,14 Euro ausgegeben. Dies beinhaltet neben anderem die Ausgaben für Kampagnen der BZgA. Die Kampagnen der BZgA sind umfassende kontextbezogene Mehrebenenkampagnen (vgl. Gutachten 2005 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) mit dem Ziel bevölkerungsweiter Wirkungen (sozialer Lernprozess). Sie werden auf der Basis epidemiologischer Analysen der verschiedenen Gesundheitsprobleme und unter Nutzung der Ergebnisse der Interventionsforschung entwickelt. Sie bestehen aus massenkommunikativen Maßnahmen (Anzeigenschaltungen bzw. Ambientmedien, Großflächenplakatierungen, Kino-, Fernseh- und Radiospots), personalkommunikativen Maßnahmen (z. B. Ausstellungen, Peer-Gruppen-Einsätze) und Internetangeboten. Die öffentliche Kommunikation wird zusammen mit Kommunikations-Agenturen entwickelt. Die Ausgaben in den Jahren 2013 und 2014 werden in der folgenden Tabelle unter Kennzeichnung des Anteils, der mit Sponsoringmitteln des Verbands der privaten Krankenversicherung finanziert wurde, aufgelistet. Die Kampagnen der BZgA begleiten und unterstützen die Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Partnern, indem soziale Lernprozesse gefördert werden, die die Arbeit insbesondere in den Kommunen erleichtert und der kommunalen Ebene Medien und Maßnahmen zur Verfügung stellt.

Jahr	Titel	Anzeigenschaltung	Plakatierung	Kino-, Fernsehspots	Internetangebote	Personalkommunikative Maßnahmen	Entwicklungskampagnenübergreifend	Agenturleistungen	
2013	531 06 Allg. Aufklärung	4.769.688,56	1.694.773,00	1.629.891,84	1.444.732,90	565.173,16	0,00	10.104.259,46	
	531 16 Aidsaufklärung	338.451,03	429.676,28	395.077,01	521.236,66	1.471.293,84	691.158,35	3.846.893,17	
	351 66 Suchtprävention	167.200,83	0,00	17.906,55	1.182.684,13	2.116.115,15	0,00	3.483.906,66	
		5.275.340,42	2.124.449,28	2.042.875,40	3.148.653,69	4.152.582,15	691.158,35	17.435.059,29	
	547 09 PKV Aids	931.803,00	1.379,53	44,98	0,00	0,00	0,00	933.227,51	
	547 09 PKV Suchtprävention	183.266,88	4.407.469,54	869.320,95	216.104,67	1.882.130,13	0,00	7.558.292,17	
	547 09 PKV GSP	0,00	0,00	0,00	113.510,88	0,00	0,00	113.510,88	
		1.115.069,88	4.408.849,07	869.365,93	329.615,55	1.882.130,13	0,00	8.605.030,56	
	gesamt		6.390.410,30	6.533.298,35	2.912.241,33	3.478.269,24	6.034.712,28	691.158,35	26.040.089,85
		NZFH	462.000,00	0,00	0,00	978.000,00	1.741.000,00	0,00	3.181.000,00
Summe		6.852.410,30	6.533.298,35	2.912.241,33	4.456.269,24	7.775.712,28	691.158,35	29.221.089,85	
2014	531 06 Allg. Aufklärung	3.877.701,95	1.613.018,40	1.772.255,71	1.388.468,57	184.793,82	0,00	8.836.238,45	
	531 16 Aidsaufklärung	0,00	1.631.351,77	270.000,00	499.094,72	994.694,87	987.211,21	4.382.352,57	
	351 66 Suchtprävention	771.027,41	0,00	1.428,00	978.888,95	1.705.058,09	0,00	3.456.402,45	
		4.648.729,36	3.244.370,17	2.043.683,71	2.866.452,24	2.884.546,78	987.211,21	16.674.993,47	
	547 09 PKV Aids	1.050.000,00	141.312,00	751.916,00	0,00	0,00	0,00	1.943.228,00	
	547 09 PKV Suchtprävention	3.785.098,75	0,00	384.979,24	315.343,08	879.496,53	0,00	5.364.917,60	
	547 09 PKV Alter	0,00	0,00	0,00	54.651,80	0,00	0,00	54.651,80	
	547 09 PKV GSP	0,00	0,00	0,00	1.470,14	29.316,13	0,00	30.786,27	
		4.835.098,75	141.312,00	1.136.895,24	371.465,02	908.812,66	0,00	7.393.583,67	
	gesamt		9.483.828,11	3.385.682,17	3.180.578,95	3.237.917,26	3.793.359,44	987.211,21	24.068.577,14
	NZFH	734.000,00	0,00	0,00	997.000,00	2.029.000,00	0,00	3.760.000,00	
Summe		10.217.828,11	3.385.682,17	3.180.578,95	4.234.917,26	5.822.359,44	987.211,21	27.828.577,14	

6. Wie hoch war der Gesamtbetrag der Ausgaben für Programme in Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Partnern?

Programme in Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Partner wurden durch Zuwendungen unterstützt. Der Gesamtbetrag dieser Ausgaben betrug im Jahr 2014 12 863 146,90 Euro.

7. Wie viele Mittel wurden seit dem Jahr 2013 für die Dokumentation, Evaluierung und Qualitätssicherung ausgegeben (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Für die Dokumentation, Evaluierung und Qualitätssicherung hat die BZgA insgesamt im Jahr 2013 Mittel in Höhe von 5 283 708,91 Euro verwendet. Im Jahr 2014 beliefen sich die Ausgaben auf insgesamt auf 6 955 090,84 Euro.

8. Welche Beratungs-, Aufklärungs-, Fortbildungs- bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen der BZgA wurden seit dem Jahr 2013 finanziell durch gesetzliche Krankenversicherungen in welchem Umfang unterstützt?

Durch die gesetzliche Krankenversicherung wurden seit dem Jahr 2013 keine Maßnahmen der BZgA finanziell unterstützt.

9. Welche Gründe führten die Bundesregierung dazu, die Ausgaben für die Impfaufklärung im Gesetzentwurf für den Bundeshaushalt des Haushaltsjahres 2015 reduziert anzusetzen?

Steht dies nach Auffassung der Bundesregierung nicht im Widerspruch zu einer notwendigen zielgruppenspezifischen Aufklärungsarbeit?

Wenn ja, inwiefern?

Wenn nein, warum nicht?

Seit dem Jahr 2010 werden im Titel 531 06 in Kapitel 15 04 des Bundeshaushaltes 2 000 000 Euro für die Impfaufklärung durch die BZgA etatisiert. Davon abweichend konnten im Jahr 2014 aufgrund einer einmaligen Erhöhung sonstiger Mittel zusätzlich 1 000 000 Euro für diese Aufgabe in Ansatz gebracht werden. Nach Wegfall dieser einmalig vorgesehenen zusätzlichen Mittel stehen, wie seit dem Jahr 2010, weiterhin Mittel für die Impfaufklärung in Höhe von 2 000 000 Euro zur Verfügung.

Die BZgA bietet auf ihren Internetseiten umfassende Informationen zum Thema Schutzimpfungen an (www.impfen-info.de) und stellt kostenlos zahlreiche, teils auch fremdsprachliche Aufklärungsbroschüren für die Fachöffentlichkeit und Allgemeinbevölkerung zur Verfügung. Vor dem Hintergrund der geplanten Masernelimination und der Masern-Ausbrüche wird die seit Oktober 2012 laufende Maßnahme „Deutschland sucht den Impfpass“ mit der Zielgruppe der Jugendlichen und nach dem Jahr 1970 geborenen Erwachsenen im Jahr 2015 weiter intensiviert. Weitere Arbeitsschwerpunkte für das Jahr 2015 sind Maßnahmen zur Steigerung der Durchimpfungsrate im Kindes- und Jugendalter (Masern-Mumps-Röteln-Impfung, Impfung gegen humane Papillomviren – HPV sowie bei Erwachsenen (v. a. Masernimpfung)). Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt sind Maßnahmen zur Verbesserung der Influenza-Impfquoten.

Personal

10. Wie viele Beschäftigte mit welchen beruflichen Hintergründen arbeiten in den einzelnen Fachbereichen der BZgA?

Nach welchen Qualifikationen für welche Aufgabenbereiche werden die Beschäftigten ausgewählt?

Wie stehen die Tätigkeitsbeschreibungen zu den real zu bewältigenden Aufgaben?

In der BZgA arbeiten 248 Beschäftigte (Stand 30. April 2015). Die beruflichen Hintergründe der Beschäftigten bilden wissenschaftliche Hochschulstudiengänge sowie Fachhochschulabschlüsse der Gesundheitswissenschaften, Medizin, Biologie, Erziehungswissenschaften und Lehramtsstudiengänge, Sozialwissenschaften, Psychologie, Sozialpädagogik, Ernährungswissenschaften, Sportwissenschaften, Medien- und Filmwissenschaften, Kommunikationswissenschaften, Politikwissenschaften, Germanistik, Europastudien, Volks- und Betriebswirtschaft, Rechtswissenschaften sowie Berufsausbildungsabschlüsse für den Bereich der allgemeinen inneren Verwaltung.

Für eine Beschäftigung im höheren Dienst der BZgA werden ein abgeschlossenes Hochschulstudium der oben aufgeführten Bereiche oder ein vergleichbares abgeschlossenes Hochschulstudium, Berufserfahrung auf dem jeweiligen Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung sowie Fähigkeiten zur konzeptionellen und/oder wissenschaftlichen Grundlagenarbeit und/oder Umsetzung von Maßnahmen und Projekten gefordert. Für eine Beschäftigung im gehobenen Dienst der BZgA wird die Befähigung für den gehobenen nichttechnischen Verwaltungsdienst oder der Abschluss einer vergleichbaren Fachhochschulausbildung aus den oben aufgeführten Bereichen gefordert. Für eine Beschäftigung im mittleren Dienst der BZgA wird der Abschluss einer Verwaltungsausbildung des mittleren Dienstes oder einer vergleichbaren Ausbildung gefordert. Die Tätigkeitsbeschreibungen für die jeweiligen Positionen bilden die auszuübenden Aufgaben der Beschäftigten ab.

11. Wie hoch ist der Anteil an Vollzeitstellen, Teilzeitstellen bzw. Planstellen, Projektstellen und Praktikanten?

Wie haben sich die Beschäftigungsverhältnisse (Planstellen sowie besetzte Stellen) in den letzten zehn Jahren entwickelt?

In der BZgA sind 62 Prozent der insgesamt 248 Beschäftigten (Stand 30. April 2015) vollzeitbeschäftigt und 38 Prozent teilzeitbeschäftigt. Im Jahr 2005 verfügte die BZgA über 32 Planstellen sowie 72,5 Stellen. Im Jahr 2015 stehen der BZgA 32 Planstellen und 52,5 Stellen zur Verfügung. Zusätzlich werden 21 Stellen für unbefristete Beschäftigungsverhältnisse von wissenschaftlichem und wissenschaftsnahem Personal aus dem Titel 428 02 finanziert. Für wissenschaftliche Beschäftigte und für sonstige im wissenschaftsrelevanten Bereich tätige Beschäftigte wird seit dem Jahr 2013 (Flexibilisierung in den Bereichen Haushalt, Personal analog dem Wissenschaftsfreiheitsgesetz) kein verbindlicher Stellenplan mehr ausgebracht, sondern eine Finanzierung aus Titel 428 02 sichergestellt.

Durch die Besetzung ganzer Stellen und Planstellen mit Teilzeitkräften ergibt sich eine höhere Kopfzahl an Beschäftigten als die Gesamtzahl der Stellen und Planstellen.

12. Wie verteilen sich die Stellen nach Stundenumfang, Beschäftigungsdauer und Bezahlung auf die betrieblichen Aufgabenfelder, die im Errichtungserlass definiert sind?

Die BZgA ist in zwei Fachabteilungen, zwei Querschnittsabteilungen und die Verwaltungsabteilung gegliedert.

In den beiden Fachabteilungen verteilen sich die Stellen wie folgt auf die im Errichtungserlass definierten Aufgabenfelder:

„Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalt und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung und Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet“:

Unbefristete Stellen und Planstellen

Höherer Dienst	20
Gehobener Dienst	9
Mittlerer Dienst	5

Befristet Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Höherer Dienst	29,0
Gehobener Dienst	14,0
Mittlerer Dienst	7,6

„Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheits-Erziehung und -Aufklärung tätigen Personen“:

Unbefristete Stellen und Planstellen

Höherer Dienst	2
Gehobener Dienst	1
Mittlerer Dienst	0,5

Befristet Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Höherer Dienst	0,5
Gehobener Dienst	0,6
Mittlerer Dienst	1,0

„Zusammenarbeit mit dem Ausland“:

Unbefristete Stellen und Planstellen

Höherer Dienst	1
Gehobener Dienst	–
Mittlerer Dienst	1

Befristet Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Höherer Dienst	2,1
Gehobener Dienst	1,0
Mittlerer Dienst	–

Die beiden Querschnittsabteilungen sind in die Bearbeitung aller im Errichtungserlass definierten Aufgabenfelder einbezogen und verfügen über folgende Stellen:

Unbefristete Stellen und Planstellen

Höherer Dienst	12
Gehobener Dienst	9
Mittlerer Dienst	6

Befristet Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Höherer Dienst	11,9
Gehobener Dienst	6,7
Mittlerer Dienst	4,4

Die Verwaltung der BZgA verfügt über folgende Stellen:

Unbefristete Stellen und Planstellen

Höherer Dienst	4
Gehobener Dienst	10
Mittlerer Dienst	18
Einfacher Dienst	7

Befristet Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Höherer Dienst	1,0
Gehobener Dienst	8,4
Mittlerer Dienst	7,3
Einfacher Dienst	0,2

13. Wie viele Beschäftigte werden durch Spenden, Sponsorenmittel und ähnliche freiwillige Geldleistungen finanziert, und für welche Aufgaben sind diese zuständig?

In der BZgA werden aktuell 68 befristet Beschäftigte aus Sponsoringmitteln finanziert. Diese sind für die Bewältigung von Arbeitsaufgaben in den Themenfeldern HIV/STI-Prävention, Alkoholprävention, Gesundes Alter und Glücksspielprävention zuständig

14. Welche Personalentwicklungsstrategie verfolgt die BZgA nach Information der Bundesregierung?

Wie wird das Personal fort- und weitergebildet, um auf der Basis des aktuellen Erkenntnisstandes von Wissenschaft und Praxis zu arbeiten?

Die BZgA verfügt über ein modulares Personalentwicklungskonzept. Die Fort- und Weiterentwicklung der Fähigkeiten und Kompetenzen der Beschäftigten erfolgt auf Grundlage des Konzepts zur dienstlichen Fortbildung der BZgA. Die fachliche Fort- und Weiterbildung wird gesichert durch Kooperationen mit Hochschulen, Nutzung wissenschaftlich ausgewiesener Datenbanken und Analyse der aktuellen Literatur. Darüber hinaus sichern Tagungs- und Kongressteilnahmen ab, dass die Beschäftigten auf dem aktuellen Erkenntnisstand der Wis-

senschaft und insbesondere der Praxis arbeiten. Ein wichtiger Baustein zur fachlichen Absicherung der Inhalte bilden auch die Fach- und wissenschaftlichen Beiräte der BZgA, die die Arbeit der BZgA mit ihrer Expertise begleiten und mit denen ein intensiver Austausch besteht. Die Erweiterung der Qualifikation der Beschäftigten zur besseren Wahrnehmung der Arbeitsaufgaben – neben den fachlichen Fähigkeiten auch Schlüsselqualifikationen wie Methoden-, Sozial- sowie Führungskompetenz – wird durch verschiedene Fortbildungsmaßnahmen gesichert. Fortbildungsmaßnahmen werden in Form von Seminaren (extern und intern), Durchführung von Workshops, Einsatz alternativer Lernwege (Computerselbstlernprogramme, Selbstlernkurse etc.) und Fortbildung durch BZgA-Mitarbeiter als Multiplikatoren durchgeführt.

15. Welche Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement werden im BZgA nach Kenntnis der Bundesregierung umgesetzt?

Werden die geschlechtsspezifischen Belange sowie die Interessen von Menschen mit Behinderung und bzw. oder Migrationshintergrund dabei im Besonderen berücksichtigt?

Wenn ja, inwiefern?

Wenn nein, warum nicht?

Unter Berücksichtigung der Vereinbarung von Eckpunkten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement im BMG und seinem Geschäftsbereich hat der Arbeitskreis Gesundheit in der BZgA eine systematische Vorgehensweise, bestehend aus Analyse, Planung, Durchführung und Evaluation entwickelt. Ziel ist es, Strukturen, Prozesse und Arbeitsbedingungen in der BZgA so zu gestalten, dass die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und gefördert wird. Die Analyse der Ist-Situation erfolgte im Rahmen einer Beschäftigtenbefragung im Jahr 2013, die extern durchgeführt und ausgewertet wurde. Die Themenblöcke wurden so gewählt, dass sie alle Beschäftigten der BZgA gleichermaßen ansprachen und auch auf spezielle Belange eingegangen werden konnte. Die geschlechter-spezifischen Belange sowie die Interessen von Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund werden bei den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Maßnahmen für besondere Bedarfe berücksichtigt. Regelmäßige hausinterne Fortbildungen zur Gesundheit am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzüberprüfungen und Mitmachaktionen gehören zu den Bausteinen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die entsprechend der individuellen Bedarfe der Belegschaft konzipiert werden.

Die BZgA nutzt die Vielfalt seiner Mitarbeitenden und sieht ihre Potentiale in der Wertschätzung ihrer Diversität. Die BZgA setzt die Prinzipien des Gender-Mainstreaming um und berücksichtigt somit die unterschiedlichen Lebens-situationen von Frauen und Männer bei allen Entscheidungen (z. B. Personalentwicklung, flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, Gremienbesetzungen).

Informationsangebote und Medien

16. Nach welchen Kriterien werden die verschiedenen Medien und Projektangebote der BZgA (Printprodukte, Onlineformate, Fernseh- bzw. Kinospots, Kampagnen, Ausstellungen) eingesetzt?

Hauptkriterium für den Einsatz der verschiedenen Medien und Projekte ist die optimale Erreichbarkeit der angesprochenen Zielgruppen. Um dieses Kriterium zu erfüllen, werden zum Beispiel vor der Schaltung von Printanzeigen, Onlineformaten und Fernseh-/Kinospots umfangreiche Mediaanalysen durchgeführt, um eine möglichst maximale Erreichbarkeit der Zielgruppen zu gewährleisten.

Darüber hinaus ist ein weiteres Kriterium für den Einsatz von Medien und Maßnahmen das Erreichen von verstärkenden Synergieeffekten durch die Bereitstellung von Materialien zum Beispiel für Kooperationspartner im schulischen oder kommunalen Bereich oder auch die Unterstützung der Gesundheitsberufe im Rahmen ihrer Tätigkeiten zur Gesundheitsförderung. Vorausgehen Analysen zu Kenntnissen, Einstellungen und Verhalten der Zielgruppen.

17. Wie viele Broschüren und andere Printmaterialien zu welchen Themenschwerpunkten befinden sich nach Kenntnisstand der Bundesregierung aktuell im Angebot der BZgA?

Aktuell befinden sich 923 unterschiedliche Broschüren und Printmaterialien im Bestand der BZgA.

Thema	Anzahl
Blutspende	9
Ernährung, Bewegung, Stressregulation	55
Frauen-/Männergesundheit	4
Frühe Hilfen	65
Gesundheit älterer Menschen	27
Gesundheitsförderung (Fachheftreihen u.ä.)	67
HIV/STI	75
Impfen	89
Kindergesundheit	43
Organspende	69
Sexualaufklärung/Familienplanung	202
Sexueller Missbrauch	9
Suchtprävention	168
Unterrichtsmaterialien	41
	923

Quelle: BZgA

Um möglichst vielen Zielgruppen gerecht zu werden bzw. sie ansprechen zu können, ist eine hohe Zahl von unterschiedlichen Broschüren und Printmedien pro Thema notwendig. So werden zielgruppenspezifische Printmedien für unterschiedlichste Zielgruppen entwickelt. Je nach Thema gibt es Printmaterialien für Kinder, Jugendliche, junge oder ältere Erwachsene und für Multiplikatoren, die mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen arbeiten. Viele Printmedien werden zudem in mehreren Fremdsprachen (z. B. Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch, Kroatisch, Arabisch) oder in einfacher Sprache vorgehalten, um auch Menschen mit Handicaps, mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Schichten anzusprechen. Das Spektrum der Printmedien reicht dabei von Kurzinfos in leichter Sprache bis hin zu hoch differenzierten Fachpublikationen, die der Qualifizierung von Multiplikatoren oder des Fachaustauschs innerhalb der Wissenschaften dienen.

18. Wie viele Broschüren und andere Printmaterialien zu welchen Themenschwerpunkten wurden seit dem Jahr 2013 an welche Adressatengruppen verteilt?

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Materialien, Themenschwerpunkte und die Adressatengruppen:

Thema	Privatpersonen	Beratungsstellen	Krankenkassen	Anbieter medizinischer Leistungen	Hebammen	Gesundheitsamt	andere öffentliche Dienststellen	Bildungseinrichtungen	Bibliothek	Sonstige	Messen und Ausstellungen	Gesamt pro Thema
Blutspende	4.489	2.306	338	26.192	4	1.425	7.325	33.377	453	6.931	90.662	173.502
Ernährung, Bewegung, Stressregulation	119.817	249.992	19.429	248.671	4.458	134.771	130.002	667.538	11.421	146.557	79.822	1.812.478
Frauen-/Männergesundheit	40	0	0	3.310	0	0	2.670	210	0	2.575	8.967	17.772
Frühe Hilfen	21.451	38.485	276	10.853	9.616	10.500	55.841	28.232	505	28.802	29.781	234.342
Gesundheit älterer Menschen	2.180	1.999	486	4.687	1	1.910	3.225	4.231	308	5.723	4.353	29.103
Gesundheitsförderung (Fachheftreihen u.ä.)	14.778	6.701	581	4.089	45	2.008	8.928	20.387	416	9.682	13.282	80.897
HIV/STI	128.542	1.195.283	10.680	170.677	1.510	649.897	99.553	925.884	11.836	277.035	155.746	3.626.643
Impfen	142.346	159.665	43.376	2.580.536	17.867	508.499	220.972	781.776	4.284	813.957	47.186	5.320.464
Kindergesundheit	204.512	560.848	107.089	907.306	86.919	478.137	649.079	1.271.688	9.401	293.855	17.072	4.585.906
Organspende	1.750.262	199.258	186.851	929.996	1.816	96.019	707.271	835.198	4.126	874.228	56.844	5.641.869
Sexualaufklärung/Familienplanung	395.965	2.240.257	148.237	2.058.852	184.444	568.552	308.372	4.741.487	41.500	465.720	236.929	11.390.315
Sexueller Missbrauch	21.923	138.835	335	23.581	486	15.021	43.228	224.623	4.855	64.251	43.985	581.123
Suchtprävention	489.244	2.160.701	74.725	907.535	14.581	308.186	791.860	1.896.306	26.804	1.361.442	345.168	8.376.552
Unterrichtsmaterialien	77.080	40.225	2.757	41.551	1.042	19.712	29.201	273.150	2.250	39.359	65.771	592.098
Gesamt pro Empfängerkreis	3.372.629	6.994.555	595.160	7.917.836	322.789	2.794.637	3.057.527	11.704.087	118.159	4.390.117	1.195.568	
Gesamtmenge versendete Artikel im Zeitraum 01.01.2013 - 30.04.2015:	42.463.064											

Quelle: BZgA

- Wurden die Zielgruppen mit den Materialien nach Einschätzung der Bundesregierung erreicht?
- Wie wurde die Wirksamkeit des Informationsangebots innerhalb der jeweiligen Zielgruppe überprüft?

Die Fragen 18a und 18b werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bevor die Medien der BZgA geschaltet werden, wird empirisch überprüft, ob sie die gewünschten Wirkungen entfalten können. Zur Durchführung der Pretests von Broschüren liegt ein standardisiertes Verfahren vor, anhand dessen die folgenden Indikatoren geprüft werden können: Durchsetzungsfähigkeit und Kommunikationsleistung, Botschaftsverständnis, Anmutung, sogenannte Likes und Dislikes (was gefällt, was gefällt nicht), persönliche Ansprache und Vermittlung neuer Informationen. Um die intendierten Zielgruppen zu erreichen, hält die BZgA insbesondere für Multiplikatoren oder für Beratungsstellen Newsletter bereit, in denen über Neuerscheinungen oder Aktualisierungen informiert wird. Endadressaten erreicht die BZgA entweder über Multiplikatoren (z. B. in Gesundheitsämtern, Beratungsstellen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Schulen) oder auf direktem Weg über Anzeigen in Zeitschriften oder im Internet.

Die Wirksamkeit des Informationsangebots wird insbesondere mit bundesweiten Repräsentativerhebungen (z. B. „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ und „Alkoholsurvey“) überprüft. Damit kann evaluiert werden, mit welchen Medien welche Zielgruppen erreicht wurden und ob die Medien zum Erreichen der jeweiligen Ziele geeignet sind (Wissen, Einstellung, Verhalten).

19. Wie viele internetbasierte Informationsangebote in welchen Handlungs- und Themenfeldern hält die BZgA aktuell vor?

Inwiefern wird überprüft, ob die Internetangebote die gewünschten Zielgruppen erreichen?

Die BZgA unterhält derzeit 52 „internetbasierte Informationsangebote“, die entsprechend den Anforderungen der Zielgruppen ein breites Themen- und Anforderungsspektrum abdecken müssen. Das Angebot reicht von reinen (Adress-) Datenbanken (wie Übersichten über bundesweite Beratungseinrichtungen), über differenzierte Informationsangebote zu den Themenfeldern der BZgA mit zum Teil hochkomplexen Inhalten zur Anleitung von Verhaltensänderungen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten (wie Programme zum Rauchverzicht) oder spezifische Angebote für Fachkräfte im Gesundheitswesen (wie das Internetangebot zur Prävention von Infektionserkrankungen für die Ärzteschaft) bis hin zur Bereitstellung und Organisation von Internetplattformen, die dem kommunalen Austausch dienen, wie sie von der BZgA über die Internetangebote www.inforo-online.de oder www.gesundheitliche-chancengleichheit.de angeboten werden. Die derzeit 52 „internetbasierten Informationsangebote“ betreffen folgende Handlungs- und Themenfelder: Kindergesundheit, HIV/STI-Prävention, Sexualaufklärung und Familienplanung, Impfen/Hygiene, Suchtprävention, Organ-/Blutspende. Darüber hinaus stellt die BZgA Maßnahmen in themenübergreifenden Internetangeboten dar, wie bundesweit eingesetzte Ausstellungen, audiovisuelle Medien oder Forschungsaktivitäten.

Ob die Internetangebote die Zielgruppen erreichen, wird anhand verschiedener Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert. Bereits bei der konzeptionellen Entwicklung der Angebote werden die Zielgruppen etwa in Workshops und Fokusgruppen einbezogen. Basisinformationen liefern Datenauswertungen zum Zugriffsverhalten auf die Internetangebote. Darüber hinaus werden auch sog. Usability-Tests durchgeführt. Dabei handelt es sich um kurzzeitig platzierte Nutzerbefragungen direkt auf Internetseiten, die z. B. durch soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht etc.) Rückschlüsse darauf zulassen, welche Gruppen die Seiten nutzen. Dabei werden auch die Gründe für die Nutzung der Seite erhoben, es wird die Nutzungshäufigkeit und die Zufriedenheit mit dem Internetangebot erfragt. Diese Informationen fließen in die Weiterentwicklung und Optimierung der internetbasierten Informationsangebote der BZgA ein.

20. Wie viele Wanderausstellungen hält die BZgA zurzeit vor, und wie wurden diese in den letzten fünf Jahren eingesetzt?

Die BZgA hält derzeit fünf Ausstellungen vor, die im gesamten Bundesgebiet eingesetzt werden.

Jede Ausstellung verfolgt das Ziel, die Menschen aktiv vor Ort anzusprechen und in vielfältige themenspezifische Aktionen einzubeziehen. Als Ausstellungsorte werden deshalb zentrale Plätze in Innenstädten, Einkaufszentren oder gut erreichbare Hallen ausgewählt. Es sind mehrere örtliche Kooperationspartnerinnen und -partner in die Ausstellungen eingebunden. Deren gemeinsame Mitwirkung trägt auch zur Vernetzung der beteiligten Einrichtungen bei und führt in der Regel zu nachhaltigen Kooperationen. Die Ausstellungen werden durch eine intensive Pressearbeit begleitet. Dies führt zu einer weit über die Ausstellung hinaus reichenden Verbreitung und Wahrnehmung der Botschaften. Im Einzelnen:

1. Mobilausstellung „GROÙE FREIHEIT – liebe.lust.leben.“ (GF)

Die „GROÙE FREIHEIT“ ist eine Ausstellung der BZgA zur Prävention von HIV und STI. Sie wurde in den Jahren 2012 und 2013 entwickelt und wird seit

dem Jahr 2013 achtmal jährlich bundesweit eingesetzt. Ein Einsatz umfasst jeweils sechs Tage vor Ort.

2. „KlarSicht“-MitmachParcours zur Tabak- und Alkoholprävention (KS)

Der Parcours wurde in den Jahren 2003 und 2004 produziert und wird jährlich bundesweit zwischen 26- und 52-mal eingesetzt. Ein Einsatz umfasst jeweils vier Tage vor Ort. Es gibt eine Großausfertigung, die bundesweit tourt und eine Kofferversion, die seit dem Jahr 2013 entwickelt wurde und von der seitdem mehrere Hundert Exemplare an Bundesländer und Suchtpräventionsstellen veräußert wurden.

3. Info-Tour „Alkohol? Kenn dein Limit“

Die Info-Tour „Alkohol? Kenn dein Limit“ wird zwischen sieben- und achtmal pro Jahr bundesweit eingesetzt.

4. Info-Tour „ORGANPATE werden“

Die Info-Tour „ORGANPATE werden“ wurde bis zum Jahr 2013 zwischen zwölf- und 14-mal und im Jahr 2014 noch einmal eingesetzt.

5. „komm auf Tour – meine Stärken – meine Zukunft“ – MitmachParcours zur Familienplanung und Berufsorientierung

Der Mitmachparcours „komm auf Tour – meine Stärken – meine Zukunft“ wird zwischen 60- und 92-mal im Jahr eingesetzt. Die BZgA führt das Projekt seit dem Jahr 2006 in mehreren Bundesländern in Zusammenarbeit mit den Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit, den zuständigen Landesministerien und den beteiligten Kommunen durch.

„komm auf Tour – meine Stärken – meine Zukunft“ ist ein kommunal verorteter, interaktiver Mitmach-Parcours, der für mindestens drei Tage in eine Stadt oder einen Kreis kommt. Das Projekt verbindet die Themen Familienplanung und Berufsorientierung über einen handlungsorientierten Stärkenansatz. „komm auf Tour“ unterstützt insbesondere im Zugang zur Bildung benachteiligte Jugendliche in Klasse 7 an Haupt-, Gesamt-, Sekundar-, Förderschulen sowie vergleichbaren Schulformen bei der frühzeitigen Entdeckung eigener Interessen und Stärken und der geschlechtersensiblen Auseinandersetzung mit der Berufs- und Lebensplanung.

21. Wie hoch waren die Erstellungskosten der Wanderausstellungen, die die BZgA zurzeit vorhält?

Wie hoch sind die Kosten jeweils für die BZgA und nach Kenntnis der Bundesregierung die Partner vor Ort pro Einsatz?

Wer kommt für die Kosten auf?

1. Mobilausstellung „Große Freiheit – liebe.lust.leben.“ (GF)

Die Entwicklungs- und Produktionskosten der „Großen Freiheit“ betragen in den Jahren 2012 und 2013 insgesamt 1 317 617 Euro. Die Kosten pro Einsatz (= sechs Tage Durchführung; Auf- und Abbau; Honorar für Betreuerinnen und Betreuer; Transport, Betriebskosten) betragen rund 120 000 Euro, für die die BZgA aufkommt.

2. „KlarSicht“-MitmachParcours zur Tabak- und Alkoholprävention (KS)

Entwicklungs- und Herstellungskosten beliefen sich auf 96 000 Euro. In den Jahren 2011 bis 2014 fanden insgesamt 180 Einsätze mit Gesamtkosten in Höhe von ca. 2 560 000 Euro statt. Das entspricht durchschnittlichen Kosten von ca. 14 250 Euro pro Einsatz.

3. und 4. Info-Tour „Organpate werden“ und „Alkohol? Kenn dein Limit“

Die Herstellungskosten für die Soft- und Hardware beliefen sich in den Jahren 2010 und 2011 auf 749 012 Euro zum Thema Organspende und anteilig für Soft- und Hardware zur Alkoholproblematik auf 199 507 Euro.

- Info-Tour „Alkohol? Kenn Dein Limit“

In den Jahren 2011 bis 2014 fanden insgesamt 31 Einsätze mit Gesamtkosten in Höhe von ca. 1 360 000 Euro statt. Das entspricht durchschnittlichen Kosten von ca. 43 900 Euro pro Einsatz.

- Info-Tour „Organpate werden“

In den Jahren 2011 bis 2014 fanden insgesamt 41 Einsätze mit Gesamtkosten in Höhe von ca. 1 607 000 Euro statt. Das entspricht durchschnittlichen Kosten von ca. 39 200 Euro pro Einsatz.

Die aufgeführten Kosten zu 2. bis 4. beinhalten die Planung, Durchführung und Betreuung der Tour, Honorar für fünf Betreuer sowie die Kosten für Technik vor Ort, Transport, Auf- und Abbau, Lagerung etc. Die Partner vor Ort verpflichten sich in Vorbereitung der Ausstellungen an kommunalen Vernetzungsaktivitäten teilzunehmen. Hierdurch wird über den Einsatz der Ausstellungen hinaus die kommunale Integration langfristig unterstützt und Nachhaltigkeit erreicht. Darüber hinaus sind keine weiteren Ressourcen der Partner erforderlich.

5. „komm auf Tour – meine Stärken – meine Zukunft“ – MitmachParcours zur Familienplanung und Berufsorientierung

Die Erstellungskosten eines Parcours betragen ca. 170 000 Euro. Die Durchführung einer regionalen dreitägigen Maßnahme kostet durchschnittlich 35 000 Euro, ggf. zuzüglich Hallenmiete. Darin enthalten sind sämtliche Projektmodule (Öffentlichkeits-, Eltern- und Netzwerkarbeit, Lehrkräfteworkshop, pädagogische Durchführung mit den Jugendlichen, kommunale Einbettung bzw. Vor- und Nachbereitung des Projekts). „komm auf Tour“ wird über ein Kofinanzierungsmodell realisiert, in dem die Partner auf Bund-, Landes- und Kommunalebene gemeinsam monetäre und geldwerte Leistungen einbringen. Die BZgA stellt geldwert den Parcours und Materialien zur Verfügung. Sie übernimmt die Weiterentwicklung des Parcours und die Qualitätssicherung. Darüber hinaus bietet sie Anschubfinanzierung zur nachhaltigen Implementierung des Projekts in einem interessierten Bundesland. Bezogen auf die Landes- und Kommunalförderung sind in den Bundesländern verschiedene Modelle wirksam. Diese werden gemeinsam entlang der landespezifischen bzw. kommunalen Möglichkeiten entwickelt. In der Regel wird das Projekt in einem Kofinanzierungsmodell realisiert. Dies geschieht als Maßnahme zur vertieften Berufsorientierung der Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit in Kooperation mit einem oder auch mehreren Landesministerien. Beteiligt sind darüber hinaus die kommunalen Partner, die sich insbesondere durch geldwerte Leistungen beteiligen, wie z. B. durch die Bereitstellung von Örtlichkeiten.

22. Gibt es Informationen darüber, inwiefern die Wanderausstellungen und Kampagnen die angesprochenen Zielgruppen erreichen?

Wenn ja, inwiefern?

Wenn nein, warum nicht?

Die BZgA führt Evaluationen zu ihren Kampagnen und den Wanderausstellungen, die in der Regel Teil der Kampagnen sind, durch. Dabei wird der Frage, ob die Zielgruppen (Endadressaten, Kooperationspartner, Multiplikatoren) erreicht werden, nachgegangen. Die Ergebnisse belegen, dass die Ausstellungen die angesprochenen Zielgruppen erreichen. Ebenso zeigen die bundesweiten Repräsentativerhebungen, in welchem Umfang die Zielgruppen mit Kampagnen erreicht werden. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 31 und 35 verwiesen.

23. Inwiefern trägt die BZgA insbesondere sozial Benachteiligten, Arbeitslosen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen in ihren Konzepten, Maßnahmen und Medien Rechnung?

Die BZgA hat im Jahr 2001 den Schwerpunkt „Gesundheitliche Chancengleichheit“ initiiert. Sie hat gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern einen umfassenden Überblick über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erstellt, die sich an Menschen richtet, die aufgrund von Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit, Behinderung oder Migration in einer schwierigen sozialen Lage sein können (ca. 2 600 Projekte auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Good-Practice-Kriterien wurden konsentiert. 113 Angebote guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sind ausführlich beschrieben. Im Jahr 2003 wurde der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit aktuell 62 Partnerorganisationen (u. a. alle Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kommunen, der Wohlfahrt, die Bundesagentur für Arbeit) gestartet. In allen Ländern wurden bei den Landesvereinigungen für Gesundheit und entsprechenden Organisationen regionale Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ aufgebaut, an denen sich die Länder und die Krankenkassen regelmäßig beteiligen.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wurde der „Kommunale Partnerprozess“ von der BZgA zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde Städte Netzwerk gegründet. Kommunen werden in einem Prozess des voneinander Lernens unterstützt, integrierte kommunale Konzepte auf- und auszubauen, die insbesondere für sozial Benachteiligte eine wichtige Voraussetzung für Gesundheitsförderung bilden. Die Basis bilden auf Initiative der BZgA entwickelte Handlungsempfehlungen. Derzeit beteiligen sich ca. 70 Kommunen am kommunalen Partnerprozess. Der Austausch findet auf von der BZgA finanzierten Regionalkonferenzen statt. Die Internetplattform inforo-online.de unterstützt diesen Austausch für Fachkräfte insbesondere in kommunalen Gesundheits- und Jugendämtern. Im Rahmen des Kooperationsverbundes wurden ebenfalls Handlungsempfehlungen für Arbeitslose unter maßgeblicher Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit abgestimmt. Am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund werden Konzeptentwicklung, massenmediale und personalkommunikative Maßnahmen der BZgA beschrieben:

1. Konzeptentwicklung

Die BZgA hat ein Rahmenkonzept der Arbeit für Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt, das für alle Fachreferate gilt. Hierbei wurden die Konzeptentwicklungen und praktischen Erfahrungen aus unterschiedlichen thematischen Arbeitsbereichen der BZgA zu Grunde gelegt. Auch berücksichtigt

wurden der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Gesundheitszustand und zu den für die Gesundheitsförderung relevanten Determinanten. Aus dem Rahmenkonzept der BZgA wurden auch Handlungsempfehlungen für externe Fachkräfte generiert. In einem themenspezifischen Teilkonzept sind Empfehlungen für die Sexualaufklärung und Familienplanung der Bundeszentrale spezifiziert.

2. Massenmediale Kommunikation zur Initiierung sozialer Lernprozesse

Aufgrund epidemiologischer Grundlagen entwickelt und steuert die BZgA bundesweite Aufklärungskampagnen, mit denen öffentliche Aufmerksamkeit für ein Thema geweckt, Wissenslücken verringert und ein günstiges Klima für gesundheitsförderliches Verhalten erzeugt werden können. Diese crossmedialen Kampagnen werden meist längerfristig durchgeführt und bestehen aus einem aufeinander abgestimmten Medienmix von Printmedien, audiovisuellen und internetbasierten Einzelmedien. Ergänzt werden diese massenmedialen Elemente durch personalkommunikative Maßnahmen (Beratung, Training, Mitmachaktivitäten), was im Hinblick auf die langfristige Stabilität von Wissen, präventiven Einstellungen und Verhalten als entscheidend angesehen wird. Viele Menschen mit Migrationshintergrund werden auch über Aufklärungsmaßnahmen erreicht, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, wie die Reichweiten der massenmedialen AIDS-Aufklärung der BZgA zeigen. Die sprachliche, kulturelle und soziale Heterogenität der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten macht es dabei erforderlich, Medienangebote so zu gestalten, dass sich möglichst viele Menschen durch sie angesprochen fühlen. Deshalb achtet die BZgA bei der Entwicklung ihrer Medien auf die Einhaltung folgender Kriterien der Migrations-sensibilität:

- Einfache Sprache und soziokulturell akzeptable Bilderwelten nutzen,
- Identifikationsmöglichkeiten anbieten (Darstellende mit Migrationshintergrund),
- Botschaften auf Migrations-sensibilität prüfen (z. B. auch für Migranten verständliche Metaphern),
- Menschen mit Migrationshintergrund (ggf. auch Migrantenselbstorganisationen) bei der Erstellung einbeziehen.

Diese Grundsätze gelten nicht nur für fremdsprachliche Medien, die die Bundeszentrale in insgesamt 29 Sprachen zur Verfügung stellt. Auch bei den deutschsprachigen Angeboten achtet die BZgA darauf, die kulturelle Vielfalt in Deutschland zu berücksichtigen.

3. Personale Kommunikation zur Erreichung von Zielgruppen mit besonderem Bedarf

Trotz aller Bemühungen, massenmediale Angebote migrations-sensibel zu gestalten, kann ein Teil von Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von Zugangshürden nur eingeschränkt durch TV- und Kinospots, Anzeigen, Internet, Plakate und Broschüren erreicht werden.

Diese Menschen können am besten durch eine personale Kommunikation angesprochen werden, bei der Präventionsinhalte im persönlichen Kontakt in Beratungssituationen oder Veranstaltungen (z. B. in Schulen und Kindergärten, Jugendfreizeiteinrichtungen, Beratungsstellen, Arztpraxen, Sprachkurse und Kulturzentren) übermittelt werden. Hierzu arbeitet die Bundeszentrale mit Vertrauenspersonen mit Migrationshintergrund und mit Migrantenselbstorganisationen zusammen, die bei Planung, Durchführung und Auswertung der Maßnahmen einbezogen werden. Dies gilt auch für die Entwicklung von Medien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diese kultursensiblen Medien gehen auf

relevante kulturelle Besonderheiten ein und verwenden eine einfache, verständliche Sprache und soziokulturell akzeptable Bilderwelten. Sie sind zum Einsatz in Informations- und Beratungssituationen mit Menschen verschiedener Kulturen konzipiert, die aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren nur schwer durch Präventionsbotschaften erreicht werden.

Vernetzung und lokale Intervention

24. Wie verzahnen sich die Aktivitäten der BZgA in den unterschiedlichen Aufgabenfeldern mit der Ebene der Bundesländer und der Kommunen?

Die BZgA bietet Ländern und Kommunen Fachexpertise, Informationsmedien und Kommunikationsmaßnahmen an, die von ihnen in den jeweiligen Lebenswelten genutzt und adaptiert werden können. Beispielhaft sind die zahlreichen Broschüren und Multiplikationsmedien der BZgA, in den Gesundheitsämtern. Dazu stimmt die BZgA auf der Bundesebene mit Ländern und Kommunen Konzepte ab, die an bevölkerungsweiten Wirkungen orientiert sind. Über das Angebot eigener Maßnahmen im Rahmen der abgestimmten Bund-Länder-Kommunen-Konzepte hinaus bietet die BZgA auch die erforderliche Abstimmungsstruktur mit Bund-Länder-Gremien, Regionalkonferenzen zum Austausch für die Kommunen sowie Fachtagungen. Sie ist ständiger Gast in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden. Sie entwickelt gemeinsam mit Ländern und Kommunen Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen.

25. Wie erfolgt die Rückkopplung an die BZgA seitens der kommunalen und regionalen Kooperationspartner über die Wirksamkeit der Maßnahmen und Materialien vor Ort?

Die Rückkopplung seitens der kommunalen und regionalen Kooperationspartner über die Wirksamkeit der Maßnahmen und Materialien vor Ort erfolgt systematisch über die verschiedenen Bund-Länder-Gremien der BZgA und über den Austausch der BZgA mit den Kommunalen Spitzenverbänden. Außerdem werden Studien über die Versorgung der Kommunen und Lebenswelten mit Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt und in den genannten Gremien gemeinsam ausgewertet.

Beispielsweise wurden im Jahr 2010 über 60 ausführlich beschriebene Good-Practice-Projekte der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in den genannten Gremien und abschließend in zwei großen nationalen Konferenzen mit Praktikerinnen und Praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ausführlich diskutiert. Das Ergebnis waren Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen (BZgA 2012). Ein weiteres Beispiel stellt das Vorgehen im Rahmen der Begleitung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen NZFH dar. Um nachzuweisen, ob und wie die Maßnahmen, die durch die Bundesinitiative bundesweit in allen Ländern und Kommunen gefördert werden, zu einer Verbesserung der Situation von Familien in belastenden Lebenslagen führen, wurde eine umfassende Begleitforschung auf den Weg gebracht, in der etwa in regelmäßigen Abständen alle Jugendamtsbezirke in Deutschland unter anderem zum jeweiligen Aus- und Aufbauzustand der Frühen Hilfen vor Ort befragt werden. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Rahmen von regionalen Veranstaltungen mit Kommunen und in allen Gremien des NZFH wie die Austauschtreffen mit den Landeskoordinierenden reflektiert. In Interpretationsgruppen zu den Ergebnissen werden zudem kommunale Vertretungen beteiligt und daraus Schlüsse für die weitere Umsetzung gezogen.

26. Wie gestaltet die BZgA nach Information der Bundesregierung die Zusammenarbeit mit der GKV seit dem Jahr 2013?

Die Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit langer Zeit durch eine Ergänzung der Aufgabenfelder gekennzeichnet. Vertreter und Vertreterinnen der GKV wirken mit in Gremien der BZgA und die BZgA wirkt mit in Gremien der GKV. Hervorzuheben ist die Mitwirkung der BZgA in der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Außerdem wirken die Krankenkassen mit im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, der von der BZgA initiiert wurde. Gemeinsam wurden im Jahr 2013 insbesondere Konzepte erarbeitet, um durch Aufgabenteilung zwischen Kommunen, gesetzlichen Krankenkassen und der BZgA Zielgruppen zu erreichen, die einen besonders hohen Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf haben.

27. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den privaten Krankenversicherungen (PKV) auf welcher vertraglichen Grundlage?

Mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) besteht seit langer Zeit eine intensive Zusammenarbeit. Um Ziele und Zielgruppen der BZgA zu erreichen, hat sich im Rahmen dieser Zusammenarbeit die PKV zum Angebot von Sponsoringleistungen entschlossen. Die Annahme der Sponsoringleistungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. erfolgt auf der Grundlage schriftlicher Vereinbarungen unter Beachtung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Förderung von Tätigkeiten des Bundes durch Leistungen Privater (Sponsoring, Spenden und sonstige Schenkungen) vom 7. Juli 2003 und der hierzu vom damaligen Bundesminister des Innern, Dr. Thomas de Maizière, ergangenen Ausführungshinweise vom 31. Mai 2010.

Auf dieser Grundlage unterstützt der Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. die BZgA mit Sponsoringleistungen bei der Durchführung von Maßnahmen und Projekten im Rahmen der Präventionskampagne „Mach's mit – Gib Aids keine Chance“. Darüber hinaus unterstützt der PKV-Verband Maßnahmen und Projekte im Rahmen der Kampagne zur Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ und Maßnahmen und Projekte zum Themenbereich „Älter werden in Balance“.

28. Welche Mitwirkungsrechte haben die PKV bei der Ausgestaltung von Maßnahmen der von ihr finanzierten Handlungsfelder in der Suchtprävention und beim Projekt „Altern in Balance“ sowie weiteren Maßnahmen in den Lebenswelten?

In den Sponsoringvereinbarungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. ist unter Beachtung der Vorgaben der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Förderung von Tätigkeiten des Bundes durch Leistungen Privater (Sponsoring, Spenden und sonstige Schenkungen) vom 7. Juli 2003 und der hierzu vom Bundesminister des Innern, Dr. Thomas de Maizière, ergangenen Ausführungshinweise vom 31. Mai 2010 geregelt, dass die BZgA die Maßnahmen und Projekte inhaltlich selbständig auf der Grundlage des verfügbaren wissenschaftlichen Wissens zur Prävention in den einzelnen Handlungsfeldern realisiert. Vonseiten des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e. V. erfolgt keinerlei Einschränkung oder Beeinflussung von Aussagen oder Teilzielgruppen; eine Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen an der Konzeption, der Durchführung und der Evaluation der im Rahmen des Sponsoring durch die BZgA durchgeführten Projekte und Maßnahmen findet nicht statt.

Evaluation und Qualitätssicherung

29. Warum wurden seit dem Jahr 2003 keine Jahresberichte mehr über die Gesamtaktivitäten der BZgA veröffentlicht?

Jahresberichte wurden bis zum Jahr 2006 erstellt. Die Nachfrage nach den Jahresberichten war gering. Damit waren die Entwicklungs- und Produktionskosten unverhältnismäßig hoch. Nach dem Jahr 2006 wurde deshalb die Herausgabe der Jahresberichte eingestellt.

30. Inwieweit teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass vor dem Hintergrund nicht veröffentlichter Jahresberichte die BZgA ihre Verpflichtung zu einer transparenten Darstellung ihrer Gesamtaktivitäten und Mittelvergabe nicht erfüllt?

Das BMG übt umfassende Aufsicht über die rechtmäßige und zweckmäßige Aufgabenwahrnehmung der BZgA aus. Sämtliche Planungen sind intensiv mit dem BMG im Rahmen der Ausübung der Fachaufsicht und insbesondere über die Erstellung der Jahresarbeitsprogramme abgestimmt. Die Verwendung der Haushaltsmittel ist jeweils projektbezogen und auf der Grundlage des Jahresarbeitsprogramms transparent dokumentiert. Die Aktivitäten der BZgA werden auf ihrer Internetseite abgebildet.

31. Wann erfolgte die letzte repräsentative Bevölkerungsbefragung zwecks Monitorings von Erreichbarkeits- und Wirkungsindikatoren der Maßnahmen und Kampagnen, und was waren die Ergebnisse?

Erreichbarkeits- und Wirkungsindikatoren dienen der Steuerung und Evaluation von Wirkungen und werden für jede Kampagne der BZgA separat erhoben. Dargestellt werden deshalb die Ergebnisse der jeweils zuletzt durchgeführten Befragungen.

Alkohol

Die letzte Repräsentativerhebung zum Alkoholkonsum zwölf- bis 25-jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland wurde im Jahr 2014 durchgeführt und befindet sich derzeit in der Auswertung. Basis der folgenden Ergebnisse ist der Alkoholsurvey 2012 (www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/).

Das Thema Gesundheitsgefahren durch Alkoholkonsum spielt in der gemeinsamen Kommunikation Jugendlicher und junger Erwachsene eine wesentliche Rolle. Knapp 40 Prozent geben an, dass sie zumindest gelegentlich mit guten Freundinnen und Freunden darüber sprechen. Mit steigendem Alter berichten immer mehr Jugendliche von Alkoholkonsum bei ihren Freunden und Bekannten. Außerdem sind sie mit steigendem Alter zunehmend der Ansicht, dass der eigene Alkoholkonsum auf Zustimmung in der Peer Group stößt.

70 Prozent der zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen haben bereits einmal Alkohol getrunken (69,3 Prozent). Regelmäßig – also mindestens einmal in der Woche – trinken 13,6 Prozent dieser Altersgruppe. Bei etwa jedem sechsten Jugendlichen (17,4 Prozent) gibt es in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einen Tag mit Rauschtrinken, also dem Konsum großer Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit. Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 95,7 Prozent schon einmal im Leben Alkohol getrunken, 40 Prozent (38,4 Prozent) trinken regelmäßig Alkohol und 44,1 Prozent haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Rauschtrinken praktiziert.

Männliche und weibliche Jugendliche im Alter von zwölf bis 15 Jahren unterscheiden sich im Alkoholkonsum noch nicht. Ab dem Alter von 16 bis 17 Jahren gibt es Geschlechtsunterschiede, die sich ins Erwachsenenalter fortsetzen. Männliche 16- und 17-Jährige und junge Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren trinken häufiger, mehr und praktizieren eher Rauschtrinken als die weiblichen Befragten dieser Altersgruppen. In der Gruppe mit türkischem und asiatischem Migrationshintergrund ist die Alkoholerfahrung am geringsten und die Abstinenz am höchsten. Im Alkoholkonsum zeigen sich keine sozialen Unterschiede bezogen auf Schulform, Ausbildung, Studium, Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit.

Über 90 Prozent zwölf 12- bis 25-Jährigen werden durch Informationsangebote zu den Gefahren durch Alkoholkonsum erreicht. Es ist gelungen, die Bekanntheit des Kampagnen-Slogans „Alkohol? Kenn dein Limit.“ von 60 (2010) auf nun 80 Prozent (2012) zu erhöhen. Nahezu alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen (98,3 Prozent) finden es gut oder sehr gut, dass die BZgA zum Thema Alkohol aufklärt.

HIV/AIDS/STI

Die letzte repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Monitoring der HIV/AIDS/STI-Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ erfolgte im vierten Quartal des Jahres 2014. Die Daten werden aktuell ausgewertet. Die Ergebnisberichte der Vorjahre sind auf der Homepage der BZgA zugänglich unter www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/aidspraevention/.

Die Reichweitenanalysen belegen, dass die verschiedenen Bevölkerungsgruppen (u. a. Jugendliche, Erwachsene, nicht monogam lebende Erwachsene, MSM) durch die unterschiedlichen Medienformate erreicht werden. Die Kondomnutzungsraten unter Jugendlichen, Erwachsenen allgemein sowie der relevanten Zielgruppe der nicht monogam lebenden Erwachsenen sind in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Beispielsweise hat sich die regelmäßige Kondomnutzungsrate in letztgenannter Gruppe von 23 Prozent im Jahr 1988 auf fast 75 Prozent im Jahr 2013 erhöht.

Organ- und Gewebespende

Die zuletzt veröffentlichte Befragung zum Thema Organ- und Gewebespende fand im Jahr 2013 statt. Die Umfrage hatte zum Ziel, den Wissensstand der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende, die aktive und passive Akzeptanz der Organ- und Gewebespende sowie die Indikatoren, die die Organ- und Gewebespendebereitschaft beeinflussen, zu erheben.

Befragt wurde die über 14- bis 75-jährige Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland anhand einer repräsentativen Stichprobe von 4 003 Personen. Die zentralen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Hälfte der Befragten ist nur mäßig oder sogar schlecht über das Thema Organ- und Gewebespende informiert. Mit einem hohen Grad an Informiertheit geht jedoch nicht nur eine höhere Bereitschaft, die persönliche Entscheidung in einem Organspendeausweis zu dokumentieren, einher, sondern auch eine höhere Spendebereitschaft.

Gut bis sehr gut informierte Personen teilen ihre persönliche Entscheidung zudem häufiger ihren Angehörigen mit.

Das Ergebnis der Umfrage macht deutlich, dass die Dokumentation einer Zustimmung zur Organ- und Gewebespende eine positive Einstellung gegenüber der Thematik voraussetzt.

Aufgrund der in den letzten Jahren bekanntgewordenen Unregelmäßigkeiten bei der Organvergabe wurde über das Transplantationswesen in den Medien kritisch berichtet. Trotz des dadurch zu erwartenden Vertrauensverlustes zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass die meisten Befragten der Organ- und Gewebespende grundsätzlich positiv gegenüberstehen.

Der Rückgang der Zahl der Organspenden im vergangenen Jahr zeigt jedoch, dass eine breit angelegte Aufklärungsarbeit über die Organ- und Gewebespende beibehalten und intensiviert werden muss. Dabei müssen vor allem die Gründe, die für den Besitz eines Organspendeausweises und für die Mitteilung der Entscheidung an Angehörige sprechen, verdeutlicht werden. Gleiches gilt für die ergriffenen Reformmaßnahmen, damit das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das Organspendesystem wieder gestärkt wird.

Der ausführliche Bericht zur Studie steht zur Verfügung unter: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/organ-und-gewebespende/.

Hygiene- und Infektionsschutz

Die letzte Befragung zum Thema „Hygiene und Infektionsschutz“ fand im Jahr 2014 statt. Die Daten werden aktuell ausgewertet. Die hier beschriebenen Ergebnisse basieren auf der Studie aus dem Jahr 2012.

Die Studie hat zum Ziel, das Wissen, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung im Zusammenhang mit den Themen Impfen und Hygiene zu untersuchen. Darüber hinaus ermöglicht sie die Evaluierung und Weiterentwicklung bestehender und künftiger Maßnahmen zur Steigerung der Durchimpfungsrate und zur Verbesserung des Hygieneverhaltens.

Befragt wurde die über 16- bis 85-jährige Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland anhand einer repräsentativen Stichprobe von 4 483 Personen. Die zentralen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Knapp zwei Drittel der Befragten (61 Prozent) können als Impfbefürworter bezeichnet werden. Etwa ein Drittel (31 Prozent) hat zumindest teilweise Vorbehalte gegenüber dem Impfen. 8 Prozent stehen dem Impfen eher ablehnend gegenüber.

Eine ablehnende Haltung findet sich überdurchschnittlich häufig unter den Westdeutschen (8 Prozent im Vergleich zu 4 Prozent bei den Ostdeutschen). Analog äußert ein Drittel aller Westdeutschen mindestens teilweise Vorbehalte, bei den Ostdeutschen sind es nur 20 Prozent.

(Eher) befürwortend sind hingegen Personen eingestellt, in deren Haushalt ein Kind unter 16 Jahren wohnt (66 Prozent), Schwangere (77 Prozent), medizinisches Personal (72 Prozent) und Befragte ohne Migrationshintergrund (63 Prozent).

Schutzimpfungen für Erwachsene werden von einem großen Teil der Bevölkerung als wichtig eingestuft. Insbesondere gilt dies für die Impfungen gegen Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis B und Diphtherie. Personen mit Kindern im Haushalt, Menschen, die eine generell befürwortende Einstellung zum Impfen haben, und Ostdeutsche bewerten Schutzimpfungen durchgängig häufiger als wichtig.

Die häufigsten Impfungen, die Befragte nach eigenen Angaben in den vergangenen Jahren durchführen ließen, waren die Impfungen gegen Tetanus (80 Prozent), saisonale Grippe (49 Prozent), Hepatitis B (39 Prozent), Diphtherie (24 Prozent) und Kinderlähmung (20 Prozent).

Die subjektive Einschätzung des eigenen Informationsstands zum Thema Impfen ist gespalten: 48 Prozent stufen sich als sehr gut oder gut informiert ein, 42 Prozent fühlen sich weniger gut oder schlecht informiert. Jeder Vierte hätte

gerne weitere Informationen zu verschiedenen Aspekten (Dauer der Schutzwirkung, Nebenwirkungen etc.) zum Impfen.

Hygienemaßnahmen: Regelmäßige und richtige Handhygiene ist nicht für alle selbstverständlich. Insbesondere halten sich nur relativ wenige an die empfohlene Dauer für das Händewaschen von mindestens 20 Sekunden. Besonders Männer waschen sich kürzer und seltener die Hände.

Die Bereitschaft, bei künftigen Erkrankungswellen auf Begrüßungsformen mit Berührung zu verzichten oder zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist, trotz weitgehender Einschätzung dieser Schutzmaßnahmen als wirkungsvoll, eher gering. Nur ca. jede bzw. jeder Vierte wäre dazu auf jeden Fall bereit. Die Empfehlungen zur häuslichen Hygiene bei Erkrankung eines Haushaltsmitglieds werden nur zum Teil umgesetzt.

Wenig verbreitet ist bisher das Wissen über die Unwirksamkeit von Antibiotika gegen virale Infektionskrankheiten: Über die Hälfte der Befragten (55 Prozent) weiß nicht, dass Antibiotika nur gegen Bakterien wirksam sind.

Der ausführliche Bericht zur Studie steht unter: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/impfen-und-hygiene/ zur Verfügung.

Glücksspiel

Die letzte repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Monitoring des Glücksspiels in Deutschland erfolgte von April bis Juni im Jahr 2013. Die Ergebnisse wurden Anfang 2014 publiziert (www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel/). Der Survey ist nach den Befragungen in den Jahren 2007, 2009 und 2011 die vierte repräsentative telefonische Befragung (CATI) der BZgA zum Glücksspiel in Deutschland und umfasste 11 500 Personen im Alter von 16 bis 65 Jahren.

Bei den meisten erfragten Glücksspielen (22 verschiedene, Bezugszeitraum: letzte zwölf Monate) ergab sich ein deutlicher Teilnehmerückgang gegenüber der Befragung im Jahr 2011. Entsprechend sank die Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel um absolut 10,5 Prozentpunkte auf 40,2 Prozent.

Gegen diesen Trend nimmt einzig das Spielen an Geldspielautomaten zu: Im Jahr 2007 betrug die Teilnahmequote 2,2 Prozent, im Jahr 2009 2,7 Prozent und im Jahr 2011 2,9 Prozent, um dann im Jahr 2013 weiter anzusteigen auf 3,7 Prozent. Besonders ausgeprägt sind diese Zahlen bei 18- bis 20-jährigen Männern: 2007: 5,8 Prozent, 2009: 15,3 Prozent, 2011: 19,5 Prozent, 2013: 23,5 Prozent.

Der oft postulierte Trend einer Zunahme des Online-Glücksspiels lässt sich mit den Daten nicht bestätigen. Die Quoten sind hier sogar leicht rückläufig (2007: 4,4 Prozent, 2013: 3,2 Prozent).

Wie auch in den vorangegangenen Befragungen geben männliche Befragte in allen Altersgruppen deutlich häufiger eine Glücksspielteilnahme, eine höhere Anzahl der Glücksspiele, höhere Spielhäufigkeiten und höhere Geldeinsätze an als weibliche Befragte.

Bezüglich des Glücksspiels 16- und 17-jähriger Jugendlicher bzw. der Einhaltung des Jugendschutzes lässt sich feststellen, dass die Teilnahme an gewerblichen Glücksspielen von 24,1 Prozent (2011) auf 15,8 Prozent (2013) zurückgegangen ist. Im Vergleich zu anderen Spielorten (Internet, Wettbüro) findet sich insbesondere ein Rückgang der Spielteilnahme Jugendlicher in Lotto-Annahmestellen (2011: 10,0 Prozent, 2013: 5,6 Prozent).

Im Rahmen des Surveys erfolgt auch ein Screening auf problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten. Ersteres ergibt sich zu 0,68 Prozent (männlich: 1,16 Prozent, weiblich: 0,19 Prozent), letzteres zu 0,82 Prozent (männliche Befragte: 1,31 Prozent, weibliche: 0,31 Prozent). Im Vergleich zum Survey aus

dem Jahr 2011 bedeutet dies keine statistisch signifikante Veränderung: Ein mindestens problematisches Glücksspiel ist am häufigsten bei 18- bis 20-jährigen Männern zu beobachten (9,2 Prozent) und in Zusammenhang mit Spielen an Geldspielautomaten (28,6 Prozent), dicht gefolgt von Sportwetten. Bei den Lotterien liegt der Anteil mindestens problematisch Spielender dagegen im niedrigen einstelligen Bereich (z. B. Lotto „6 aus 49“: 2,9 Prozent). Unter den 16- und 17-jährigen Jugendlichen bleibt die Quote glücksspielassoziierter Probleme sehr gering (0,13 Prozent).

Als Risikofaktoren für Problemspielverhalten ergeben sich in erster Linie männliches Geschlecht, junges Erwachsenenalter, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund.

Die Wahrnehmung von Glücksspielrisiken in der Bevölkerung hat in der Befragung 2013 weiter zugenommen. Die Reichweite verschiedener Medien mit Informationsangeboten zu Gefahren des Glücksspiels liegt insgesamt nun bei knapp 75 Prozent. Auch die Bekanntheit von Hilfeeinrichtungen zum Thema Glücksspielsucht ist weiter angestiegen (Kennen einer Beratungsstelle ca. 25 Prozent, Kennen eines Beratungstelefon ca. 11 Prozent). Knapp 68 Prozent der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung schätzen sich als gut oder sehr gut informiert über die Risiken des Glücksspiels ein.

Ebenfalls weiterhin bestätigt werden konnte eine hohe Zustimmung in der Bevölkerung zu gesetzlichen Regelungen des Glücksspiels (Spielverbot für Jugendliche, staatliche Kontrolle des Glücksspiels). Hier ergeben sich Quoten um und über 90 Prozent. Ein Verbot des Glücksspiels im Internet befürworteten immerhin 59 Prozent.

32. Welche Funktion hat der wissenschaftliche Beirat der BZgA?

Der Wissenschaftliche Beirat unterstützt die Arbeit der BZgA durch Beratung zu den wissenschaftlichen Grundlagen und zur Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Aufklärung. Im Besonderen berät der Wissenschaftliche Beirat die BZgA bei der Bewertung wissenschaftlicher Daten, bei der Entwicklung von Strategien und Konzepten und bei der Sicherung von Effektivität und Effizienz.

a) Wie ist die Geschäftsordnung für diesen ausgestaltet?

Die Geschäftsordnung des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA enthält Regelungen insbesondere zu dessen Arbeitsweise und zum Beschlussverfahren des Beirats. Sie ist auf der Internetseite der BZgA abrufbar unter www.bzga.de/die-bzga/aufgaben-und-ziele/gremien-der-bzga/.

b) Welche Empfehlungen hat der Beirat in den vergangenen zehn Jahren ausgesprochen, und wie hat die BZgA nach Kenntnis der Bundesregierung darauf reagiert?

Der Wissenschaftliche Beirat hat in den vergangenen zehn Jahren vor allem zur strategischen Ausrichtung der BZgA und ihrer perspektivischen Entwicklung Empfehlungen abgegeben, die im Lichte der Entwürfe für ein Präventionsgesetz von der jeweiligen Bundesregierung gewürdigt wurden.

33. Wie wird gewährleistet, dass eine unabhängige und auf die unterschiedlichen Geschäftsfelder verteilte Beratung durch den wissenschaftlichen Beirat stattfindet?

Welche Beiratsmitglieder haben in den letzten zehn Jahren gleichzeitig Projekte für die BZgA in welchem finanziellen Umfang durchgeführt?

Die Beratung richtet sich nach dem Beratungsbedarf, der entweder von den Fachabteilungen und -referaten oder durch die Leitung der BZgA direkt an den Wissenschaftlichen Beirat herangetragen wird. Fachabteilungen tragen zum zu beratenden Thema vor. Durch die interdisziplinäre, multiperspektivische fachliche Beratung werden die verschiedenen Aspekte und Positionen sichtbar, d. h. es gibt keine Einzelmeinung, die das Beratungsergebnis bestimmt.

Der Wissenschaftliche Beirat setzt sich zusammen aus Personen mit hoher wissenschaftlicher Reputation. Er ist inhaltlich und methodisch breit aufgestellt und verfügt damit über das Knowhow, das die BZgA für die Beratung mit Bezug auf ihre verschiedenen Handlungsfelder benötigt.

Die folgenden Beiratsmitglieder bzw. die von ihnen geleiteten Institutionen haben in den vergangenen zehn Jahren während ihrer Beiratstätigkeit Projekte für die BZgA durchgeführt:

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA	Finanzieller Umfang des Projekts
Universität Zürich, Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung; Leiter Herr Prof. Dr. Heinz Bonfadelli	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt: Expertise für „Alkohol? Kenn dein Limit.“ 2013: 7 000,00 Euro
Herr Prof. Dr. Gerd Glaeske Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung an der Universität Bremen	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt: Workshop Medikamente ● Projekt: Modul Medikamente für Internetportale ● Projekt: Contenterstellung 2011–2013: 50 078,00 Euro
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Leiter Herr Prof. Dr. Uwe Koch-Gromus	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekte: Anwendung von QIP (2005-2008): <ul style="list-style-type: none"> – Pilotstudie Kitas – Bundesweite Bestandsaufnahme Gesundheitsförderung in Kitas (BeGKi) ● Projekt: BeGKi-Monitoring (Gesundheitsförderung in Kitas) (2010–2011) ● Projekt: Versorgungsstudie Adipositas ● Projekt: Qualitätssicherung in der Beratung und Behandlung von Essstörungen 2005–2011: 552 532,14 Euro
Universität Bielefeld, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Leiterin Frau Prof. Dr. Petra Kolip	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt: Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung in Settings (Projektzeitraum 2010–2011) 2010–2011: 91 621,27 Euro

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA	Finanzieller Umfang des Projekts
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health, Leiter Herr Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt: Zeitstabilität in der Risikominde- rung „Schwule Männer und AIDS“ ● Projekt: „Schwule Männer und AIDS“-Wie- derholungsbefragung (12 2009) ● Projekt: „Männer, die Sex mit Männern haben und in einer Beziehung mit einer Frau leben“ (2011–2012) <p>2007–2012: 415 184,92 Euro</p>
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Stiftungslehrstuhl: Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Leiterin Frau Prof. Dr. Ulla Walter	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt: Förderung der informierten Ent- scheidung zur Krebsfrüherkennung im Vor- feld der Teilnahme an den Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung – Aufbau von Inter- netmodulen zur evidenzbasierten Informa- tion über Krebsfrüherkennung ● Projekt: Förderung der informierten Ent- scheidung zur Krebsfrüherkennung ● Projekt: 2 Studien psychische Gesundheit äl- terer Menschen ● Projekt: Expertise zur Datenlage der Wirk- samkeit von Maßnahmen mit dem Schwer- punkt Ernährung, Bewegung und Stres- sregulation ● Projekt: Transferprojekt QS in Lebenswelten <p>2008–2015: 728 799,62 Euro</p>

Quelle: BZgA

34. Wie können durch das Qualitätssicherungsmodell der BZgA auch Langzeitentwicklungen in die Qualitätssicherung einfließen?

Wichtige Bestandteile des Qualitätssicherungsmodells der BZgA sind die Evaluation einzelner Kommunikationsangebote sowie regelmäßig wiederholte repräsentative Querschnittsbefragungen der Bevölkerung. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 31 und 35 verwiesen.

Bei der Evaluation einzelner Kommunikationsangebote kann durch den Einsatz neuer Verfahren auf langfristige Entwicklungen wie der zunehmenden Bedeutung des Internets reagiert werden. Um langfristig den Kommunikationserfolg ihrer Internetseiten zu sichern, untersucht die BZgA die Potentiale und Praktikabilität verschiedener Methoden, wie das Eye-Tracking-Verfahren. Ziel dieser Forschung ist, Standardverfahren zur Evaluation von Internetseiten zu etablieren und damit die Internetangebote an die Rezeptionsmerkmale der Nutzer anpassen zu können.

Der Einsatz von Social Media ist eine weitere Möglichkeit internetbasierter Gesundheitskommunikation. In einem Pilotprojekt hat die BZgA untersucht, wie Kommunikation über Social Media wirksam und zielgenau gestaltet werden kann. Das Projekt markiert den Anfangspunkt eines systematischen Entwicklungsprozesses für Qualitätssicherung und -entwicklung und hat wesentlich zur Verbesserung der Anwendungssicherheit und Beurteilung der Eignung dieser Medien in der Praxis beigetragen.

Mit den Repräsentativbefragungen werden einerseits Langzeitbeobachtungen entscheidender Gesundheitsparameter wie dem Nikotinkonsum seit Jahrzehnten fortgesetzt. Andererseits werden immer wieder neue Themen und Entwicklungen aufgegriffen und so Datengrundlagen für die Planung und Steuerung von Prävention bei neuen gesundheitlichen Herausforderungen geschaffen. So wurden in den Studien zum Substanzgebrauch junger Menschen (Drogenaffinitätsstudie, Alkoholsurvey) zuletzt Fragen zur exzessiven Computerspiel- und Internetnutzung, zur E-Zigarette, zur E-Shisha, zu Crystal Meth und den neuen psychoaktiven Substanzen aufgenommen.

35. Welche Kampagnen wurden bislang evaluiert?

Wie sehen die Evaluationskonzepte aus?

Welche Rückschlüsse ließen sich aus der Qualitätssicherung für die wichtigsten Kampagnen ziehen?

Die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ wird seit dem Jahr 1987 durch die regelmäßig durchgeführten Repräsentativbefragungen evaluiert. Auf die Antwort zu Frage 31 wird verwiesen.

In den letzten Jahren wurden die Kampagnen „Alkohol? Kenn Dein Limit.“, die „rauchfrei“-Jugendkampagne sowie die Kampagnen zum Impfen und der Organspende evaluiert.

Der gesamte Prozess der Planung, Konzeptualisierung, Umsetzung und Evaluation von Kampagnen orientiert sich in der BZgA am Modell des Public Health Action Cycle. Ausgehend von einer Situationsanalyse wird ein Interventionskonzept erstellt. Die Intervention wird implementiert und evaluiert. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse erfolgt erneut eine Situationsanalyse und gegebenenfalls die Anpassung des Interventionskonzeptes. Dieser Zyklus dient der fortwährenden Qualitätssicherung und -entwicklung der Interventionen.

In diesem Prozess sind die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen, die Konzept- und Prozessevaluation und die Untersuchung der Wirksamkeit von Kampagnen zentral. Die wissenschaftlichen Grundlagen umfassen z. B. Theorien und Erklärungsmodelle der Entstehung von Gesundheitsrisiken oder Erkenntnisse über geeignete Strategien für das Erreichen eines bestimmten gesundheitlichen Ziels. Sie fließen in die Konzeptualisierung und konkrete Aus- und Umgestaltung einer geplanten oder bestehenden Kampagne ein. Einzelne Bausteine einer Kampagne werden mit geeigneten Verfahren überprüft. Zum Beispiel werden vor Beginn einer Intervention Pretests durchgeführt, mit denen ihre möglichen Wirkungen empirisch getestet werden (bspw., ob Inhalte einzelner Medien in der gewünschten Weise wahrgenommen werden). Hierzu hat die BZgA standardisierte Verfahren entwickelt.

Zur Bewertung einer gesamten Kampagne, die immer eine Kombination verschiedener Maßnahmen ist, führt die BZgA in regelmäßigen Abständen wiederholte Repräsentativerhebungen zu Maßnahmenreichweiten, Einstellungen, Wissen und Verhalten durch. Diese ermöglichen Aussagen zu Veränderungen und dienen der Planung und Steuerung für neu zu entwickelnde und laufende Interventionen. Im Bereich Suchtprävention ist das langjährige Monitoring durch die Drogenaffinitätsstudien und seit dem Jahr 2010 zusätzlich durch die Alkoholsurveys (Befragung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von zwölf bis 25 Jahren) zu nennen. Im Bereich der HIV/STI-Prävention wird seit dem Jahr 1987 die Studie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“ durchgeführt (Befragung der Bevölkerung ab 16 Jahren).

Welche Rückschlüsse aus diesem Qualitätssicherungsprozess für Kampagnen gezogen werden können, zeigen Beispiele aus der Sucht- und die HIV/STI-Prävention:

In die Steuerung der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ fließen wissenschaftliche Befunde zum Mediennutzungsverhalten junger Menschen ein. Weil junge Menschen sich zunehmend online informieren (externe Daten), wurde die Betreuung der Online-Angebote intensiviert. Weil junge Menschen vermehrt mobile Geräte nutzen, wurden die Online-Angebote der Kampagne für mobile Nutzung optimiert. In Fokusgruppen wurden Wissensinhalte zum Thema Alkohol, die aus Sicht der Zielgruppe wichtig sind, herausgearbeitet. Sie fließen inhaltlich in die Informationsangebote der Kampagne ein. Die Pretests, denen die Anzeigen und Plakate vor ihrer Verbreitung unterzogen wurden, führten zu dem Schluss, dass sie geeignet sind, die Zielgruppe zu erreichen und die Botschaft zu vermitteln, und dass sie ohne weitere Überarbeitung zum Einsatz kommen können. Mit ihren Repräsentativerhebungen überprüft die BZgA die Reichweiten ihrer Online-Angebote, Anzeigen, Plakate und anderer Medien.

Die im Kampagnenverlauf im Abstand von ein bis zwei Jahren durchgeführten Drogenaffinitätsstudien und Alkoholsurveys kamen zu dem Befund, dass der Alkoholkonsum vor allem bei Jugendlichen, jedoch nicht bei jungen Erwachsenen rückläufig ist. Als Konsequenz wurde die Kampagne optisch so umgestaltet, dass sie den älteren Teil der Zielgruppe besser anspricht.

Ein weiteres Beispiel, wie Ergebnisse von Repräsentativbefragungen zur Kampagnensteuerung beitragen, ist die „rauchfrei“-Jugendkampagne. Die Ergebnisse der BZgA-Studie haben gezeigt, dass in den ersten Jahren der Kampagne die Verbreitung des Rauchens besonders deutlich bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten zurückgegangen ist. In Folge dieser Ergebnisse wurden personalkommunikative Maßnahmen, die die BZgA für den Einsatz in Schulen entwickelt hat, verstärkt in Haupt- und Realschulen angeboten.

36. Welche gesundheitlichen Effekte bei den Zielgruppen lassen sich für die wichtigsten Kampagnen in den letzten fünf Jahren belegen?

Im Bereich Nichtrauchen sind in den vergangenen Jahren Erfolge erzielt worden. Nach der Repräsentativerhebung, die die BZgA im Jahr 2012 durchgeführt hat, rauchen 12 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Damit hat sich die Verbreitung des Rauchens seit dem Jahr 2001 (27,5 Prozent) mehr als halbiert. Über den Zeitraum der Jahre 2001 bis 2012 ist gleichzeitig der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, stetig angestiegen. Im Jahr 2001 hatten 40,5 Prozent und im Jahr 2012 71,5 Prozent der zwölf- bis 17-Jährigen noch nie geraucht. Auch bei 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen zeigt sich eine positive Entwicklung. Bei ihnen ist die Verbreitung des Rauchens von 44,5 Prozent (2001) auf 35,2 Prozent (2012) zurückgegangen und der Anteil derjenigen, die noch nie geraucht haben, von 23,1 Prozent (2001) auf 32,4 Prozent (2012) angestiegen. Diese Veränderungen werden als Erfolg des Policy-Mix angesehen, der seit der ersten Hälfte der 2000er-Jahre in Deutschland verstärkt umgesetzt wurde. Der Policy-Mix kombiniert verhältnispräventive und verhaltenspräventive Maßnahmen. Die „rauchfrei“-Jugendkampagne der BZgA leistete dazu einen wichtigen Beitrag. Im Jahr 2008 hatten 94,8 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen Kontakt zu mindestens einem Kampagnenmedium zum Nichtrauchen, im Jahr 2011 waren es noch 90,4 Prozent.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums kommen die Studien der BZgA bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Teilgruppen zu positiven Ergebnissen. Immer mehr zwölf- bis 17-Jährige verzichten vollständig auf Alkohol. Im Jahr 2012 geben 30,7 Prozent an, noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben. Elf

Jahre zuvor (2001) Jahren waren es lediglich 13 Prozent. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass sich noch immer 17,4 Prozent der Jugendlichen im Alter von zwölf bis 17 Jahren und 44,1 Prozent der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen mindestens einmal im Monat in einen Rausch trinken. Bei den jungen Erwachsenen ist im Vergleich zu den Vorjahren keine Trendwende im Alkoholkonsum sichtbar.

Wichtige Voraussetzungen für den Schutz in Situationen mit Infektionsrisiko haben sich im Verlauf der HIV/AIDS-Aufklärung deutlich verbessert. So haben z. B. inzwischen mehr als 90 Prozent der Frauen und Männer zwischen 16 und 65 Jahren Erfahrungen mit Kondomen. Emotionale Vorbehalte gegenüber Kondomen gingen kontinuierlich zurück, und auch die Sicherheit im Umgang mit Kondomen entwickelte sich insbesondere bei den Frauen beträchtlich.

Seit Kampagnenbeginn hat sich die regelmäßige Kondomverwendung – besonders auch in der nachwachsenden Generation, die z. B. in Phasen der Partnersuche potenziell häufigere Partnerwechsel hat –, sehr verbreitet. Auch in den letzten Jahren ist die regelmäßige Kondomverwendung (immer oder häufig) bei den 16- bis 20-jährigen sexuell Aktiven weiter angestiegen. Allein im Zeitraum der Jahre 2007 bis 2013 ist der Anteil derer, die immer oder häufig Kondome benutzen, von 66 Prozent weiter auf 76 Prozent gestiegen.

Rolle der BZgA nach dem Entwurf des Präventionsgesetzes

37. Wie bereitet die BZgA nach Kenntnis der Bundesregierung die Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zur Vermittlung von Kooperationspartnern in den Kommunen und zur Qualitätssicherung der Leistungen, die im Rahmen des geplanten PräVG beauftragt werden sollen, vor?

Ob und welche etwaigen künftigen Aufgaben sich aus dem PräVG für die BZgA ergeben, bleibt den abschließenden Beratungen des sich in den parlamentarischen Beratungen befindlichen Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Bundestagsdrucksache 18/4282) vorbehalten. Konkrete Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben können erst dann aufgenommen werden.

38. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorwurf seitens des Bundesrats (Bundesratsdrucksache 16/40), dass es durch eine direkte Intervention in den Lebenswelten durch die BZgA zu Parallelstrukturen in den Ländern kommen kann?

Wie in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (Bundestagsdrucksache 18/4282) dargelegt, ist sich die Bundesregierung mit dem Bundesrat darin einig, dass die BZgA die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und bei der Qualitäts- und Ergebnissicherung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten unterstützen soll. Zudem sieht der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vor, dass dem Auftrag die in den Landesrahmenvereinbarungen getroffenen Festlegungen zugrunde gelegt werden sollen. Zu „Parallelstrukturen“ in den Ländern kann es dadurch nicht kommen.

39. Was hat die Prüfung des Vorschlags des Bundesrates zur Eingrenzung der Beauftragung der BZgA ergeben?

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention befindet sich im laufenden Gesetzgebungsverfahren. Die Prüfung der Vor-

schläge des Bundesrats, die von der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (Bundestagsdrucksache 18/4282) in Aussicht gestellt wurde, ist noch nicht abgeschlossen.

40. Wie will die Bundesregierung nach dem Entwurf des PräVG die Verantwortung der Kommunen konkret stärken?

Die Kommunen haben für den Erfolg der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland eine besondere Bedeutung, denn über die Lebenswelt Kommune können potentiell alle Bürgerinnen und Bürger erreicht werden – unabhängig vom Alter, Beschäftigung und sozialen Status. Aus diesem Grund soll die lebensweltliche Prävention durch das PräVG deutlich gestärkt werden. Die Kompetenz für gesetzliche Regelungen, die den Gemeinden unmittelbar Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention übertragen, liegt jedoch grundsätzlich bei den Ländern (Artikel 70 Absatz 1 des Grundgesetzes – GG). Dem Bund ist es hingegen vor dem Hintergrund des Artikels 84 Absatz 1 Satz 7 GG verwehrt, den Kommunen direkt Aufgaben zu übertragen.

Der Entwurf des PräVG stützt sich in seinen wesentlichen Teilen auf die Befugnis des Bundes zur konkurrierenden Gesetzgebung auf dem Gebiet der Sozialversicherung nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des GG. Durch die vorgesehene Festlegung eines Mindestwertes der Ausgaben der Krankenkassen und der Pflegekassen für Leistungen in betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten in Höhe von 4,30 Euro jährlich je Versicherten sollen deutlich mehr Kommunen und die sie tragenden Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen von Unterstützungsleistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen profitieren können. Damit bei der Leistungserbringung der Sozialversicherungsträger die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt werden, sollen bei der Vereinbarung von Landesrahmenvereinbarungen die regionalen Erfordernisse ausdrücklich einbezogen werden. Durch die vorgesehene Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene in der Nationalen Präventionskonferenz und auf Landesebene an der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen ist sichergestellt, dass die Erfahrung, die Kompetenz und die Belange der Kommunen in die nationale Präventionsstrategie und in das konkrete Leistungsgeschehen vor Ort einfließen.

41. Warum hat die Bundesregierung die Mittel für den Lebensweltenansatz auf 2 Euro von 7 Euro pro gesetzlich Versicherte bzw. Versicherten pro Jahr begrenzt?

Wie sollen durch diese Mittelvergabe vulnerable Personen und Gruppen besser erreicht werden?

Der Entwurf der Bundesregierung für ein PräVG sieht vor, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Primärprävention und Gesundheitsförderung ab dem Jahr 2016 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7 Euro jährlich umfassen sollen. Aus diesem Richtwert sollen die Krankenkassen jeweils einen Mindestbetrag in Höhe von 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufwenden. Ein Grenzwert für Mittel für Leistungen nach dem Lebensweltenansatz ist nicht vorgesehen.

Im Jahr 2014 haben die Krankenkassen für Leistungen in betrieblichen Lebenswelten durchschnittlich 0,93 Euro je Versicherten ausgegeben und für Leistungen in anderen Lebenswelten durchschnittlich 0,45 Euro je Versicherten. Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz insbesondere in Kindertages-

einrichtungen, Schulen und in Kommunen sind besonders dazu geeignet, auch vulnerable Personen zu erreichen. Deshalb ist die deutliche Erhöhung der für Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz vorgesehenen Mittel ein wesentlicher Beitrag zur Unterstützung des im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsziels der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

42. Wie begründet die Bundesregierung die geplanten jährlichen Zahlungen der GKV von etwa 35 Mio. Euro an die BZgA, und wie kommt sie auf diese Höhe?

Die Lebenswelten haben eine besondere Bedeutung für den Erfolg der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. In Anbetracht der Vielzahl an Akteuren ist eine Koordinierung der Präventionsaktivitäten sowie eine verstärkte Kooperation der Krankenkassen mit den Akteuren und ein gemeinsames krankenkassenübergreifendes Vorgehen notwendig. Die BZgA soll den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen zu unterstützen. Die Bundesregierung hält es für sachgemäß und sinnvoll, einen relevanten Anteil der im Gesetzentwurf vorgesehenen lebensweltlichen Präventionsausgaben von insgesamt etwa 140 Mio. Euro in die Entwicklung krankenkassenübergreifender lebensweltbezogener Interventionsansätze und Materialien, adäquater Qualitätssicherungsverfahren sowie in die Unterstützung bei der Implementierung und der wissenschaftlichen Evaluation zu investieren. Vor diesem Hintergrund wurde die Höhe der Zuweisungen an die BZgA festgelegt.

43. Inwieweit teilt die Bundesregierung die Kritik der Krankenkassen, dass es sich bei der Finanzierung der BZgA durch GKV-Mittel um eine „Quersubventionierung“ handelt (vgl. Pressemitteilung der vdek zum Präventionsgesetz „Quersubventionierung der BZgA durch Beitragsmittel der Kassen nicht hinnehmbar – Vorschläge des Bundesrates ernst nehmen“, 20. Februar 2015, www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/praeventionsgesetz.html)?

Der Entwurf für ein PräVG sieht keine Finanzierung der BZgA durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Der Gesetzentwurf sieht vielmehr vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die BZgA ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung kassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation beauftragen soll und der BZgA für die Durchführung des Auftrags eine Vergütung leistet. Die vom Spitzenverband der Krankenkassen zu leistende Vergütung darf nur für diese Aufgabe und nicht für andere Aufgaben der BZgA eingesetzt werden. Deshalb handelt es sich nicht um eine „Quersubventionierung“. Mit dem Gesetzentwurf soll zudem die BZgA verpflichtet werden, sicherzustellen, dass die Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags eingesetzt und dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen dokumentiert wird.

44. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Sozialrechtsprofessorin Dr. Astrid Wallrabenstein, dass die geplante Finanzierung der BZgA durch GKV-Mittel verfassungswidrig sei (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung „Ist Gröhes Präventionsgesetz verfassungswidrig?“, 21. April 2015)?

Falls nein, wie begründet sie das?

Der Entwurf für ein PräVG sieht keine Finanzierung der BZgA durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung vor (vgl. Antwort zu Frage 43). Auch aus der im Gesetzentwurf vorgesehenen Beauftragung der BZgA durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ergeben sich nach Auffassung der Bundesregierung keine Anhaltspunkte für etwaige verfassungsrechtliche Bedenken. Die Verantwortung für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention verbleibt bei den Krankenkassen. Dies sichert das im Gesetzentwurf vorgesehene gesetzliche Auftragsverhältnis.

45. Inwieweit steht die Finanzierung durch GKV-Mittel im Widerspruch zu der Forderung aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, nach dem das zu verabschiedende Präventionsgesetz „alle Sozialversicherungsträger“ (vgl. S. 58) einbeziehen solle?

Die im Entwurf für ein PräVG vorgesehene Einbeziehung der Zweige der Sozialversicherung unter Berücksichtigung ihrer jeweils im gegliederten System der sozialen Sicherung spezifischen Aufgaben zur Prävention steht nicht im Widerspruch zu der Forderung aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Der Gesetzentwurf stellt sicher, dass sich neben den Krankenkassen auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Pflegekassen mit ihren jeweils spezifischen Zuständigkeiten und Leistungen zur Prävention in die nationale Präventionsstrategie einbringen. Die Pflegekassen sollen zudem einen neuen spezifischen Auftrag zur Erbringung von Leistungen zur Prävention nach dem Lebensweltenansatz in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten.