

Journal of Health Monitoring · 2022 7(4)  
DOI 10.25646/10667  
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Jordan<sup>1</sup>, Ronny Kuhnert<sup>1</sup>,  
Nora Katharina Schmid-Küpke<sup>2</sup>, Anne Starker<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

<sup>2</sup> Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Infektionsepidemiologie

Eingereicht: 22.06.2022  
Akzeptiert: 27.09.2022  
Veröffentlicht: 20.12.2022

# Teilnahme der erwachsenen Bevölkerung an Präventionsmaßnahmen für nichtübertragbare Krankheiten während der COVID-19-Pandemie in 2020/2021

## Abstract

**Hintergrund:** Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Schutzmaßnahmen schränkten 2020/2021 die Möglichkeit stark ein, an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teilzunehmen. Der Beitrag untersucht die Inanspruchnahme der Maßnahmen und mögliche Faktoren, die mit einer geringeren Teilnahme während dieser Pandemiejahre assoziiert sind.

**Methode:** Grundlage sind zwischen März und August 2021 erhobene Daten der Studie „COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland“ (COVIMO), einer telefonischen Querschnittbefragung. Anhand derer wird die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten hinsichtlich soziodemografischer Faktoren untersucht und eine verringerte Teilnahme bezüglich pandemiebezogener Faktoren analysiert. Die Analysestichprobe umfasst Personen ab 18 Jahren (n=3.998).

**Ergebnisse:** 63 % der Befragten nutzten diese Angebote generell nicht, 7 % gaben eine unveränderte Teilnahme an, 28 % berichteten, an weniger und 2 % an mehr Maßnahmen teilgenommen zu haben. Männer berichteten deutlich häufiger, generell nicht an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teilzunehmen als Frauen. Als relevanter pandemiebezogener Faktor für eine geringere Teilnahme zeigte sich bei Männern die weniger eindeutig wahrgenommene Verständlichkeit der Regelungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV-2.

**Schlussfolgerungen:** Prävention und Gesundheitsförderung sollten Teil der Krisenplanung in epidemisch bedeutsamen Lagen sein, um einer verringerten Teilnahme vorzubeugen und gesundheitliche und geschlechtsbezogene Chancengleichheit auch in der Krise zu fördern.

📌 PRÄVENTIONSMASSNAHMEN · COVID-19-PANDEMIE · QUERSCHNITTSTUDIE · BEVÖLKERUNGSSURVEY

## 1. Einleitung

Die Vorbeugung und Verhinderung von nichtübertragbaren Erkrankungen durch strukturelle und individuelle Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist eine

zentrale Aufgabe von Public Health, da diese Erkrankungen eine hohe Krankheitslast für die Bevölkerung bedeuten [1]. Auch das in Deutschland 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz fokussiert vorrangig auf Gesundheitsziele zur Verhütung von nichtübertragbaren Erkrankungen, wie

## COVIMO – COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Monitoring der Impfbereitschaft und -akzeptanz der COVID-19-Impfung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Deutschland

**Erhebungsmethode:** Telefonische Befragungen zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Wellen) mit jeweils neuer Stichprobenziehung (repetitive Querschnittstudie)

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren (Ausnahme Welle 9, dort 6 Sprachen berücksichtigt)

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.). In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame-Ansatz).

**Teilnehmende:** Zumeist ca. 1.000 Personen je Erhebungszeitpunkt (Welle)

**Responserate:** Die Responserate beträgt je nach Erhebungszeitpunkt zwischen 24,0 % und 27,3 %

**Untersuchungszeitraum:** Januar 2021 – Dezember 2022

Mehr Informationen unter [www.rki.de/covimo](http://www.rki.de/covimo)

Diabetes mellitus Typ 2 oder Krebs [2]. Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Schutzmaßnahmen veränderten die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung von nichtübertragbaren Erkrankungen. Noch liegen kaum Studien vor, die datenbasiert die Veränderungen und Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Prävention und Gesundheitsförderung während der Pandemiezeit aufzeigen.

In Deutschland gab es während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 teilweise weitreichende Einschränkungen des öffentlichen Lebens mit Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen (sogenannter Lockdown) [3, 4]. Das schränkte auch die Möglichkeiten ein, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten anzubieten oder daran teilzunehmen. Gruppenangebote zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatung oder Kurse zur Stressbewältigung fanden zeitweise gar nicht statt, da Einrichtungen wie Volkshochschulen, Sportstudios, Sportplätze oder Sporthallen geschlossen waren. In der Folge haben beispielsweise Sportvereine 792.119 Mitgliedschaften im Jahr 2020 verloren, was eine Reduktion von knapp 3 % im Vergleich zum Jahr 2019 bedeutete [5]. Betriebe mussten aufgrund der geschlossenen Räumlichkeiten und der zeitweisen Homeoffice-Pflicht ihre Angebote zur Gesundheitsförderung einschränken beziehungsweise auf digitale Angebote umstellen. Auch verschiedene andere Anbieter wie die gesetzlichen Krankenkassen boten im Laufe der COVID-19-Pandemie einige Präventionsmaßnahmen digital an [6]. Trotzdem konnten die gesetzlichen Krankenkassen als wichtiger Anbieter von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung 2020 etwa ein Drittel ihrer Angebote zur

Prävention und Gesundheitsförderung nicht durchführen [6]. Im Vergleich zum Vorjahr sanken die Kursteilnahmen um 36 % und die Angebote zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kindertagesstätte, Schule und Kommune konnten zu 31 % und in den Betrieben zu 36 % nicht durchgeführt werden [6, S. 15, 98]. Durch das verringerte Angebot ist insgesamt von einem Rückgang der Inanspruchnahme an Maßnahmen der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung auszugehen. Eine pandemiebedingte verringerte Inanspruchnahme von sekundärpräventiven Angeboten wie Früherkennungsmaßnahmen [7] oder von Leistungen der Krankenversorgung wurde bereits gezeigt [8, 9].

In gesellschaftlichen Krisenzeiten, wie die der COVID-19-Pandemie, sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von nichtübertragbaren Erkrankungen wichtig. Studien konnten beispielsweise zeigen, dass die Eindämmungsmaßnahmen zur Verbreitung des Erregers SARS-CoV-2 bei vielen Menschen einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten wie der körperlichen Aktivität und damit verbunden auch auf das Körpergewicht hatten [10–12]. Ebenso sind mittlerweile negative Folgen auf die psychische Gesundheit in einzelnen Bevölkerungsgruppen bekannt [13]. Die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen waren im Laufe der Pandemie häufiger in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu beobachten [14], haben bestehende sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit verstärkt und weisen auf pandemiespezifische Unterstützungsbedarfe hin [15, 16].

Bislang lagen keine Informationen auf Bevölkerungsebene vor, wie verbreitet die Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen von nichtübertragbaren Erkrankungen während der Pandemiejahre 2020 und

2021 in Deutschland war. Dieser Beitrag soll diese Forschungslücke schließen und berücksichtigt bei der Beantwortung dieser ersten Forschungsfrage auch, ob es dabei Unterschiede in der Bevölkerung hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung gab, da sich diese Faktoren schon vor der Pandemie als bedeutsam für die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zeigten [17, 18]. Gemeint sind dabei primärpräventiv ausgerichtete Angebote wie Kurse, Übungen, Beratungen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness, die teilweise von den Krankenversicherungen finanziert wurden und von unterschiedlichen Anbietern ausgerichtet sein konnten. Sekundäre Präventionsmaßnahmen wie Früherkennungsuntersuchungen sind nicht eingeschlossen.

Der Beitrag geht einer zweiten Forschungsfrage nach, ob es neben den oben beschriebenen Einschränkungen pandemiebedingte Faktoren gab, die bei bestimmten Bevölkerungsgruppen zu einer verringerten Teilnahme geführt haben. Die Kommunikation zur Pandemie war in den Jahren 2020 und 2021 durch eine Vielzahl an Informationsquellen und Inhalten unterschiedlicher Qualität geprägt. Zum Teil gab es widersprüchliche Informationen zur Infektion und ihren Eindämmungsmaßnahmen [19]. Die daraus folgende Verunsicherung und Schwierigkeiten für die Verständlichkeit von Informationen in der Bevölkerung wurden bereits in anderen Studien berichtet [19, 20] und werden hier als mögliche Faktoren auf die Inanspruchnahme untersucht. Dabei handelt es sich (1) um die Einschätzung der Befragten hinsichtlich einer Verunsicherung aufgrund vieler Informationen zur COVID-19-Pandemie und um (2) die Verständlichkeit der Regelungen zur Eindämmung von SARS-CoV-2. Weitere pandemiebezogene Faktoren, die

bedeutsam für die Entscheidung zur Teilnahme an einer Maßnahme zur Prävention und Gesundheitsförderung sein könnten, sind der Impfstatus und die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe für eine SARS-CoV-2-Infektion beziehungsweise einen schweren Verlauf von COVID-19.

## 2. Methode

### 2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Für die Analysen wurden die Daten aus der Studie COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO) des Robert Koch-Instituts verwendet. Vorrangiges Ziel der COVIMO-Studie ist es, die Impfbereitschaft und -akzeptanz der COVID-19-Impfung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Deutschland zu erfassen und zu analysieren. COVIMO ist eine wiederholte Querschnittstudie, für die seit Januar 2021 etwa alle vier Wochen jeweils eine neue Zufallsstichprobe aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.) gezogen wird [21]. In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame-Ansatz). Die Datenerhebung erfolgt mittels einer standardisierten telefonischen Befragung von zumeist circa  $n=1.000$  Personen aus der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren. Die Responserate für die COVIMO-Erhebungen beträgt je nach Datenerhebung zwischen 24,0% und 27,3% [21]. Weitere Informationen zur Studiendurchführung finden sich im ausführlichen Methodenbericht zur Studie [21].

Zu vier Erhebungszeitpunkten (Wellen) von COVIMO erfolgte im Interview zusätzlich die Erhebung der Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung während der

COVID-19-Pandemie. Diese für die Auswertungen genutzten vier COVIMO-Erhebungen sind Welle 3 (17.03.2021–10.04.2021), Welle 4 (21.04.2021–07.05.2021), Welle 6 (28.06.2021–13.07.2021) und Welle 7 (26.07.2021–18.08.2021), womit sich der Gesamterhebungszeitraum für die hier vorliegenden Daten vom 17.3.2021 bis 18.8.2021 erstreckt.

## 2.2 Indikatoren

### Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Pandemie 2020/2021

Die Erfassung der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Pandemie erfolgte mit der Frage: „Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und die sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert. Haben Sie wegen der Einschränkungen durch Corona Ihre Teilnahme an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) in den letzten 12 Monaten verändert?“ Als Antwortoptionen standen zur Verfügung: (1) „Nein, ich nutze solche Angebote nicht.“, (2) „Nein, ich habe insgesamt genauso viele Angebote genutzt.“, (3) „Ja, ich habe insgesamt weniger Angebote genutzt.“ und (4) „Ja, ich habe insgesamt mehr Angebote genutzt“. Im Folgenden werden (1) als „Generell keine Teilnahme“ (bzw. „die im Allgemeinen die Maßnahmen nicht nutzten“), (2) als „Unveränderte Teilnahme“, (3) als „Geringere Teilnahme“ und (4) als „Höhere Teilnahme“ bezeichnet.

### Soziodemografische Faktoren

Die Auswertungen berücksichtigten den Einfluss des Geschlechts. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in COVIMO die Angabe zur Geschlechtsidentität verwendet: Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen („männlich“, „weiblich“, „divers“).

Die Angaben der Befragten zu ihrem Alter gingen mit vier Altersgruppen in die Analysen ein. Die vier Alterskategorien umfassten folgende Altersspannen: 18–29 Jahre, 30–49 Jahre, 50–64 Jahre und 65 Jahre und älter.

Der Bildungsstatus wurde anhand des höchsten Schulabschlusses erhoben und in drei Bildungsgruppen kategorisiert: „untere Bildungsgruppe“: kein Schulabschluss, Schule beendet ohne Abschluss, noch Schülerinnen oder Schüler, Haupt-/Volksschulabschluss, 8./9. Klasse der polytechnischen Oberschule (POS), Abschluss nach höchstens sieben Jahren Schulbesuch; „mittlere Bildungsgruppe“: Realschulabschluss, Mittlere Reife, 10. Klasse POS oder gleichwertiger Abschluss; und „obere Bildungsgruppe“: Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife.

### Pandemiebezogene Faktoren

Zur Erfassung der selbsteingeschätzten Verunsicherung durch die vielen und vielfältigen Informationen zur COVID-19-Pandemie wurde die folgende Frage gestellt: „Manche Menschen fühlen sich durch die vielen Informationen zum Coronavirus verunsichert und wissen gar nicht mehr genau, welchen Informationen sie trauen sollen. Wie geht es Ihnen: Sind Sie durch die vielen Informationen verunsichert?“ Diese Formulierung stammt minimal gekürzt aus einer Studie

von Okan et al. aus dem Jahr 2020 und 2021 [19] zur Gesundheitskompetenz und zum Informationsverhalten während der COVID-19-Pandemie. Auf einer vierstufigen Likert-Skala standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „Nein, gar nicht verunsichert“, „Nein, kaum verunsichert“, „Ja, etwas verunsichert“ und „Ja, sehr verunsichert“. Für die statistischen Analysen wurden diese zu den folgenden zwei Kategorien zusammengefasst „Gar nicht/kaum verunsichert“ und „Etwas/sehr verunsichert“.

Die wahrgenommene Verständlichkeit der Regelungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV-2 wurde mit einer Frage aus dem COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) [22], einer regelmäßigen Online-Studie zur Risikowahrnehmung und -kommunikation in Deutschland zur COVID-19-Pandemie, erfasst. Die für die telefonische Befragung angepasste Frage lautete: „Auf einer Skala von 1 bis 7 bedeutet 1 = widersprüchlich und 7 = eindeutig. Mit den Werten dazwischen können Sie abstufen. Die aktuell geltenden Regelungen zur Eindämmung des Coronavirus sind für mich...“ [23]. Aus den Angaben auf der siebenstufigen Likert-Skala wurden für die Auswertungen drei Kategorien erstellt: Angaben mit den Werten 1 und 2 bildeten die Kategorie „widersprüchlich“, die Werte 3 bis 5 die Kategorie „weniger eindeutig“ und die Werte 6 und 7 bildeten die Kategorie „eindeutig“.

Die Ermittlung, ob die Befragten zu einer Risikogruppe für eine SARS-CoV-2-Infektion beziehungsweise für einen schweren Krankheitsverlauf gehörten, erfolgte durch die Abfrage der zum Erhebungszeitpunkt bekannten krankheitsbezogenen Risikofaktoren in der folgenden Weise: „Als nächstes würden wir gerne wissen, inwiefern Sie zu einer Risikogruppe für einige Infektionskrankheiten gehören.

Dafür lese ich Ihnen gleich mehrere Grunderkrankungen vor und wenn ich damit fertig bin sagen Sie mir, ob Sie eine oder mehrere der von mir genannten Grunderkrankungen haben. Wenn Sie keine der genannten Grunderkrankungen haben, antworten Sie mit „Nein“: Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Herzerkrankung und Bluthochdruck; chronische Lungenerkrankungen, z. B. COPD; chronische Nieren- und Lebererkrankungen; Diabetes mellitus, Zuckerkrankheit; Krebserkrankung; schwere psychiatrische Erkrankung, z. B. Schizophrenie oder schwere Depression; geschwächtes Immunsystem, angeboren oder erworben; Adipositas, starkes Übergewicht“. Es gab zwei Antwortoptionen: „Ja, ich habe eine oder mehrere der genannten Erkrankungen.“ oder „Nein, ich habe keine der genannten Erkrankungen.“

Der Impfstatus wurde mit der Frage „Haben Sie sich gegen das Coronavirus, auch COVID-19 genannt, impfen lassen?“ erhoben. Als „geimpft“ galt, wer entweder „Ja, ein Mal“ oder „Ja, zwei Mal“ angab; entsprechend erfolgte die Zuordnung als „ungeimpft“ durch die Antwort „Nein“.

### 2.3 Studienpopulation

Die Erhebungsdaten stammten aus vier Wellen (Welle 3, 4, 6 und 7) der COVIMO-Studie und wurden für die Analysen gepoolt. Die Analysen basierten auf Daten von N=3.998 Befragten mit gültigen Angaben zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Pandemie (Frauen: n=2.149, Männer: n=1.828). 21 Befragte machten keine Angabe zur Geschlechtsidentität und wurden bei den geschlechtsbezogenen Auswertungen nicht berücksichtigt. Auch die acht Personen, die sich der Kategorie „divers“ zuordneten,

konnten bei geschlechtsbezogenen Auswertungen aufgrund der geringen Fallzahl nicht einbezogen werden. Die Analysen zur geringeren Teilnahme an Präventionsmaßnahmen für nichtübertragbare Krankheiten während der COVID-19-Pandemie basierten auf Daten von insgesamt 1.632 teilnehmenden Personen (Frauen:  $n=1.038$ , Männer:  $n=586$ ).

Die Berechnungen wurden mit einem für die Analysen berechneten Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2020) hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Bildung korrigiert. Die COVIMO-Stichprobe wurde dabei in nicht überlappende Teilpopulationen (Straten) aufgeteilt, für die die Bevölkerungszahlen bekannt waren. In der Stichprobe wurden in jedem Stratum die Gewichte so verändert, dass die geschätzte Anzahl mit der externen Angabe übereinstimmt. Die Gewichtung wurde iterativ nach dem sogenannten „Raking“-Verfahren durchgeführt [24]. Um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen, wurde für die Gewichtung die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) verwendet, die auf Angaben zu schulischen und beruflichen Abschlüssen beruht [25]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von COVIMO findet sich im Methodenbericht der COVIMO-Studie [21].

## 2.4 Statistische Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen nach der Teilnahme beziehungsweise der verringerten Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurden die Angaben der Teilnehmenden der COVIMO-Studie

deskriptiv betrachtet und mit dem Chi-Quadrat-Test auf Gruppenunterschiede untersucht. Relative Häufigkeiten wurden mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Es handelt sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Die Konfidenzintervalle (KI) wurden auf der Logit-Skala bestimmt. Von einem signifikanten Unterschied wurde ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Der Zusammenhang von pandemiebezogenen Faktoren mit einer geringeren Teilnahme an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wurde auch mittels logistischer Regression anhand von Odds Ratios (OR) geschätzt. Das Odds Ratio gibt an, um welchen Faktor die statistische „Chance“ einer geringeren Teilnahme bei einer Gruppe im Vergleich zu einer Referenzgruppe erhöht ist. In Modell 1 wurden pandemiebezogene Variablen einbezogen und in Modell 2 wurde zusätzlich nach soziodemografischen Variablen adjustiert. Als Referenzgruppen (Ref.) in den Regressionsmodellen wurden jeweils folgende Kategorien verwendet: Verunsicherung durch viele Informationen: Ref.: Gar nicht/kaum; Verständlichkeit Regelungen: Ref.: Eindeutig; Risikogruppe für SARS-CoV-2-Infektion: Ref.: Nein; Impfstatus: Ref.: Geimpft; Altersgruppe: Ref.: 18–29 Jahre und Bildungsgruppe: Ref.: Obere Bildungsgruppe.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten angemessen zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Fast zwei Drittel der Befragten gab an, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in Form von beispielsweise Kursen, Übungen oder Beratungen generell nicht zu nutzen (63,1%). Eine geringere Teilnahme an solchen Angeboten in den letzten 12 Monaten berichtete etwas mehr als ein Viertel (28,3%). Eine unveränderte Teilnahme gaben

6,5% der Befragten an, und 2,1% nutzten mehr Angebote (Tabelle 1). Entsprechend sind es insgesamt 36,9%, die im Allgemeinen die Maßnahmen nutzten.

Ein signifikanter Unterschied fand sich zwischen den Geschlechtern ( $p < 0,001$ ). Der Anteil, der generell diese Maßnahmen nicht nutzte war bei den Männern mit 70,0% deutlich höher als bei Frauen mit 56,6%, während 33,6% der Frauen eine geringere Teilnahme angaben, aber nur 22,7% der Männer.

**28% der Befragten nutzten weniger Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung 2020/2021, 7% genauso häufig und 2% mehr Angebote. Fast zwei Drittel nutzten diese Maßnahmen generell nicht.**

**Tabelle 1**  
Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie 2020/2021 von Frauen und Männern nach Alter und Bildung, relative Häufigkeit in Prozent (Gesamt: N=3.998, n=2.149 Frauen, n=1.828 Männer)  
Quelle: COVIMO 2021  
(gepoolte Daten der Wellen 3, 4, 6, 7)

	Generell keine Teilnahme (n=2.366)		Unveränderte Teilnahme (n=313)		Geringere Teilnahme (n=1.234)		Höhere Teilnahme (n=85)	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
<b>Gesamt (Frauen und Männer)*</b>	63,1	(60,7–65,5)	6,5	(5,4–7,8)	28,3	(26,1–30,6)	2,1	(1,5–2,9)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>56,6</b>	<b>(53,2–60,0)</b>	<b>7,3</b>	<b>(5,7–9,3)</b>	<b>33,6</b>	<b>(30,6–36,8)</b>	<b>2,4</b>	<b>(1,5–3,8)</b>
<b>Altersgruppe*</b>								
18–29 Jahre	60,5	(49,4–70,6)	7,1	(3,4–14,3)	27,0	(18,2–38,1)	5,3	(1,9–14,3)
30–44 Jahre	62,6	(54,4–70,2)	9,3	(5,5–15,3)	27,1	(20,7–34,7)	1,0	(0,2–3,7)
45–64 Jahre	47,8	(42,7–53,0)	7,4	(4,9–11,1)	41,5	(36,4–46,7)	3,3	(1,8–6,0)
≥ 65 Jahre	60,0	(55,0–64,8)	5,9	(4,1–8,3)	33,1	(28,6–37,9)	1,0	(0,5–2,0)
<b>Bildungsstatus (Schulbildung)*</b>								
Untere Bildungsgruppe	66,0	(58,9–72,4)	5,8	(2,9–11,2)	27,8	(22,0–34,4)	0,5	(0,1–1,9)
Mittlere Bildungsgruppe	53,8	(48,2–59,3)	6,3	(4,2–9,4)	37,3	(32,1–42,8)	2,5	(1,2–5,1)
Obere Bildungsgruppe	52,8	(48,0–57,5)	10,2	(7,4–13,8)	33,1	(28,9–37,6)	3,9	(2,0–7,5)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>70,0</b>	<b>(66,5–73,2)</b>	<b>5,6</b>	<b>(4,2–7,3)</b>	<b>22,7</b>	<b>(19,7–26,0)</b>	<b>1,8</b>	<b>(1,1–2,7)</b>
<b>Altersgruppe</b>								
18–29 Jahre	67,8	(56,9–77,0)	5,4	(2,4–11,6)	24,5	(15,9–35,8)	2,4	(0,9–6,1)
30–44 Jahre	73,2	(65,2–79,9)	3,1	(1,4–6,8)	22,7	(16,4–30,6)	1,1	(0,3–3,6)
45–64 Jahre	68,5	(62,9–73,6)	7,2	(4,7–11,1)	22,4	(18,1–27,5)	1,9	(0,9–3,7)
≥ 65 Jahre	70,7	(64,9–75,8)	5,6	(3,8–8,1)	21,9	(17,2–27,4)	1,9	(0,8–4,4)
<b>Bildungsstatus (Schulbildung)</b>								
Untere Bildungsgruppe	70,4	(62,4–77,3)	5,8	(3,0–11,2)	21,7	(15,5–29,4)	2,1	(0,8–5,1)
Mittlere Bildungsgruppe	70,0	(63,7–75,6)	5,5	(3,6–8,4)	22,3	(17,1–28,5)	2,2	(1,2–4,2)
Obere Bildungsgruppe	69,1	(64,7–73,2)	5,4	(3,7–7,9)	24,3	(20,6–28,5)	1,1	(0,6–2,1)

KI=Konfidenzintervall, \*=signifikant mit  $p < 0,05$

Abbildung 1

Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie 2020/2021 von Frauen und Männern in den drei Bevölkerungsgruppen, die im Allgemeinen an solchen Maßnahmen teilnehmen, relative Häufigkeit in Prozent (n=1.632, n=1.038 Frauen, n=586 Männer)

Quelle: COVIMO 2021

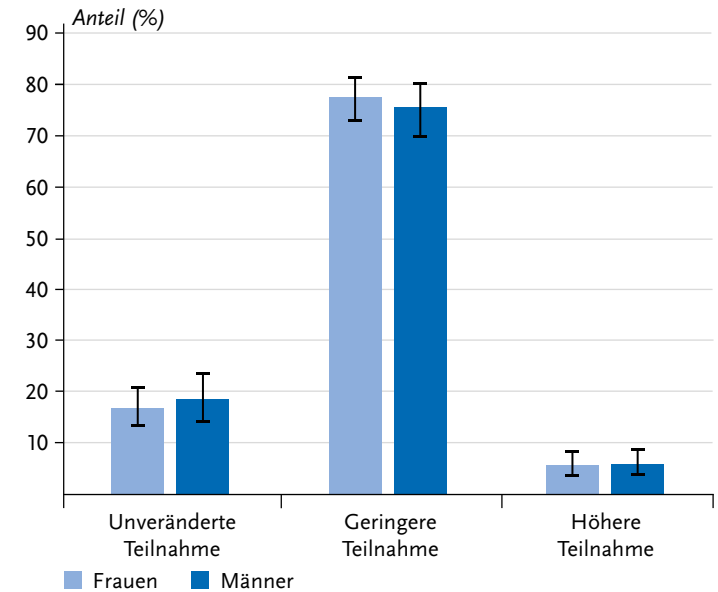
(gepoolte Daten der Wellen 3, 4, 6, 7)

**Männer berichteten deutlich häufiger, generell nicht an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teilzunehmen als Frauen.**

Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale Alter ( $p=0,005$ ) und Bildung ( $p=0,007$ ) fanden sich nur innerhalb der Gruppe der Frauen signifikante Unterschiede (Tabelle 1): Auffallend war, dass nur etwa die Hälfte der 45- bis 64-jährigen Frauen generell nicht an Angeboten teilnahmen, während dies bei den anderen Altersgruppen teilweise fast zwei Drittel waren. Gleichzeitig waren die 45- bis 64-Jährigen die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil für eine geringere Teilnahme in den letzten 12 Monaten (41,5%). Die untere Bildungsgruppe hatte den höchsten Anteil von Frauen, die generell nicht teilnahmen: 66,0% versus 53,8% (mittlere Bildungsgruppe) beziehungsweise 52,8% (hohe Bildungsgruppe). Auffallend war außerdem, dass in der Gruppe mit einer höheren Teilnahme der Anteil der jungen Frauen zwischen 18 und 29 Jahren und der Frauen mit einer hohen Bildung überdurchschnittlich war.

### 3.2 Faktoren für eine geringere Teilnahme an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Für die Analyse der Faktoren, die Einfluss auf eine geringere Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen haben könnten, wurden zunächst diejenigen Befragten ausgeschlossen, die angaben, solche Angebote generell nicht zu nutzen. Von denen, die angaben, solche Angebote genutzt zu haben, war die Gruppe mit einer geringeren Teilnahme in den letzten 12 Monaten mit Abstand die größte. Über drei Viertel der Frauen und Männer berichteten in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 von einer geringen Inanspruchnahme gegenüber etwa einem Sechstel mit einer unveränderten Teilnahme und etwa 6% mit einer höheren Teilnahme (Abbildung 1).



Zur Untersuchung, welche Faktoren mit einer geringeren Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten zusammenhängen könnten, wurden verschiedene pandemiebezogene Faktoren herangezogen (Tabelle 2). Innerhalb der Gruppe der Befragten, die weniger Angebote nutzten, fühlten sich etwa genauso viele Personen „gar nicht/kaum verunsichert“ wie „etwas/sehr verunsichert“, das heißt es gab keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich des Grades der Verunsicherung auf Grund von vielen Informationen zur Pandemie. Anders ist es bei der wahrgenommenen Verständlichkeit der Regelungen zur Pandemie. Männer, die die geltenden Regelungen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt der Befragung als widersprüchlich (74,1%) oder weniger eindeutig (82,8%) wahrnahmen, sind in der Gruppe mit einer geringeren Teilnahme häufiger als diejenigen, die die Regeln eher als



## Frauen der mittleren Altersgruppe oder mit mittlerer oder hoher Bildung nutzten häufiger Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung als die jeweiligen Vergleichsgruppen.

eindeutig (62,1%) einordneten. Dieser signifikante Unterschied war bei Frauen nicht zu beobachten. Personen, die aufgrund ihrer Angaben zu verschiedenen Erkrankungen zu einer Risikogruppe für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder einem schwereren Krankheitsverlauf im Falle einer COVID-19-Erkrankung zugeordnet wurden, berichteten zwar etwas

häufiger eine geringere Teilnahme an den Angeboten als Personen ohne Risiko, der Unterschied war aber nicht signifikant. Ebenso verhielt es sich mit dem Impfstatus. Die Gruppe der Ungeimpften war in der Gruppe mit einer geringen Teilnahme zwar größer als die der Geimpften, aber weder bei Frauen noch bei Männern war der Unterschied signifikant.

	Frauen (n = 1.038)		Männer (n = 586)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>	77,6	(72,9–81,6)	75,5	(69,8–80,5)
<b>Pandemiebezogene Faktoren</b>				
<b>Verunsicherung durch viele Informationen</b>				
Gar nicht/kaum verunsichert	75,6	(69,6–80,7)	75,6	(68,1–81,7)
Etwas/sehr verunsichert	79,6	(72,0–85,6)	75,3	(65,6–83,0)
<b>Verständlichkeit der Regelungen</b>				
Widersprüchlich	83,8	(74,2–90,3)	74,1	(61,8–83,5)
Weniger eindeutig	75,8	(69,1–81,5)	82,8	(76,1–87,8)
Eindeutig	76,3	(66,8–83,7)	62,1	(48,1–74,4)
<b>Risikogruppe für SARS-CoV-2-Infektion</b>				
Ja	81,8	(75,1–87,0)	78,0	(71,0–83,7)
Nein	74,6	(68,0–80,1)	73,6	(64,6–81,0)
<b>Impfstatus</b>				
Geimpft	76,7	(70,6–81,8)	70,0	(62,1–76,8)
Ungeimpft	79,0	(71,4–85,0)	80,4	(71,9–86,8)
<b>Soziodemografische Faktoren</b>				
<b>Altersgruppe</b>				
18–29 Jahre	68,4	(50,2–82,3)	76,0	(58,6–87,6)
30–44 Jahre	72,6	(59,7–82,6)	84,7	(71,8–92,3)
45–64 Jahre	79,5	(72,3–85,1)	71,1	(61,0–79,5)
≥ 65 Jahre	82,8	(77,1–87,3)	74,6	(65,3–82,0)
<b>Bildungsstatus (Schulbildung)</b>				
Untere Bildungsgruppe	81,6	(68,7–89,9)	73,3	(58,3–84,3)
Mittlere Bildungsgruppe	80,9	(73,9–86,3)	74,1	(64,4–82,0)
Obere Bildungsgruppe	70,2	(62,5–76,8)	78,8	(71,6–84,5)

\*Bezogen auf die Bevölkerungsgruppen, die im Allgemeinen an solchen Maßnahmen teilnehmen; Vergleichsgruppe: zusammengefasste Anteile an unveränderter und höherer Teilnahme  
Fettdruck: signifikant mit  $p < 0,05$

**Tabelle 2**  
Pandemiebezogene und soziodemografische Faktoren bei Personen mit geringerer Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie 2020/2021 nach Geschlecht, relative Häufigkeit in Prozent\* (n=1.632)

Quelle: COVIMO 2021

(gepoolte Daten der Wellen 3, 4, 6, 7)

## Eine geringere Teilnahme war nur mit dem pandemiebezogenen Faktor „wahrgenommene Verständlichkeit der Regelungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV-2“ bei Männern assoziiert.

**Abbildung 2a (oben)**  
Assoziationen zwischen einer geringeren Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Coronapandemie 2020/2021 und pandemiebezogenen Faktoren, Frauen, Odds Ratios (n=1.038)

Quelle: COVIMO 2021 (Wellen 3, 4, 6, 7)

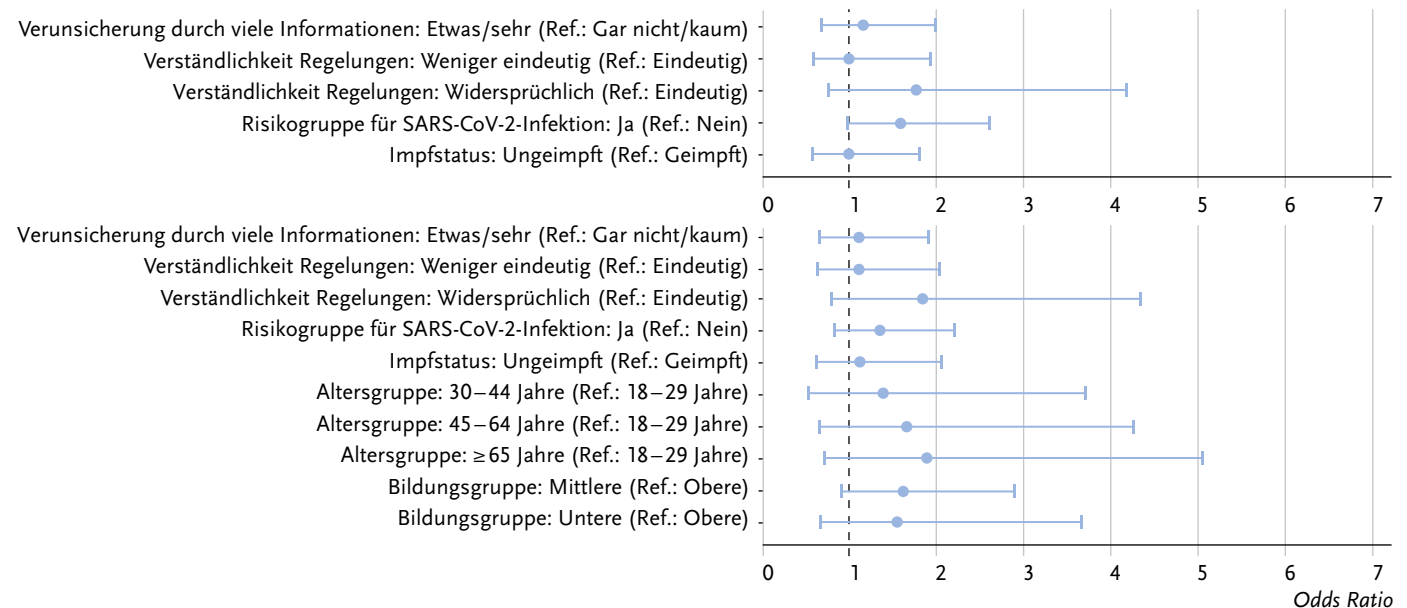
**Abbildung 2b (unten)**  
Assoziationen zwischen einer geringeren Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Coronapandemie 2020/2021 und pandemiebezogenen Faktoren, Frauen, Odds Ratios, adjustiert nach soziodemografischen Faktoren (n=1.038)

Quelle: COVIMO 2021 (Wellen 3, 4, 6, 7)

Bei der Untersuchung der Assoziation zwischen pandemiebedingten Faktoren und einer geringeren Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten wurden auch soziodemografische Faktoren berücksichtigt. Dabei fiel auf, dass anteilig mehr Frauen der beiden höheren Altersgruppen (45–64 Jahre und ab 65 Jahren) angaben, die Angebote weniger zu nutzen als die jüngeren Gruppen. Gleiches war für die untere und mittlere Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe zu beobachten. Allerdings sind die Unterschiede nicht signifikant. Die Verteilung der Häufigkeiten der soziodemografischen Faktoren stellte sich bei Männern genau andersherum dar. Hier waren die Anteile der beiden jüngeren Altersgruppen (18–29 Jahre und 30–44 Jahre) unter den weniger Teilnehmenden höher als die der älteren, und die obere Bildungsgruppe hatte den

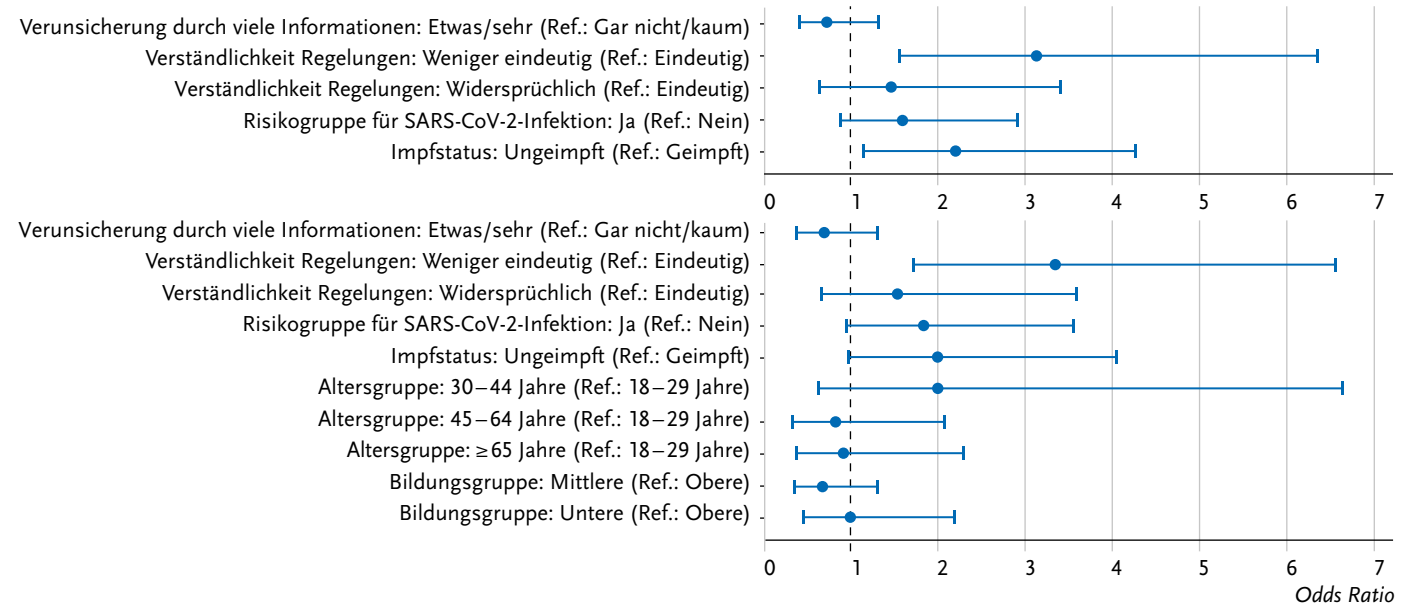
höchsten Anteil im Vergleich zu den beiden anderen Bildungsgruppen. Auch diese Unterschiede sind nicht signifikant (Tabelle 2).

Die Regressionsanalysen bestätigten weitgehend die bivariaten Ergebnisse für eine geringere Teilnahme an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten 12 Monaten während der Pandemiejahre 2020 und 2021. Wie in **Abbildung 2a** zu sehen ist, deuten die Ergebnisse für Frauen auf einen Einfluss der vier untersuchten pandemiebezogenen Faktoren hin. Auch im nach soziodemografischen Faktoren adjustierten Regressionsmodell (**Abbildung 2b**) erreichen die berechneten Odds Ratios (OR) für die pandemiebezogenen Faktoren durchgehend positive Werte (OR von 1,1 bis 1,8), die Chancenverhältnisse sind jedoch im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe nicht signifikant.



**Abbildung 3a (oben)**  
Assoziationen zwischen einer geringeren Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Coronapandemie 2020/2021 und pandemiebezogenen Faktoren, Männer, Odds Ratios (n=586)  
Quelle: COVIMO 2021 (Wellen 3, 4, 6, 7)

**Abbildung 3b (unten)**  
Assoziationen zwischen einer geringeren Teilnahme an Präventionsmaßnahmen während der Coronapandemie 2020/2021 und pandemiebezogenen Faktoren, Männer, Odds Ratios, adjustiert nach soziodemografischen Faktoren (n=586)  
Quelle: COVIMO 2021 (Wellen 3, 4, 6, 7)



Für Männer zeigt sich ein ähnliches Bild hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen pandemiebezogenen Faktoren und einer geringeren Teilnahme an den Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung. Wie in [Abbildung 3a](#) und [3b](#) zu sehen ist, weisen die Ergebnisse auch für Männer bei drei der untersuchten pandemiebezogenen Faktoren auf mögliche Assoziation hin (Verunsicherung durch viele Informationen, Risikogruppe für SARS-CoV-2-Infektion, Impfstatus). Im nach soziodemografischen Faktoren adjustierten Regressionsmodell ([Abbildung 3b](#)) erreichten die jeweiligen OR fast alle positive Werte zwischen 1,5 und 2,0 (Ausnahme ist die OR von 0,7 des Werts von „Verunsicherung durch viele Informationen zur Pandemie“), aber die Chancenverhältnisse sind im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe nicht signifikant. Aber bei Männern bestätigten die Regressions-

berechnungen einen bereits in den bivariaten Analysen bedeutsamen pandemiebezogenen Faktor ([Abbildung 3b](#)): Männer, die die Regelungen zur Pandemie als weniger eindeutig wahrnahmen, hatten eine um das 3,3-fache erhöhte „Chance“, weniger an den Maßnahmen teilzunehmen (im Vergleich zur Gruppe, welche die Regelungen als eindeutig beurteilten).

#### 4. Diskussion

Die COVID-19-Pandemie hatte in den Jahren 2020 und 2021 weitreichende Einschränkungen im Alltag in Deutschland zur Folge, die auch die Durchführung und Nutzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erschwerten und zeitweise verhinderten. Unsere Analysen zeigen, wie sich das auf die Inanspruchnahme von

**Gesundheitsförderung und Prävention von nichtübertragbaren Erkrankungen sollten Teil der Krisenplanung in epidemisch bedeutsamen Lagen sein.**

Prävention und Gesundheitsförderung zur Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten auswirkte.

Fast zwei Drittel der Befragten nutzten die Angebote in Form von beispielsweise Kursen, Übungen oder Beratungen in den letzten 12 Monaten generell nicht, 7% nutzten die Angebote in gleichem Maße und 2% sogar vermehrt. Etwas mehr als ein Viertel verringerte die Teilnahme in dieser Zeit. Geschlecht, Alter und Bildung waren mit Unterschieden in der Teilnahme assoziiert. Wird nur die Gruppe betrachtet, die im Allgemeinen diese Maßnahmen in Form von beispielsweise Kursen, Übungen oder Beratungen in Anspruch nimmt, dann sind es sogar drei Viertel, die während der Pandemiejahre 2020/2021 seltener an Maßnahmen teilnahmen.

Bei der Bevölkerungsgruppe mit einer verringerten Teilnahme wurden verschiedene pandemiebezogene Faktoren im Hinblick auf eine Assoziation untersucht. Obgleich sich Unterschiede beobachten ließen, fand sich nur für die wahrgenommene Verständlichkeit der Regelungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV-2 signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer.

#### 4.1 Einordnung der Ergebnisse

Bei den Analysen in den Jahren 2020/2021 fällt der relativ hohe Anteil von 36,9% auf, der im Allgemeinen die Angebote nutzte. Das ist mehr als eine Verdoppelung im Vergleich zur ermittelten Häufigkeit für den Zeitraum 2008 bis 2011 (16,6% in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, [17]) bzw. 16,0% in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009 [26]) und etwa das Vierfache im Vergleich zu den Jahren 1997 bis 1999, in denen diese Frage mit dem Bundes-Gesundheits-

survey (BGS98) erhoben wurde (9,1%, [17]). Die Ergebnisse aus diesen Studien erlauben jedoch nur einen näherungsweise Vergleich, da dort zwar auch die Bevölkerung selbst befragt wurde, aber leicht abweichende Frageformulierungen und teilweise unterschiedliche Erhebungsmodi eingesetzt wurden, und sich die Datenauswertung in diesen Studien zum Teil auf Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konzentrierte. Aber auch aktuelle Daten aus dem Präventionsbericht der GKV weisen in Richtung einer gesteigerten Inanspruchnahme bis vor der Pandemie. Hier werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und die durch Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben erreichten Personenkreise berichtet. Bis zum vorpandemischen Jahr 2019 stieg der Anteil der durch betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) erreichten Betriebe/Standorte seit 2010 etwa um das 3,5-Fache und die Anzahl der erreichten anderen Lebenswelten mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung etwa um das 1,5-Fache [6, S. 51, 71]. Dabei wurden zu einem bedeutsamen Anteil verhaltensbezogene Maßnahmen vor allem zu den Themen Bewegung und Ernährung durchgeführt [6]. Die Verbreitung der rein individuell verhaltensbezogenen Prävention blieb in etwa auf einem ähnlich hohen Niveau [6, S. 98]. Insgesamt scheint die Schlussfolgerung anhand der vorliegenden Ergebnisse plausibel, dass es in den letzten zehn Jahren zu einem weiteren Anstieg in der Nutzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Form von Kursen, Übungen oder Beratungen gab.

Die mit den Daten aus der COVIMO-Studie beobachteten Unterschiede zur Teilnahmehäufigkeit in den Jahren 2020/2021 hinsichtlich verschiedener soziodemografischer

Gruppen fügen sich weitgehend in den bisherigen Forschungsstand zur Inanspruchnahme vor der Pandemie ein. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern entsprechen den Erkenntnissen aus früherer Forschung [6, 27–30], beispielsweise Analysen mit Daten aus den Studien DEGS [17] und GEDA [26], die für Frauen deutlich häufiger als für Männer eine Teilnahme an den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung fanden [17, 26]. Das allgemein beobachtbare höhere Gesundheitsbewusstsein von Frauen und die in der Regel nicht geschlechtsspezifisch ausgerichteten Angebote gelten als Ursache und Erklärung für diesen Unterschied [31]. Die innerhalb der Gruppe der Frauen beobachtete höhere Teilnahme in den mittleren und höheren Altersgruppen zeigte sich ebenso in Studien, die die Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung zu früheren Zeitpunkten untersuchten [17, 26]. Ebenso konnten frühere Studien für Deutschland diese Altersunterschiede in der Gruppe der Männer finden [26, 29, 31]. Auch hier gilt das mit zunehmendem Alter steigende Gesundheitsbewusstsein als Erklärung für die im Altersverlauf steigende Inanspruchnahme [32]. Die nur für Frauen beobachteten Bildungsunterschiede zeigten sich auch in anderen Studien, die für Männer keine signifikanten oder nur geringe Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen beziehungsweise Sozialstatusgruppen fanden [17, 31]. Dies sind Hinweise auf ein Zusammenwirken der Faktoren Geschlecht und soziale Lage im Hinblick auf präventives beziehungsweise gesundheitsförderliches Verhalten [31, 33].

Drei Viertel derjenigen, die im Allgemeinen diese Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nutzten, haben ihre Teilnahme während der Pandemie in den Jahren 2020/2021 verringert. Die Annahme, dass die hier

untersuchten pandemiebezogenen Faktoren – Verunsicherung durch viele coronabezogene Informationen, Verständlichkeit der Regelungen zur Eindämmung der Pandemie, Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe für eine SARS-CoV-2-Infektion, Impfstatus – mit einer geringeren Teilnahme an den Maßnahmen assoziiert sind, hat sich in unseren Datenanalyse weitgehend nicht bestätigt. Das erlaubt die Schlussfolgerung, dass es andere Faktoren sind, wie beispielsweise die Eindämmungsmaßnahmen, insbesondere der Lockdown, aber auch phasenweise angeordnete geschlossene Räumlichkeiten und Kontaktbeschränkungen, die zu einem geringeren Angebot solcher Maßnahmen geführt hatten. Dies hat Frauen und Männer, die im Allgemeinen an den Maßnahmen teilnehmen, an der konkreten Inanspruchnahme während der Pandemie gehindert. Somit ist es nicht gelungen, wenigstens vulnerable Gruppen wie Personen mit sozialer Benachteiligung, die ein höheres Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen, aber auch für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung haben, mit diesen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen.

In unseren berichteten Ergebnissen über mögliche Faktoren, die mit einer geringeren Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Pandemie Jahren 2020/2021 zusammenhängen könnten, zeigte sich nur für die wahrgenommene Verständlichkeit der Regelungen gegen die Verbreitung von SARS-CoV-2 eine signifikante Assoziation für die Gruppe der Männer. Fanden die Männer die Regelungen weniger eindeutig, dann nutzen sie weniger Angebote. Die COSMO-Studie konnte zeigen, dass Personen, welche die aktuellen Regelungen besser kennen, sie als weniger widersprüchlich wahrnehmen als Personen, denen

sie weniger bekannt sind [20]. Dies könnte bedeuten, dass Männer mit einer geringeren Regelkenntnis stärker verunsichert waren oder weniger Informationen hatten, wie sie an den noch bestehenden Angeboten oder Alternativen, zum Beispiel digitalen Angeboten oder Angeboten im Freien, hätten teilnehmen können. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Suche nach Gesundheitsinformationen waren schon vor der Pandemie bekannt. Männer suchen seltener nach Gesundheitsinformationen als Frauen [34, 35]. Während der COVID-19-Pandemie konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Männer während des Lockdowns Online-Medien seltener zur Informationssuche nutzten als Frauen [36]. Geschlechtsspezifische Unterschiede sollten bei der Kommunikation in Krisensituationen Berücksichtigung finden, z. B. bei der Vermittlung von pandemiebezogenen Informationen, wie den aktuell geltenden Regelungen.

Die mit den COVIMO-Daten bestätigten geschlechts- und soziallyagenbezogenen Unterschiede für die allgemeine Teilnahme an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind schon seit etwa zwei Jahrzehnten bekannt. Trotz der in diesem Zeitraum insgesamt gestiegenen Inanspruchnahme werden weiterhin Männer und Menschen aus der unteren Bildungsgruppe schlechter von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Vorbeugung von nichtübertragbaren Erkrankungen erreicht. Dieses als Präventionsdilemma bezeichnete Problem stellt eine der größten Herausforderung für Public Health in Deutschland dar und hat während der COVID-19-Pandemie noch an Relevanz gewonnen. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben im Allgemeinen eine höhere gesundheitliche Belastung durch nichtübertragbare Erkrankungen [37] und waren

im Laufe der Pandemie durch SARS-CoV-2-Infektionen [38] und psychosoziale Folgen stärker betroffen [14]. Während der Pandemie haben sich demnach bestehende sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt, was nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern beobachtet wurde [39]. Für die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland bedeutet das zum einen, pandemie-spezifische Unterstützung anzubieten [15, 16]. Die Umstellung beziehungsweise Ergänzung durch digitale Angebote kann dabei nur eine Maßnahme sein [6], denn auch wenn sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen digitale Medien genauso häufig nutzen wie andere Gruppen, so ziehen sie doch weniger Nutzen daraus (third-level digital divide) [40]. Auch in einer 2021 durchgeführten Befragung von 98 Krankenkassen und -verbänden gaben diese eine schwere Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen an und eine abnehmende gesundheitliche Chancengleichheit aufgrund der Pandemie [41]. Zum anderen sollten Strukturen und Bedingungen geschaffen werden, die es auch in Krisenzeiten wie der Pandemie ermöglichen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aufrechtzuerhalten. Diese notwendigen „resilienten Strukturen für Gesundheitsförderung“ sind so auszurichten und auszustatten, dass sie Kreativität und Flexibilität ermöglichen, um nicht planbare Bedingungen zu bewältigen [6, S. 14, 41] und gleichzeitig die gesundheitliche Chancengleichheit fördern [42]. Für zukünftige Schutzmaßnahmen in der COVID-19-Pandemie, anderen Epidemien oder gesellschaftlichen Krisen bedeutet dies, bei der Entwicklung der Eindämmungsmaßnahmen begleitend Gesundheitsförderung und Prävention für nichtübertragbare Krankheiten einzuplanen und soziale Determinanten im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes zu berücksichtigen [43].

## 4.2 Stärken und Schwächen

Die vorgestellten Ergebnisse sind nicht nur die ersten Daten zur Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Pandemie der Jahre 2020/2021, sondern seit längerem überhaupt die ersten Daten zur Teilnahme Erwachsener an diesen Angeboten aus Sicht der Bevölkerung. Die Analysen liefern wichtige Hinweise über die Verbreitung der Maßnahmen in den pandemischen Jahren 2020/2021 und berücksichtigen die Bedeutung soziodemografischer, aber auch pandemiebezogener Faktoren.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der Befragungszeitraum vom 17.3.2021 bis zum 18.8.2021 reichte und somit eine relativ große Zeitspanne umfasste. Da sich die Befragten bei ihrer Antwort zur Teilnahme an den Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf die letzten 12 Monate beziehen sollten, wird deutlich, dass die Befragten ihre Antworten auf unterschiedliche Zeiträume bezogen. Hinsichtlich des Verlaufs der Pandemie waren dies Zeiträume mit unterschiedlich starken Einschränkungen. Auch ist zu bedenken, dass der in den Analysen genutzte Impfstatus nicht berücksichtigt, wie lange der Impfschutz der befragten Person schon besteht. Dies schränkt die Interpretation des Faktors Impfstatus auf eine geringere Teilnahme an den Maßnahmen ein, da sich die Teilnahme auf die letzten 12 Monate bezog.

Nicht zuletzt ist bei der Einschätzung der Ergebnisse darauf hinzuweisen, dass es sich hier um eine Querschnittstudie handelt und die Ergebnisse Assoziationen darstellen, aber keine Kausalitäten aufdecken können. Des Weiteren ist die Zusammensetzung der Stichprobe zu berücksichtigen. Für die hier genutzten COVIMO-Wellen wurden nur

deutschsprachige Personen befragt, die telefonisch entweder mobil oder per Festnetz erreichbar waren. Es ist daher möglich, dass kleine Subgruppen, die gegebenenfalls besonders vulnerabel sind, nicht erreicht wurden.

Die Studienergebnisse weisen auf weiteren Forschungsbedarf hin. Im Hinblick auf eine geringere Teilnahme an den Maßnahmen sollten die in dieser Studie untersuchten pandemiebezogenen Faktoren, die keine signifikanten Unterschiede bei sehr großen Konfidenzintervallen zeigten, nochmals in größeren Stichproben, untersucht werden. Dabei könnten weitere pandemiebezogene Faktoren hinzugezogen werden. Hierzu gehören strukturelle Determinanten, beispielsweise die Verfügbarkeit von Angeboten, aber auch individuelle Faktoren, wie die Risikowahrnehmung und die Einstellung zu und der Umgang mit den SARS-CoV-2-Schutzmaßnahmen. Diese wurden z. B. in der COSMO-Studie [23] eingesetzt, konnten aber hier nicht untersucht werden. Auch wäre es für die zukünftige Kommunikation unter Pandemiebedingungen wichtig zu wissen, wie diese zielgruppenspezifisch formuliert sein müsste, um gerade Bevölkerungsgruppen mit höherem Risiko für nicht übertragbare Krankheiten zu motivieren, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auch während einer Krisensituation in Anspruch zu nehmen.

## 4.3 Fazit

Erfreulicherweise scheint sich die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Vorbeugung von nichtübertragbaren Erkrankungen in den letzten zehn Jahren erhöht zu haben. Diese Entwicklung wurde durch die Pandemie gestoppt. Ob diese

Entwicklung nur unterbrochen wurde und in den nächsten Jahren wieder einen vorpandemischen Umfang erreichen wird, ist zu hoffen. Auch während der Pandemiejahre 2020/2021 wurden sozial Benachteiligte schlechter erreicht. Deshalb werden für die Prävention und Gesundheitsförderung resiliente Strukturen gefordert, die auch in Krisenzeiten Maßnahmen ermöglichen, um benachteiligte Gruppen zu erreichen und der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit entgegenzuwirken. Da Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu nichtübertragbaren Erkrankungen das Potenzial haben, während einer pandemischen Lage zumindest teilweise den psychosozialen und gesundheitlichen Folgen der Krise entgegenzuwirken, sollten sie zukünftig Teil der Krisenplanung in epidemisch bedeutsamen Lagen sein.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Susanne Jordan  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [JordanS@rki.de](mailto:JordanS@rki.de)

**Zitierweise**

Jordan S, Kuhnert R, Schmid-Küpke NK, Starker A (2022)  
Teilnahme der erwachsenen Bevölkerung an Präventionsmaßnahmen  
für nichtübertragbare Krankheiten während der COVID-19-Pandemie  
in 2020/2021.  
J Health Monit 7(4): 39–57.  
DOI 10.25646/10667

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

COVIMO unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die COVIMO-Studie wurde auf Grundlage der geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vorab durch den Datenschutzbeauftragten des RKI geprüft. Alle Befragungspersonen werden zu Beginn des Telefoninterviews über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie den Datenschutz informiert und werden um ihre mündliche Einwilligung zur Teilnahme gebeten.

**Förderungshinweis**

Die COVIMO-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert (Förderkennzeichen ZMI1-2520PAT100).

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Die Autorinnen und der Autor bedanken sich bei den Teilnehmenden der COVIMO-Studie für die Beantwortung der Fragen.

**Literatur**

1. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases (2013–2020). [www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/) (Stand: 24.11.2022)
2. Präventionsgesetz (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Bundesgesetzblatt Teil I Nr 31 vom 24.07.2015:1368–1379



3. Schilling J, Buda S, Fischer M et al. (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epid Bull* (15):8–17
4. Tolksdorf K, Buda S, Schilling J (2021) Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epid Bull* (37):13–14
5. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2022) Comeback nach Mitgliederverlust. <https://www.dosb.de/sonderseiten/news/news-detail/news/comeback-nach-pandemiebedingtem-mitgliederverlust> (Stand: 24.11.2022)
6. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (2021) Präventionsbericht 2021. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Einrichtungen. Berichtsjahr 2020. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen, Berlin
7. Hajek A, De Bock F, Huebl L et al. (2021) Determinants of postponed cancer screening during the COVID-19 pandemic: Evidence from the nationally representative COVID-19 Snapshot Monitoring in Germany (COSMO). *Risk Manag Healthc Policy* 14:3003–3011
8. Heidemann C, Reitzle L, Schmidt C et al. (2022) Nichtanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie. *J Health Monit* 7(S1):2–19. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9507> (Stand: 24.11.2022)
9. Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T et al. (2022) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport bis zum Ende des Jahres 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), Berlin
10. Jordan S, Starker A, Krug S et al. (2020) Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. *J Health Monit* 5(S8):2–16. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6993> (Stand: 24.11.2022)
11. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 5(4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 24.11.2022)
12. Füzéki E, Schröder J, Reer R et al. (2021) Physical activity and well-being during the second covid19-related lockdown in Germany in 2021. *Sustainability (Switzerland)* 13(21)
13. Dragano N, Reuter M, Berger K (2022) Increase in Mental Disorders During the COVID-19 Pandemic – The Role of Occupational and Financial Strains. *Dtsch Arztebl Int* 119(11):179–187
14. Hoebel J, Grabka MM, Schröder C et al. (2022) Socioeconomic position and SARS-CoV-2 infections: seroepidemiological findings from a German nationwide dynamic cohort. *J Epidemiol Community Health* 76(4):350–353
15. Fiske A, Galasso I, Eichinger J et al. (2022) The second pandemic: Examining structural inequality through reverberations of COVID-19 in Europe. *Soc Sci Med* 292:114634
16. Strauß B, Berger U, Rosendahl J (2021) Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut* 66(3):175–185
17. Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):878–884
18. Ladebeck N, March S, Swart E (2015) Inanspruchnahme von Leistungen zur individuellen Gesundheitsförderung bei Erwerbstätigen: Ergebnisse der lidA-Studie. *Präv Gesundheitsf* 10(1):22–27
19. Okan O, Bollweg T, Bauer U et al. (2021) Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz: Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie. Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950307> (Stand: 24.11.2022)
20. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) (2020) Ergebnisse aus dem wiederholten querschnittlichen Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens. Stand: 12.06.2020 (Version 14-01). 16. Wahrgenommene Konsistenz der Regelungen. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/14-01/cosmo-analysis.html> (Stand: 24.11.2022)
21. USUMA (2022) Methodenbericht. COVIMO – COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland – Bundesweite Bevölkerungsbefragung im Rahmen der Durchführung von telefonischen Ad-hoc-Befragungen für das Robert Koch-Institut. USUMA, Berlin. [www.rki.de/covimo](http://www.rki.de/covimo) (Stand: 01.08.2022)
22. Betsch C, Wieler L, Bosnjak M et al. (2020) Germany COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany. *PsychArchives*
23. COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring (2020) Methode. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/method/> (Stand: 24.11.2022)

24. Lumley T (2011) *Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R*. Wiley, Hoboken, New Jersey
25. Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerehebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004 (Version 1). ZUMA-Methodenbericht 2006/08. [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/gesis\\_methodenberichte/2006/06\\_08\\_Schroedter.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2006/06_08_Schroedter.pdf) (Stand: 24.11.2022)
26. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 23–33
27. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) 2.3.2 Verhaltensprävention. *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland*. RKI, Berlin, S. 133–138
28. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) 2.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung. *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland*. RKI, Berlin, S. 138–143
29. Keil J, Brendler V, Sachse C et al. (2020) Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Gesundheitswesen* 82(3):e17–e23
30. Hiller J, Schatz K, Drexler H (2017) Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review. *Z Gesundh Wiss* 25(4):339–349
31. Jordan S (2020) Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Eine Analyse von Einflussfaktoren auf die Nutzung von Verhaltensprävention bei Erwachsenen. Universität Bielefeld, Bielefeld
32. Jordan S, Domanska O, Firnges C (2017) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein: Überlegungen zur Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy – Die zunehmende Bedeutung von Wissen und Kompetenzen für die Gesundheit*. Hogrefe, Bern, S. 225–237
33. Abel T, Bucher S, Duetz M et al. (2002) Gesundheitsrelevante Lebensstile und soziale Differenzierung: Zur Weiterentwicklung eines empirischen Konzepts in der Public Health Forschung. In: Flick U (Hrsg) *Innovation durch New Public Health*. Hogrefe, Göttingen, S. 113–136
34. Baumann E, Czerwinski F, Rosset M et al. (2020) Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsbl* 63(9):1151–1160
35. Horch K (2021) Suche von Gesundheitsinformationen im Internet – Ergebnisse der KomPaS-Studie. *J Health Monit* 6(2):71–77. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8399> (Stand: 24.11.2022)
36. Lemenager T, Neissner M, Koopmann A et al. (2021) Covid-19 lockdown restrictions and online media consumption in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 18(1):1–13
37. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
38. Beese F, Waldhauer J, Wollgast L et al. (2022) Temporal Dynamics of Socioeconomic Inequalities in COVID-19 Outcomes Over the Course of the Pandemic – A Scoping Review. *Int J Public Health* 67:1605128
39. Jensen N, Kelly AH, Avendano M (2021) The COVID-19 pandemic underscores the need for an equity-focused global health agenda. *Humanit Soc Sci Commun* 8(1):15
40. van Deursen AJAM, Helsper EJ (2015) *The Third-Level Digital Divide: Who Benefits Most from Being Online?* Communication and Information Technologies Annual. Emerald Group Publishing Limited, S. 29–52
41. Nguyen TH, Marschall J (2021) Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention – eine Erhebung. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg) *Präventionsbericht 2021 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Einrichtungen Berichtsjahr 2020*. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen, Berlin, S. 15–19
42. Voss M, Hartl J (2022) Aus der Krise lernen. Auf dem Weg zu einer resilienten Gesundheitsförderung. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/aus-der-krise-lernen/> (Stand: 24.11.2022)
43. Buse K, Nilo A, Kim J et al. (2020) COVID-19 combination prevention requires attention to structural drivers. *Lancet* 396(10249):466

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)

### Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese  
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

### Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

### Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

### Bildnachweis

Aufnahme von SARS-CoV-2 auf Titel und Marginalspalte:  
© CREATIVE WONDER – stock.adobe.com

ISSN 2511-2708

### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit