



Präventionsbericht 2023

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2022

Impressum

Autorinnen

Nadine Schempp
Lena Kaun
Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

Koffler DruckManagement GmbH

November 2023

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel: hedgehog94/AdobeStock
S. 2: PicturePeople (2)
S. 5: Florian Küttler, floriankuettler.de (o.)
LICHTSCHACHT - Studie für Fotografie;
Olaf Schwickerath (u.)
S. 14: Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 15: Anna Schäflein; Annette Koroll;
Katrin Biller (v. o. n. u.)
S. 22: Tom Maelsa, tommaelsa.com
S. 25: Tom Maelsa, tommaelsa.com (o.);
Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (u.)
S. 75: Sara Blake, Fotostudio Licht & Schatten
S. 110: Michelle Strebe
S. 112: Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 134: W. Banzer



PRÄVENTIONSBERICHT 2023

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2022

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

GKV-Spitzenverband, Berlin

Medizinischer Dienst Bund, Essen

Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin



BKK Dachverband, Berlin



IKK e. V., Berlin



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



KNAPPSCHAFT, Bochum



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin



Vorwort

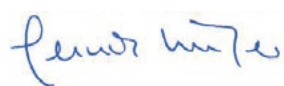
Der vorliegende Präventionsbericht stellt die Ausgaben und Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung dar. Für das Jahr 2022 lässt sich ein positives Resümee ziehen: Die Ausgaben und Aktivitäten für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention - sind im Berichtsjahr 2022 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Dies trifft auch auf den Bereich der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu. Die bereits im Jahr 2021 zu verzeichnende Stabilisierung der Leistungen der Kranken- und Pflegekassen hat sich also auch 2022 fortgesetzt, nachdem im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen war.

Ergänzend zu dem umfassenden Zahlenwerk, das beispielsweise auch Auskunft über die Anzahl der erreichten Menschen und die adressierten Themen gibt, veranschaulichen zahlreiche Praxisbeispiele die Arbeit der Kranken- und Pflegekassen vor Ort. So wird in 16 Landesbeiträgen über die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Ländern berichtet. Der Sonderteil zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege legt in diesem Jahr einen Schwerpunkt auf das Thema Gewaltprävention.

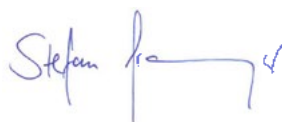
Im Juni 2023 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) den zweiten Präventionsbericht als einen zentralen Bestandteil der nationalen Präventionsstrategie vorgelegt. Der Bericht illustriert, wie sich die stimmberechtigten Mitglieder der NPK für eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit und ein koordiniertes Vorgehen an den Schnittstellen ihrer Leistungsbereiche einsetzen (vgl. S. 25 ff.). Der GKV-Spitzenverband setzt sich als einer der NPK-Träger für den von der Weltgesundheitsorganisation geprägten Ansatz „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in All Policies, HiAP) ein. Das gesundheitsfördernde Engagement muss dabei weit über die gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen und als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe begriffen sowie verankert werden. Ihr volles Potenzial wird die Präventionsstrategie nur ausschöpfen können, wenn sich neben den stimmberechtigten auch die beratenden NPK-Mitglieder - insbesondere die Länder und Kommunen - mit verbindlichen Beiträgen beteiligen. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der Kranken- und Pflegekassen sowie deren Evaluation und Dokumentation werden wir auf Grundlage des zweiten NPK-Präventionsberichts kontinuierlich weiterentwickeln.

Den Kolleginnen und Kollegen der Kranken- und Pflegekassen gilt ein Dank für ihr vielfältiges Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die Mitwirkung an der Dokumentation. Den Mitarbeiterinnen des MD Bund danken wir für die Datenauswertung und -aufbereitung sowie für die Erstellung des Berichts.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!



Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund, Essen



Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	10
Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention	14
GKV-Bündnis für Gesundheit - Wie geht es weiter?	14
Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention	
Zwischenergebnisse der Evaluation des Förderprogramms	15
Den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels vorbeugen	22
Zweiter Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz	
Zentrale Erkenntnisse und Entwicklungen seit dem ersten Bericht	25
Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Bundesländern	28
Baden-Württemberg	29
Bayern	30
Berlin	31
Brandenburg	32
Bremen	33
Hamburg	34
Hessen	35
Mecklenburg-Vorpommern	36
Niedersachsen	37
Nordrhein-Westfalen	38
Rheinland-Pfalz	39
Saarland	40
Sachsen	41
Sachsen-Anhalt	42
Schleswig-Holstein	43
Thüringen	44
Zahlen im Überblick	46
GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V)	48
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der	
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)	49
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht	50

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	51
Anzahl der Lebenswelten	52
Art und Anzahl der Lebenswelten	53
Laufzeit	54
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	55
Zielgruppen	56
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	57
Koordination und Steuerung	58
Bedarfsermittlung	59
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	60
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	61
Art der Umgestaltung	61
Erfolgskontrollen	61
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen	62
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen	63
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	64
Betriebliche Gesundheitsförderung	74
BGF-Koordinierungsstellen: Gemeinsam mehr Unternehmen vom Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung überzeugen	75
Erreichte Betriebe, Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten und Laufzeiten der Aktivitäten	78
Branchen	79
Betriebsgröße	80
Erreichte Beschäftigte	81
Zielgruppen	82
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten	83
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	84
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	85
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	86
Koordination und Steuerung	87
Bedarfsermittlung	88
Formen der Mitarbeitendenbeteiligung	89
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	90
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	91
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen	92
Erfolgskontrollen	93
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung	94
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe	95
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation	99
Evaluation	99
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung	100

Individuelle verhaltensbezogene Prävention	104
Inanspruchnahme.	105
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	106
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	107
Zentrale Prüfstelle Prävention sichert zuverlässig Qualität bei Präsenz- und digitalen Präventionsangeboten	110
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	112
Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	114
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation	115
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	116
Laufzeit der Aktivitäten.	119
Zusammensetzung der Steuerungsgremien.	120
Beteiligte Akteure	121
Ablauf der Umsetzungsphase	123
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen	127
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen.	128
Präventionsziele in der stationären Pflege	129
Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen	130
Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	133
Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen	134
Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der Pflege – das BAGGer Projekt	136
Betriebliche Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege: Ansprache der Zielgruppe und Erkenntnisse zur Maßnahmenumsetzung	137
PEKo 2.0 – Gewaltprävention in der ambulanten Pflege und im Krankenhaus	138
astra plus Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege	139
Verknüpfung der BGF für Pflegenden mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	140
Resi Saluto – Stationäre Pflegeeinrichtung wird zu Ort des Wohlfühlens.	141
GEWALTFREI PFLEGEN – Ein Kommunikationsprojekt	142
Gewaltprävention – eine Frage von Akzeptanz, Verständnis und Rücksicht.	143
aktiviert.GESTÄRKT.zufrieden	144
MAKS® – Die Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz	145
Präventionsmaßnahme Gartentherapie: Wenn Gärten leben helfen	146
Empfehlungen und Ausblick.	147

Anhang	148
Wichtige Kennziffern	148
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen	150
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	150
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention ..	151
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	151
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	152
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen	152
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	153
Tabellenband	154
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht	155
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	155
Abbildungsverzeichnis	156
Tabellenverzeichnis	159

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2023 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und in der Individualprävention sowie über die Leistungen der Pflegekassen in der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2022. Ein Sonderteil gibt zum mittlerweile vierten Mal einen vertiefenden Einblick in die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention

Im diesjährigen Schwerpunktteil „Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“ werden Bundesaktivitäten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Ein Beitrag widmet sich der gesetzlichen Neuregelung des § 20a Abs. 3 bis 8 SGB V zur Umsetzung kassenartenübergreifender Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Die gemeinsame Initiative aller Krankenkassen hat seit 2016 eine Vielzahl an Aktivitäten auf den Weg gebracht, hierzu zählt u. a. das Kommunale Förderprogramm, welches begleitend evaluiert wird. Über erste Erkenntnisse der noch bis 2026 laufenden Evaluation wird in einem externen Fachbeitrag berichtet (vgl. S. 15 ff.).

Im Sommer 2023 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) dem Bundesministerium für Gesundheit den zweiten NPK-Präventionsbericht übermittelt. Der Beitrag in diesem Bericht bildet die zentralen Erkenntnisse überblicksartig ab (vgl. S. 25 ff.). Die NPK widmet sich seit 2022 dem Themenfeld Klimawandel und Gesundheit. Parallel dazu haben die Krankenkassen dieses Thema auch im Leitfaden Prävention aufgegriffen. Ein Beitrag stellt dar, welche Unterstützungsleistungen die Krankenkassen zur Vorbeugung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren in der Gesundheitsförderung und Prävention vorhalten (vgl. S. 22 ff.).

Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Bundesländern

Je Bundesland wird in einem Textbeitrag anhand ausgewählter Aktivitäten über die GKV-seitige Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) berichtet (vgl. S. 28 ff.). Eine Vielzahl der hier abgebildeten Aktivitäten wird im Rahmen der kassenartenübergreifenden Initiative GKV-Bündnis für Gesundheit umgesetzt. Die Beiträge verdeutlichen die vielfältigen Initiativen, die in den vergangenen Jahren u. a. unter dem gemeinsamen Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Bundesländern entstanden sind.

Zahlen im Überblick

Im Berichtsjahr wurden Menschen in 50.349 Lebenswelten mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht (2021: 40.650). Mit Aktivitäten der BGF wurden 1.975.093 Beschäftigte in 26.439 Betrieben angesprochen (2021: 18.437 Betriebe). Die Krankenkassen förderten 1.294.193 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention (2021: 796.595 Teilnahmen).

Insgesamt lässt sich eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Berichtsjahr 2021 feststellen. Die bereits 2021 zu verzeichnende Stabilisierung hat sich damit auch 2022 fortgesetzt. So gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention insgesamt 583.867.822 Euro aus (2021: 537.678.717 Euro). Dabei wurden durchschnittlich 7,93 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind etwa 8 % mehr als im Vorjahr (2021: 7,34 Euro). Der Orientierungswert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für das Jahr 2022 von 7,94 Euro je Versicherten konnte damit fast erreicht werden. Der Anstieg der Ausgaben ist auf ein höheres Ausgabenvolumen in allen drei Bereichen zurückzuführen: Die Ausgaben für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten lagen bei 158.655.700 Euro (2021: 147.509.502 Euro), für BGF-Maßnahmen bei

257.421.055 Euro (2021: 246.897.000 Euro¹). Für individuelle Präventionsangebote wendeten die Krankenkassen 167.791.066 Euro auf (2021: 143.272.215 Euro).

Die Pflegekassen erreichten mit ihren Präventionsmaßnahmen 101.199 pflegebedürftige Menschen in 2.529 stationären Pflegeeinrichtungen. Die Anzahl erreichter pflegebedürftiger Menschen (2021: 92.046) sowie erreichter Pflegeeinrichtungen (2021: 1.859) konnte somit im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden. Auch die Ausgaben der Pflegekassen konnten mit 18.461.831 Euro gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden (2021: 16.289.401 Euro). Durchschnittlich wurden 0,25 Euro pro Pflegeversicherten ausgegeben (2021: 0,22 Euro). Der Mindestausgabewert nach § 5 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 0,34 Euro pro Pflegeversicherten wurde unterschritten, jedoch konnten die Pflegekassen ihre bisher höchsten Ausgaben für Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen verzeichnen und damit an den kontinuierlichen Anstieg der Leistungen vor der Corona-Pandemie anknüpfen.

Auch auf Ebene der Aktivitäten ist im Vergleich zu 2021 eine deutliche Steigerung in allen Bereichen festzustellen. Dies trifft insbesondere auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu. Hier zeigt sich auch im Vergleich zu 2019 und damit vor der Corona-Pandemie eine deutliche Zunahme der erreichten Lebenswelten und Personen.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Insgesamt konnten 50.349 Lebenswelten (u. a. Kita², Schule oder Kommunen) erreicht werden, was eine Steigerung um 24 % bedeutet (2021: 40.650). Damit konnte auch die Anzahl der erreichten Lebenswelten vor Beginn der Corona-Pandemie deutlich übertroffen werden (2019:

45.077). Die meisten Aktivitäten wurden in Kitas (28 %) und Grundschulen (26 %) umgesetzt. Insgesamt konnten 9.262.221 Kinder/Jugendliche und Erwachsene in Lebenswelten erreicht werden (2021: 5.961.940).

Neben Informationen zu erreichten Lebenswelten und Personen gibt der vorliegende Bericht auch einen Einblick in die inhaltliche Ausgestaltung der Aktivitäten. So waren beispielsweise 71 % der Aktivitäten in Lebenswelten auf das Themenfeld Ernährung ausgerichtet. Darauf folgen die Themen Stärkung psychischer Ressourcen, Bewegung und Gesundheitskompetenz (je etwa 69 %). Bei einem Großteil der Aktivitäten wurden Steuerungsgremien etabliert (zu 87 %), um die Gesundheitsförderungsmaßnahmen von der Bedarfsanalyse über die Planung bis zur Umsetzung und Evaluation zu begleiten und inhaltlich zu strukturieren.

Eine Sonderauswertung widmet sich wie auch in den Vorjahren dem Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ (ehemals: Kooperationsprojekt von Krankenkassen und Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt) (vgl. S. 62 f.).

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen 1.975.093 Beschäftigte in 26.439 Betrieben erreichen. Die Anzahl der Betriebe ist damit gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegen (2021: 18.437 Betriebe). Wie im Vorjahr fand der größte Anteil der Aktivitäten (2022: 27 %) im Bereich „weitere Dienstleistungen“ statt. Hierzu zählen u. a. freiberufliche, wissenschaftliche, technische und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen. Darauf folgen Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe mit 25 % und Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen mit 18 %.

¹ Die Ausgaben in der BGF enthalten nicht verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 21,6 Millionen Euro, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden (vgl. S.74).

² Im Folgenden werden zur Vereinfachung Kindergärten und Kindertagesstätten unter dem Begriff „Kita“ zusammengefasst.

Die Krankenkassen engagierten sich zudem in 166 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF. Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) konnten am stärksten von überbetrieblichen Netzwerken profitieren. Diese waren mit 48 % zu fast der Hälfte an Netzwerken und Kooperationen beteiligt.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Verhaltensbezogene Präventionsangebote fokussieren das individuelle Gesundheitsverhalten und die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten. 2022 wurden insgesamt 1.294.193 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert, was eine Zunahme um etwa 60 % im Vergleich zum letzten Berichtsjahr bedeutet (2021: 796.595). 80 % der Kursteilnehmenden waren weiblich.

Mit 60 % wurden am häufigsten Kursangebote im Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen, gefolgt von Kursteilnahmen im Handlungsfeld Stressmanagement mit 35 %.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen haben im Berichtsjahr 2022 in 2.186 Pflegeeinrichtungen zu den Möglichkeiten und Inhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten informiert und beraten. Im Vergleich zum Vorjahr mit 1.556 beratenen Einrichtungen ist damit eine deutliche Zunahme bei der Informationsvermittlung zu verzeichnen.

Die Aktivitäten in der Umsetzungsphase konnten im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls gesteigert werden. So setzten die Pflegekassen in 2.529 Pflegeeinrichtungen präventive Leistungen entsprechend dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ um (2021: 1.859 Pflegeeinrichtungen). Insgesamt wurden 101.199 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeein-

richtungen erreicht; dies sind 10 % mehr als im Vorjahr (2021: 92.046 Pflegebedürftige).

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Mit der Konzierten Aktion Pflege (KAP) hat sich die Bundesregierung gemeinsam mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kranken- und Pflegekassen, den Ausbildungsträgern, den Berufsgenossenschaften, den Sozialpartnern u. a. das Ziel gesetzt, den Arbeitsalltag von beruflich Pflegenden zu verbessern. Inhalt des umfassenden Maßnahmenpakets ist u. a. die Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten BGF-Aktivitäten für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. In dem Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ wird im vierten Jahr über das Engagement der Kranken- und Pflegekassen berichtet (vgl. S. 133 ff.). In diesem Jahr nehmen Gewaltpräventionsprojekte einen besonderen Stellenwert ein. Nach einem externen Fachbeitrag zum Thema „Gewaltprävention“ in Pflegeeinrichtungen von Prof. Dr. Annette Horn (FH Münster - University of Applied Sciences) werden vier Praxisbeispiele vorgestellt, die BGF-Maßnahmen für beruflich Pflegenden nach § 20b SGB V entwickeln bzw. umsetzen, sowie drei weitere Beispiele, bei denen die BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI verknüpft werden. Zu diesem kombinierten Vorgehen findet sich im Bericht auch eine quantitative Auswertung. Ergänzend wird über drei Aktivitäten berichtet, die präventive Leistungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI entwickeln bzw. umsetzen.

Empfehlungen und Ausblick

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die Kranken- und Pflegekassen ihr Engagement in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber dem Vorjahr ausgebaut haben. Dieser Trend lässt sich sowohl auf der Ebene der Ausgaben als auch an der Anzahl der Aktivitäten festmachen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit, dessen gesetzliche Grundlage neu geregelt wurde, wird ab dem Jahr 2024 auf fachlicher Ebene weitere Impulse in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung geben. Dies wird sich in den kommenden Jahren auch in den Ausgaben und Aktivitäten zeigen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben gesehen und verankert werden - sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch auf kommunaler Ebene.

GKV-Bündnis für Gesundheit

Wie geht es weiter?



Autorin und Autor:
Jens Hupfeld,
GKV Spitzenverband;
Merle Wiegand,
GKV-Spitzenverband

Mit der gesetzlichen [Neuregelung des § 20a Abs. 3 bis 8 SGB V](#)³ wird das GKV-Bündnis für Gesundheit – die kassenartenübergreifende Initiative zur Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention – in Verantwortung und Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände fortgeführt und weiterentwickelt. Die Krankenkassen stellen hierfür ab 2024 53 Cent je Versicherten zur Verfügung. Die Aktivitäten des Bündnisses werden stärker auf die Landesebene verlagert und die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband entfällt.

Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften und landesspezifische Schwerpunkte

Um die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer kassenartenübergreifenden Aufgaben zu unterstützen, bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Land gemeinsame Arbeitsgemeinschaften. Ein Aufgabenschwerpunkt dieser Arbeitsgemeinschaften besteht in der länderspezifischen Gestaltung und Förderung von Maßnahmen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen (vgl. S. 28 ff.). Die seit 2019 bestehenden [Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit](#)⁴ werden in die zu gründenden Arbeitsgemeinschaften integriert. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Arbeitsgemeinschaften bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben u. a. durch die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen, durch Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen sowie durch die Entwicklung und Erprobung gesundheitsförderlicher Konzepte.

Umsetzung von Förder- und Bundesprogrammen

Seit Gründung des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Jahr 2016 wurden eine Vielzahl an Aktivitäten auf den Weg gebracht und gesundheitsförderliche Strukturen insbesondere auf kommunaler Ebene auf- und ausgebaut. Das GKV-Bündnis für Gesundheit knüpft unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen daran an und versteht sich als Impulsgeber in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung. So sollen das bereits im Jahr 2019 gestartete Kommunale Förderprogramm (vgl. S. 15 ff.) und Bundesprogramme wie das alkoholpräventive Programm „HaLT – Hart am Limit“ mit weit mehr als 120 Standorten weitergeführt werden.

Übergreifende Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

Neben der Abstimmung und Vorlage eines jährlichen Arbeitsprogramms unter Einbindung der Nationalen Präventionskonferenz, dem Mitteleinzug und der Mittelverteilung an die Arbeitsgemeinschaften sowie der jährlichen Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit verantwortet der GKV-Spitzenverband auch die unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften und der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes. Die Ergebnisse dieser Evaluation sollen erstmals im Jahr 2027 vorgelegt werden.

Informationen über das GKV-Bündnis für Gesundheit werden auf dem Portal www.gkv-buendnis.de gebündelt und der interessierten Fachöffentlichkeit bekannt gemacht.

³ s. auch Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und zur Änderung weiterer Gesetze, Bundesgesetzblatt BGBl. I Nr. 123

⁴ Die Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit wurden seit 2019 in den Bundesländern implementiert, um das Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit fachlich zu begleiten.

Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention

Zwischenergebnisse der Evaluation des Förderprogramms

Mit dem Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit wird seit 2019 das Ziel verfolgt, die kommunale Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung in Lebenswelten systematisch zu stärken sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Ansatzpunkte der mehrjährigen Förderung der Kommunen⁵ sind der Aufbau von Steuerungsstrukturen und lebensweltbezogene Interventionen, damit vulnerable Zielgruppen stärker als zuvor von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen profitieren.

Die **wissenschaftliche Begleitevaluation**⁶ untersucht das Zusammenwirken von Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Förderung in den Kommunen. Dabei

sollen Erkenntnisse über Erfolgsbedingungen und Hinderungsgründe kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention gewonnen werden. Von 2020 bis 2026 werden in vier Evaluationsphasen die Ausgangslage, die Umsetzung, die Ergebnisse und die Nachhaltigkeit in allen geförderten Kommunen erhoben (Tab. 1). Die Erhebungszeitpunkte der Online-Befragungen und Interviews mit den Projektverantwortlichen in den Kommunen richten sich nach dem jeweiligen Starttermin und der Laufzeit der Förderung.⁷ Der vorliegende Beitrag basiert auf Ergebnissen zur Ausgangslage in allen geförderten Kommunen und auf Zwischenergebnissen zur laufenden Umsetzung in einem Teil der Kommunen nach zwei Jahren Förderdauer.



Autorinnen und Autor:
Janko Vollmer,
Prognos AG
Verena Stengel,
Prognos AG
Prof. Dr. Petra Kolip,
Universität Bielefeld

Tab. 1: Erhebungen in vier Evaluationsphasen, orientiert am Förderzeitraum der einzelnen Kommunen

Evaluationsphasen	Erhebungen	
	Förderbereich Kommunaler Strukturaufbau	Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen
1. Ausgangslage der Kommunen (abgeschlossen, Oktober 2020 bis Juni 2022)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 69 online befragte Kommunen (Vollerhebung) ▪ 16 Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 44 online befragte Kommunen (Vollerhebung) ▪ 15 Interviews
2. Umsetzung nach zwei Jahren Förderung (läuft seit Februar 2022)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 39 online befragte Kommunen ▪ 6 Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 online befragte Kommunen ▪ 7 Interviews
3. Ergebnisse nach Förderphase I (läuft seit Dezember 2022)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 online befragte Kommunen ▪ 4 Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 online befragte Kommune ▪ 3 Interviews
4. Nachhaltigkeit nach Förderphase II (beginnt 2024)		

⁵ Die Kommunen umfassen Landkreise, kreisfreie Städte und Bezirke der Stadtstaaten.

⁶ Die Prognos AG führt die Evaluation in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld) und Prof. Dr. Julika Loss (Robert Koch-Institut) durch.

⁷ Der Methodenmix der Evaluation beinhaltet weitere Instrumente, wie Dokumentenanalysen sowie Interviews mit Programmbeteiligten und Fallbeispiele.

Kommunaler Strukturaufbau stärkt die Gesundheitsförderung und Prävention in zahlreichen Kommunen

Die **Förderung für den Strukturaufbau** richtet sich an Kommunen mit sozialen und gesundheitlichen Problemlagen⁸: In mehr als 60 Kommunen werden Strukturen zur Steuerung und Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention auf- oder ausgebaut. Gleichzeitig werden die kommunalen Bedarfe analysiert, Strategien entwickelt, Zielgruppen und Handlungsschwerpunkte ausgewählt und Maßnahmen geplant. Die Fördervorhaben starteten zumeist 2020 und sind auf fünf Jahre angelegt (inkl. optionaler Nachhaltigkeitsphase), vielerorts ist aber etwas mehr Zeit erforderlich, fast immer wegen Problemen während der Corona-Pandemie.

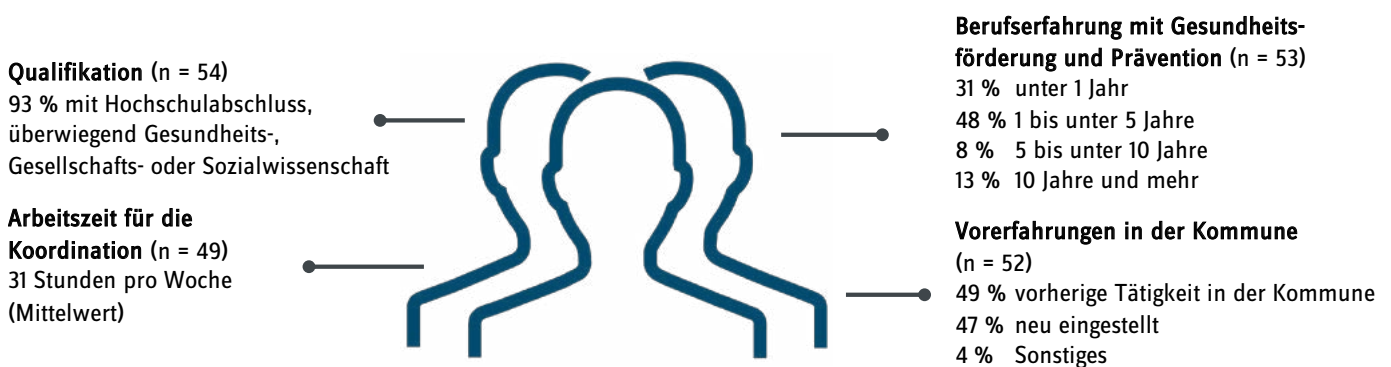
Für den Strukturaufbau gab es unterschiedliche **Startbedingungen in den Kommunen**. Einige Kommunen hatten bereits Vorerfahrungen aus gesundheitsfördernden oder präventiven Projekten und andere nicht. Vor der Förderung waren die Strukturen überwiegend schwach ausgeprägt, und es gab nur vereinzelte Abstimmungen mit

Organisationen, Trägern und Einrichtungen bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem zeigten sich oft Engpässe bei qualifiziertem Personal für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Diese Ausgangsbedingungen führten insgesamt dazu, dass die Förderung **gesundheitlicher Chancengleichheit** zuvor nicht systematisch verfolgt wurde. Das Bewusstsein der kommunalen Leitungen und der Fachbereiche für strategische Ansätze und der Wunsch nach entsprechender Strukturentwicklung ist jedoch ausgeprägt.

Die anteilig durch Fördermittel und kommunale Mittel finanzierten **Prozesskoordinationen** kümmern sich hauptamtlich um den Strukturaufbau in den geförderten Kommunen. Zumeist sind sie einem Fachbereich mit gesundheitlichem oder sozialem Schwerpunkt und seltener auch direkt der kommunalen Leitung zugeordnet. Abbildung 1 zeigt, dass sie unterschiedlich umfangreiche Vorerfahrungen mit Gesundheitsförderung und Prävention und der Arbeit in der Kommune mitbringen.

Abb. 1: Prozesskoordinationen für den kommunalen Strukturaufbau



Quelle: Online-Befragungen zur Ausgangslage und Umsetzung 2020 bis 2023, Eigene Darstellung © Prognos AG, 2023

⁸ Das Förderangebot richtete sich an 195 Kommunen, deren Einwohnerschaft unter Berücksichtigung von Bildungs-, Berufs- und Einkommensindikatoren im bundesweiten Vergleich als sozial benachteiligt gilt.

Viele Kommunen konnten die Stelle direkt zu Förderbeginn qualifiziert besetzen. Insbesondere in Kommunen, die Fachkräfte von außerhalb anwerben mussten, gelang die **Stellenbesetzung** teilweise erst zu einem späteren Zeitpunkt. In manchen Kommunen war die Stelle auch im Förderverlauf phasenweise unbesetzt, weil die Nachbesetzung bei Personalwechseln schwierig war. Als förderlich für personelle Kontinuität haben sich laut Interviews vor allem attraktive Arbeitsbedingungen erwiesen, z. B. durch eine unbefristete Stelle, ein unterstützendes Umfeld, Verteilung der Stelle auf mehrere Personen sowie eine der Tätigkeit und Qualifizierung angemessene Gehaltseinstufung.

Insgesamt vermitteln die Prozesskoordinationen in Befragungen und Interviews ein positives Bild ihrer **Arbeitsbedingungen** und Tätigkeiten. Sie geben überwiegend an, sich gut durch Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte und die kommunale Leitung unterstützt zu fühlen und innerhalb der Verwaltung vernetzt zu sein. Auch waren knapp 70 % mit den verfügbaren Ressourcen an ihrem Arbeitsplatz zufrieden. Gleichwohl schildern sie auch, wie anspruchsvoll ihre Arbeit ist und dass verschiedene Kompetenzen gefragt sind (z. B. Vernetzung, Motivation von Akteuren, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, präventionsbezogenes Fachwissen, Kenntnis der kommunalen Strukturen).

Die Zwischenergebnisse aus den Erhebungen zur Umsetzung (Online-Befragung und Interviews) sowie Dokumentenanalysen ergaben einen **typischen Aufbau der gesundheitsfördernden Strukturen** in den meisten Kommunen: ein dauerhaft eingerichtetes zentrales Gremium, das mit Arbeitsgruppen und vielfältigen weiteren Formaten zeitweise und bedarfsbezogen zusammenarbeitet. In einigen Kommunen gibt es zusätzlich eine übergeordnete Instanz auf Leitungsebene der Verwaltung, die final über den Ressourceneinsatz

und/oder Maßnahmen entscheidet, die im zentralen Gremium erarbeitet werden (Abb. 2). In den Steuerungsstrukturen sind vielfältige kommunale Ressorts (vor allem Gesundheit, Soziales, Jugend, Senioren und Familie) und diverse weitere Akteursgruppen (insbesondere Personen aus der beruflichen oder ehrenamtlichen Arbeit mit Zielgruppen, der Kommunalpolitik, aus Krankenkassen und Interessenvertretungen von Zielgruppen). Die meisten bis dato befragten Prozesskoordinationen bewerten die Zusammenarbeit und das Engagement der Beteiligten positiv. Zudem sehen sie fast alle einen Bedeutungsgewinn für Gesundheitsförderung und Prävention in ihren Kommunen durch die Strukturentwicklung.

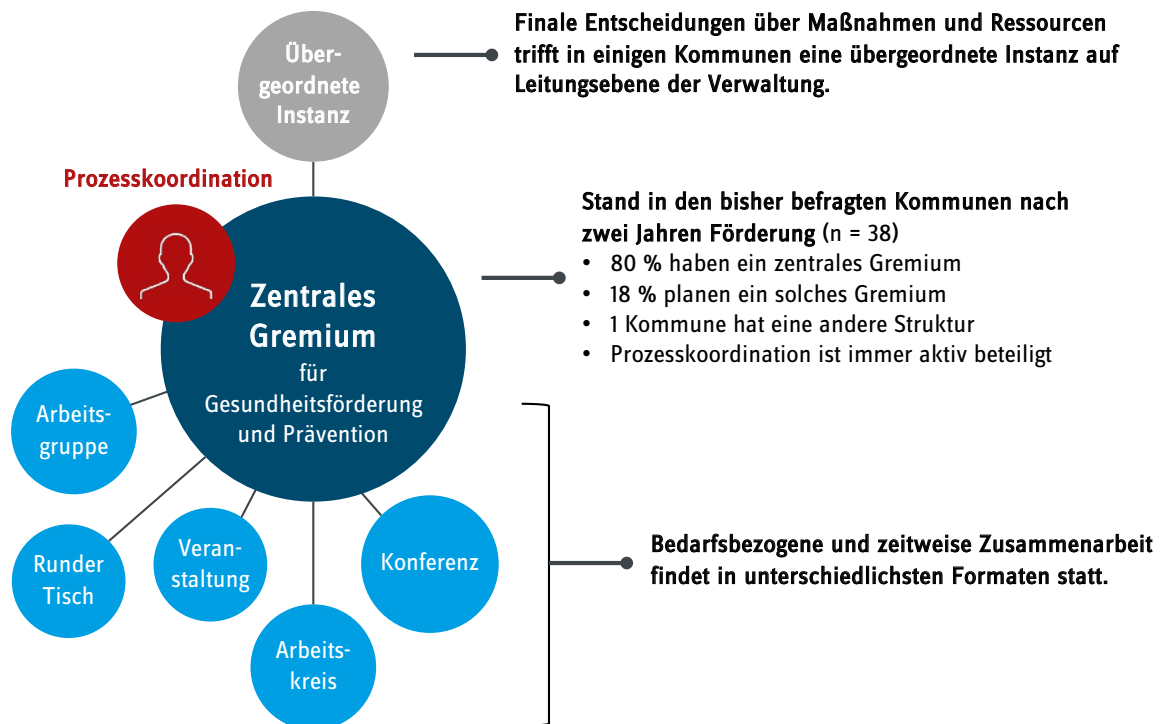
Die **Partizipation der Zielgruppen** ist eine wesentliche Grundlage für gelingende Gesundheitsförderung und Prävention und gleichzeitig herausfordernd. Bei den Bedarfsanalysen gelingt die Partizipation in den bisher befragten Kommunen mithilfe verschiedener Instrumente und Formate. Bei der strategischen Festlegung gesundheitsförderlicher und präventiver Ziele findet die Beteiligung der Zielgruppen hingegen nur in rund einem Drittel der bisher befragten Kommunen statt.

Zielgruppenspezifische Interventionen erreichen besonders vulnerable Gruppen

Die **Förderung für zielgruppenspezifische Interventionen** wird von **über 40 Kommunen genutzt**, wovon jede Dritte ebenfalls die Förderung zum Strukturaufbau erhält. Insgesamt werden rund 50 gesundheitsfördernde und präventive Interventionen für vulnerable Zielgruppen gefördert, weil einige der Kommunen gleich zwei Vorhaben umsetzen.⁹ In jeder Kommune werden Koordinierungsstrukturen genutzt oder aufgebaut, lokale Ressourcen und Bedarfe analysiert, Ziele formuliert sowie Maßnahmen entwickelt und umgesetzt. Die Qualitätssicherung und Evaluation der Umsetzung sind ebenfalls vorgesehen. Die

⁹ Weitere beantragte Interventionen, die aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Mai 2021 (B 1 A 2/20 R) nicht mehr im Rahmen des Förderprogramms innerhalb der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche

Abb. 2: Typischer Aufbau der Steuerungsstrukturen in den geförderten Kommunen



Quelle: Online-Befragungen und Interviews zur Umsetzung 2022 und 2023, Eigene Darstellung
© Prognos AG, 2023

Förderung begann zumeist 2021 und läuft in der Regel vier Jahre.

Die meisten dieser Kommunen können auf vielfältigen **Erfahrungen und Strukturen** aufbauen: Oft gab es vor der Förderung gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in teils großem Umfang. Auch die **Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit** ist den kommunalen Leitungen und Fachbereichen ein wichtiges Anliegen, und strategische Ansätze dafür sind in einem Teil der Kommunen bereits vorhanden. Dementsprechend sind in der Regel bereits eine Reihe von Organisationen, Trägern und/oder Einrichtungen in den Kommunen in diesem Themenbereich aktiv.

Die **Projektkoordinationen**, die in der kommunalen Verwaltung für die Umsetzung der Interventionen verantwortlich sind, sind in der Regel den Fachbereichen Jugend, Soziales und Gesundheit zugeordnet. Dieselben Personen waren meist schon vor der Förderung in diesem Themenbereich in ihren Kommunen tätig (Abb. 3) und oft zu Beginn der Förderung bereits in der Kommune vernetzt. Während der Förderung berichten sie von einem regen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in der Verwaltung, sind mit den Ressourcen ihrer Arbeitsbereiche zufrieden und fühlen sich insgesamt gut unterstützt, u. a. durch die kommunale Leitung.

Aufklärung (BZgA) nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4 in der bis zum 15. Mai 2023 geltenden Fassung gefördert werden können, erhalten seit 2022 Fördermittel durch die gesetzlichen Krankenkassen außerhalb der BZgA-Beauftragung. Diese sind nicht Gegenstand der vorliegenden Begleitevaluation.

Oft sind weitere kommunale Ressorts an der **Projektsteuerung** beteiligt, die sich nach der Zielgruppe der Intervention richten (z. B. Ressorts für Familien oder Senioren). Fast immer sind auch Mitarbeitende freier Träger aktiv involviert, die häufig maßgeblich an der Umsetzung beteiligt sind und teilweise auch die operative Projektleitung übernehmen. Des Weiteren sind Professionelle, die praktisch mit der jeweiligen Zielgruppe arbeiten, häufig aktiv beteiligt. In einigen Kommunen steuern und koordinieren auch weitere Akteure mit, z. B. Ehrenamtliche, Interessenvertretungen der Zielgruppen oder Mitarbeitende von Krankenkassen. Die ersten hierzu befragten Kommunen bewerten die Zusammenarbeit ausgesprochen positiv (z. B. regelmäßige Treffen, gute Kommunikation und Mitarbeit), aber die Gewinnung neuer Akteure zur Mitarbeit im Projekt ist mitunter schwierig.

Die häufigsten **Zielgruppen der Interventionen** sind Kinder und Jugendliche aus psychisch und/oder suchtblasteten Familien und ältere Menschen, gefolgt von Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund. Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen werden hingegen selten adressiert.

Mit der **Partizipation vulnerabler Zielgruppen** hatten die Kommunen vor der Förderung teilweise

erst wenig Erfahrung. Erste Zwischenergebnisse der hierzu befragten Kommunen zeigen, wie aktiv sie diese Herausforderung dennoch angehen: So wurden im Rahmen der Bedarfsanalysen oft verschiedene Instrumente zur Partizipation von Menschen aus der Zielgruppe miteinander kombiniert und durchweg als erfolgreich bewertet (z. B. Einzel- und Gruppengespräche, Befragungen sowie gemeinsame Austauschformate für Zielgruppen und weitere Akteure).

Die **Themenschwerpunkte** variieren je nach Zielgruppe, aber grundsätzlich sind die Interventionen themenübergreifend konzipiert. So bearbeitet z. B. jede Intervention für Kinder und Jugendliche aus psychisch und/oder suchtblasteten Familien viele bedeutsame Themen dieser Zielgruppe gleichzeitig (u. a. psychische Gesundheit, Suchtprävention, Resilienz sowie Sozial-, Gesundheits- und Lebenskompetenz).

Die Interventionen orientieren sich, vorläufigen Befragungsergebnissen zufolge, an praxiserprobten und/oder wissenschaftlich evaluierten Konzepten. Bei der **Maßnahmenplanung** werden auch Fachliteratur, Studien, Sozial- und Gesundheitsberichterstattungen sowie Daten der kommunalen Versorgungsangebote regelmäßig herangezogen. Als besonders wichtig für die Planung der Maßnahmen gelten Personen, die beruflich mit den

Abb. 3: Projektkoordinationen für zielgruppenspezifische Interventionen

Qualifikation (n = 40)

98 % mit Hochschulabschluss, überwiegend Gesellschafts-, Sozial- oder Gesundheitswissenschaft

Arbeitszeit für die Koordination (n = 38)
8 Stunden pro Woche (Mittelwert)



Berufserfahrung mit Gesundheitsförderung und Prävention (n = 37)

16 % unter 1 Jahr
32 % 1 bis unter 5 Jahre
22 % 5 bis unter 10 Jahre
30 % 10 Jahre und mehr

Vorerfahrungen in der Kommune (n = 40)

92 % vorherige Tätigkeit in der Kommune
8 % neu eingestellt

Quelle: Online-Befragungen zur Ausgangslage und Umsetzung 2020 bis 2023, Eigene Darstellung
© Prognos AG, 2023

Zielgruppen arbeiten, gefolgt von Personen aus der Zielgruppe selbst. Auch das zuständige Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit und/oder weitere Mitarbeitende von Krankenkassen sowie Ehrenamtliche spielen dabei in vielen Kommunen eine wichtige Rolle.

Rund drei Viertel der Kommunen geben an, neue **Angebote und Maßnahmen** aufzubauen, während ein Viertel vor Ort bestehende Angebote weiterentwickelt. Dabei werden mehrere Maßnahmen und Angebote für dieselbe Zielgruppe miteinander kombiniert. D. h., es wird z. B. ein betreuter Treffpunkt in Kombination mit Gruppenangeboten aufgebaut, und zusätzlich werden Zu-

gangserleichterungen zu bestehenden Angeboten umgesetzt. Ergänzend werden immer Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie in Institutionen umgesetzt.

In der Regel sind mehrere **Zugangswege** zu den Angeboten für die Zielgruppen wichtig. So werden z. B. Personen durch andere Institutionen der Lebenswelt zur Inanspruchnahme der Angebote motiviert und gleichzeitig findet aufsuchende Arbeit statt. Personen werden aber auch durch Peers motiviert oder nutzen Angebote aus eigener Initiative.

Tab. 2: Vielfalt der zielgruppenspezifischen Interventionen

Zielgruppen	Themen	Maßnahmen und Angebote	Zugangswege
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien • Ältere Menschen • Alleinerziehende Menschen • Menschen mit Migrationshintergrund • Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen • Weitere (z. B. pflegende Angehörige, junge Familien, Menschen in schwierigen Lebensbedingungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung • Gesundheits- und/oder Lebenskompetenz • Gewaltprävention • Körperliche Aktivität • Psychische Gesundheit • Resilienz • Soziale Kompetenzen • Soziale Unterstützung • Suchtprävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Offene und geschlossene Gruppenangebote • Offene und betreute Treffpunkte • Beratungsangebote • Massenkommunikative Maßnahmen • Zugangserleichterung zu bestehenden Angeboten • Verbesserungen von Strukturen und Rahmenbedingungen für Gesundheit • Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Institutionen (z. B. Schulungen, Vorträge, Vernetzung, Information und Beratung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigeninitiative (Zielgruppe nimmt die Maßnahme auf eigene Initiative in Anspruch) • Aufsuchende Arbeit (Zielgruppe wird aufgesucht und zur Inanspruchnahme motiviert) • Peergroup (Zielgruppe wird durch andere Teilnehmende aus der Zielgruppe angesprochen und zur Inanspruchnahme motiviert) • Institutionen in der Lebenswelt und andere vorhandene Strukturen (Zielgruppe wird in vorhandenen Strukturen zur Inanspruchnahme motiviert)

Quellen: Antragsunterlagen, Online-Befragungen zur Umsetzung 2022 und 2023

Die bisherigen Zwischenergebnisse zeigen also insgesamt eine breite Themenvielfalt und kombinierte Maßnahmen, was beides für ganzheitliche zielgruppenorientierte Interventionen spricht.

Bisherige Fortschritte der Kommunen, Bedeutung der weiteren Entwicklungen und deren Evaluation

Ihre **Fortschritte zur Erreichung der Förderziele** schätzen die bisher befragten Kommunen nach zwei Jahren Laufzeit äußerst unterschiedlich ein: Einzelne Kommunen sehen noch einen sehr weiten Weg vor sich, während die meisten schon ein gutes Stück vorangekommen sind und einige ihre Ziele schon fast erreicht haben. Dabei wird die bisherige Zielerreichung für die zielgruppenspezifischen Interventionen tendenziell positiver eingeschätzt als beim Strukturaufbau, der für viele Kommunen neuartig und besonders anspruchsvoll ist. Eine wichtige Ursache für die ungleichen Fortschritte war auch die Corona-Pandemie, deren Folgen die Kommunen und Fördervorhaben unterschiedlich stark betrafen (z. B. Ressourcen- und Kapazitätsengpässe, eingeschränkte Erreichbarkeit von Akteuren und Zielgruppen). Insbesondere Kommunen, die 2020 mit dem Strukturaufbau begannen, konnten sich nicht vorab auf die Pandemiebedingungen einstellen und ihre Zeitpläne daher oft nicht einhalten. Ein weiterer wichtiger Grund ist die unterschiedlich konstante Besetzung der Prozesskoordinationsstelle.

Stimmen aus den Kommunen weisen auch darauf hin, dass die Pandemiefolgen und weitere aktuelle

Herausforderungen (u. a. Aufnahme geflüchteter Menschen aus der Ukraine, hohe Energiekosten) vielerorts den Bedarf an Strukturen und Interventionen für vulnerable Gruppen erhöhen und gleichzeitig viele Ressourcen der Kommunen beanspruchen. Die **Weiterführung der Entwicklungen in der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention** mithilfe der Förderung und im Anschluss daran ist in Anbetracht dieser Bedarfslage besonders wichtig. Das übergeordnete Ziel des Programms, die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, ist langfristig nur erreichbar, wenn ein nachhaltiger Aufbau von Strukturen und Maßnahmen gelingt. Die bisherige Evaluation liefert starke Hinweise für die zentrale Bedeutung der Personen, die Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen engagiert vorantreiben. So ist es nach bisheriger Einschätzung des Evaluationsteams besonders wichtig, für personelle Kontinuität in den Kommunen zu sorgen, um die Nachhaltigkeit der Entwicklungen sicherzustellen.

Die **Evaluation begleitet alle geförderten Kommunen weiter** und erhebt Informationen zur Entwicklung der dortigen Gesundheitsförderung und Prävention. Auf breiter Datengrundlage, durch zusammenführende Analysen und mithilfe von Beispielen guter Praxis sollen wichtige Erfolgsfaktoren herausgearbeitet werden. Die Evaluation möchte damit einen Beitrag zur nachhaltigen Etablierung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune leisten, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken.

Den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels vorbeugen



Autor:
Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband

Der Klimawandel hat existenzielle Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche. Laut Weltgesundheitsorganisation ist er die **größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert**.¹⁰ Zu seiner Entschärfung bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Kraftanstrengung. Ein wichtiger Meilenstein und Auftakt für die diesbezüglichen Aktivitäten in Deutschland war der am 14. Dezember 2022 geschlossene **„Klimapakt Gesundheit“**¹¹ der Spitzenorganisationen der Heil- und Pflegeberufe, der Krankenträger, der Kommunen, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und der Gesundheitsministerkonferenz unter dem Dach des Bundesministeriums für Gesundheit. In ihm verpflichteten sich die Partner, gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz in ihren Verantwortungsbereichen einzutreten, um „Gesundheitsgefahren durch den Klimawandel vorzubeugen“, und betonen zugleich, dass diese Aufgabe „weit über das Gesundheitswesen (...) hinausgeht und weiterer Anstrengungen in anderen Politikfeldern bedarf.“

Fast zeitgleich hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) Ende 2022 ihr **„Positionspapier „Gesundheit und Klima“**¹² veröffentlicht, um die in Deutschland für Gesundheitsförderung und Prävention Verantwortlichen und Zuständigen für die Gesundheitsgefahren des Klimawandels zu sensibilisieren und zur Intensivierung präventiver Anstrengungen sowie zu einer verbesserten Koordination beizutragen (genaue Quellenangabe und Download-Möglichkeit in der Fußzeile der Abbildung). Die NPK geht darin von dem One-Health- bzw. Planetary-Health-Ansatz aus, wonach die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt untrennbar miteinander verbunden sind. Nach einer Zusammenfassung der durch den Klimawandel bewirkten bzw. verstärkten Gesund-

heitsgefahren und einer Skizze der Aufgaben der Klimapolitik außerhalb des Gesundheitsbereichs werden in dem Papier spezifisch auf Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten bezogene Aufgaben beschrieben (Abschnitt 4 des Papiers). Diese Aufgaben sind in der linken Spalte der Abbildung 4 mit erläuternden Stichworten zusammengefasst.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat parallel dazu das Thema Klimawandel und Gesundheit im Leitfadens Prävention aufgegriffen und dabei ebenfalls den Grundgedanken des One-Health- bzw. Planetary-Health Ansatzes zugrunde gelegt: „Wegen der Abhängigkeit der menschlichen Gesundheit von den lebensfördernden Ökosystemen sollen Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der GKV möglichst so ausgerichtet werden, dass sie mittelbar dem Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen zugutekommen“ (Leitfadens S. 9, genaue Quellenangabe und Download-Möglichkeit in der Fußzeile der Abbildung 4). Mit der Neufassung des Leitfadens Prävention möchte die GKV im Rahmen ihrer auf die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit gerichteten Gesundheitsförderung und Prävention zugleich zu größerer ökologischer Nachhaltigkeit beitragen. In den Bereichen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wurden dabei die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Vorbeugung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren erweitert (rechte Spalte der Abbildung). Beispielsweise können Krankenkassen Kommunen bei der Hitzeaktionsplanung unterstützen, die präventionsorientierte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote unter Berücksichtigung klimaschüt-

10 World Health Organization. (2021). COP26 Special Report on Climate Change and Health. Genf. S. 2. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346168>)

11 Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Klimapakt Gesundheit – Gemeinsame Erklärung: Gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen eintreten. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf)

12 <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-papier-gesundheit-und-klima>

zender und -anpassender Elemente flankieren, klima- und gesundheitsförderliche Gemeinschaftsverpflegung und Mobilitätskonzepte in Betrieben und Einrichtungen fördern und die persönlichen gesundheitlichen Kompetenzen der Versicherten zum Schutz vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels stärken.

Die Leistungen der Krankenkassen können – sofern sie die Kriterien des Leitfadens Prävention erfüllen – durch eigene oder externe Fachkräfte, durch nach einem spezifischen Multiplikatoren-schulungskonzept geschulte Fachkräfte oder andere Personen aus der Zielgruppe („Peers“) sowie durch qualitätsgesicherte Projekte und Programme erbracht werden. Auch ist eine finanzielle Förderung möglich.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Es besteht breiter Konsens, dass der Klimawandel ein wichtiges Thema für die gesundheitliche Prävention darstellt. Im NPK-Positionspapier zu Gesundheit und Klima werden die Aufgaben der maßgeblichen Akteure in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zusammenfassend beschrieben. Zeitgleich hat die GKV ihre eigenen Leistungsmöglichkeiten auf diesem Feld zielgerichtet erweitert. Um möglichst schnell die Menschen vor Ort, insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu erreichen und zu schützen, gilt es, zielgruppenorientierte Maßnahmen mit entsprechender Priorität zu erarbeiten und umzusetzen. Eine dringliche Aufgabe stellt die Entwicklung und Implementierung von Hitzeaktionsplänen in Städten und Landkreisen dar, bei der die Krankenkassen unterstützend (mit)wirken können. Die Gremien der Landesrahmenvereinbarungen (LRV) nach § 20f SGB V sowie die Landesarbeitsgemeinschaften zur Umsetzung von § 20a Abs. 3 SGB V bieten Potenzial, dieses Thema praxisnah zu diskutieren, konkrete Maßnahmen partizipativ zu entwickeln, aufeinander abzustimmen und nachhaltig zu verankern.

Abb. 4: Aufgaben der lebensweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Begrenzung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren und Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Aufgaben	Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkassen u. a.
I. Hitzeaktionsplanung	
<p>bevölkerungsbezogene Kommunikation zum Verhalten und zur Kühlung bei Hitzeereignissen unter kommunaler und landesbezogener Koordinierung</p> <hr/> <p>besondere Berücksichtigung vulnerabler Gruppen</p> <hr/> <p>Integration gebäudebezogener und städtebaulicher Anpassungen</p>	<p>Mitwirkung in kommunalen Gremien zum Klima- und Hitzeschutz (S. 48)</p> <p>Mitwirkung an der Entwicklung von kommunalen Hitze- und Klimaschutzkonzepten hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen (S. 48)</p>
II. Präventionsorientierte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen	
<p>Umsetzung bestehender Arbeits- und Gesundheitsschutzvorschriften</p> <hr/> <p>Fürsorgepflicht der Arbeitgebenden und Träger von Lebenswelten zum Schutz vor Gesundheitsgefahren durch den Klimawandel</p> <hr/> <p>Beachtung des „STOP-Prinzips“*</p> <hr/> <p>möglichst Kombination mit Gesundheitsförderung</p>	<p>Beratung zur Integration klimaschützender und zugleich gesundheitsfördernder Maßnahmen, z. B. zu Ernährung und Mobilität in betriebliche und lebensweltbezogene Schutzkonzepte (S. 49, 52, 120)</p>
III. Förderung klimafreundlicher und gesundheitsförderlicher Gemeinschaftsverpflegung	
<p>pflanzenbasierte Ernährung („Planetary Health Diet“) als Beitrag zu Klima und Gesundheit</p> <hr/> <p>Implementierung der DGE-Empfehlungen zur Gemeinschaftsverpflegung in Einrichtungen und Betrieben</p>	<p>Beratung der Verantwortlichen in Lebenswelten und Betrieben zur Einführung bzw. Umstellung von zugleich gesundheitsförderlicher und klimafreundlicher Gemeinschaftsverpflegung (S. 49, 52, 133)</p>
IV. Förderung klimafreundlicher und gesundheitsförderlicher Mobilität	
<p>regelmäßiges Gehen, Joggen und Radfahren = Krankheitsvorbeugung und Klimaschutz</p> <hr/> <p>Betriebe und (Hoch-)Schulen als Förderer klima- und gesundheitsförderlicher Mobilität</p> <hr/> <p>städtebauliche Anpassungen</p>	<p>Beratung der Verantwortlichen in Lebenswelten und Betrieben zur Entwicklung und Umsetzung zugleich gesundheitsförderlicher und klimafreundlicher Mobilitätskonzepte (S. 52, 132)</p>
V. Aus-, Fort- und Weiterbildung zu gesundheitlichen Aspekten des Klimawandels	
<p>Kenntnisse und Kompetenzen für Fachkräfte im Gesundheitswesen und in Lebenswelten zur Vermeidung von klimawandelbedingten Gesundheitsrisiken</p> <hr/> <p>Aufgabe für alle Bildungsträger</p>	<p>Fortbildung von Fachkräften in Einrichtungen (z. B. Kitas, Schulen, Einrichtungen der Freizeitgestaltung) sowie von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zum Schutz vor Gesundheitsrisiken infolge klimatischer Veränderungen (S. 48)</p>
VI. Stärkung persönlicher Kompetenzen zum Schutz vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels	
<p>Stärkung der klimabezogenen Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger</p> <hr/> <p>besondere Berücksichtigung von Menschen mit Lernschwierigkeiten einschließlich Betreuungspersonen</p> <hr/> <p>Führungskräfte und Eltern = wichtige Zielgruppen</p>	<p>Information der Menschen in der Kommune zum Schutz der Gesundheit im Kontext klimatischer Veränderungen (S. 48)</p> <p>klimafreundliche Ernährung und Mobilität (als „Co-Benefits“) sind Themen in den Präventionskursen (S. 69 f., S. 79 f.)</p>

*Das STOP-Prinzip des Arbeitsschutzes: Systemisch-technische (ST) und organisatorische (O) Maßnahmen besitzen Vorrang vor persönlichen Schutzmaßnahmen (P).

Quelle: Eigene Darstellung nach: (linke Spalte) Nationale Präventionskonferenz. (2023). Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung im Kontext klimatischer Veränderungen (Stand 15. März 2023, Kapitel 4). www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-papier-gesundheit-und-klima (rechte Spalte) GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Zweiter Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz

Zentrale Erkenntnisse und Entwicklungen seit dem ersten Bericht

Am 29. Juni 2023 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) dem Bundesministerium für Gesundheit ihren **zweiten Präventionsbericht**¹³ nach § 20d Abs. 4 SGB V übermittelt. Der Bericht schafft Transparenz über das auf dem Präventionsgesetz basierende Engagement der Mitglieder der NPK zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung und zeigt auf, wie sich dieses seit dem **ersten, 2019 vorgelegten Präventionsbericht**¹⁴ bis zum Jahr 2022 entwickelt hat.

Aufbauend auf den Ergebnissen werden im Bericht Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung der **nationalen Präventionsstrategie**¹⁵ abgeleitet – insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele, auf zu erbringende Leistungen, die Kooperation und Koordination, die Qualitätssicherung und Evaluation sowie auf das gesamtgesellschaftliche Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention.

An der Erstellung des zweiten Präventionsberichts der NPK haben erneut zahlreiche, über die Mitglieder der NPK hinausgehende Akteure mitgewirkt und ihre Erfahrungen sowie Perspektiven eingebracht (Abb. 5). Neben den gesetzlich geforderten Angaben werden die Ausgangslage, die Umsetzung sowie erste Ergebnisse der modellhaften Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie anhand der Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Psychische Gesundheit im familiären Kontext (NPK-Vorhaben) beschrieben. Darüber hinaus wurde der Bericht auf Initiative der stimmberechtigten NPK-Mitglieder um einen wissenschaftlichen Gastbeitrag zur lebenswelt- und sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in der Corona-Pandemie ergänzt.

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Der Bericht zeigt, dass mit den **Bundesrahmenempfehlungen (BRE)**¹⁶ die Grundlage für eine qualitätsgesicherte und zielgerichtete Stärkung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich der Arbeitswelt geschaffen wurde. Durch zahlreiche Beiträge der in der NPK vertretenen Organisationen einschließlich ihrer nachgeordneten Stellen und Mitgliedsorganisationen sowie der Kooperationsgemeinschaft der BGF-Koordinierungsstellen wird deutlich, dass die NPK-Mitglieder ihre Aktivitäten im Rahmen ihrer Verantwortungsbereiche und gesetzlichen Aufträge auf die Ziele der BRE hin ausrichten. Insbesondere zeigt der Bericht, wie sich die stimmberechtigten Mitglieder der NPK für eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit und ein koordiniertes Vorgehen an den Schnittstellen ihrer Leistungsbereiche einsetzen.

Auf Landesebene ist es unter dem Dach der **Landesrahmenvereinbarungen (LRV)**¹⁷ gelungen, tragfähige Strukturen und Kooperationen auszuweiten. Dass sich unter dem Dach der LRV stabile Kooperationen sowie eine vertrauensvolle und produktive Zusammenarbeit etabliert haben, wurde in der Corona-Pandemie deutlich. Mit nur geringen Einschränkungen konnte die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten untereinander in vielen Ländern fortgesetzt werden. Im Zusammenspiel mit dem Engagement der verantwortlichen Akteure in den Lebens- und Arbeitswelten konnten vielerorts praktikable und kreative Lösungen zur Fortsetzung der Aktivitäten entwickelt werden.

Corona-Pandemie und Lehren aus der Krise

Im Rahmen eines Gastbeitrags werden die Folgen der Corona-Pandemie für zwei Bereiche betrachtet: Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/Quartieren sowie bei Kindern und



Autorinnen:
Christine Witte
GKV-Spitzenverband
Victoria Bogedain,
GKV-Spitzenverband

13 <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk>

14 <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/erster-praeventionsbericht-der-npk>

15 <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie>

16 <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen>

17 <https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern>

Jugendlichen. Zum einen wird deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention auf zahlreiche pandemiebedingte Durchführungshemmnisse stießen. Zum anderen zeigt sich, dass notwendige Maßnahmen getroffen wurden, um auch unter veränderten Rahmenbedingungen präventive und gesundheitsförderliche Leistungen aufrechtzuerhalten. Dennoch gingen die Nachfrage und Inanspruchnahme von Angeboten stark zurück, während gleichzeitig der Bedarf stieg. Probleme, die schon vor der Pandemie bestanden, wurden noch sichtbarer. Besonders sozial benachteiligte Gruppen sind von gesundheitlichen Nachteilen betroffen, aber gleichzeitig oft schwer für Gesundheitsförderung und Prävention erreichbar. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) trat als Akteur im Bereich der Gesundheitsförderung über lange Zeiträume nicht in Erscheinung. Auch die LRV-Beteiligten berichteten, dass es unter pandemischen Bedingungen kaum gelang, Kooperationen mit dem ÖGD zu etablieren oder fortzusetzen. Zudem war die Zusammenarbeit mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe vielerorts erschwert.

Die Corona-Pandemie macht besonders deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention von hoher Relevanz sind, in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen und gesetzlich als Pflichtaufgaben der Kommunen und des ÖGD in den Ländern verankert werden müssen. Tragfähige Strukturen, die auch Krisen standhalten und bedarfsbezogene Unterstützung ermöglichen, setzen eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Zuständigen und Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen voraus.

NPK-Vorhaben zur Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Der Bericht beschreibt die gesundheitliche Lage sowie die Präventionsbedarfe und -potenziale der Zielgruppen des NPK-Vorhabens (Kinder psychisch [einschließlich sucht-] belasteter Eltern, beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen). Auch sind die zur Umsetzung

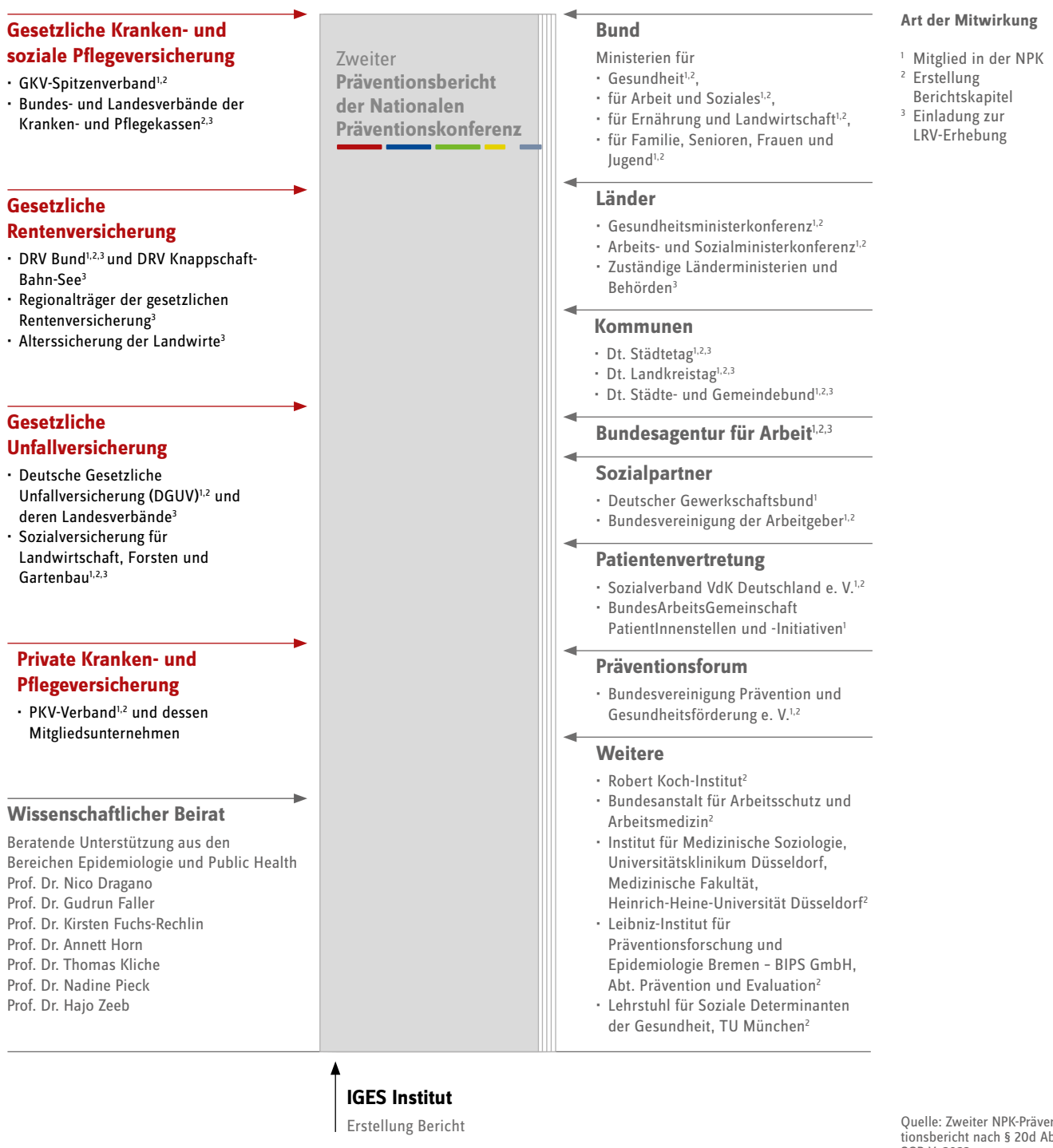
des NPK-Vorhabens durch die stimmberechtigten NPK-Mitglieder erstellten Vorhabensbeschreibungen, darin festgeschriebene Ziele und Aktivitäten sowie das skizzierte Rollenverständnis hinsichtlich der Zusammenarbeit der föderalen Ebenen dargestellt. Ziel des Vorhabens ist es, alle relevanten Akteure einzubinden und zu aktivieren, ihr Engagement zu verstärken und auf gemeinsame Ziele hin auszurichten. Dementsprechend sind alle relevanten Akteure aller föderalen Ebenen eingeladen, konkretisierende Ziele auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit und darauf aufbauende Maßnahmen zu entwickeln. Im Bericht wird weiterhin ein Entwurf für ein Evaluationskonzept skizziert, auf dessen Grundlage das NPK-Vorhaben evaluiert werden soll. Im dritten Präventionsbericht werden dann Ergebnisse der Evaluation berichtet.

Ausblick

Im Jahr 2022 hat sich die NPK das Thema „Gesundheit und Klima“ auf die Agenda gesetzt und gemeinsam mit maßgeblichen Akteuren das Papier „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“¹⁸ erarbeitet. Im Rahmen der Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie wird die NPK Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext klimatischer Veränderungen, welche in dem Papier beschrieben sind, bei der Fortschreibung der BRE berücksichtigen und sich weiterhin dem Thema widmen. Die NPK setzt sich auch künftig für die Umsetzung und Stärkung des „Health in All Policies“-Ansatzes ein und richtet – wie viele der im NPK-Bericht beschriebenen – Aktivitäten daran aus. Ob diese erfolgreich sein werden, hängt maßgeblich davon ab, ob die beratenden NPK-Mitglieder – insbesondere die Länder und Kommunen – sich auch mit verbindlichen Beiträgen daran beteiligen. Eine zentrale Aufgabe der nächsten Monate wird es sein, diese und weitere im Präventionsbericht abgeleitete Schlussfolgerungen in der NPK zu beraten und die Präventionsstrategie weiterzuentwickeln.

¹⁸ <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-papier-gesundheit-und-klima>

Abb. 5: Mitwirkende des zweiten Präventionsberichts der NPK



Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Bundesländern

Unter dem Dach der **Landesrahmenvereinbarungen (LRV)**¹⁹ zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wurden gemeinsame Arbeits- und Abstimmungsstrukturen in den Ländern aufgebaut. Dadurch entstanden vielfältige Vorhaben der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Auf den folgenden Seiten wird in alphabetischer Reihenfolge über die Umsetzung der LRV in den Bundesländern berichtet. Die Autorinnen und Autoren stellen ausgewählte Projekte der Gesundheitsförderung vor und berichten über die gemeinsame inhaltliche Arbeit in den Gremien der LRV sowie über inhaltliche Schwerpunkte in den Ländern.

Eine Vielzahl der Aktivitäten, die hier abgebildet sind, wird im Rahmen der kassenartenübergreifenden Initiative **GKV-Bündnis für Gesundheit**²⁰ umgesetzt. Die Beiträge verdeutlichen die vielfältigen Initiativen, die in den vergangenen Jahren im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit entstanden sind.

Über die bundesweiten Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz wird auf den Seiten 25-27 berichtet.



¹⁹ <https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern>

²⁰ www.gkv-buendnis.de

Baden-Württemberg

Mind-Spring: Grenzen überwinden und dabei seelische Gesundheit stärken

Das Programm Mind-Spring – als kultur- und sprachsensibles Gruppenangebot zur Förderung der seelischen Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung – zielt darauf ab, den Umgang mit Stress und Belastungen zu verbessern. Es wird in drei Kreisen in Baden-Württemberg (Enzkreis, Landkreis Böblingen und Ostalbkreis) über die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen Baden-Württemberg gemäß § 20a SGB V sowie des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gefördert. Mit der gemeinsamen Finanzierung wurden finanzielle Grenzen überwunden, um auch die gesamtgesellschaftliche Verantwortung zu signalisieren.

Landesgrenzen überwinden – ein Blick über den Tellerrand

Mind-Spring wurde von Paul Sterk bei seiner Arbeit in internationalen Krisengebieten entwickelt und wird seit über 20 Jahren in den Niederlanden sowie in Belgien und Dänemark umgesetzt. Bei primärpräventiven Ansätzen zur Stärkung der seelischen Gesundheit für Menschen mit Fluchterfahrung haben die geförderten Kreise eine Lücke identifiziert. Mit der Umsetzung von Mind-Spring soll diese geschlossen werden, und das Programm soll an die Gegebenheiten in Baden-Württemberg adaptiert werden. Dank eines guten internationalen Austauschs können die Kreise an den vielfältigen Erfahrungen partizipieren.

Persönliche Grenzen erkennen und sektorenübergreifende Grenzen überwinden

Mind-Spring zielt mit seinem niedrigschwelligen, primärpräventiven und psychoedukativen Peer-Ansatz darauf ab, dass Menschen mit Fluchterfahrung ein besseres Verständnis ihrer Situation und den damit verbundenen Stressfaktoren erlangen. Gleichzeitig werden sie durch die Stärkung ihrer Resilienz und Selbstwirksamkeit unterstützt, in ihrer neuen Heimat besser anzukommen und dazu befähigt, ihren Alltag besser zu bewältigen.

Menschen aus den Herkunftsländern der Zielgruppe, die schon länger in Deutschland leben und gut deutsch sprechen, leiten die Gruppen im Tandem mit Fachleuten aus Deutschland, die das gesamte Angebot begleiten. Kommen Teilnehmende aufgrund tieferliegender Probleme an ihre persönlichen Grenzen und ist der Bedarf einer Behandlung erkennbar, wird versucht, sie zeitnah an geeignete Stellen zu vermitteln.

Kreisgrenzen, kreis- und ämterübergreifende Zusammenarbeit

Kreisgrenzen zu überwinden sowie die jeweiligen spezifischen Besonderheiten und Bedarfe zu berücksichtigen war von Beginn an eine große Herausforderung: Neben der räumlichen Distanz ist das Projekt, abhängig vom Kreis, im Gesundheitsamt oder Integrations- bzw. Migrationsbereich verortet. Durch die Kooperation unterschiedlicher Fachbereiche, über die Kreisgrenzen hinweg, wird deutlich, dass Gesundheit ein Querschnittsthema ist und als gesamtgesellschaftlicher Ansatz – ganz im Sinne von „Health in All Policies“ – verstanden werden muss. Fachübergreifend, auch vor Ort, gemeinsam zu agieren schafft Synergien, wovon insbesondere die Adressaten profitieren. Zur Steuerung dieser zahlreichen Prozesse und zur Qualitätssicherung wurde eine kreisübergreifende Koordinierungsstelle eingerichtet. Diese unterstützt zusätzlich weitere interessierte Kreise in Baden-Württemberg bei der Planung und Implementierung des Programms und hat auch die Erweiterung der Zielgruppe im Blick. Im Landkreis Böblingen ist es bereits gelungen, das Programm mit „Mind-Spring-Junior“ auf Kinder und Jugendliche zu erweitern.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.mind-spring.info

Bayern „GeschwisterCLUB in Bayern“

Autorin:
Inés Rösner,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Bayern
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV in Bayern

Circa 40 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind von einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung betroffen. Das hat u. a. zur Folge, dass in Deutschland schätzungsweise über zwei Millionen Kinder und Jugendliche leben, die ein Geschwisterkind mit einer Behinderung haben oder eines, das chronisch krank ist. Diese sogenannten Geschwisterkinder sind dadurch hohen Belastungen ausgesetzt und weisen ein erhöhtes Risiko auf, psychische Auffälligkeiten und Probleme auszubilden.

Das Präventionsprojekt „GeschwisterCLUB in Bayern“ zielt darauf ab, die Lebensbedingungen dieser Geschwisterkinder und ihrer Familien gesundheitsförderlich zu gestalten und ihnen den Zugang zu präventiven Angeboten zu ermöglichen. Es wird durch die Koordination [des Instituts für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg e. V. \(ISPA e. V.\)](#) an fünf bayerischen Standorten angeboten.²¹ Seit dem 1. Januar 2023 wird dieses Projekt von allen gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbänden nach § 20a SGB V im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert; diese Förderung endet am 31. Dezember 2026.

Geschwisterkinder sind durch ihre besondere Familiensituation zahlreichen Belastungen ausgesetzt

Bereits vor der Corona-Pandemie waren Geschwisterkinder eine vulnerable Gruppe mit besonderen familiären Belastungen. Durch die negativen Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit aller Kinder und Heranwachsenden verdeutlicht sich die Notwendigkeit, diese Zielgruppe und deren Familien besonders zu unterstützen.

Stärkung der Resilienz und Stressbewältigung der Geschwisterkinder

„GeschwisterCLUB in Bayern“ besteht aus verhältnisorientierten Maßnahmen, wie die Konzeptionierung von Multiplikatoren-Schulung, die die

Geschwisterkinder-Familien in ihren gewohnten Lebenswelten erreichen und unterstützen, sowie aus verhaltensorientierten Gruppenangeboten zur Stärkung der Resilienz und Stressbewältigung. Durch die Kombination dieser Maßnahmen soll die emotionale, kognitive und körperliche Entwicklung der Geschwisterkinder gefördert werden. Mit den Handlungsfeldern „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und „Gesundes aufwachsen“ wird dabei Bezug auf den Bayerischen Präventionsplan von 2015 genommen.

Um das Projekt langfristig und nachhaltig an fünf Standorten in Bayern zu implementieren, kooperieren in der Umsetzung unterschiedliche Akteure: Vor Ort arbeitet ein Träger (z. B. Einrichtung für Menschen mit Behinderung, Sozialpädiatrische Zentren, Kinderkliniken, Nachsorgeeinrichtungen, Kinderhospize etc.) in enger Abstimmung mit einem Amt/Fachbereich der kommunalen Verwaltung (meist Gesundheitsamt, Jugendamt) zusammen, wodurch auch die kommunale Eigenverantwortung gestärkt wird.

Ausblick

Die örtlichen Träger des „GeschwisterCLUB in Bayern“ erstellen mit Unterstützung der Kommune einen jährlichen standortbezogenen Ergebnisbericht, auf dessen Basis Erfahrungen mit bisherigen kompensatorischen Maßnahmen und Ideen für neue Maßnahmen ausgetauscht werden können. Dadurch sind die Kommunikation und der Austausch zwischen den fünf Projektstandorten gewährleistet. Die Erkenntnisse des Vorhabens können perspektivisch für die Etablierung des GeschwisterCLUBs in anderen Kommunen und Bundesländern genutzt werden.

²¹ Das Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg e. V. (ISPA e. V.) ist Initiator und Inhaber des Präventionskonzepts „GeschwisterCLUB“.

Berlin

Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Berlin

In Berlin werden weiterhin viele gesundheitsbezogene Vorhaben strategisch ausgearbeitet und durchgeführt. Einschränkungen aufgrund der Pandemie konnten fortschreitend aufgelöst werden, stellten jedoch zu Beginn des Jahres 2022 mehrere Vorhaben vor Herausforderungen. Nicht zuletzt haben sich auch aufgrund der Neuwahlen des Abgeordnetenhauses Unsicherheiten hinsichtlich der Planung und Umsetzung neuer Aktivitäten ergeben.

Das Landesprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick (GiB)“ fokussiert in 16 Handlungsräumen den nachhaltigen Aufbau und die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in sozial belasteten Quartieren Berlins. Hierfür werden Mittel aus den unterschiedlichen Landesressorts, dem Bundesförderprogramm „Soziale Stadt“ und dem Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit vereint. Parallel zur Umsetzung der Aktivitäten startete im Jahr 2023 die Evaluation von GiB durch das IGES-Institut.

Die Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) fördern die Initiative des Landes Berlin zur Bewegungsförderung „Berlin bewegt sich (BBS)“ nun bereits im vierten Jahr. Durch die Installation von nachhaltigen Sportgeräten und spezifisch angeleitete Bewegungsangebote in mindestens einer bezirklichen Grün- oder Parkanlage soll eine nachhaltige Gesundheits- und Bewegungsförderung erreicht werden. Nach pandemiebedingten Verzögerungen wurde die Fertigstellung von vier Aktivparks erfolgreich abgeschlossen. Ab 2023 werden kostenfreie Bewegungsangebote in Kitas, Schulen und Pflegeeinrichtungen gefördert. Als Fundament sollen hierbei bestehende Landesprogramme und gesamtstädtische Projekte dienen. Zudem wird 2023 ein Evaluationskonzept erarbeitet.

Mit dem Handlungsfeld „Gesund aufwachsen“ und der Gestaltung des Themenbereichs in der gleichnamigen AG schaffen die LRV-Partner wichtige Strukturen, um die Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche zu steigern. Hierbei

wurden Zielmatrizen in den Bereichen Lebenskompetenzen, Bewegung sowie Mund- und Zahngesundheit verabschiedet. Perspektivisch soll auch die Berliner Strategie zur Reduktion von Kinder- und Familienarmut enger mit dem Kindergesundheitszielprozess verzahnt werden.

Am 10. November 2022 konnte die 19. Landesgesundheitskonferenz (LGK) unter dem Motto „Und die Moral der Geschichte? Ohne Gesundheit in allen Politikfeldern geht es nicht!“ erneut als digitale Veranstaltung stattfinden. Am 28. Juni 2022 fand das Gesundheitsforum „Ambulante Gesundheitsversorgung und Prävention weiterdenken“ statt. Die Veranstaltungsformate werden auch zukünftig weitergeführt. Perspektivisch strebt die LGK verstärkt an, als Expertengremium wahrgenommen zu werden. Zudem sollen die Arbeit und die Ergebnisse mehr Sichtbarkeit erfahren, um auf gesundheitspolitischer Ebene eine höhere Aufmerksamkeit zu erlangen. Nach der Regierungsneubildung wird in Arbeitsgruppen eine mittel- und langfristige Strategie zur Umsetzung der Ziele und Maßnahmen der LGK erarbeitet.

Vor allem zu Beginn des Jahres 2022 konnten aufgrund der Kontaktbeschränkungen nicht alle Vorhaben den ursprünglichen Ansätzen entsprechend umgesetzt werden. Nichtsdestotrotz wurde hier fortschreitend die Dynamik wiederaufgenommen. Trotz Planungsunsicherheiten durch die wiederholte Wahl in Berlin wurde für 2024/2025 ein Doppelhaushaltsplan festgehalten. In Anbetracht des Koalitionsvertrags können hier jedoch noch Änderungen bevorstehen.

Autorin und Autor:

Rebecca Zeljar,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Berlin/
Brandenburg

Niklas Valder,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Berlin/
Brandenburg

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Brandenburg Potenziale generationengerecht entfalten

Autorin und Autor:
Werner Mall,
AOK Nordost – Die
Gesundheitskasse
Ulrike Beyer,
Programmbüro Brandenburg
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Die Folgen der Corona-Pandemie auf das seelische Wohlbefinden von Heranwachsenden sind stark abhängig von ihrem sozialen Umfeld – so das Ergebnis der Studie „Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen“ für das Land Brandenburg aus dem Jahr 2022.

Landesinitiative „Kindeswohl im Blick“

Auf Empfehlung der 2. Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung vom 9. September 2022 starteten die Partner der Brandenburger Landesrahmenvereinbarung (LRV) im Jahr 2023 deshalb die Landesinitiative „Kindeswohl im Blick“.

Gemeinsam mit dem „Bündnis Gesund Aufwachsen“ in Brandenburg wurden die Eckpunkte der Landesinitiative entwickelt. Sie zielt auf einen verbesserten Zugang vulnerabler Zielgruppen zu Angeboten der Prävention, Behandlung, Beratung und Begleitung, auf die Vernetzung der bestehenden Angebote sowie die Stärkung der Fachkräfte. Eine Kooperationsvereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Partner der LRV.

Um diese Ziele zu erreichen, setzt die Landesinitiative auf ein Unterstützungsnetzwerk, das Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe, aus dem Gesundheits- und aus dem Sozialwesen einschließlich der entsprechenden kommunalen Stellen offensteht. Die kommunalen Spitzenverbände des Landes Brandenburg haben das Recht, der Kooperationsvereinbarung beizutreten.

Ältere Menschen als Ressource für gesunde Lebensverhältnisse

Brandenburg hat die viertälteste Bevölkerung Deutschlands (Stand 2021); jede/r Dritte in Brandenburg wird demnächst über 65 Jahre alt sein.

Ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement ist daher eine wichtige Stütze zur Sicherung der Lebensqualität. Hier setzt die Brandenburger „Akademie zweite Lebenshälfte“ mit dem

Netzwerk „Lange mobil und sicher zu Hause“ an. Es entstand 2015 und verknüpft ehrenamtliches Engagement mit Gesundheitsförderung, um Hochaltrige in der Häuslichkeit in ihrer Mobilität zu stärken. Die Akademie baut Netzwerke mit lokalen Trägern auf und bietet ihnen Qualifizierungsangebote für ihre Ehrenamtlichen an. Seit 2022 fördern die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit gemeinsam mit dem Landesseniorenbearbeitenden die Weiterentwicklung des Netzwerks. Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement stärkt nicht nur die Gemeinschaft, sondern auch die soziale Integration sowie die kognitive und körperliche Gesundheit der Ehrenamtlichen selbst. Die Brandenburger Seniorenvertretungen sind deshalb wichtige Kooperationspartner bei komplexen Themen wie Digitalisierung, Mehrgenerationen oder Hitzeschutz.

Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Seelenzeit – Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Der Landkreis Dahme-Spreewald kombiniert Fördermittel des Kreises mit der Förderung der gesetzlichen Krankenkasse und durch den Pakt für Pflege des Landes Brandenburg. Konzeptionell unterstützt die Brandenburger Vernetzungsstelle Seniorenernährung. Gemeinsame, ernährungsbewusste Mahlzeiten für Menschen verschiedener Altersgruppen sollen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern und Vereinsamung entgegenwirken.

Aktivierung der Brandenburger Kommunen für Gesundheitsförderung und Prävention

Für beide Zielgruppen der Kinder und der Älteren macht das Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Brandenburg den Kommunen Förderangebote, deren Themen gemäß der LRV auf landesweit verabredete Handlungsfelder ausgerichtet sind. Insbesondere die Kommunen, die durch die Förderung Personalstrukturen aufgebaut haben, sind regelmäßig aktiv im Abruf der Fördermittel und bei der Bearbeitung dieser Handlungsfelder.

Bremen

Projekt „Werkstatt Alter“: Stärkung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen

Der Anteil ökonomisch, sozial und gesundheitlich benachteiligter älterer Menschen in Bremen steigt beträchtlich an und wird voraussichtlich weiter zunehmen. Dies führt zu erheblichen Einschränkungen ihrer Teilhabe und Verwirklichungschancen. Um dieses Problem anzugehen, wurde das Projekt „Werkstatt Alter“ ins Leben gerufen. Das Projekt zielt darauf ab, die individuelle Gesundheitskompetenz von Menschen über 65 Jahren zu stärken. Dies soll durch vielfältige und niedrigschwellige Angebote an gesundheitsfördernden Maßnahmen im direkten Wohnumfeld erreicht werden. Besonders ältere Menschen, die von sozialer Ungleichheit betroffen sind und bisher nur wenig oder gar nicht von bestehenden Angeboten profitiert haben, sollen erreicht werden. Im Rahmen der „Werkstatt Alter“ werden gesundheitsfördernde Angebote entwickelt, die die Stärkung von Ressourcen adressieren.

Die „Werkstatt Alter“ hat folgende Zielsetzungen:

- Erhöhung der Transparenz und Bekanntheit bereits bestehender gesundheitsbezogener Angebote für ältere Menschen in den Stadtteilen Walle, Hemelingen und Osterholz
- Entwicklung von Maßnahmen für ältere Menschen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit
- Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen
- Ausbau der Vernetzung der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung, wie z. B. Gesundheitstreffpunkte und das Netzwerk „Alte Vielfalt“
- Durchführung von Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu fördern
- Bekanntmachung der entwickelten Angebote gezielt in den genannten Projekt-Stadtteilen sowie darüber hinaus in der gesamten Stadt Bremen

Die geplanten Maßnahmen umfassen u. a. spezifische gesundheitsförderliche Angebote zu den Themen Bewegung (z. B. Tanz), Entspannung, Ernährung und Resilienz. Dabei werden auch

weitere Themen wie z. B. Digitalisierung und Medienkompetenz, Wohnen und Mobilitätserhalt (z. B. Wohnprojekte und Wohnumfeldgestaltung), Vorsorge, Selbstbestimmung sowie das Thema Vollmachten adressiert. Darüber hinaus werden den älteren Menschen Möglichkeiten aufgezeigt, sich bei lokalen Initiativen zu engagieren. Ziel ist es, älteren Menschen die Fähigkeiten zur selbstständigen und unabhängigen Lebensgestaltung bewusst zu machen.

Das Projekt wird von einer Steuerungsgruppe der Landesrahmenvereinbarung begleitet. An der Projektdurchführung sind Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Gruppen im Quartier beteiligt, darunter die Bremer Heimstiftung, die Landesvereinigung für Gesundheit und die Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., die Bremer Volkshochschule, das Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen sowie das Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH und die gesetzlichen Krankenkassen.

Autorin und Autor:

Daniel Rosenfeldt,
Programmbüro Bremen
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit

Corinne Ferié,
Techniker Krankenkasse
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Hamburg Gemeinsam die psychosoziale Gesundheit von Kindern stärken

Autorinnen:
Ramona Franz,
BARMER Landesvertretung
Hamburg
Mareen Jahnke,
Programmbüro Hamburg
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Das Strategieforum Prävention Hamburg hat sich 2021 darauf verständigt, als primäres Gesundheitsförderungs- und Präventionsziel die **Verbesserung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter** anzustreben.²² Dem zuzuordnen ist das Ziel der Nationalen Präventionskonferenz, „psychische Gesundheit im familiären Kontext“ zu stärken. Die nachfolgenden Initiativen des GKV-Bündnisses für Gesundheit stärken die psychosoziale Gesundheit von Kindern und leisten damit einen Beitrag zur Umsetzung der Ziele der Landesrahmenvereinbarung in Hamburg.

Gruppenangebote für Kinder aus Familien mit suchtkranken und psychisch kranken Eltern

Kinder mit sucht- oder psychisch kranken Eltern sind besonders gefährdet, selbst eine Abhängigkeit oder seelische Störung zu entwickeln. Die gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg unterstützen ein Gruppenangebot für betroffene Kinder und Jugendliche im Alter von sieben bis 14 Jahren in den Stadtteilen Wilhelmsburg und Veddel, das Teil einer Gesamtstrategie des Bezirksamtes Hamburg-Mitte ist. Ziel ist es, die seelische Widerstandsfähigkeit zu stärken und gleichzeitig die eigene Handlungskompetenz zu verbessern. Bei Bewegungs-, Interaktions- und Kommunikationsspielen, Fantasiereisen oder Entspannungsübungen kommen betroffene Kinder mit Gleichgesinnten in Kontakt und lernen über ihre Belastungen zu sprechen. Tabus wie Sucht oder psychische Erkrankungen werden mit speziell ausgebildeten Fachkräften thematisiert. Durch begleitende Elternabende wird die ganze Familie in den Blick genommen.

Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für Jugendliche psychisch erkrankter Eltern

Das Bezirksamt Harburg hat bereits Strukturen für Kinder psychisch kranker Eltern bis zwölf Jahren etabliert. In diesem Projekt knüpft das Bezirksamt

an diese an und widmet sich nun Kindern und Jugendlichen ab zwölf Jahren. Dies erfolgt durch fortlaufende Platzierung des Themas in bestehenden kommunalen Strukturen, Sensibilisierung von Fachkräften durch Fachtage und Fortbildungen, aber auch durch den Aufbau eines konkreten gesundheitsförderlichen Angebots. Ziel der Interventionen ist die Reduktion der psychischen Belastung, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Resilienz sowie die Vermeidung von sozialer Isolation.

Geschützte Räume für gestresste Kinder

Vielen Kindern, die unter schwierigen Lebensumständen aufwachsen, fehlt im Alltag ein ruhiger Ort, an dem sie entspannen und Stress abbauen können. Gemeinsam mit dem Lichtwark-Forum Lurup e. V. und mit Unterstützung des Bezirksamtes Altona haben die gesetzlichen Krankenkassen das Projekt „Geschützte Räume für gestresste Kinder“ gestartet. Die Umsetzung findet in Grundschulen in den Stadtteilen Lurup und Osendorfer Born statt. Speziell ausgebildete Fachkräfte führen gemeinsam mit Lehrkräften die Angebote im Klassenverband durch. Die Kurse haben das Ziel, Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl zu stärken und einen stressfreieren Umgang mit sich selbst und anderen zu entwickeln. Die Kinder lernen beispielsweise, wie sie am besten mit Aggression umgehen und Vertrauen in die eigenen Stärken entwickeln können. Über Elternabende erfolgt die Einbindung der Eltern. Handouts sollen dabei unterstützen, über Kursinhalte zu informieren und diese in den Alltag zu integrieren. Seit Projektstart im Jahr 2019 wurden 200 Kinder und 85 Erwachsene erreicht.

²² Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg. (2021). Beschlussempfehlungen an das Strategieforum Prävention, Beschluss vom 5. Mai 2021.

Hessen

Treffpunkt Bewegung - Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Kassel fest etabliert

Bewegungsarme Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahren zu mehr und regelmäßiger Bewegung an der frischen Luft zu motivieren, mit dieser Zielsetzung startete das Kasseler Projekt „Treffpunkt Bewegung - in Ihrem Stadtteil“ bereits im Jahr 2019. Vor allem ältere, alleinlebende und sozial benachteiligte Menschen, die nicht in einem der zahlreichen Kasseler Sportvereine aktiv sind oder Kursangebote der Individualprävention nutzen, sollten erreicht werden. Angestrebt wurde eine Erhöhung der Lebensqualität durch die Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, die Steigerung von Kommunikation mit Gleichgesinnten und Teilhabe an Stadtteil-Angeboten.

Für das Projekt konnten wichtige Projektpartner gewonnen werden, wie z. B. Sportvereine, Quartierszentren, Bildungs- und Begegnungstätten, karitative oder sonstige soziale Einrichtungen. Sie dienen als Treff- und Ausgangspunkte für abwechslungsreiche Spaziergänge und sind barrierefrei erreichbar. Das Angebot ist kostenfrei und findet einmal wöchentlich zu einem festen Termin, auch bei Wind und Wetter, statt. Eine Teilnahme ist ohne Anmeldung möglich und unverbindlich. Ein Stadtteilspaziergang umfasst 1,5 Stunden mit Gleichgewichts-, Kräftigungs- und Koordinationsübungen, angepasst an die Bedürfnisse der Teilnehmenden. Seit Beginn des Projekts finden regelmäßig Schulungen für Übungsleiterinnen und Übungsleiter und Erfahrungsaustausche statt. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch die Universität Kassel.

Nach einem erfolgreichen Start erforderte die Corona-Pandemie seit 2020 ganz neue Strategien für die Fortführung des Projekts. Ein Konzept zum Corona-Krisenmanagement wurde entwickelt, und so konnten die Teilnehmenden auch während des Lockdowns und der Kontaktbeschränkungen über Bewegungsflyer, Telefonate, WhatsApp-Gruppen und viele weitere Ideen gut erreicht werden. Mit einem durchdachten Hygienekonzept konnten auch die Bewegungstreffs im Freien wiederaufgenommen werden und nach dem Ende der

Einschränkungen ging es im gewohnten Rhythmus weiter. Schrittweise wurden weitere Stadtteile für die Bewegungstreffs gewonnen.

Federführend liegt die Projektsteuerung beim Sportamt Kassel, das hierfür auch eine Bewegungskoordinatorin eingesetzt hat. Im Steuerungsgremium vertreten sind das Gesundheits- und Sozialamt, die Sportvereine und relevante Stadtteilkollegen. Wichtige Unterstützung, vor allem bei der Erreichung der Zielgruppe ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger, leistet die HNA (Hessische/ Niedersächsische Allgemeine) als dazugewonnener Medienpartner.

Das Projekt startete zunächst parallel in zehn Stadtteilen und wurde schrittweise weiter ausgebaut. Bis zum Projektende im Jahr 2022 fand in allen 23 Stadtteilen von Kassel ein wöchentlicher „Treffpunkt Bewegung“ statt, der regelmäßig von ca. 500 Teilnehmenden in Anspruch genommen wurde. Mit dem Projekt „Treffpunkt Bewegung - in Ihrem Stadtteil“ ist es gelungen, Gesundheits- und Sozialsituationen aus mehreren Blickwinkeln zu beleuchten und ein zielgruppengerechtes Angebot zu schaffen, welches sich vom ersten Tag an großer Beliebtheit erfreute. 2019 gewann es den Hessischen Gesundheitspreis in der Kategorie „Gesund Altern“.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben für die ersten drei Jahre eine Anschubfinanzierung in Höhe von 150.000 Euro geleistet. Das Projekt ist mittlerweile fester Bestandteil der Stadt Kassel und wurde im Jahr 2023 unter dem Namen „Treffpunkt Bewegung 2.0“ verstetigt. Die Weiterfinanzierung wird seither durch den städtischen Haushalt sichergestellt.

Autorin:
Kerstin Roth,
AOK - Die Gesundheitskasse
in Hessen
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Mecklenburg-Vorpommern Auf dem Weg zu einer „Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention“

Autorinnen und Autor:

Rebecca Aust,
Programmbüro
Mecklenburg-Vorpommern
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit

Antje Bastian,
IKK - Die Innovationskasse

Werner Mall,
AOK Nordost

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Das Gesundheitszielegremium „Aktionsbündnis für Gesundheit“ in Mecklenburg-Vorpommern hat nach der Verabschiedung von Gesundheitszielen weitergehende Empfehlungen für eine Landesstrategie mit definierten Handlungsschwerpunkten vorgelegt. Dazu zählen neben den Schwerpunkten „Bewegung“ und „Psychische Gesundheit“ auch die Unterstützung der Kommunen bei der Initiierung und Umsetzung entsprechender Aktivitäten. Die Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) haben sich in der LRV auf die Umsetzung solcher Empfehlungen verständigt. Das Zusammenwirken der Partner veranschaulichen die folgenden Beispiele.

Bewegungsförderung für Seniorinnen und Senioren

In Mecklenburg-Vorpommern werden derzeit zwei Projekte umgesetzt, um die Bewegungsförderung für ältere Menschen zu forcieren. Gemeinsam ist beiden das Ziel, ältere Menschen vor Ort in der Kommune in ihrer körperlichen Aktivität zu stärken. Beide setzen dabei auf das Empowerment kommunaler Strukturen und Kooperationen.

Der Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern ist seit 2020 Träger des Projekts **„Bewegt älter werden in MV“**²³. Es setzt auf die Zusammenarbeit mit Landkreisen, Gemeinden und lokalen (Kreis-)Sportbünden. Die **bundesweite Initiative „Auf leben“**²⁴ wird in Mecklenburg-Vorpommern seit 2022 umgesetzt und vom Landesturnverband Mecklenburg-Vorpommern koordiniert. Sie vermittelt und fördert Kooperationen zwischen Städten, Gemeinden und einzelnen Sportvereinen.

Das Nebeneinander regionaler Aktivitäten und bundesweiter Initiativen stellt Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland mit geringen infrastrukturellen und personellen Ressourcen vor besondere Herausforderungen. Dem

Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern kommt bei der Vermittlung zwischen bundesweiten Angeboten und regionalen Bedarfen eine wichtige Funktion zu. Durch regelmäßige Austauschtreffen der an den beiden Projekten beteiligten Akteure stellt das Programmbüro den effizienten Einsatz der Fördermittel sicher. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit der Mitwirkung der GKV-Bündnisse in den Ländern bei der Gestaltung bundesweiter Initiativen.

„Blick auf Kinder aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien (KipsFam)“²⁵

Eine von der Landesregierung finanzierte „Landeskoordination“ (zukünftig „Landesfachstelle KipsFam“) bildet die übergreifende Klammer um alle Aktivitäten, die Kinder und Jugendliche aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien stärken. Das GKV-Bündnis für Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern investiert hier Fördermittel aus dem Förderprogramm in derzeit drei Landkreisen. Es finanziert u. a. das Projekt „Gesundheit gelingt Gemeinsam“ des Landkreises Vorpommern-Rügen. Das Projekt verbindet verhaltens- und verhältnispräventive Bausteine, bietet Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für pädagogische Fachkräfte, ein theaterpädagogisches Angebot für Grundschul Kinder und ermöglicht die Umsetzung der Programme **„Trampolin“**²⁶ und **„Verrückt? Na und!“**²⁷.

Interessenbekundungen aus weiteren Landkreisen liegen dem Programmbüro vor. Koordiniert durch die Landesfachstelle und unterstützt vom GKV-Bündnis für Gesundheit im Land entstehen auf diesem Weg sukzessive nachhaltige Strukturen und Angebote für diese Zielgruppe in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen einer gemeinsamen Landesstrategie.

23 <https://www.lsb-mv.de/sportwelten/sport-und-gesundheit/projekt-bewegungsfoerderung-fuer-aeltere/>

24 <https://www.dtb.de/aufleben>

25 <https://sozialpsychiatrie-mv.de/kindheit-und-jugend/lako-kipsfam-2/>

26 <https://www.projekt-trampolin.de/>

27 <https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/>

Niedersachsen Gesund älter werden in allen Lebensphasen

Die gemeinsame Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“ zur Stärkung der Gesundheit mit und für ältere Menschen bildet weiterhin einen Schwerpunkt bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV). Gleichzeitig widmet sich die LRV auch anderen Themen und Lebensphasen. So werden über das GKV-Bündnis für Gesundheit mehrere Projektvorhaben gefördert, die das auch für die Nationale Präventionskonferenz handlungsrelevante Thema Psychische Gesundheit und Resilienz in der Lebensphase „Gesund aufwachsen“ adressieren. Zwei von ihnen werden nachfolgend vorgestellt.

Projekt „KITT – Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken“

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werks Hannover unterstützt in diesem Projekt als Kooperationspartner der Landeshauptstadt Hannover Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Fachkräfte sprechen mit den Jahrgängen 7 und 8 ausgewählter Schulen über Sucht und die Situation in betroffenen Familien. Auch begleitende Aspekte, wie Mobbing betroffener Kinder, werden thematisiert und weitergehende Hilfsangebote aufgezeigt. Begleitend werden Schulungen der Lehrkräfte und gegebenenfalls weiterer pädagogischer Fachkräfte an den Schulen durchgeführt. Insgesamt 26 Schulklassen konnten bereits im Rahmen dieses Projekts erreicht werden.

„Kidstime Workshops“

Sowohl die Stadt Oldenburg als auch der Landkreis Osterholz setzen jeweils ein Projekt um, in dem der Ansatz der sogenannten „Kidstime Workshops“ im Fokus steht. Das niedrigschwellige Gruppenangebot richtet sich an Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Die individuellen und familiären Ressourcen sowie insbesondere die Resilienz der Kinder und Jugendlichen sollen gestärkt werden. Dem erhöhten Risiko der Kinder, selbst psychisch zu erkranken, soll damit vorgebeugt werden. Wichtige Bestandteile der

Förderung sind die Schulungen von multiprofessionellen Teams sowie die Kooperationen mit verschiedenen Akteuren/Fachkräften aus lokalen Netzwerken.

Übergreifende Zusammenarbeit

Die Beteiligten der LRV Niedersachsen kommen mindestens einmal im Jahr im Dialogforum Prävention, dem Austauschgremium der LRV, zusammen. Das Ziel ist es, Transparenz herzustellen, aktuelle Themen und Bedarfe zu reflektieren und Handlungsoptionen daraus abzuleiten. Das Thema (psychische) Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien wurde auch im Dialogforum 2023 aufgegriffen. Es wurde u. a. ein genauerer Blick auf die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen geworfen, und die vorher genannten Projekte haben aus der Praxis berichtet.

Autorin und Autor:
Janika Manstein,
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen
Björn Sassenhausen,
AOK Niedersachsen
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Nordrhein-Westfalen Gesund alt werden und gesund aufwachsen in NRW - zwei Beispiele aus der Praxis

Autorinnen und Autoren:

Dr. Kirsten Kemna,
ZWAR e. V. - Zwischen
Arbeit und Ruhestand

Marc Bagusch,
ZWAR e. V. - Zwischen
Arbeit und Ruhestand

Ute Schünemann-Flake,
ZWAR e. V. - Zwischen
Arbeit und Ruhestand

Sven Sassen,
Programmbüro Nordrhein-
Westfalen des GKV-
Bündnisses für Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Alina Waßerfuhr,
Landeszentrum Gesundheit
NRW

Lana Carollo,
Landeszentrum Gesundheit
NRW

Gesund altern im Quartier - Aufbau von selbsttragenden Gesundheitsnetzwerken

Ziel des Projekts „Gesund altern im Quartier“ ist der Aufbau von selbsttragenden Gesundheitsnetzwerken, welche die Gesundheitsförderung und Prävention alternder und älterer Menschen im Quartier verbessern sollen.

Wie genau soll dies erreicht werden?

- Abbau von sozial bedingten, interkulturellen und geschlechtsbezogenen Disparitäten der Gesundheitschancen älterer Menschen
- Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz und Teilhabe älterer Menschen (Empowerment)
- Identifizierung von gesundheitsfördernden Strukturen in den (Wohn-)Quartieren und dem Sozialraum
- partizipative Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention
- nachhaltige, strukturelle Vernetzung der Akteure, Träger, Einrichtungen und Unternehmen

In Essen-Bergerhausen, Herdecke, Korschenbroich, Münster-Hiltrup, Recklinghausen und Wuppertal wurden Veranstaltungen und Maßnahmen²⁸ umgesetzt. Die Ergebnisse des Projekts münden in ein ganzheitliches örtliches Handlungskonzept. Darüber hinaus soll zum Projektabschluss die Beratung und Begleitung durch die Projektverantwortlichen zur Implementierung der Handlungsempfehlungen und Maßnahmen stehen. Im Sinne der Nachhaltigkeit wird der Transfer des Handlungskonzepts in weitere Kommunen angestrebt.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit in NRW fördert das Projekt von Januar 2021 bis Ende 2023.

Alle an Bord!

Sieben Kommunen hissen die Segel für die „Schatzsuche“ in NRW

Seit 2023 bis zunächst Ende 2025 setzen das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) und die Krankenkassen-/verbände in NRW das Eltern-Programm „Schatzsuche“ um. Das Programm wurde von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. entwickelt. Schatzsuche folgt einem ressourcenorientierten Ansatz und sensibilisiert pädagogische Fachkräfte und Eltern für die Stärken, Ressourcen und Schutzfaktoren von Kindern mit dem Ziel, ihre Resilienz und langfristig ihr seelisches Wohlbefinden zu fördern. Pädagogische Fachkräfte aus Kindertagesstätten und Familienzentren werden anhand von sechs Weiterbildungstagen/-modulen befähigt, Eltern-Treffen in den Einrichtungen durchzuführen.

In NRW ist Schatzsuche in das kommunale Rahmenprogramm „Stärkende Lebenswelten für die seelische Gesundheit von Kindern“ der LZG.NRW eingebettet. Kommunen werden als wichtiges Dachsetting in die Umsetzung von Schatzsuche einbezogen, um Strukturen zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern gezielt auszubauen. Folgende Kommunen setzen Schatzsuche um: Bielefeld, Bochum, Ennepe-Ruhr-Kreis, Hagen, Kreis Mettmann, Kreis Viersen und Kreis Warendorf.

Je Kommune nehmen bis zu zehn Kindertageseinrichtungen, vorrangig in sozial benachteiligten Sozialräumen, teil. Die Einrichtungen werden durch die Gesundheits- und Jugendämter bei der Umsetzung des Programms unterstützt. Gleichzeitig erweitern die Gesundheits- und Jugendämter ihre kommunalen Netzwerke zum Thema „Seelische Gesundheit von Kindern“. Das LZG.NRW begleitet die Kommunen und bietet u. a. landesweite Vernetzungstreffen für Kindertageseinrichtungen und kommunale Akteure.

28 <https://www.zwar-ev.de/projektfinanzierung/gesund-altern-im-quartier/>

Rheinland-Pfalz Kommunale Gesamtkonzepte zur Unterstützung von Kindern psychisch oder suchterkrankter Eltern

Zentrale gesellschaftliche Herausforderungen bei der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch oder suchterkrankter Eltern und ihren Familien sind zum einen das Zusammenwirken aller Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Leistungsbereichen, zum anderen die Verbesserung der Steuerung aller Hilfen. Ein Lösungsansatz stellt die Entwicklung und Umsetzung kommunaler Gesamtkonzepte dar. Ihre Bedeutung wird u. a. in der [Empfehlung 18 des Abschlussberichts der AG „Kinder psychisch kranker Eltern“](#)²⁹ unterstrichen. [Kommunale Gesamtkonzepte](#) zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Potenziale der unterschiedlichen Sozialleistungs- und kommunalen Verwaltungsbereiche akteurs- und sektorübergreifend zusammenführen sowie abgestimmte Vorgehensweisen zur Unterstützung der gesamten Familie entwickeln, einschließlich Maßnahmen der universellen Primärprävention in allen relevanten Lebenswelten.³⁰

Das Modellprojekt

Ziel des Modellprojekts ist es, in Rheinland-Pfalz gemeinsam mit drei ausgewählten Kommunen entsprechende Gesamtkonzepte zu entwickeln, zu erproben und die Erfahrungen landesweit zu kommunizieren. Bisherige Aktivitäten sollen weiterentwickelt und nachhaltige, leistungs- bereichsübergreifende Strukturen für eine adäquate Unterstützung von Familien mit mindestens einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil erarbeitet werden.

Das Modellprojekt wird von der Auridis Stiftung und der ism gGmbH in Kooperation mit dem Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Das Projekt wird von der Auridis Stiftung gefördert (Laufzeit 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2026).

Bisher angestoßene Entwicklungen auf der kommunalen Ebene

Die Pilotkommunen haben zum Januar 2023 ihre Arbeit aufgenommen. Im ersten Schritt wurden die zentralen Strukturelemente implementiert: Einrichtung einer kommunalen Koordinationsstelle, Bildung einer kommunalen Steuerungsgruppe sowie Initiierung eines lokalen Netzwerks. Die kommunalen Koordinationsstellen sind in den drei Pilotkommunen jeweils in den Jugendämtern, hier aber strukturell unterschiedlich, verortet. Bereits bestehende Koordinationsstellen und Arbeitsstrukturen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden systematisch einbezogen.

Arbeitsstruktur auf der Landesebene

Auch auf der Landesebene wurde eine Steuerungsgruppe („Transfergruppe“) eingerichtet. In dieser sind alle relevanten Ressorts der Landesregierung und der nachgeordneten Behörden sowie die Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit und das Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit vertreten. Auf diese Weise können parallele Entwicklungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für den Modellprozess nutzbar gemacht sowie neue Erkenntnisse zurückgespielt werden.

Weitere Informationen unter:

www.kommunale-gesamtkonzepte-kps.de/home.html

Autorin:

Dipl.-Päd. Elisabeth
Schmutz,
Institut für
Sozialpädagogische
Forschung Mainz gGmbH

29 AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. (2020). Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-krank-Eltern.pdf> (zuletzt abgerufen am 1. Juni 2023)

30 Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin. Verfügbar unter <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/kinder-psychisch-und-suchterkrankter-eltern-handlungsrahmen-fuer-eine-beteiligung-der-krankenkassen-im-bereich-der-gesundheitsfoerderung-und-praevention/> (zuletzt abgerufen am 1. Juni 2023)

Saarland Kommunale Gesundheitsförderung im Fokus

Autorin:
Franziska Arend,
Programmbüro Saarland
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Um eine breite Bevölkerungsschicht zu erreichen, haben sich im Saarland Kommunen als Primärsetzung für Gesundheitsförderung und Prävention bewährt. Aufgrund vielschichtiger Herausforderungen in den vergangenen Jahren, wie der Ausbau der U3-Kinderbetreuung und die Unterbringung von Geflüchteten, sind die Kommunen jedoch starker Mehrbelastung ausgesetzt gewesen, was sich auch auf die Kommunale Gesundheitsförderung (KGF) auswirkte.

Befragung zur Kommunalen Gesundheitsförderung

Im Auftrag der Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) und in enger Absprache mit den gesetzlichen Krankenkassen sowie der LRV-AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ führten die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) und das Programmbüro eine Befragung der saarländischen Kommunen durch.

Das Ziel dieser Befragung war es, den aktuellen Umfang und Stellenwert der KGF in den Kommunen zu ermitteln sowie Unterschiede zwischen ländlichen versus städtischen Regionen und Gemeinden versus Landkreisen aufzuzeigen. Zudem wurde untersucht, ob die bereits etablierten Strukturen und Unterstützungsangebote noch passgenau sind bzw. welche weiteren Bedarfe es bei den Kommunen gibt.

Die Ergebnisse der Befragung dienen den Partnern der LRV als Grundlage für die Ausrichtung der weiteren gemeinsamen Strategie. Auch Programmbüro, KGC und „Das Saarland lebt gesund!“ nutzen die Ergebnisse in ihrer praktischen Arbeit.

Landespräventionskonferenz 2022: Gesundheit verbindet

Unter dem Motto „Gesundheit verbindet“ wurde die Landespräventionskonferenz im Saarland zum zweiten Mal als große Veranstaltung, unter Be-

teiligung einer Vielzahl an Akteuren der saarländischen Präventionslandschaft, durchgeführt. Nach vielen pandemiebedingt digitalen Treffen wurde der Schwerpunkt darauf gesetzt, die verschiedenen Teilnehmenden wieder miteinander zu vernetzen und Raum für Austausch zu schaffen.

Neben zwei Dialog-Vorträgen boten fünf Workshops und der Markt der Möglichkeiten den Anwesenden inhaltliche Impulse. Die Workshops orientierten sich thematisch u. a. an den gemeldeten Bedarfen aus der oben genannten Befragung. Ziel der Workshops war es, andere Akteure zu finden, die vor gleichen Herausforderungen oder Fragen stehen. Lösungsansätze brachten die Moderierenden aus ihrer täglichen Arbeit mit in die Diskussion ein. Die Ergebnisse der Veranstaltung wurden in einem Graphic Recording festgehalten.³¹

Als weiterer Partner ist das Ministerium für Bildung und Kultur der LRV beigetreten. Der Ansatz von Prävention als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe konnte somit weiter gestärkt werden.

Projektförderung im Bereich der Kommunalen Gesundheitsförderung

2022 starteten vier kommunale Präventionsprojekte. Die durch das GKV-Bündnis für Gesundheit geförderten Vorhaben adressieren vor allem Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sowie Alleinerziehende. Neben dem Schaffen von der Gesundheit dienlichen Handlungsrouninen zielen die Projekte vor allem auf verhältnisbezogene Regelungen und eine kommunale Gesamtstrategie ab.

31 © Schulze, Sandra: <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir-in-den-laendern/saarland/landespraeventionskonferenz-saarland/>

Sachsen

Von der Kita bis ins Alter: Projekte in Sachsen nachhaltig entwickeln und verstetigen

Regionalstellen Gesundheitsförderung in der Kita

Kindertagesstätten sind für das Ziel der Landesrahmenvereinbarung Sachsen „Gesund Aufwachsen“ eine bedeutsame Lebenswelt. Kinder erlernen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen dort, wo sie ihren Alltag verbringen. Daher sind besonders Kitas wichtige Orte, an denen schon früh an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden kann. Gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit wurde seit 2021 in drei Landkreisen jeweils eine Regionalstelle „Gesundheitsförderung in der Kita zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit“ etabliert. Sie beraten, vermitteln und vernetzen Kindertageseinrichtungen und deren Träger zu Gesundheitsförderung in der Lebenswelt. Mithilfe einer überregionalen Prozesssteuerung werden die Regionalstellen strukturell und fachlich begleitet, wodurch zusätzlich ein Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet wird.

Das Ziel des Vorhabens besteht darin, die körperliche und seelische Gesundheit sowie gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder zu verbessern. Zur Erreichung des Ziels werden die Einrichtungen bedarfsbezogen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Angeboten beraten. Grundlage dafür ist eine Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für die Kitas. Zudem sollen die Einrichtungen befähigt werden, eigenständig Maßnahmen umzusetzen. Der Aufbau regionaler Netzwerke ist ebenso ein bedeutender Punkt.

Die Nachhaltigkeit des Projekts soll insbesondere durch Wissenstransfer und Monitoring von Gelingensfaktoren, die aktive Zusammenarbeit mit der überregionalen Prozesssteuerung und durch Vernetzung mit relevanten Akteuren im Landkreis abgesichert werden.

„Gesund im Alter“

Besonders ältere Menschen in schwieriger sozialer Lage sind schwer erreichbar, da sie die vorhandenen Komm-Strukturen häufig nicht nutzen. Sie benötigen passgenaue Angebote, die ihre spezifischen Umstände berücksichtigen. Demzufolge wurde in der Stadt Leipzig von 2020 bis 2022 das Projekt „Gesund im Alter“ im Rahmen des Gesamtkonzepts „Präventive Hausbesuche“ gefördert. Schwer erreichbare ältere Menschen ab dem 75. Lebensjahr sollten über wohnortnahe aufsuchende Unterstützungsangebote in den vier Modulen Gesundheit, Wohnen, Pflege und Alltagsaktivitäten beraten und für eine selbstbestimmte Lebensführung sensibilisiert werden. Für weiterführende Beratungen wurde an bestehende Hilfesysteme vermittelt. Die Umsetzung des Angebots erfolgte in Kooperation mit zwei freien Trägern der Seniorenarbeit.

Die Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit erfolgte ausschließlich für das Modul Gesundheit. Die drei Module zu den weiteren Themen wurden eigens durch die Stadt finanziert. Hauptfokus des Moduls Gesundheit war die partizipative Bedarfsermittlung mit der Zielgruppe sowie die Planung und Umsetzung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. Ziel der Maßnahmen war es, die gesundheitlichen Ressourcen wie Selbstständigkeit und Alltagskompetenz der Zielgruppe zu stärken, die körperliche Aktivität und Mobilität zu erhalten sowie deren psychosoziales Wohlbefinden zu fördern. Durch die Verankerung des Projekts in kommunalen Strukturen sollte die Leipziger Altenhilfe weiterentwickelt und die Vernetzung der Akteure im Stadtteil vorangetrieben werden.

Trotz einiger Hürden durch die Corona-Pandemie konnte das dreijährige Modellprojekt im Jahr 2022 erfolgreich in ein Regelauftrag der Stadt überführt werden.

Autorinnen:
Silke Heinke,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Sachsen
Anne-Katrin Olbrich,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Sachsen
Jenny Müller,
Programmbüro Sachsen
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit
Josy Simon,
Programmbüro Sachsen
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Sachsen-Anhalt otto VEREINT aktiv 60+

Autorin und Autor:
Gerriet Schröder,
AOK Sachsen-Anhalt
Carolin Bandow,
Programmbüro Sachsen-
Anhalt des GKV-Bündnisses
für Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Anteil an älteren Menschen in unserer Gesellschaft seit dem 20. Jahrhundert stark zu. Dementsprechend ist es zunehmend wichtig, den altersbedingten Erkrankungen mit Präventionsmaßnahmen und insbesondere durch Interventionen der Gesundheitsförderung entgegenzuwirken. Neben einer gesunden Ernährung spielt vor allem das Bewegungsverhalten bei der Bewahrung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter eine wichtige Rolle. Betrachtet man die Annahmen zur 7. Regionalen Bevölkerungsprognose zur [Altersstatistik für Sachsen-Anhalt](#)³², so erhöht sich das Durchschnittsalter in Sachsen-Anhalt von 47,9 Jahre im Jahr 2019 auf 49,6 Jahre bis zum Jahr 2035. Im gleichen Zeitraum erhöht sich der Altenquotient von 39,82 auf 59,27 Personen – eine Steigerung um 49 %. Aus diesem Grund haben die gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen-Anhalt in ihrer Schwerpunktsetzung für den Förderzeitraum 2020 bis 2024/2025 das Thema Gesundheitsförderung im Alter priorisiert und unterschiedliche Projektansätze gefördert (Abb. 6).

Das Projekt „otto VEREINT aktiv60+“ der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg hat für den städtischen Raum ein Erfolg versprechendes Konzept entwickelt, welches auch die Zielgruppe der Männer gut erreicht. Bisher wurden 148 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht, darunter 93 Frauen und 55 Männer.

Das Projekt beinhaltet ein neues Konzept zur Bewegungsförderung von Seniorinnen und Senioren (Alter: > 60 Jahre), die eine lang anhaltende sportliche und körperliche Inaktivität aufweisen und dennoch körperlich gesund sind. Dieses Konzept wird seit März 2022 in Magdeburg erprobt und basiert auf der Zusammenarbeit mit lokalen Sportvereinen. Die Bewegungseinheiten finden zu festen Trainingszeiten und in den Sporthallen der Universität statt. Vierteljährlich starten neue Sportgruppen, und die praktische Umsetzung des Projekts ist bis Ende 2024 angesetzt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen für 24 Wochen zwei Bewegungseinheiten à 90 Minuten pro Woche in festen Sportgruppen von max. 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch, in denen sie durch einen abwechslungsreichen Trainingsplan an den regelmäßigen Sport herangeführt werden. Während des sechsmonatigen Bewegungsprogramms wird nicht nur alterstypischer Seniorensport durchgeführt, sondern ebenso ein vielfältiges Spektrum an Sportangeboten der regionalen Vereine offeriert. Im Fitnesstraining werden stets unterschiedliche Sportgeräte und -materialien verwendet, wobei diese in jeder Bewegungseinheit in den Bereichen Koordination, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit zum Einsatz kommen. Ein zusätzlicher wichtiger Inhalt im Projekt ist die Ernährungsberatung. Hier wird rund um das Thema „Gesunde Ernährung für Seniorinnen und Senioren 60+“ zielgruppenspezifisch aufgeklärt. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: www.otto-vereint-aktiv-60.ovgu.de

Abb. 6: Förderschwerpunkte des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Sachsen-Anhalt

Förderschwerpunkt	Projekt
Gesundheitsförderung im Alter	
Gesundheitsförderung im ländlichen Raum	„Bewegung mit Herz“ Landessportbund Sachsen-Anhalt e. V.
Gesundheitsförderung im städtischen Raum	„otto VEREINT aktiv60+“ Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege	PAF@Home EUMEDIAS Social Business gGmbH
Soziale Teilhabe an gesundheitsfördernden Angeboten durch Nutzung digitaler Medien	„Nicht alleingelassen“ Volkssolidarität Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.
Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung	„Ambulante Wohnschule“ Lebenshilfe Ostfalen

32 https://demografie.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MLV/Demografieportal/Dokumente/Publikationen/2022-05-11-bevoelkerungsentwicklung-sachsen-anhalt.pdf

Schleswig-Holstein Mit kommunaler Verantwortung langfristig zu mehr Gesundheit

Gesundheitsförderung wirkt langfristig, wenn Maßnahmen vor Ort etabliert werden: direkt in der Kommune, angepasst an die jeweiligen Gegebenheiten und Bedürfnisse der dort lebenden Menschen. Bestehendes und neu Geschaffenes greift abgestimmt ineinander, die Bevölkerung wird einbezogen und Entscheidungen werden so getroffen, dass eine gesundheitsorientierte Lebensweise nachhaltig möglich wird.³³

Die Hansestadt Lübeck hat den Wert von Gesundheit für das soziale und wirtschaftliche Handeln in jeder Lebensphase erkannt. Koordiniert durch das Gesundheitsamt stimmen sich Entscheiderinnen und Entscheider, Bürgerinnen und Bürger sowie Verbände an „Runden Tischen“ zur praxisnahen Lösung von Herausforderungen in bestimmten Lebenslagen ab.

Besondere Aufmerksamkeit hat hier die psychische Gesundheit. Sowohl für Grund- als auch für weiterführende Schulen hat die Stadt 2022 mit Unterstützung vom Land und von den gesetzlichen Krankenkassen Voraussetzungen geschaffen, um das soziale Miteinander und die Psyche stärkende Rahmenbedingungen und Maßnahmen im Schulalltag zu fördern. Das Wohlbefinden aller und die Entwicklung von gegenseitigem Verständnis für besondere Lebenssituationen sind zentrale Bestandteile. Eine Sensibilisierung erfolgt mit dem Programm „Verrückt, na und?“. Besonders belastete Kinder und Jugendliche werden in Resilienz stärkenden Gruppenangeboten begleitet. Zur Verankerung im städtischen Bildungssystem arbeiten Lehrkräfte und Schulsozialarbeit eng mit örtlichen Einrichtungen zusammen und sind wichtige Multiplikatoren.

Fachkräfte des Jobcenters Lübeck begleiten Familien in schwierigen Lebenslagen. Die ganzheitliche Betrachtung von Arbeits- und Gesundheitsförderung steht im Mittelpunkt von gesundheitsorientierten Gesprächen. Ein Netzwerk der in den jeweiligen Stadtteilen agierenden und von der Stadt finanzierten Einrichtungen ermöglicht eine persönliche Begleitung zu mehr gesundheitsorientierter Lebensqualität.

Gesundheit und Teilhabe im Alter konnte mit dem Projekt „Präventive Hausbesuche“ auch in Pandemiezeiten durch ein hohes Engagement und die Flexibilität von Stadt und Caritas gelingen. Trotz der widrigen Umstände wurden telefonisch und sogar digital Kontakte zu älteren Menschen aufgebaut, um sie zu mehr Aktivität in ihrem Stadtteil zu motivieren. Diese Erfahrungen wurden genutzt, um die Digitalkompetenz Älterer durch weitere Schulungen zu erhöhen. Dass hierbei weitere die Lebensqualität fördernde soziale Kontakte entstehen, ist ein wichtiger Nebeneffekt.

Erfolgsfaktor für die Gesamtstrategie in der Stadt Lübeck mit ergänzenden Anschubfinanzierungen der gesetzlichen Krankenkassen und des Landes Schleswig-Holstein ist vor allem der zielorientierte Aufbau nachhaltiger Netzwerke und Strukturen. Der von Beginn an wertschätzende und transparente Austausch der Partner über die jeweiligen Förderbedingungen und die Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses war wesentlich, um Lösungen zu finden. Da sich die Stadt von Beginn an an der Finanzierung beteiligt und die Verstetigung im Blick behält, geschieht die Überführung von Projekten in Regelprozesse fließend. Die gemeinsame Definition von Erfolgskriterien zu Beginn und die Wirksamkeitsprüfung zum Projektende erleichtern einer Kommune diesen Schritt.

Autorin und Autor:
Kerstin Berszuck,
AOK NordWest
Michael Schulz,
Techniker Krankenkasse
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

³³ Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (4. Auflage, Stand Juli 2021). https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/daten/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei.pdf

Thüringen Modellvorhaben „Bewegung und Begegnung im Quartier“

Autorinnen und Autor:
Silke Nöller und
Andrea Priebe,
Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung
Thüringen e. V.,
Geschäftsstelle
Landesrahmenvereinbarung
Robert Schöning,
Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Thüringen
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Die Mitglieder der Landesrahmenvereinbarung (LRV) Thüringen engagieren sich seit 2022 besonders im Schwerpunkt „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Kommune/Quartier“.

Als Mitglied in der LRV und der Landesgesundheitskonferenz Thüringen (LGK) fördern die gesetzlichen Krankenkassen in Thüringen über das GKV-Bündnis für Gesundheit seit April 2022 das Projekt „Bewegung und Begegnung im Quartier“ (BeBeQu). Drei Mitglieder der LGK – der Thüringer Volkshochschulverband e. V., der Landessportbund Thüringen e. V. und die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR – verfolgen in diesem Modellvorhaben gemeinsam das im Jahr 2017 entwickelte Thüringer Gesundheitsziel, ausreichend Bewegung und körperliche Aktivität in den Alltag älterer Menschen zu integrieren.

Mittels komplexer Intervention, d. h. in Form miteinander verknüpfter Maßnahmen, sollen ältere Bürgerinnen und Bürger in kleinstädtischen Siedlungsstrukturen darin bestärkt werden, ihre Umgebung bewusst als Bewegungsraum wahr- und anzunehmen, sie aktiv mitzugestalten und Freude an der gemeinsamen Verbesserung der eigenen Alltagsfitness zu entwickeln. Indem auf diese Weise unvermeidbare Alterungsprozesse und damit möglicherweise einhergehende Beschwerden positiv beeinflusst werden, kann die Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren länger erhalten und Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden.

Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit liegt ein Projektschwerpunkt auf dem Zusammenhang von körperlicher Bewegung und dem psychischen Wohlbefinden sowie der partizipativen Entwicklung integrierter Interventionsansätze. Angestrebt ist eine dauerhafte Verstetigung der als wirksam bewerteten Maßnahmen. Basierend auf den Erfahrungen der BeBeQu-Modellstandorte in Artern (Kyffhäuserkreis), Hermsdorf (Saale-Holzland-Kreis) und Kaltennordheim (Landkreis Schmalkalden-Meiningen) wird zudem

ein Praxisleitfaden zur Förderung der Bewegungsfreundlichkeit in Thüringer Kommunen erarbeitet.

Die praktischen Erfahrungen im BeBeQu-Projekt haben bislang gezeigt, dass Menschen im oder an der Schwelle zum Ruhestand sich durchaus gern bewegen und dabei im Austausch mit anderen sein möchten. Es gelingt jedoch nicht jedem gleich gut, sich zu regelmäßiger körperlicher Bewegung zu motivieren. An diesem Punkt setzt das Konzept der „Bewegungsbegleiter“ an, das derzeit im Rahmen des BeBeQu-Projekts entwickelt wird. Davon ausgehend, dass nahezu JEDE Bewegung besser ist als KEINE Bewegung, sollen Bewegungsbegleiterinnen und -begleiter einfache, regelmäßige, aber unverbindliche und kostengünstige Bewegungsangebote in der Lebenswelt älterer Menschen anbieten. Sie können dabei an bestehende Strukturen vor Ort (z. B. Mehrgenerationenhäuser, Vereine) angeschlossen werden oder auch unabhängig davon arbeiten. Bewegungsbegleiterinnen und -begleiter sind im Gegensatz zu Übungsleiterinnen und Übungsleitern in Vereinen oder bei kommerziellen Sportanbietern keine lizenzierten Trainerinnen oder Trainer. Sie verfügen jedoch über eine von Sportwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern und Pädagoginnen und Pädagogen des BeBeQu-Teams entwickelte Basisqualifikation, die sie zur Durchführung einfacher Bewegungseinheiten befähigt. Durch ihr wohnortnahes Angebot können Bewegungsbegleiterinnen und -begleiter dazu beitragen, eine Brücke zwischen älteren „Nicht-Bewegenden“ und stärker formalisierten Bewegungsformen, z. B. im Sportverein oder in festen Kursstrukturen, zu schlagen.

Die Ausbildung dauert je nach gewähltem Umfang ein bis zwei Tage und besteht aus einem Basis- und einem Aufbaumodul. Im Rahmen des Aufbaumoduls wird thematisiert, wie das Thema Inklusion, d. h. die Anwendbarkeit des Angebots auf Menschen mit körperlichen Einschränkungen, zukünftig stärker berücksichtigt werden kann.

Zahlen im Überblick

In diesem Kapitel werden grundlegende Kennziffern inkl. der Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 4 SGB V sowie für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI dargestellt.

In den folgenden Abschnitten wird auf die Ergebnisse zu den einzelnen Ansätzen differenziert eingegangen. Das betrifft die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) einschließlich der Aktivitäten in Kooperationen und Netzwerken zu ihrer Verbreitung, die individuelle verhaltensbezogene Prävention sowie die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2022. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

Abb. 7:

Zahlen im Überblick



Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten konnten im Berichtsjahr 9.262.221 Menschen in insgesamt 50.349 Lebenswelten direkt erreicht werden. Dies sind 55 % mehr erreichte Personen und 24 % mehr erreichte Lebenswelten als im Vorjahr (2021: 5.961.940 erreichte Menschen, 40.650 Lebenswelten). Dabei waren über die Hälfte der in die Maßnahmen einbezogenen Lebenswelten KITAS und Grundschulen.

Die Krankenkassen investierten 158.655.700 Euro in die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, das entspricht 2,15 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 8 % gestiegen (2021: 147.509.502 Euro). Der im Jahr 2022 vorgesehene Mindestausgabenwert von 2,27 Euro je Versicherten wurde leicht unterschritten.



Mit BGF-Maßnahmen konnten 1.975.093 Menschen in 26.439 Betrieben direkt erreicht werden. Das sind 12 % mehr erreichte Beschäftigte und 43 % mehr erreichte Betriebe als im Vorjahr (2021: 1.768.604 Beschäftigte, 18.437 Betriebe). Am häufigsten waren Betriebe aus den Branchen der weiteren Dienstleistungen und des verarbeitenden Gewerbes an den BGF-Aktivitäten beteiligt.

Im Berichtsjahr gaben die Krankenkassen insgesamt 257.421.055 Euro für BGF-Aktivitäten aus. Das entspricht 3,50 Euro je Versicherten. Damit liegen die Ausgaben je Versicherten über dem Mindestausgabenwert für BGF von 3,33 Euro je Versicherten. Die Ausgaben sind im Vergleich zum Vorjahr um 4 % leicht gestiegen (2021: 246.897.000).

Die Krankenkassen haben aus den BGF-Gesamtausgaben 0,85 Euro je Versicherten in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für BGF in der Pflege, aufgewendet. Dieser Wert liegt leicht über dem Wert des Vorjahres (2021: 0,76 Euro). Der Mindestausgabenwert für die BGF in der Pflege (1,06 Euro je Versicherten) konnte nicht erfüllt werden.

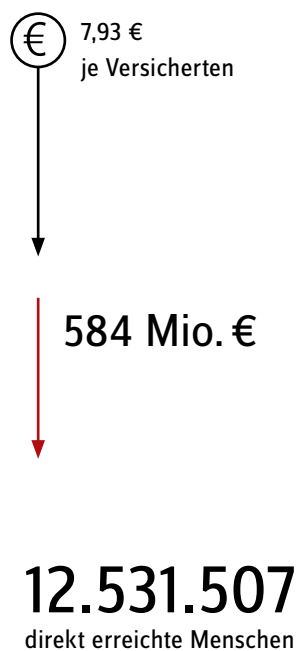


2022 förderten die Krankenkassen 1.294.193 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sind die Kursteilnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 62 % gestiegen (2021: 796.595). Der Anstieg der Kursteilnahmen lässt sich zu einem großen Teil darauf zurückführen, dass die mit der Corona-Pandemie verbundenen Einschränkungen 2022 weitgehend aufgehoben wurden und Kurse wieder vermehrt in Präsenz stattfinden konnten. 80 % der Kursteilnehmenden waren weiblich.

Die Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionsangebote lagen im Berichtsjahr bei 167.791.066 Euro. Die Ausgaben sind im Vergleich zu 2021 um 17 % gestiegen (2021: 143.272.215).

GKV-Ausgaben gesamt
(§§ 20 ff. SGB V)

Abb. 8: GKV-Ausgaben 2022



Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention im Berichtsjahr 2022 583.867.822 Euro aus. Durchschnittlich wurden 7,93 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind 8 % mehr als im Vorjahr (7,34 Euro). Der Orientierungswert 2022 gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V von 7,94 Euro je Versicherten konnte damit fast erreicht werden.

Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)

Abb. 9: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

€ 0,25 €
je Versicherten



18 Mio. €



101.199

direkt erreichte Pflegebedürftige in 2.529 stationären Pflegeeinrichtungen

Im Vergleich zum Vorjahr konnten die Ausgaben der Pflegekassen für die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Einrichtungen mit 18.461.831 Euro³⁴ (2021: 16.289.401 Euro) gesteigert werden. Es wurden 0,25 Euro pro Pflegeversicherten ausgegeben (2021: 0,22 Euro). Insgesamt wurden in 2.529 stationären Pflegeeinrichtungen präventive Leistungen mit Pflegekassenunterstützung dokumentiert, was eine Zunahme um 36 % bedeutet (1.859). Die Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen beläuft sich auf 101.199. Sowohl die Präventionsleistungen als auch die Aufwendungen übersteigen das Niveau vor der Corona-Pandemie. Somit konnte an den Leistungsanstieg im Jahr 2019 bzw. vor der Corona-Pandemie angeknüpft werden.

³⁴ Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ 1-Statistik 2022 der Pflegekassen zugrunde.

Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

Männer und Frauen nehmen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 20 Abs. 4 SGB V - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - zu unterschiedlichen Anteilen in Anspruch.

Die Teilnehmenden individueller verhaltensbezogener Angebote waren überwiegend Frauen. So zeigt sich, dass 80 % der Kursteilnehmenden weiblich sind.

Bei den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist davon auszugehen, dass die Verteilung der Geschlechter in etwa der Verteilung der Geschlechter in der Gesamtbevölkerung entspricht.

In der BGF hingegen werden mit 60 % mehr Männer als Frauen erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten mit Krankenkassenunterstützung besonders stark in Anspruch nehmen. In Unternehmen dieser Branchen gibt es in der Regel einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Lebenswelten werden als abgrenzbare soziale Systeme beschrieben, die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind. Lebenswelten können formale Institutionen wie beispielsweise Kindertageseinrichtungen oder Schulen oder auch Sozialräume wie z. B. ein Stadtteil sein.

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten ist in § 20a SGB V festgeschrieben. Die Kriterien für das Engagement der Krankenkassen für gesunde Lebenswelten sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes dargelegt. Dem Präventionsbericht liegt der Leitfaden Prävention in der jeweils zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde. Die Krankenkassen unterstützen Akteure in Lebenswelten (z. B. durch finanzielle Förderungen, Beratung oder Qualifizierung), wenn sich diese mit einem angemessenen Eigenanteil beteiligen. Für den Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wendeten die Krankenkassen im Jahr 2022 insgesamt 158.655.700 Euro auf, was 2,15 Euro pro Versicherten entspricht.

Lebenswelten eignen sich in besonderer Weise, um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Menschen positiv zu beeinflussen. Insbesondere die Kommune als sogenanntes „Dach-Setting“, unter dem weitere Lebenswelten wie Kitas, Schulen oder Quartiere verortet sind,

ist von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention. Die kommunalen Akteure und Träger kennen die Bedarfe und können durch wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreichen. Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention kann somit einen Beitrag leisten, sozial bedingten Unterschieden in der gesundheitlichen Lage entgegenzuwirken. Besonders erfolgreich sind Ansätze, die an den Gewohnheiten und Werten der Menschen ansetzen und die Betroffenen umfassend mit einbinden (Partizipation).

Insgesamt wurden im Jahr 2022 4.363 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet. Die Arbeitswelt bildet ein Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 74 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“).

Nachfolgend werden die im Jahr 2022 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben.

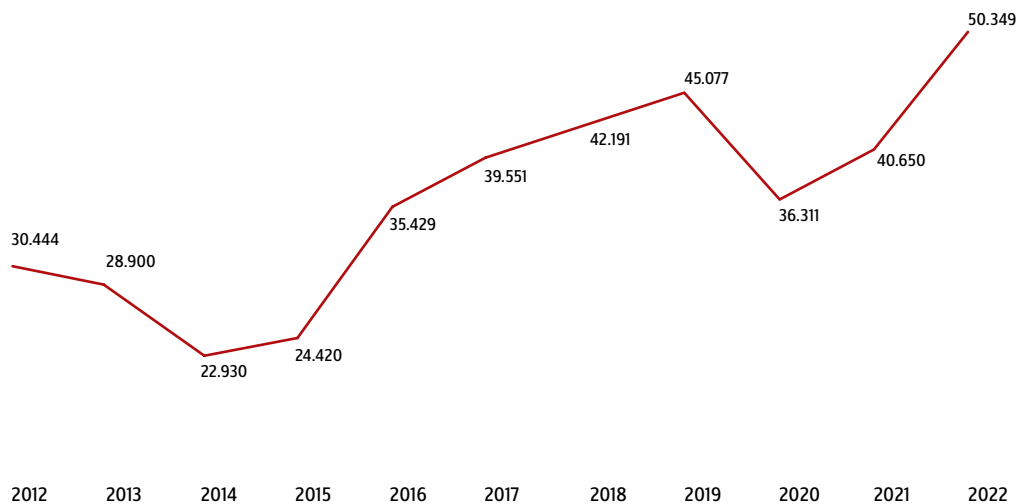
§ 20a Absatz 1 SGB V

„Lebenswelten [...] sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern [...] mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 10:

Anzahl der Lebenswelten



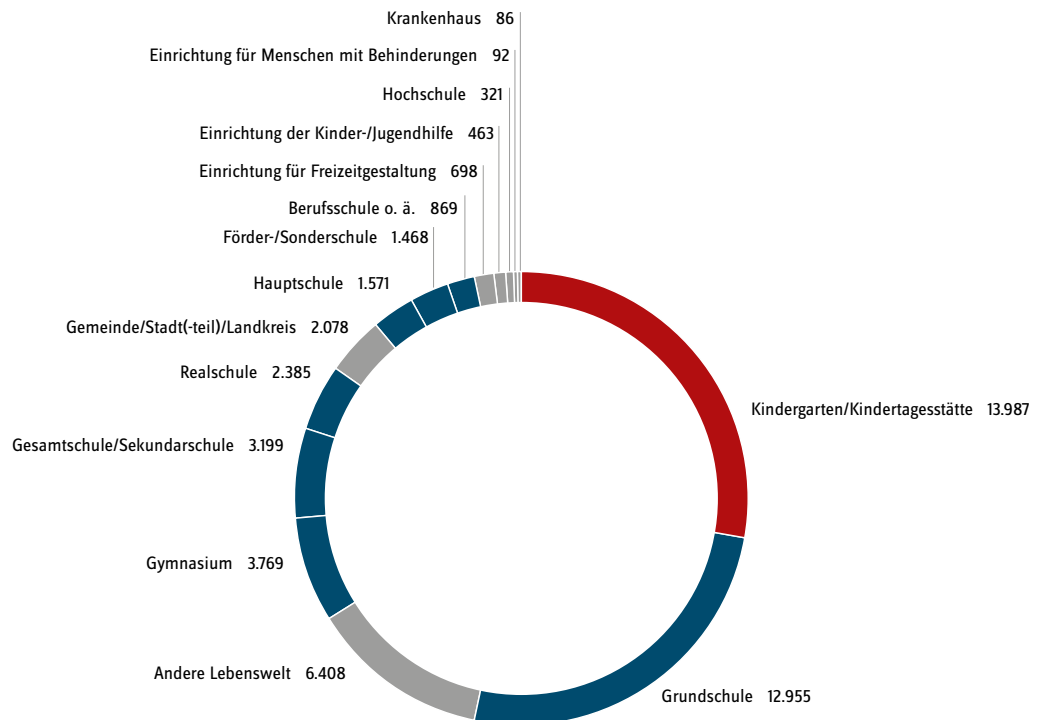
Mit krankenkassenunterstützten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden Menschen in verschiedenen Lebenswelten, wie beispielsweise in Schulen, Kitas oder Stadtteilen erreicht. Ziel ist es, die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten sowie niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote zu etablieren, um Menschen Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln.

2022 konnten die Krankenkassen 50.349 Lebenswelten mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen. Dies bedeutet eine Steigerung um 24 % im Vergleich zum Vorjahr (2021: 40.650). Damit konnte auch die Anzahl der erreichten Lebenswelten vor Beginn der Pan-

demie deutlich übertroffen werden (2019: 45.077). Im Jahr 2022 konnten insgesamt 9.262.221 Kinder/Jugendliche und Erwachsene in Lebenswelten erreicht werden; dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 55 % (2021: 5.961.940). Die Steigerung im Vergleich zu 2019 bzw. vor der Pandemie beträgt 35 % (6.837.280).

Art und Anzahl der Lebenswelten

Abb. 11: Art und Anzahl der Lebenswelten



Wie in den Vorjahren haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2022 am häufigsten in Kitas (28 %) und Grundschulen (26 %) Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt. Weiterführende Schulen (einschließlich Förder-/Sonderschulen) machten 25 % der erreichten Lebenswelten aus. Ein wesentlicher Vorteil der Präventionsarbeit in Bildungseinrichtungen ist, dass dabei Kinder unterschiedlicher Altersgruppen sowie sozialer Schichten erreicht werden können.

Es wurden 12.955 Grundschulen und 13.987 Kitas erreicht. Dabei ist die Anzahl der erreichten Grundschulen im Vergleich zum Vorjahr um 22 % und die der erreichten Kitas um 34 % gestiegen (2021: 10.606 erreichte Grundschulen und 10.417 Kitas). Kitas und Grundschulen sind bedeutende

Lebenswelten, da hier Kinder schon früh und auf spielerische Art und Weise an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden können. Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in den Einrichtungen tragen dazu bei, die Ressourcen der Kinder zu stärken. Im Idealfall werden Gesundheitsförderung und Prävention nicht als eine isolierte Aufgabe betrachtet, sondern in den Bildungs- und Betreuungsauftrag integriert.

Laufzeit

Bei der Laufzeit der dokumentierten Aktivitäten wird zwischen abgeschlossenen und über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten unterschieden.

Die im Berichtsjahr 2022 abgeschlossenen Aktivitäten dauerten im Durchschnitt kürzer an als 2021 (2021: 27 Monate; 2022: 19 Monate).

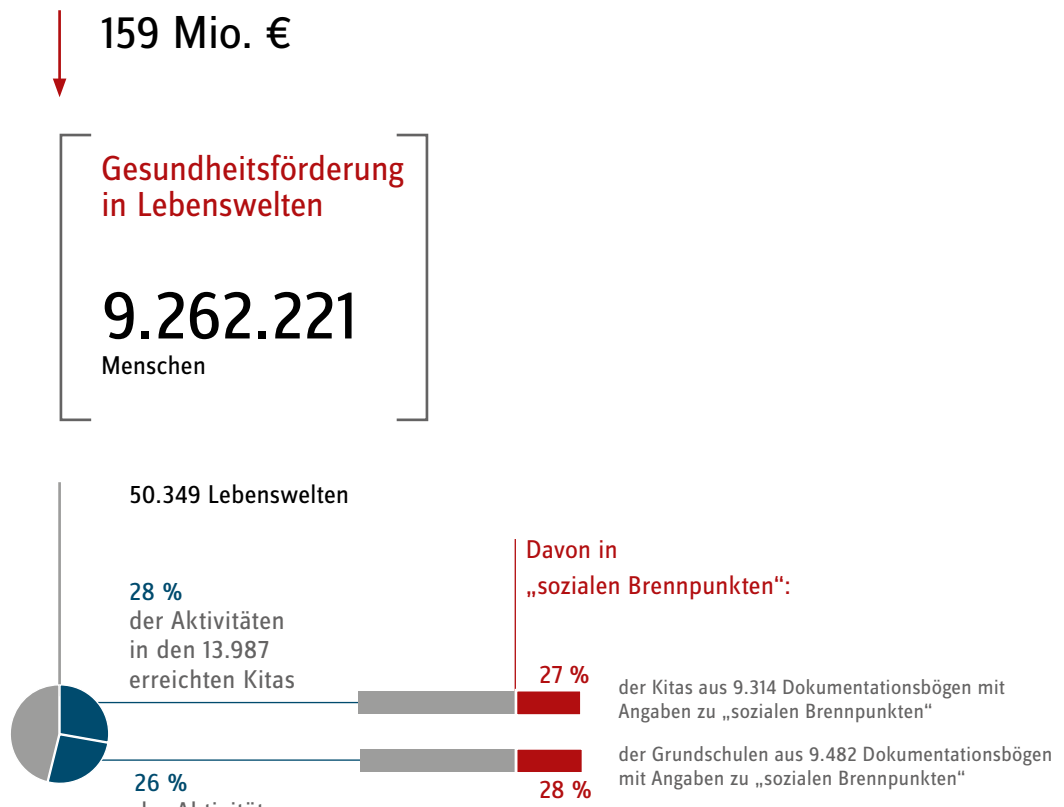
Der Anteil der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten ist 2022 leicht gesunken (2021: 76 %, 2022: 71 %). Nachdem seit 2020 mit Beginn

der Corona-Pandemie der Anteil der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten gestiegen war (2019: 64 %, 2020: 69 %), zeigt sich hier erstmals wieder ein Rückgang. Die durchschnittliche Laufzeit der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten blieb 2022 mit 30 Monaten in etwa auf dem Vorjahresniveau (2021: 29 Monate).

Die durchschnittliche Laufzeit aller Aktivitäten liegt mit 27 Monaten in etwa auf dem Vorjahresniveau (2021: 28 Monate).

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 12: Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“



§ 20 Abs. 1 SGB V gibt vor, dass krankenkassen-geförderte Präventionsmaßnahmen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen“ beitragen sollen. Im Rahmen des Präventionsberichts wird hilfsweise als ein Indikator für die Erreichung sozial benachteiligter Menschen erhoben, wie viele der erreichten Lebenswelten nach Einschätzung der Krankenkassen in sogenannten „sozialen Brennpunkten“ liegen.

Als „**soziale Brennpunkte**“³⁵ werden Wohngebiete bezeichnet, deren Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und

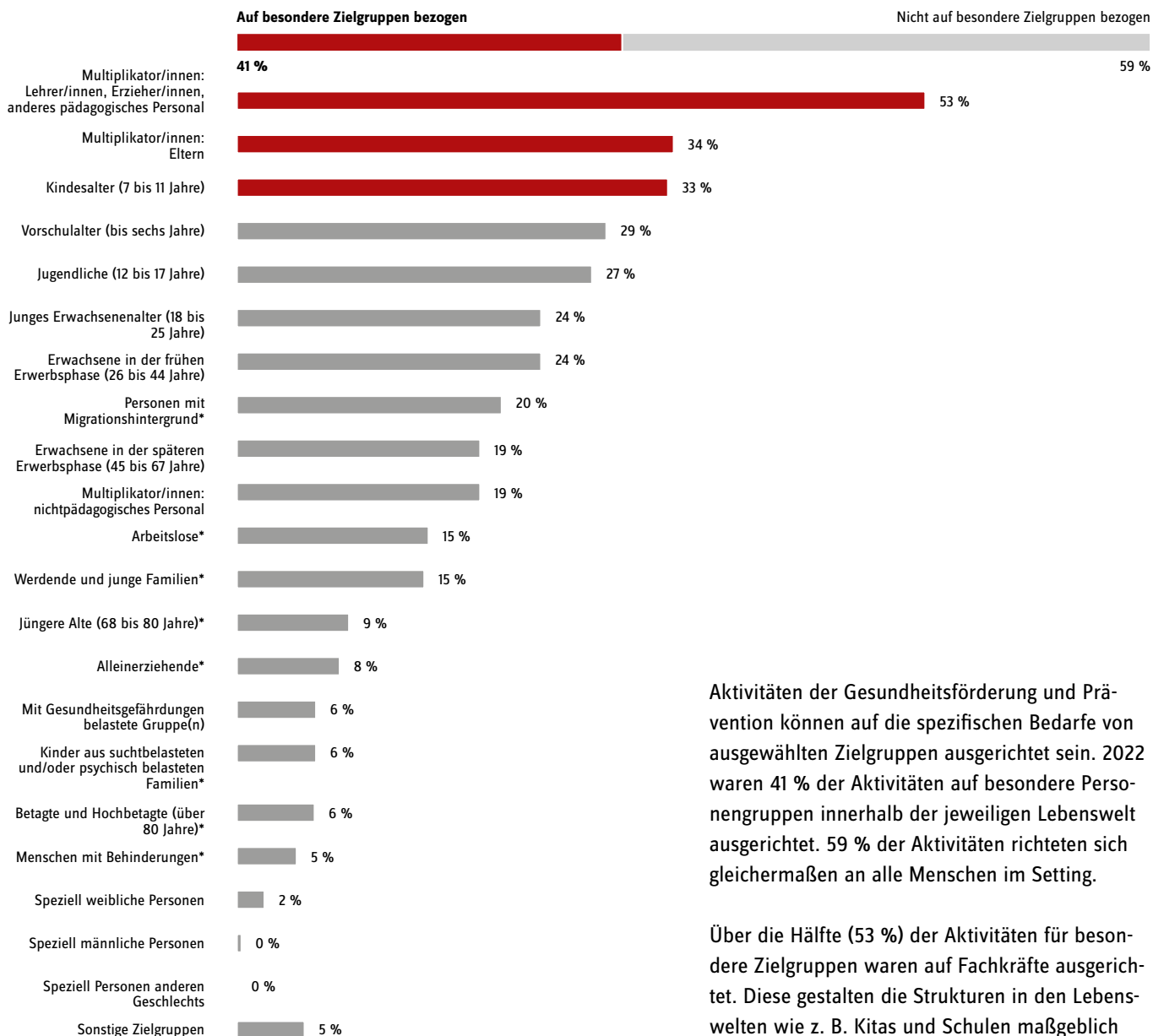
ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „benachteiligter Stadtteil“ verwendet.

27 % der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 28 % der mit Aktivitäten erreichten Grundschulen lagen 2022 nach dieser Definition schätzungsweise in „sozialen Brennpunkten“. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der erreichten Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ in etwa gleich geblieben (2021: jeweils 28 %).

35 Deutscher Städtetag. (1987). Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten (S. 15). Köln.

Zielgruppen

Abb. 13: Zielgruppen
(Mehrfachnennungen möglich)



*GKV-Präventionsziele 2019-2024

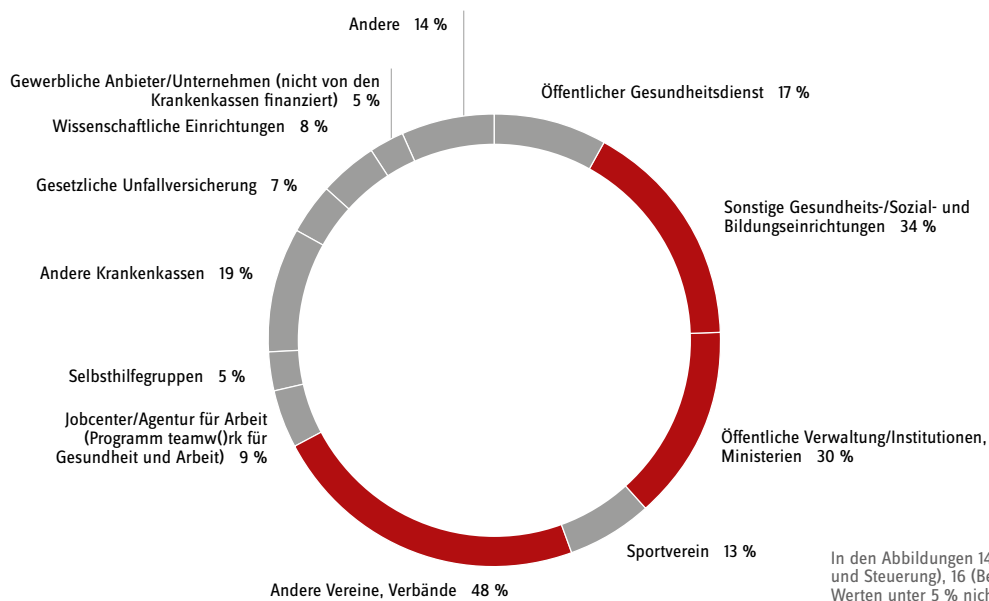
Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention können auf die spezifischen Bedarfe von ausgewählten Zielgruppen ausgerichtet sein. 2022 waren 41 % der Aktivitäten auf besondere Personengruppen innerhalb der jeweiligen Lebenswelt ausgerichtet. 59 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an alle Menschen im Setting.

Über die Hälfte (53 %) der Aktivitäten für besondere Zielgruppen waren auf Fachkräfte ausgerichtet. Diese gestalten die Strukturen in den Lebenswelten wie z. B. Kitas und Schulen maßgeblich mit und haben eine Vorbildfunktion für Kinder und Jugendliche. Im Hinblick auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten wirken sie auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 13 bis 18 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

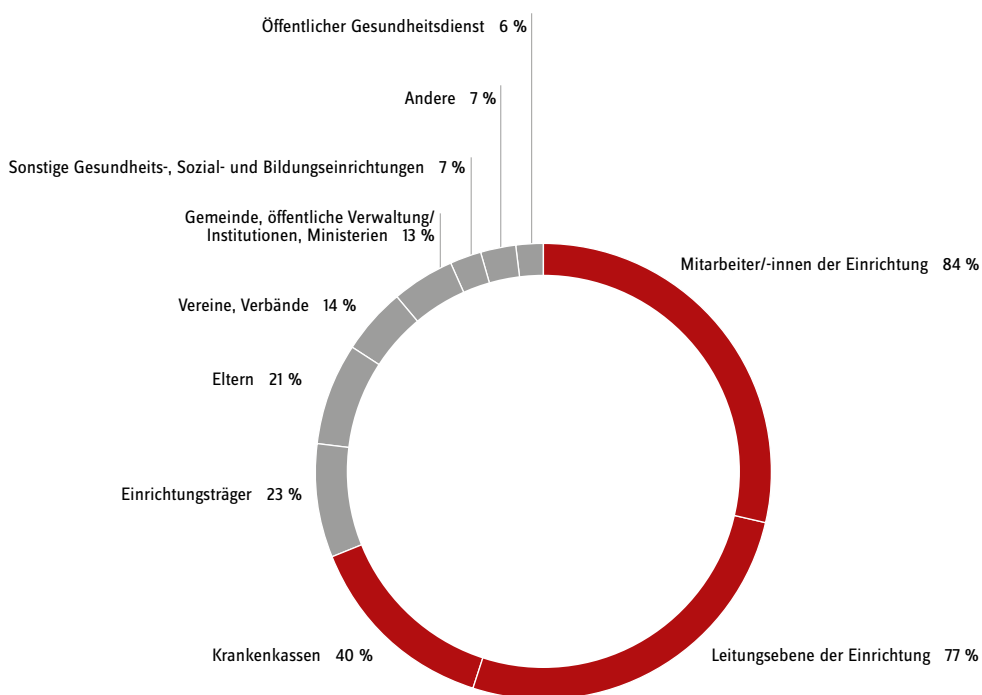
Abb. 14: Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



Um bedarfsgerechte Angebote zu schaffen und die Menschen in den Lebenswelten zu erreichen, kann es hilfreich sein, geeignete Kooperationspartner heranzuziehen. Im Berichtsjahr 2022 waren bei 59 % der Aktivitäten neben den Krankenkassen und den Lebensweltverantwortlichen weitere Kooperationspartner eingebunden. Häufig waren Vereine (ohne Sportvereine), Verbände und sonstige Gesundheits-/Sozial- und Bildungseinrichtungen eingebunden. Andere Krankenkassen waren zu 19 % als Kooperationspartner beteiligt.

Koordination und Steuerung

Abb. 15: **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Koordinations- und Steuerungsstrukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention fördern eine zentrale und verlässliche Planung und die nachhaltige Verankerung der Maßnahmen in der jeweiligen Lebenswelt.

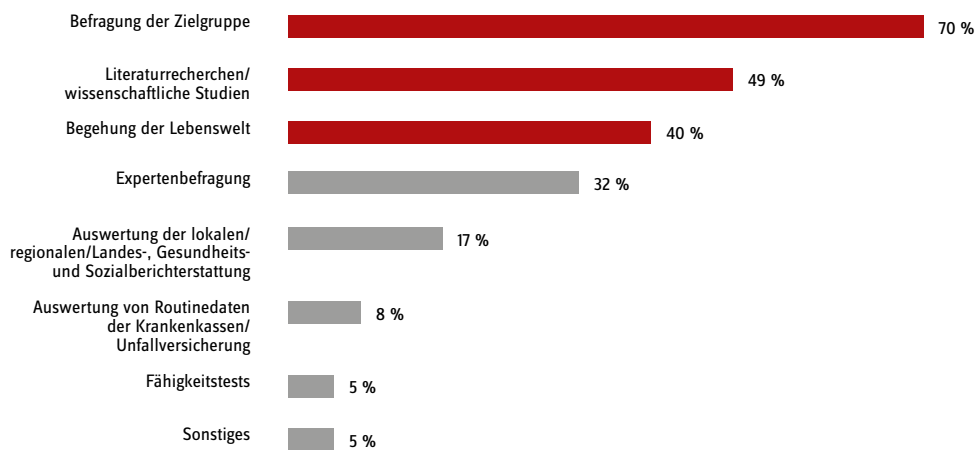
Gemäß dem Leitfadent Prävention soll eine solche Steuerungsstruktur (z. B. ein zentrales Gremium) den gesamten **Prozess**³⁶ von der Bedarfsanalyse und Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen begleiten und mit strukturieren.

Bei 87 % der Aktivitäten wurden im Jahr 2022 Steuerungsstrukturen etabliert. Am häufigsten waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung selbst beteiligt (zu 84 %). Häufig war auch die Leitungsebene in den Steuerungsstrukturen vertreten (zu 77 %). Zu 40 % waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen in den Gremien vertreten.

³⁶ Die Website des GKV-Bündnisses für Gesundheit bietet Wegweiser zum Gesundheitsförderungsprozess für verschiedene Lebenswelten, z. B. <https://www.gkv-buendnis.de/gesunde-lebenswelten/kommune/wegweiser-kommune/#wegweiser>

Bedarfsermittlung

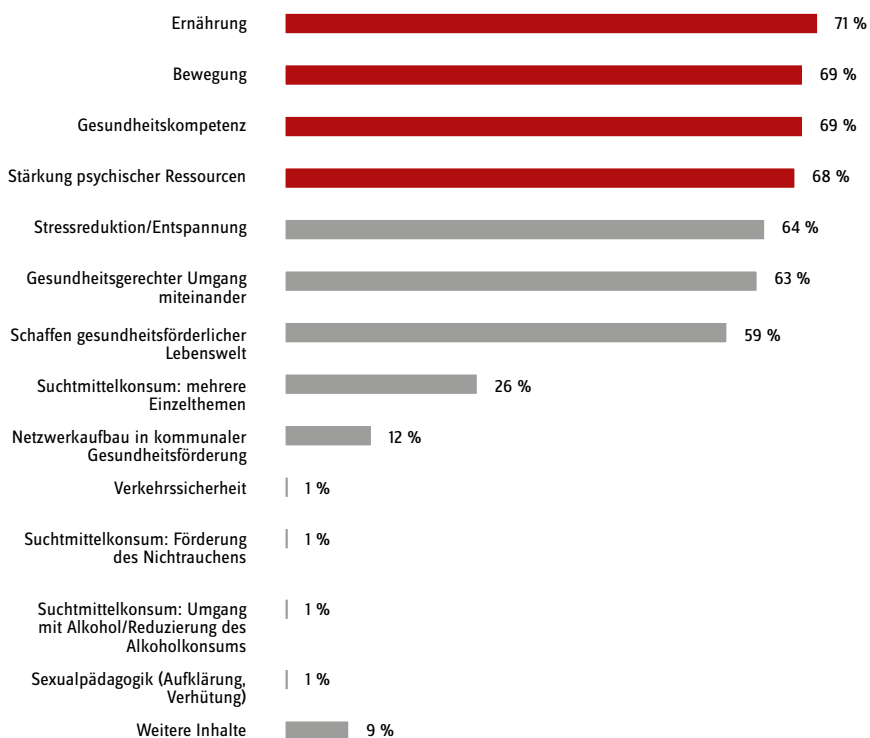
Abb. 16: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



In der Planungsphase der Aktivitäten ist die Ermittlung der Bedarfe bedeutsam, damit zielgerichtete und auf die Bedarfe in der jeweiligen Lebenswelt und bei den adressierten Zielgruppen zugeschnittene Aktivitäten entwickelt werden können. Dabei können unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen. Im Berichtsjahr 2022 wurden am häufigsten Befragungen der Zielgruppe (70 %), Literaturrecherchen (49 %) und Begehungen der Lebenswelt (40 %) als Methoden der Bedarfserhebung durchgeführt.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 17: **Inhalte**
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind je nach den ermittelten Bedarfen in der jeweiligen Lebenswelt und bei den adressierten Zielgruppen auf verschiedene Inhalte ausgelegt. Diese sollen, wie im [Leitfaden Prävention](#)³⁷ beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten und diese sinnvoll miteinander verknüpfen. Oft werden mehrere Inhalte miteinander kombiniert.

Am häufigsten waren die Aktivitäten auf das Thema Ernährung ausgerichtet (71 %), direkt im Anschluss mit jeweils etwa 69 % auf die Themen Stärkung psychischer Ressourcen, Bewegung und Gesundheitskompetenz.

³⁷ GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt oder auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Menschen fokussiert. Im Idealfall werden beide Strategien miteinander kombiniert. 2022 waren etwa drei Viertel der Maßnahmen (74 %) sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet. 23 % der krankenkassengeforderten Maßnahmen waren speziell darauf ausgerichtet, die Menschen in der Lebenswelt zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen.

Art der Umgestaltung

Die strukturellen Bedingungen in einer Lebenswelt stehen in engem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Menschen. Gezielte strukturverändernde Maßnahmen in Lebenswelten können sich gesundheitsförderlich auswirken. Häufig stehen die Verbesserung der Umgebungsbedingungen (72 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (59 %) im Fokus struktureller Umgestaltungen.

Erfolgskontrollen

Bei 68 % der Aktivitäten in Lebenswelten wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren geplant. Dabei kamen verschiedene Methoden zur Anwendung. Am häufigsten wurde die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (80 %), die Akzeptanz der Maßnahme bei den Zielgruppen (57 %) und Prozesse/Abläufe (47 %) erfasst.

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Seit 2016 wird im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit das **Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“**³⁸ (ehemals: Kooperationsprojekt von Krankenkassen und Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt) für die Zielgruppe arbeitslose Menschen durchgeführt. Auf Bundesebene wird das Projekt gemeinschaftlich vom GKV-Spitzenverband, der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag gesteuert. Im Berichtsjahr 2022 liegen von 221 Projektstandorten Dokumentationsbögen vor.

Projektorganisation

Die regionalen Steuerungsgruppen sind zentral für das Gelingen der Kooperation von Jobcentern, Krankenkassen und weiteren Partnern. Sie koordinieren den gesamten Prozess vor Ort inkl. Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung. Die Krankenkassen sind in allen Steuerungsgruppen aktiv: entweder durch ihre GKV-seitige Federführung seitens einer Krankenkasse oder eines Krankenkassenverbandes oder einen im GKV-Auftrag agierenden Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit). Bei allen Projekten in diesem Rahmen wurde ein solches Steuerungsgremium etabliert.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

75 % der Kooperationsprojekte richteten ihre Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse in der kommunalen Lebenswelt als auch auf das Verhalten der Menschen aus. Der Anteil der Aktivitäten, bei denen beide Arten von Maßnahmen miteinander kombiniert werden, ist in den letzten drei Jahren stetig angestiegen (2021: 72 %; 2020: 59 %).

23 % der Interventionen waren speziell darauf ausgerichtet, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 2 % der Aktivitäten konzentrierten sich 2022 ausschließlich auf die Verhältnisprävention, z. B. auf die Verbesserung der Umgebungsbedingungen.

Erfolgskontrollen

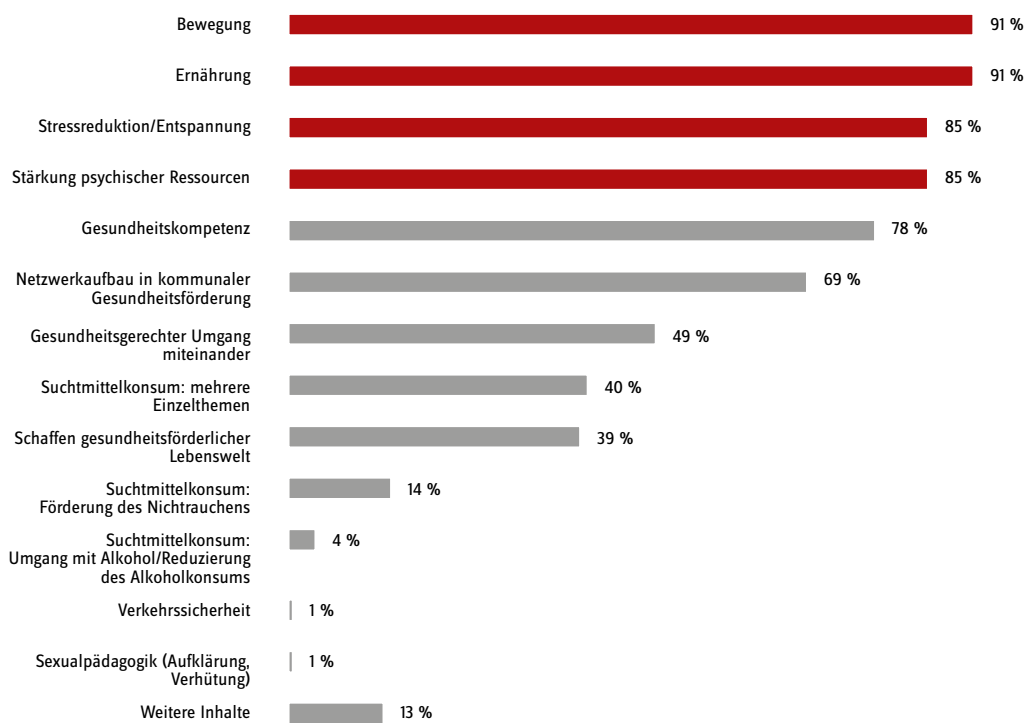
Bei 203 der insgesamt 221 Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant. Häufig erfragte Parameter der Erfolgskontrollen waren die Zufriedenheit der Teilnehmenden, die Akzeptanz bei den Zielgruppen und die Prozesse/ Abläufe im Projekt.

38 <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung/>

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Abb. 18:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen lagen im Berichtsjahr 2022 am häufigsten auf den Themen Bewegung (91 %), Ernährung (91 %), Stärkung psychischer Ressourcen (85 %), Stressreduktion/Entspannung (85 %) und Gesundheitskompetenz (78 %). Im Vergleich zu 2021 waren die Aktivitäten für arbeitslose Menschen häufiger auf den Netzwerkaufbau in der kommunalen Gesundheitsförderung ausgerichtet (2022: 69 %, 2021: 62 %). Es wurden oft mehrere Themen miteinander kombiniert.

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention an freiwillig gesetzten Zielen aus. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019–2024 findet sich im Leitfaden Prävention 2023.³⁹ Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventionsbericht dokumentiert.

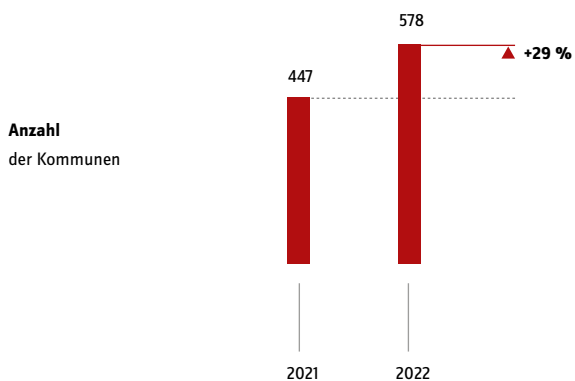
Das lebensweltbezogene Engagement der Krankenkassen wird quantitativ im Präventionsbericht nicht vollständig abgebildet; so gehen die Aktivitäten des Förderbereichs „Kommunaler Struktur- aufbau“ im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit (vgl. S. 15) nicht in die Messung von Ziel 1 ein, wodurch dieses unterschätzt wird.

Im Berichtsjahr 2022 konnten alle Präventionsziele in den Lebenswelten (teilweise) erreicht werden. In der Regel konnte sowohl eine höhere Anzahl als auch ein höherer Anteil der in den Zielen definierten Aktivitäten bzw. Personengruppen als im Vorjahr erreicht werden.

³⁹ GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023, Kapitel 3, S. 18 ff.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

- Ziel 1:** Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben, ist erhöht.
- Ziel 2:** In die Leistungen für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen im Kooperationsprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit sind auch Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert.
- Ziel 3:** Zahl und Anteil der von Krankenkassen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen
- in „sozialen Brennpunkten“/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf,
 - in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit dem kommunalen Steuerungsgremium bei Planung und Umsetzung,
 - mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in die Maßnahmenplanung und -gestaltung sowie
 - mit kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung
- sind erhöht.
- Ziel 4:** Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für
- ältere Menschen in der Kommune,
 - Menschen mit Behinderungen,
 - Menschen mit Migrationshintergrund,
 - Alleinerziehende sowie
 - Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien
- sind erhöht.
- Außerdem sind Zahl und Anteil der damit erreichten Personengruppen erhöht:
- Ältere
 - Menschen mit Behinderungen
 - Menschen mit Migrationshintergrund
 - Alleinerziehende
 - Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

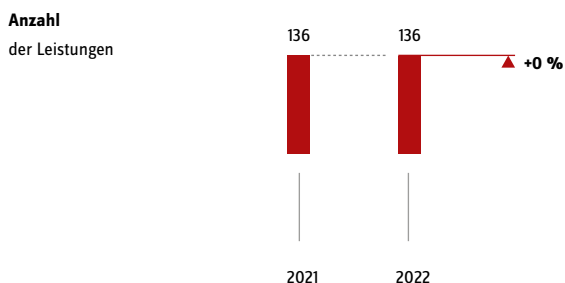
Abb. 19: Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen



Die Zahl der Kommunen, die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben, ist deutlich erhöht. Das Ziel konnte demnach erreicht werden.

Die Aktivitäten des Förderbereichs „Kommunaler Strukturaufbau“ (s. S. 15) sind hier nicht enthalten.

Abb. 20: Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert



Bei 136 der 221 Kooperationsprojekte im Programm teamw(ork) für Gesundheit und Arbeit sind auch Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert. Die Anzahl dieser Projekte mit Beiträgen der genannten politischen Stellen und freigemeinnützigen Träger ist dabei im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 21: Ziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen

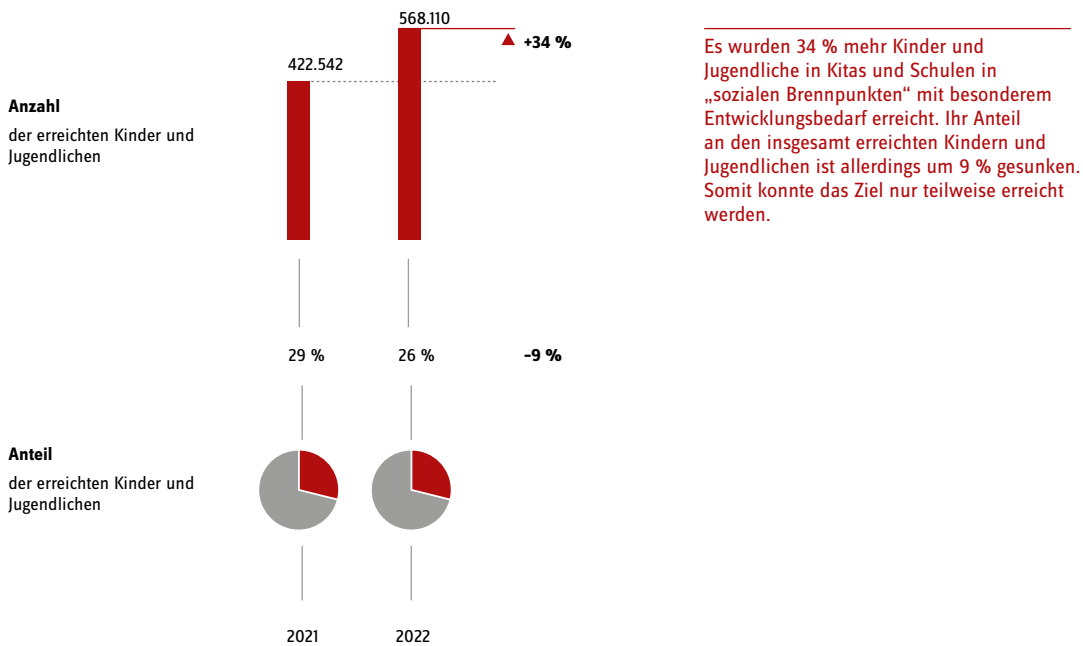


Abb. 22: Ziel 3.2: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung

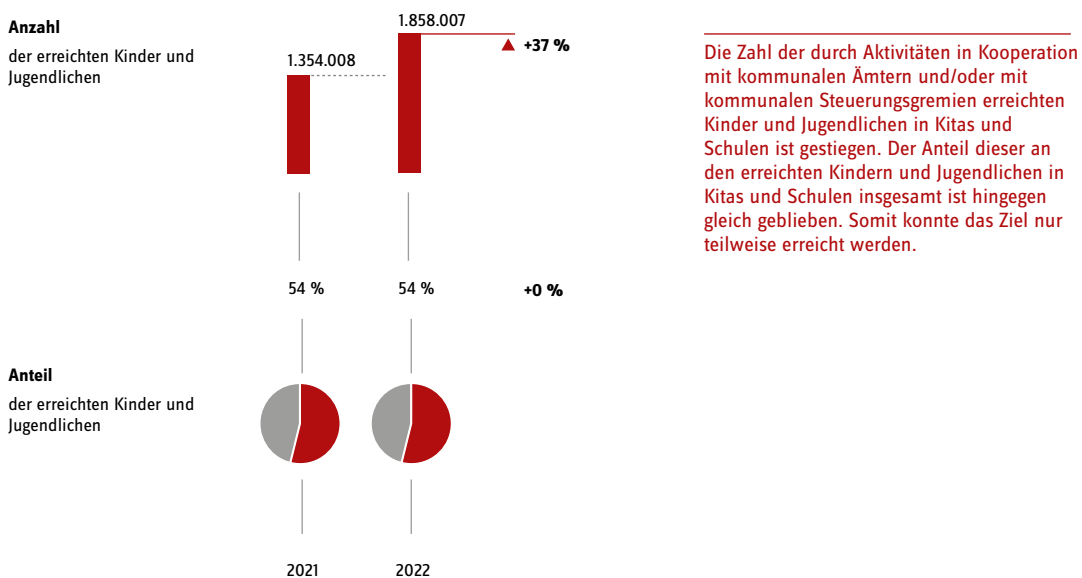
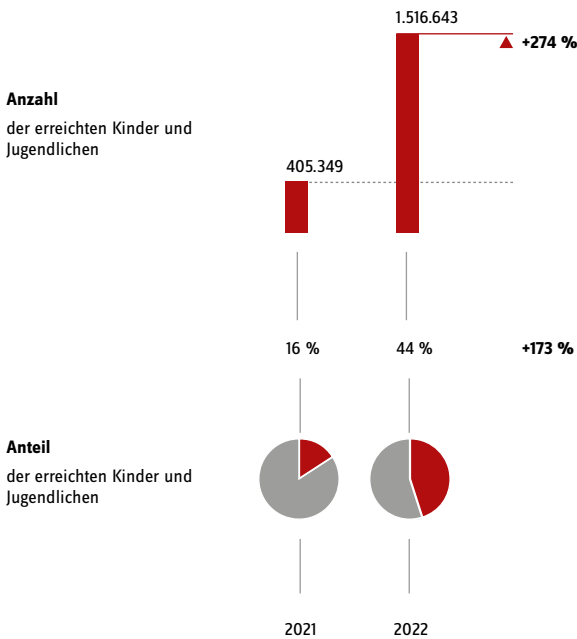


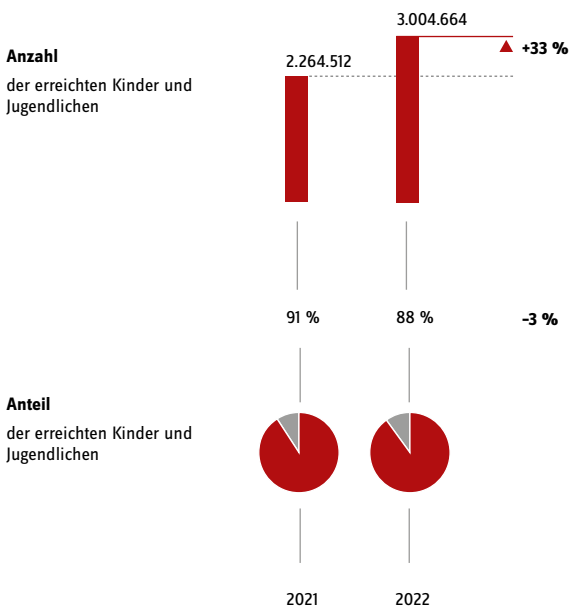
Abb. 23: Ziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern



Zahl und Anteil der durch Aktivitäten mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen konnten deutlich gesteigert werden. Das Ziel konnte somit erreicht werden. Die deutliche Steigerung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass 2021 der Anteil stark gesunken war. Im Vergleich zu 2019 fällt die Steigerung geringer aus (6 %).

2020 wurde die Zahl der erreichten Personen und somit auch die Zahl der erreichten Kinder und Jugendlichen nicht ausgewiesen, da die Schätzung vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu unsicher erschien. 2021 wurde die Schätzung wieder aufgenommen.

Abb. 24: Ziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten



Die absolute Anzahl der mit verhältnis- und gleichzeitig verhaltensbezogenen Aktivitäten erreichten Kinder und Jugendlichen konnte gesteigert werden. Der Anteil dieser an allen erreichten Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen ist dabei leicht gesunken. Somit konnte das Ziel nur teilweise erreicht werden.

Abb. 25: Ziel 4.1 a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen

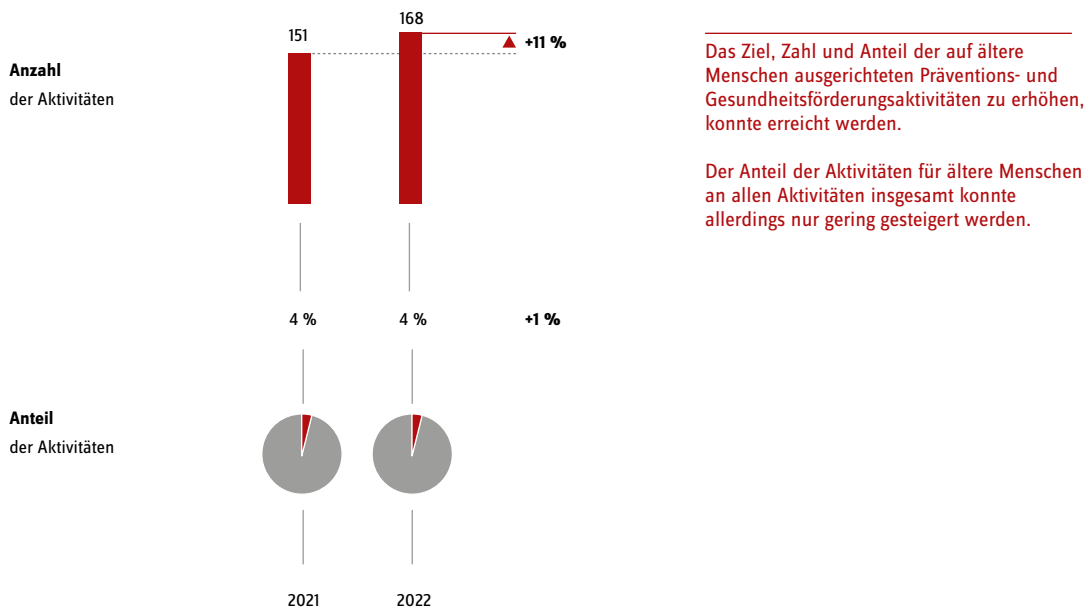


Abb. 26: Ziel 4.1 b: Mehr ältere Menschen erreichen

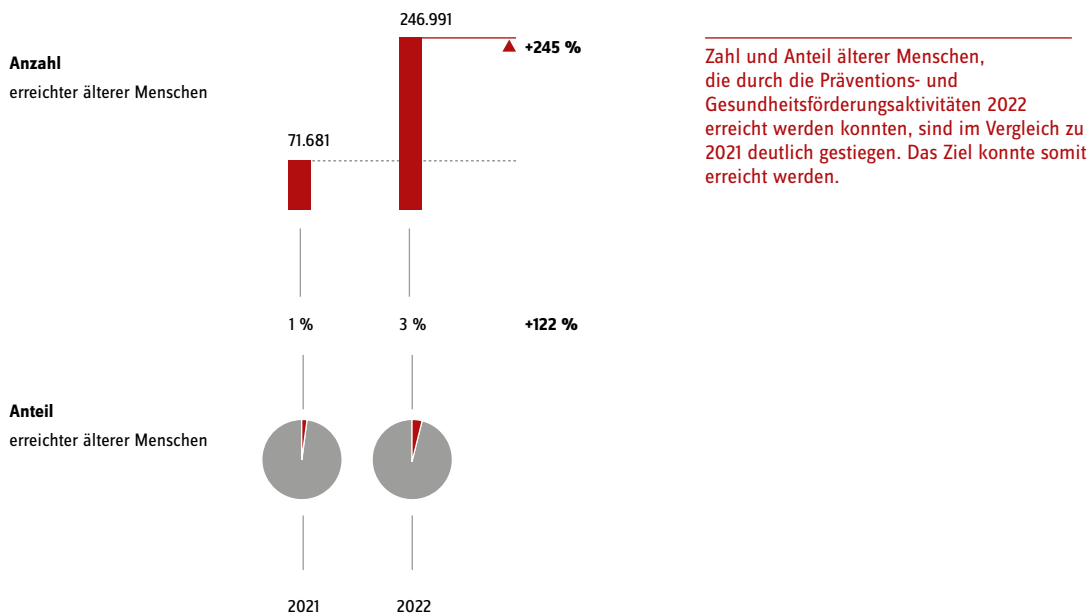


Abb. 27: Ziel 4.2 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen

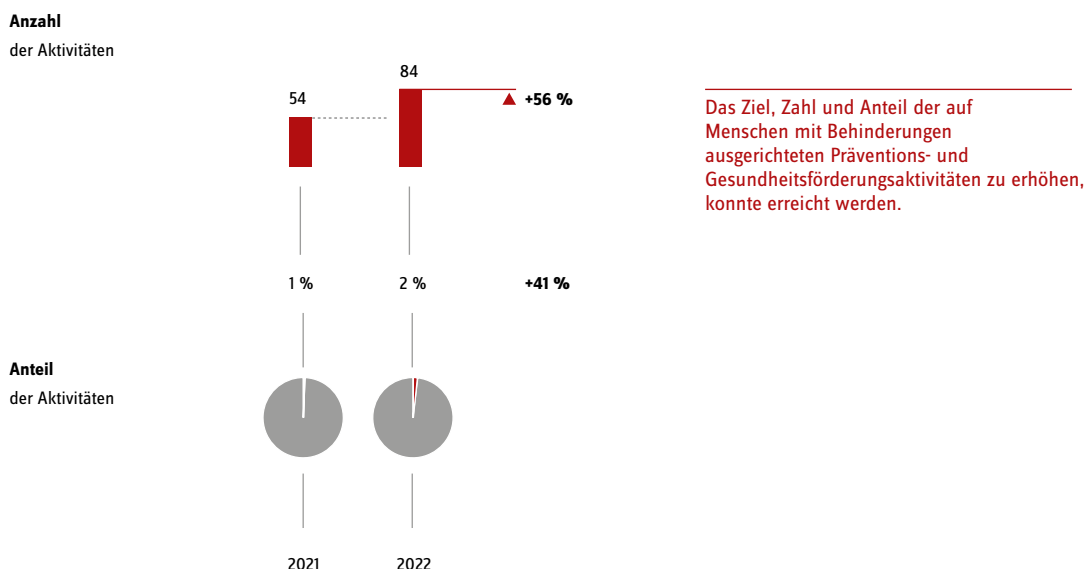


Abb. 28: Ziel 4.2 b: Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen

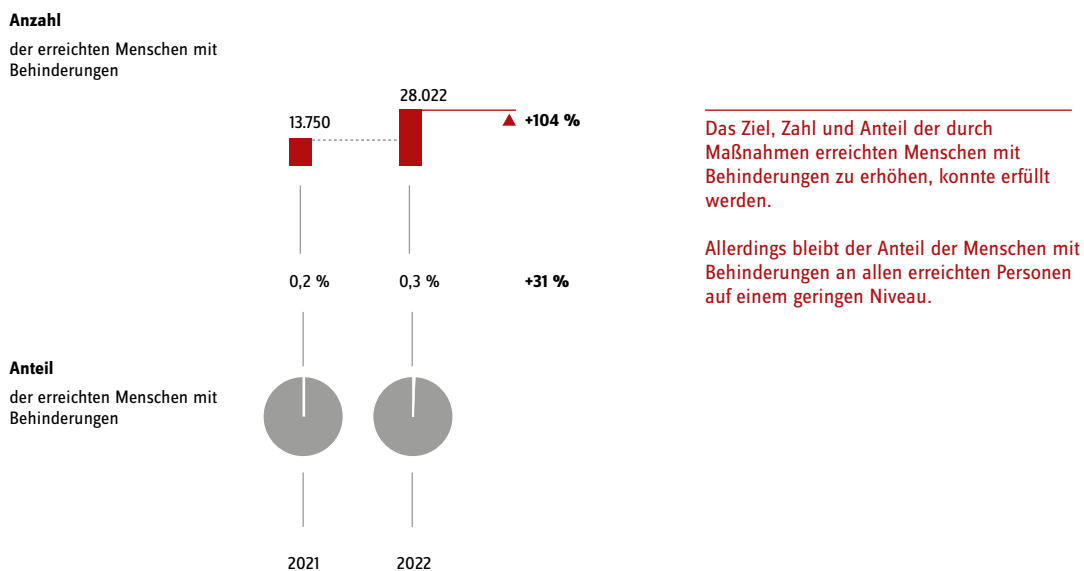


Abb. 29: Ziel 4.3 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund

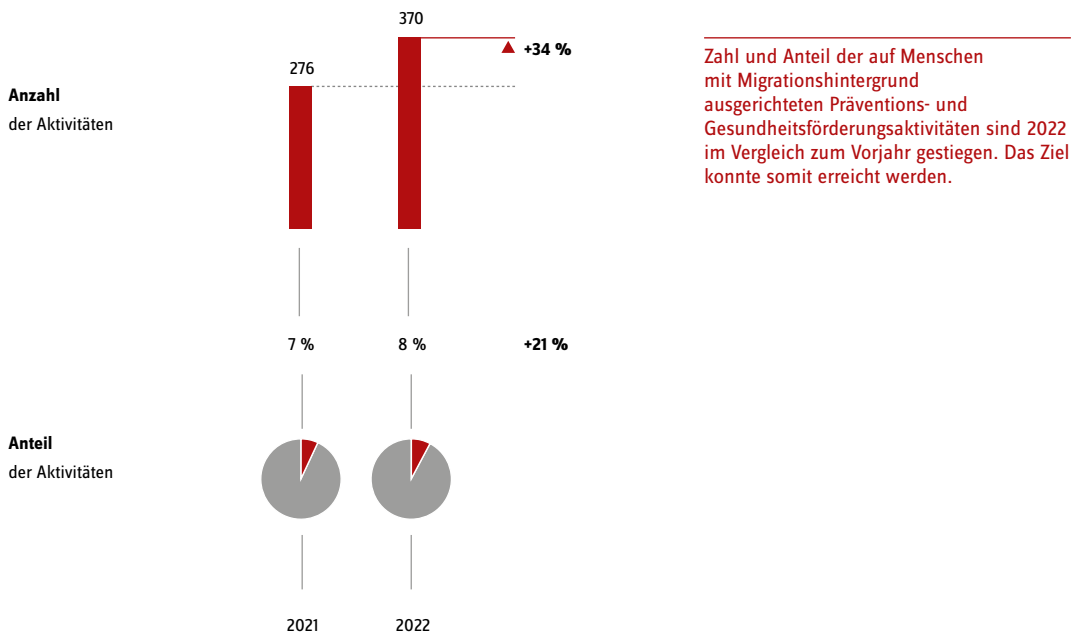


Abb. 30: Ziel 4.3 b: Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen

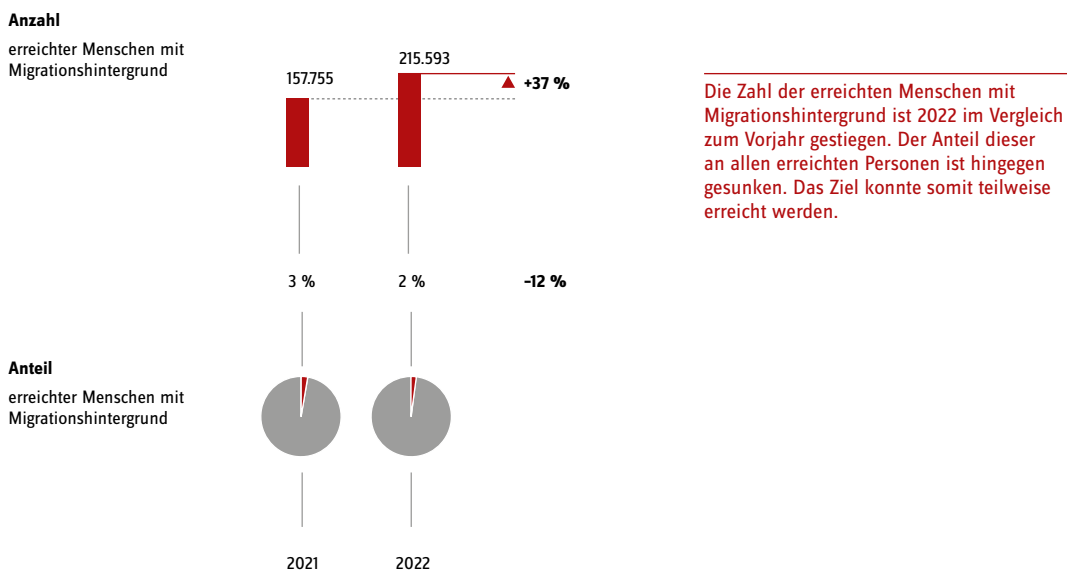


Abb. 31: Ziel 4.4 a: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende

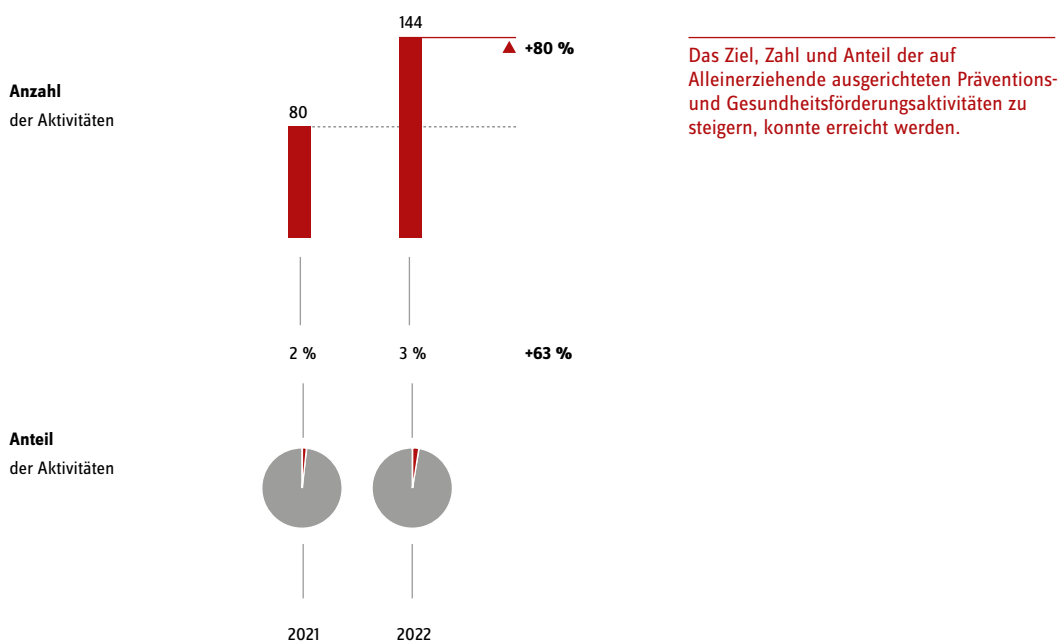


Abb. 32: Ziel 4.4 b: Mehr Alleinerziehende erreichen

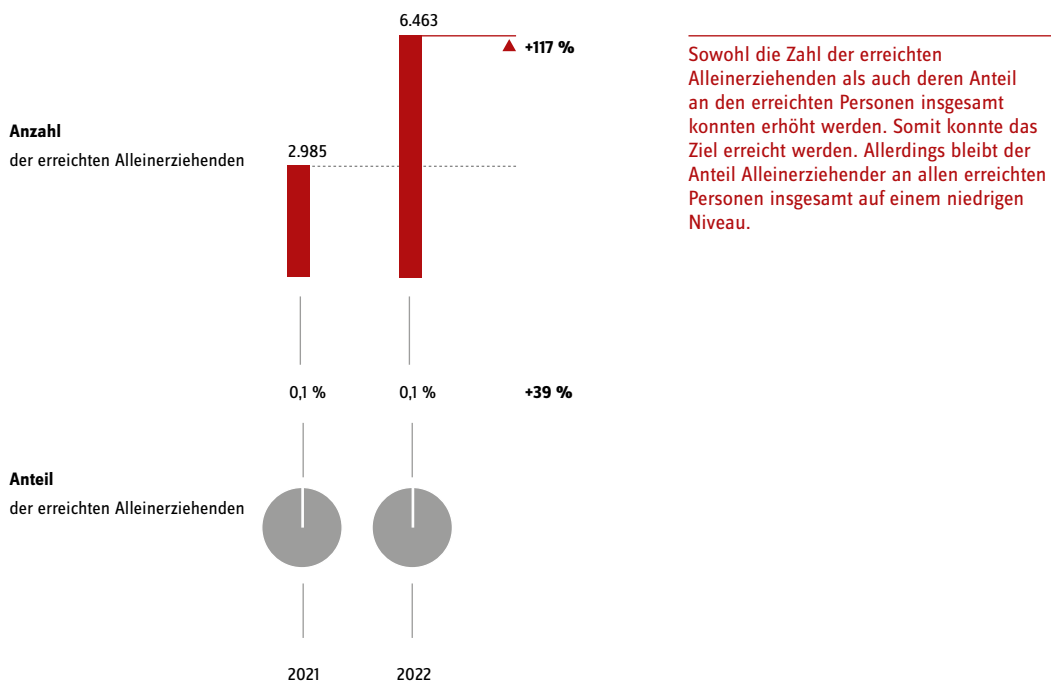


Abb. 33: Ziel 4.5 a: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

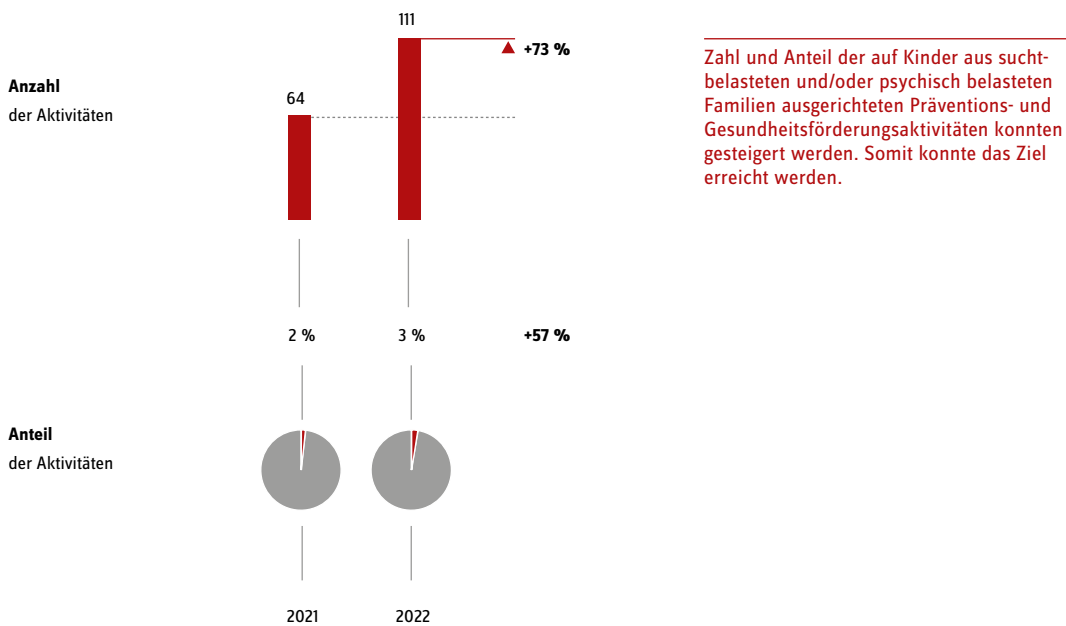
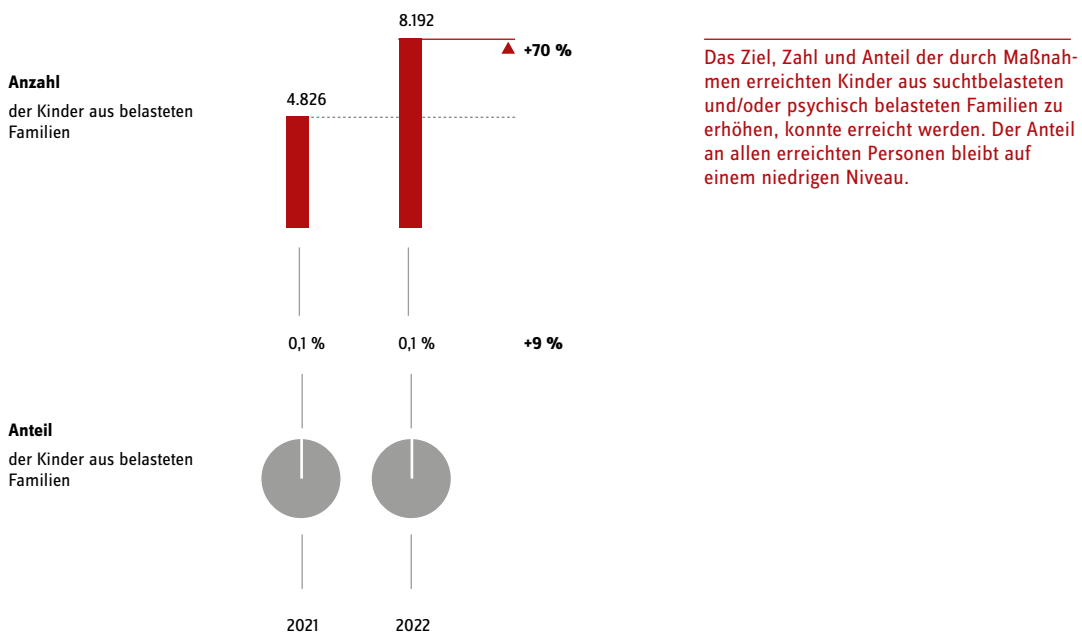


Abb. 34: Ziel 4.5 b: Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen



Betriebliche Gesundheitsförderung

Neue Technologien, Globalisierung und der demografische Wandel verändern die Arbeitswelt. Die damit einhergehenden zunehmenden Anforderungen (z. B. Arbeitsverdichtung, steigende Komplexität, ständige Erreichbarkeit) erfordern eine hohe Leistungsfähigkeit von Beschäftigten. Um diese zu erhalten und zu unterstützen braucht es aus betrieblicher Sicht gesunde und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) trägt dazu bei, Belastungen zu reduzieren und gesundheitliche Ressourcen zu stärken, um die Gesundheit von Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Im Mittelpunkt steht der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitskontext. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen Betriebe hierbei auf vielfältige Weise und arbeiten im Themenfeld BGF mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen.⁴⁰ Die gesetzlichen Grundlagen für das Engagement der Krankenkassen in der BGF sind in § 20b SGB V niedergelegt.

Betriebe arbeiten im Rahmen der BGF, mit Unterstützung der Krankenkassen, vermehrt in Netzwerken zusammen. Netzwerke fördern den Austausch von Ideen und Erfahrungen auf überbetrieblichem Wege und helfen so zugleich, Ressourcen zu sparen. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen ist die BGF-Arbeit im Netzwerk daher besonders sinnvoll. Das kassenartenübergreifende Beratungs- und Unterstützungsangebot der regionalen Koordinierungsstellen, welches insbesondere der überbetrieblichen Vernetzung dient, lässt sich in einem gesonderten Beitrag nachlesen (vgl. S. 75 ff.).

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2022 12.608 Dokumentationsbögen zur BGF sowie 166 Dokumentationsbögen zur überbetrieblichen Vernetzung und Kooperation ausgewertet. Die Krankenkassen haben 257.421.055⁴¹ Euro in BGF investiert; dies entspricht 3,50 Euro je Versicherten. Darin enthalten sind 0,85 Euro je Versicherten für BGF in der Pflege. Hiervon profitieren Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, die mit einem Gesundheitsförderungsprozess die Arbeitsabläufe gesundheitsförderlicher gestalten und ihren Beschäftigten BGF-Angebote machen wollen. Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sind konkrete Umsetzungsbeispiele beschrieben (s. S. 133 ff.).

Im Folgenden werden die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Betrieben sowie zur Unterstützung überbetrieblicher Vernetzung und Kooperationen dargestellt.

⁴⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023, S. 105). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

⁴¹ Die Ausgaben enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 21,6 Millionen Euro (Stand: 25. Oktober 2023), die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist die nicht verausgabten Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

BGF-Koordinierungsstellen: Gemeinsam mehr Unternehmen vom Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung überzeugen

Seit sechs Jahren ist die BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) als gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen aktiv und hat bundesweit regionalspezifische Vernetzungsstrukturen sowie Ansprache- und Veranstaltungskonzepte für Unternehmen etabliert. Insbesondere bei Kleinst- und kleinen Unternehmen (KKU) soll das Interesse für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) geweckt und sollen diese für das Thema sensibilisiert werden. Dies erfolgt, indem sich Unternehmen über die digitale Plattform der BGF-KS niedrigschwellig zu Nutzen und Möglichkeiten von krankenkassenunterstützter BGF informieren können und gleichzeitig auch gebündelte Informationen zu den Leistungen der weiteren Sozialversicherungsträger (SV-Träger) erhalten.

Darüber hinaus werden regionale BGF-Veranstaltungen organisiert sowie Netzwerkmöglichkeiten und auf Wunsch der Unternehmen eine fachfundierte BGF-Erstberatung angeboten. Damit leistet die BGF-KS in Kooperation mit der Unfallversicherung (UV) und der Rentenversicherung (RV) einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung des Wissens um den Mehrwert von BGF und zu den spezifischen Leistungen der SV-Träger. Die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erfolgt durch die Krankenkassen und die weiteren SV-Träger vor Ort in den Unternehmen.

BGF-KS unterstützen die SV-trägerübergreifende Zusammenarbeit

In allen Bundesländern haben sich (Gremien-) Strukturen etabliert, in denen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), UV und RV vernetzt arbeiten, um gemeinschaftlich zu ihren Angeboten zu informieren. Darüber hinaus gibt es in allen Bundesländern sozialversicherungsträgerübergreifende Kooperationen und Aktivitäten, die im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

So arbeiten in Sachsen die GKV, UV und RV, das Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Industrie- und Handelskammern (IHK), die Bundesagentur für Arbeit und Vertretungen der Arbeitsmedizin in einer Arbeitsgruppe zusammen. Gemeinsam bieten sie den Unternehmen Beratungs- und Unterstützungsangebote für gesunde Arbeitsbedingungen (vgl. auch [Broschüre](#)⁴² und [Faltposter](#)⁴³). Mit dem alle zwei Jahre stattfindenden [„Fachtag für Beraterinnen und Berater“](#)⁴⁴ wird seit 2018 die träger- und akteursübergreifende Zusammenarbeit in Sachsen weiter gestärkt.

Die BGF-KS Nordrhein-Westfalen (NRW) und die Partner der Landesrahmenvereinbarung in NRW fördern seit 2019 gemeinsam die regionale und landesweite Vernetzung der Beraterinnen und Berater sowie Aufsichtspersonen der verschiedenen SV-Träger. Unter anderem wurde das regionale SV-Beraternetzwerk Südwestfalen initiiert und verstetigt. Der nun jährlich stattfindende landesweite [„SV-Beratertag NRW“](#)⁴⁵ unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark – Ihre regionale Vernetzung lohnt sich!“ dient der Vernetzung der Akteure und dem Erkennen gemeinsamer Anknüpfungspunkte, um in der bedarfsorientierten Beratung zur Gesundheit im Betrieb enger zusammenzuarbeiten.

Um kleine bis mittelständische Unternehmen und Einrichtungen aller Branchen gemeinsam anzusprechen und von der Notwendigkeit von Gesundheit im Unternehmen zu überzeugen, hat die BGF-KS Bremen mit der UV und RV einen [Erklärfilm](#)⁴⁶ über die jeweiligen Zuständigkeiten und die Verzahnung der Angebote produziert. Die bundesweit vielfältige Vorgehensweise in den regionalen BGF-KS ermöglicht eine bedarfsbezogene Zusammenarbeit von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern sowie Leistungen der SV-Träger. Gemeinsam erfolgt eine flächendeckende



Autorin:
Michaela Kindervater,
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek)
im Namen und Auftrag der
Kooperationsgemeinschaft
Bund der BGF-
Koordinierungsstelle



42 https://www.p-sachsen.de/files/2021/07/broschuere_gesundheit_im_betrieb_2021-07-20_final_150dpi.pdf

43 https://www.p-sachsen.de/files/2021/10/dina3_faltposter_ansicht.pdf

44 <https://www.p-sachsen.de/event/4-fachtag-der-ag-betrieb/>

45 <https://sv-beratertag-nrw.de/>

46 https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/wp-content/uploads/2022/02/Erklaerfilm-Ersatzkassen-Hey-ChefIn_web.mp4

Information zum Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung für Unternehmen.

BGF-KS: Unternehmen kennen und nutzen das Informations- und Beratungsportal

Bisher haben 2.546 Unternehmen über das Portal www.bgf-koordinierungsstelle.de eine Erstberatung angefragt (Stand 15. August 2023), im Jahr 2022 hatten 395 Unternehmen Interesse an einer Erstberatung. In Ergänzung dazu haben die Krankenkassen 2022 insgesamt 26.439 Unternehmen mit BGF direkt erreicht. 72 % der Anfragen⁴⁷ über die BGF-KS stammten von Klein-, Kleinst- und mittelständischen Unternehmen (KMU) mit bis zu 249 Beschäftigten, darunter 13 % von Kleinstunternehmen und 27 % von Kleinunternehmen. 732 Anfragen stammen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen: 39 % dieser Anfragen entfallen auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser und Hochschulkliniken. Die Zahlen bestätigen, dass insbesondere Kleinst- und Kleinunternehmen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser über die Vernetzungsaktivitäten der BGF-KS sehr gut erreicht werden und der gesetzliche Auftrag erfüllt wird.

Auffallend ist, dass Unternehmen Beratungsanfragen in den Zeiträumen zwischen 0-8 Uhr und 18-24 Uhr stellen. Dies bestätigt die Notwendigkeit des zeitlich flexiblen und ortsunabhängigen Digitalzugangs der BGF-KS über das Informations- und Beratungsportal:

www.bgf-koordinierungsstelle.de

BGF-KS sind bundesweit engagiert und vernetzt: gemeinsame Veranstaltungen, um mehr Unternehmen zur Gesundheitsförderung zu motivieren

Seit 2017 haben die BGF-KS bundesweit insgesamt über 100 Veranstaltungen realisiert. Davon fand etwa ein Viertel im Jahr 2022 statt. Mehr als die Hälfte dieser Veranstaltungen fand als digitales Format statt. Während der Pandemie wurden verschiedene digitale Veranstaltungsformate (mind. 17) erprobt und etabliert. So zeigte beispielsweise die BGF-KS NRW in Kooperation mit der Krankenhausgesellschaft NRW und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in einer Digitalveranstaltung unter dem Titel „[Pflege Wert](#)“⁴⁸, wie betriebliches Gesundheitsmanagement dabei unterstützen kann, die psychosoziale Belastung von Pflegekräften zu reduzieren. Für die BGF-KS Bayern standen in der Online-Veranstaltung „[Gemeinsam für Gesundheit in der Pflege - Aus der Praxis für die Praxis](#)“⁴⁹ Erfahrungsberichte aus der Praxis im Vordergrund. Diese wurde zusammen mit weiteren SV-Trägern organisiert und umgesetzt. Beide Veranstaltungen haben eine hohe Resonanz erfahren. Seit 2022 nehmen Präsenzveranstaltungen wieder zu. Die BGF-KS setzen auf einen Methodenmix und variieren zwischen Digital-, Präsenz- und Hybridformaten, um möglichst vielen Kleinst- und mittelständischen Unternehmen die Teilnahme zu ermöglichen.

Neben der Vernetzung mit den weiteren SV-Trägern und Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen ist ein Schwerpunkt die Zusammenarbeit mit bestehenden Netzwerken: Um BGF und das GKV-gemeinsame Informations- und Beratungsangebot in Unternehmen in ländlichen Regionen zu verbreiten, nutzt die BGF-KS Schleswig-Holstein beispielsweise die Strukturen des Netzwerks „Gesund zwischen Nord- und Ostsee“. Vernetzungen

47 Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 8. Mai 2017 bis 31. Dezember 2022.

48 <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/pflege-wert/>

49 <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/gemeinsam-fuer-gesundheit-in-der-pflege-aus-der-praxis-fuer-die-praxis/>

und Kooperationen gehen initiativ überwiegend von den BGF-KS aus.

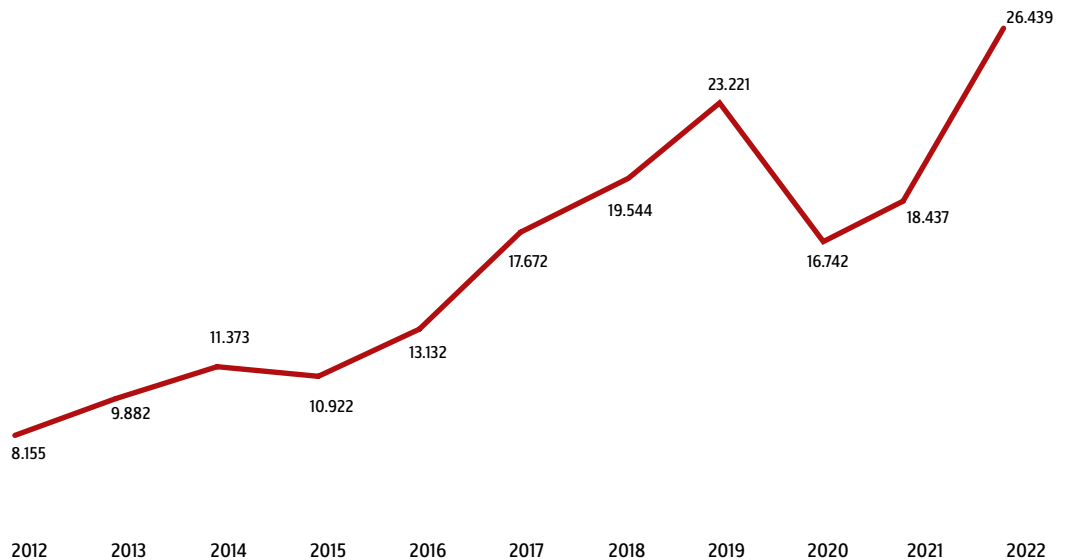
Die IHK unterstützen die Sensibilisierung und Ansprache über gemeinsam organisierte Veranstaltungen, um mehr kleine Unternehmen für BGF zu erreichen, so ein Ergebnis einer im Jahr 2022 mit der Deutschen IHK durchgeführten Umfrage. Auch die gesetzlich fixierte Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen (UO) wird stetig intensiviert. Seit Initiierung der BGF-KS wurden insgesamt 125 Kooperationsvereinbarungen geschlossen, davon 82 mit UO und 37 mit Interessen- und Fachverbänden der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie mit weiteren Partnern wie z. B. Gewerkschaften.

Fazit und Ausblick

Initiativen wirken insbesondere, wenn die Mitwirkung aller Kooperationspartner gesichert ist. Zudem sind das Interesse und die Bereitschaft der Unternehmen essenziell, um in die praktische Umsetzung von BGF zu kommen. Die sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit im Sinne der nationalen Präventionsstrategie wird im Rahmen der BGF-KS auf der Landes- und Bundesebene unterstützt und weiter verstetigt. Die BGF-KS Bund wird den begonnenen Austausch der SV-Träger weiter intensivieren. Aufgrund des großen Interesses wird z. B. die Anfang 2023 von der DGUV initiierte Seminarreihe „Was macht eigentlich ...?“ mit Beteiligung der BGF-KS fortgesetzt. Ziel ist es, in den nächsten Jahren die Vernetzungsstruktur auszubauen, damit (noch) mehr Unternehmen die Gesundheit von Beschäftigten in den Fokus rücken.

Erreichte Betriebe, Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten und Laufzeiten der Aktivitäten

Abb. 35: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



Im Berichtsjahr 2022 beläuft sich die Anzahl der erreichten Betriebe auf 26.439. Im Vergleich zu 2021 ist die Anzahl der erreichten Betriebe um 43 % gestiegen (2021: 18.437 Betriebe). Dabei wurden 2022 88 % der Aktivitäten in einem einzelnen Betrieb durchgeführt. Bei 12 % der Aktivitäten wurden diese in mehreren Betrieben oder an mehreren Standorten von Betrieben durchgeführt.

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Die Ausweisung „Betriebe mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ soll Betriebe mit einem hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten⁵⁰ identifizieren. 2022 lag der Anteil dieser Betriebe an den erreichten Betrieben insgesamt bei 5 % und somit etwas unter dem Anteil von 2021 (7 %).

Laufzeiten der Aktivitäten

Unterschieden wird zwischen abgeschlossenen und über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten. Während bei den abgeschlossenen Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme zu verzeichnen ist (2022: 66 %, 2021: 59 %), sind die über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten zurückgegangen (2022: 34 %, 2021: 41 %).

Die mittlere Laufzeit der abgeschlossenen Aktivitäten (6 Monate) sowie der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten (38 Monate) blieb im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Über alle Aktivitäten hinweg ergibt sich eine durchschnittliche Laufzeit von 20 Monaten (2021: 21 Monate).

Ein Ziel der befristeten BGF-Unterstützung der Krankenkassen ist es, Maßnahmen nachhaltig im Betrieb zu verankern. Hierzu kann auch die steuerfreie Arbeitgeberleistung für Präventions- und BGF-Angebote gemäß § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) beitragen.⁵¹

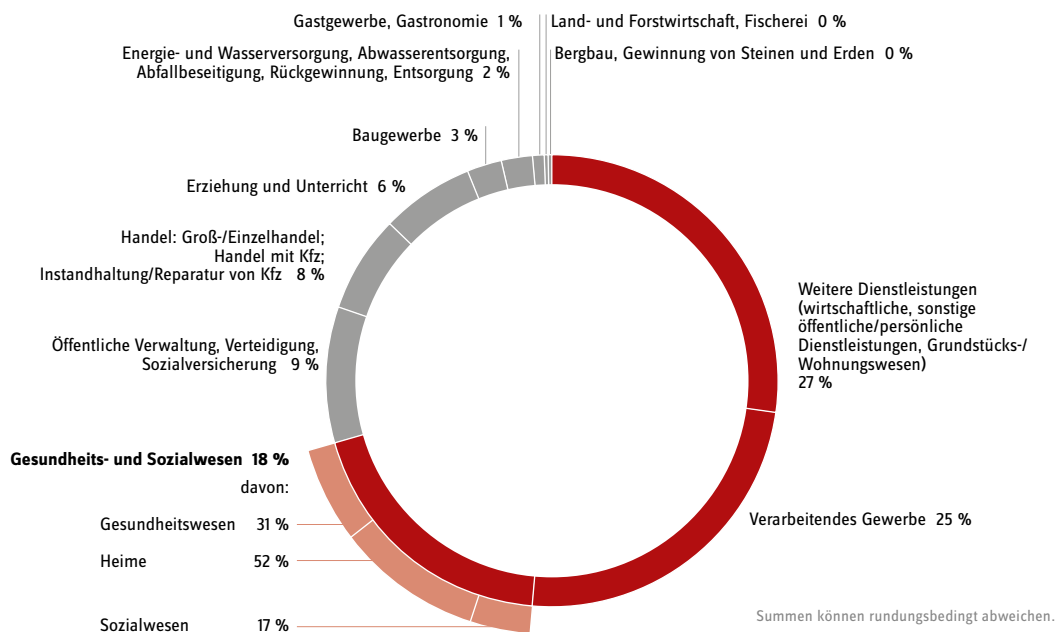
⁵⁰ s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, S. 152 f.

⁵¹ https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/BMF_Schreiben/Steuerarten/Lohnsteuer/2021-04-20-umsetzungshilfe-zur-steuerlichen-erkennung-von-arbeitgeberleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Branchen

Abb. 36:

Branchen



Wie im Vorjahr fanden 2022 mit 27 % die meisten Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich „weitere Dienstleistungen“, wie z. B. freiberufliche Dienstleistungen, statt. Darauf folgen die Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe mit 25 % und die Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen mit 18 %, deren Anteile im Vergleich zu 2021 (24 % und 19 %) etwa gleich geblieben sind.

Die Kategorien „Gesundheitswesen“, „Heime“ und „Sozialwesen“⁵² werden differenziert erfasst. 2022 wurde folgende Anzahl an Aktivitäten in diesen Bereichen durchgeführt:

Gesundheitswesen:

- 458 BGF-Aktivitäten in Krankenhäusern und Hochschulkliniken (2021: 308)
- 185 BGF-Aktivitäten in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Apotheken oder Arztpraxen (2021: 131)

Heime:

- 921 BGF-Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen (2021: 727)
- 81 BGF-Aktivitäten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (2021: 71)
- 99 BGF-Aktivitäten in anderen Heimen, z. B. Altenheimen ohne Pflegeleistung (2021: 87)

Sozialwesen:

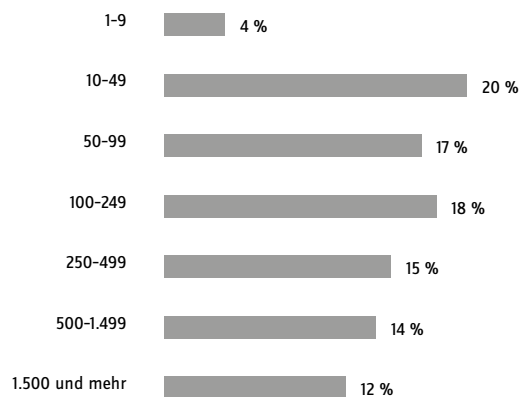
- 200 BGF-Aktivitäten mit ambulanten Pflegediensten (2021: 122)
- 160 BGF-Aktivitäten in anderen Bereichen des Sozialwesens, z. B. Besuchsdienste für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen (2021: 143)

52 Im Sonderteil Pflege werden verschiedene Praxisbeispiele zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Krankenkassen gemäß § 20b SGB V beschrieben, teilweise verzahnt mit Prävention nach § 5 SGB XI der Pflegekassen für die zu pflegenden Menschen, s. S. 133 ff.

Betriebsgröße

Abb. 37:

Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)

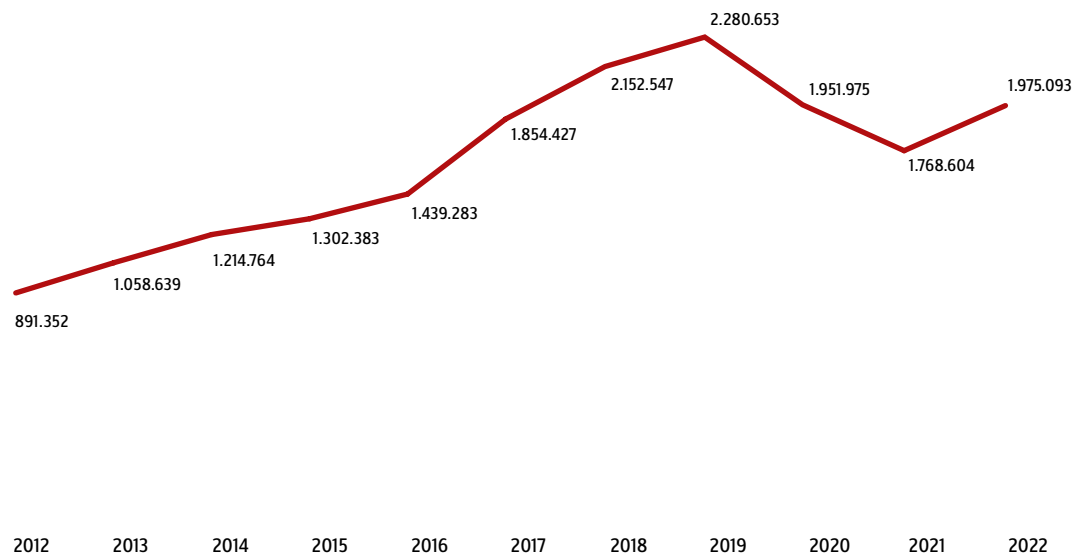


Summen können rundungsbedingt abweichen.

Am häufigsten wurden Unternehmen mit zehn bis 49 Beschäftigten erreicht (zu 20 %). Betriebe mit 50 bis 99 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten werden etwa zu gleichen Anteilen von krankenkassen-geförderten Maßnahmen erreicht (zu 17 % und 18 %). Kleinstbetriebe mit bis zu neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind mit 4 % deutlich seltener vertreten. Größere Unternehmen mit 500 bis 1.499 Beschäftigten und Unternehmen mit über 1.500 Beschäftigten waren 2022 mit insgesamt 26 % häufiger in die Maßnahmen der Krankenkassen miteinbezogen als im Vorjahr (2021: 21 %).

Erreichte Beschäftigte

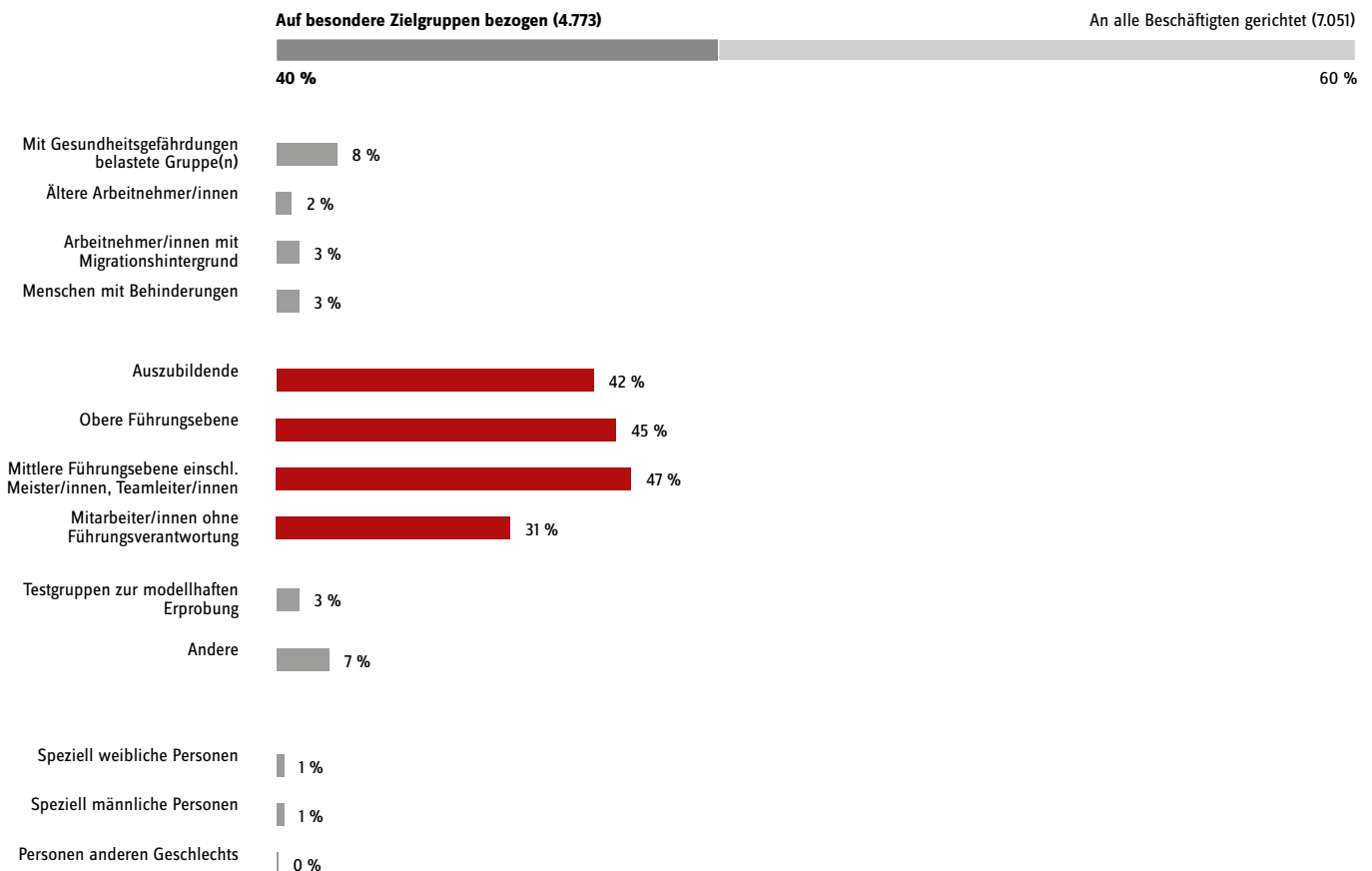
Abb. 38:

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

2022 wurden 1.975.093 Beschäftigte durch BGF-Aktivitäten der Krankenkassen erreicht; dies sind 12 % mehr als im Vorjahr (2021: 1.768.604). Die Anzahl der Dokumentationsbögen mit fehlenden Angaben zu den erreichten Beschäftigten ist allerdings hoch (2022: 46 %), wodurch es vermutlich insgesamt zu einer Unterschätzung der erreichten Beschäftigten kommt.

Zielgruppen

Abb. 39: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



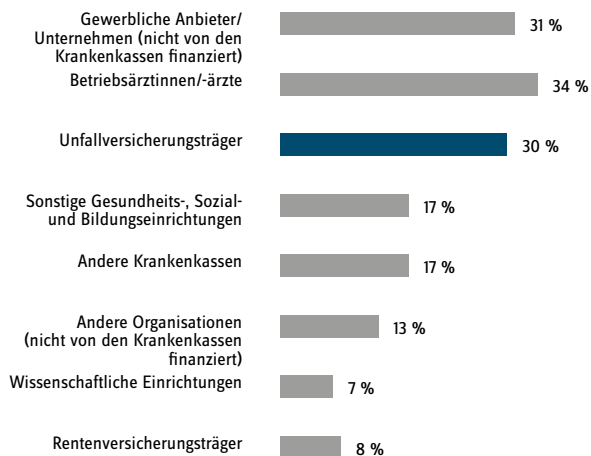
2022 waren 40 % der Projekte auf spezifische Zielgruppen und 60 % der Aktivitäten auf alle Beschäftigten gleichermaßen ausgerichtet. Der Anteil der zielgruppenbezogenen Aktivitäten ist im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich geblieben (2021: 41 %).

Am häufigsten richteten sich zielgruppenspezifische Aktivitäten an Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene (47 % und 45 %). Der Führungsstil der Leitungsebene kann die Ressourcen der Mitarbeitenden stärken. Entsprechende Aktivitäten besitzen ein großes gesundheitsförderliches Potenzial.

Auszubildende (42 %) und Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung (31 %) wurden ebenfalls häufig durch gezielte Aktivitäten angesprochen.

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 40: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben (Mehrfachnennungen möglich)



Grundgesamtheit: 2.389 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner Ressourcen einbrachten

Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

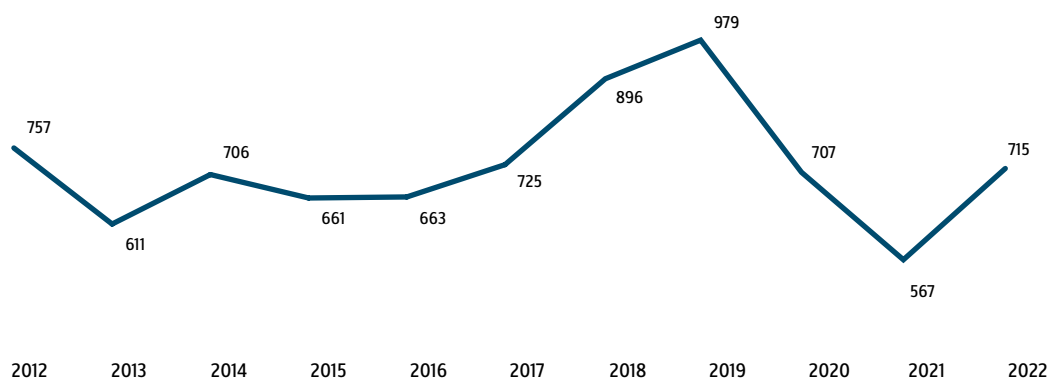
Oftmals bringen neben den Krankenkassen weitere Akteure Ressourcen in die Maßnahmen mit ein. Bei 22 % der krankenkassenunterstützten Aktivitäten waren weitere außerbetriebliche Partner mit eingebunden.

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (34 %), gewerbliche Anbieter/Unternehmen (31 %) sowie Träger der Unfallversicherung (30 %) waren am

häufigsten als Kooperationspartner in Aktivitäten der Krankenkassen eingebunden. Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen und andere Krankenkassen machten 17 % der Kooperationspartner aus. Die Einbindung der Unfallversicherung als wichtiger Partner der Krankenkassen in der BGF wird im Folgenden differenziert dargestellt.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 41: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung



Die Unfallversicherung brachte 2022 bei 715 Aktivitäten BGF-Ressourcen ein; 2021 waren es 567 Aktivitäten. Somit ist die absolute Anzahl der Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung leicht gestiegen. Der Anteil der Aktivitäten, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, ist gemessen an allen Aktivitäten mit Kooperationspartnern mit 30 % im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben (2021: 29 %).

Die seit Langem etablierte Zusammenarbeit zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der gesetzlichen Krankenversicherung bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz noch verbindlicher geregelt. Die jeweiligen gesetz-

lichen Zuständigkeiten benennt das SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen und das SGB VII für die Unfallversicherung. Eine Zusammenarbeit bietet sich beispielsweise bei der Durchführung von Analysen bezüglich Risiken oder Potenzialen im Betrieb, der Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen oder auch der Beratung zur Verzahnung unterschiedlicher Unterstützungsleistungen an. Dies gilt insbesondere für die Themen, bei denen Schnittmengen zum Aufgabenspektrum der Unfallversicherungsträger bestehen, wie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

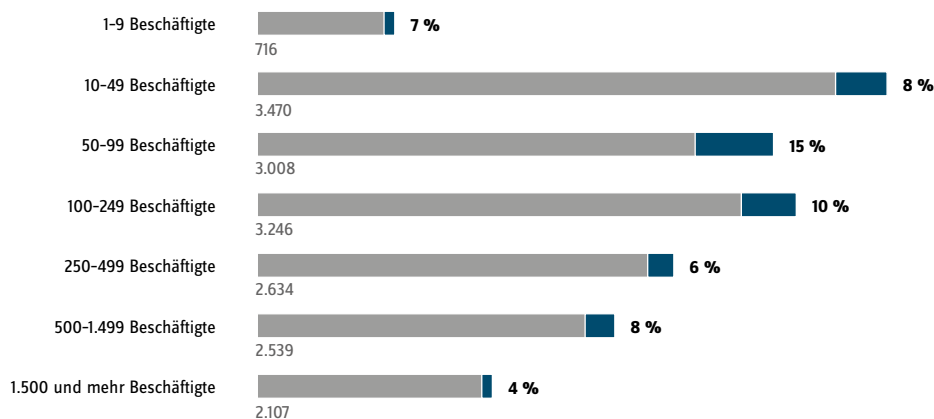
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 42:

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

(Anteil der Betriebe, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Betrieben mit Angaben zur Betriebsgröße)

Beispiel Betriebsgröße 100-249: insgesamt 3.246 Betriebe, davon 319 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 10 %.



Die Unfallversicherung ist am häufigsten in Betrieben mit 50 bis 99 Beschäftigten an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt (zu 15 %).⁵³ Bei den kleineren Betrieben mit einer bzw. einem bis neun Beschäftigten liegt der Anteil der Betriebe, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, bei 7 %.

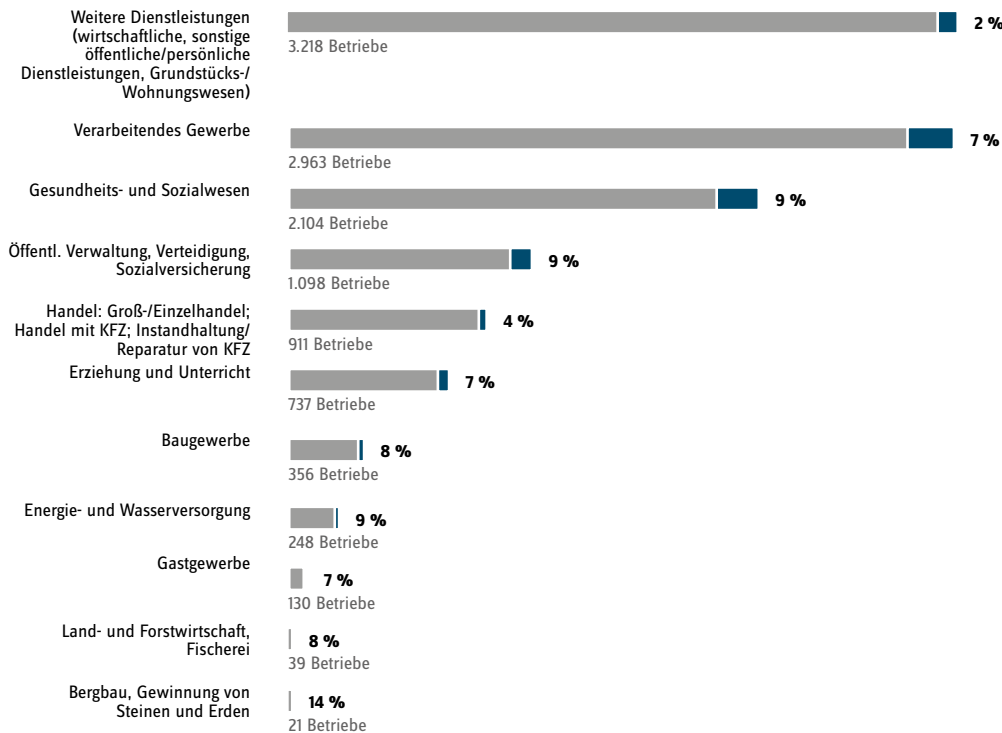
53 Zu den Daten des Präventionsberichts 2021: Es wurde eine Korrektur an der Berechnung der Beteiligung der Unfallversicherung nach Betriebsgröße für das Berichtsjahr 2020 durchgeführt. Der Tabellenband 2021 wurde entsprechend hierzu korrigiert.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 43:

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen (Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche)

Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.963 Dokumentationsbögen, davon 202 mit Beteiligung der Unfallversicherung; somit ist die Unfallversicherung bei 7 % der Betriebe im verarbeitenden Gewerbe an den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt.

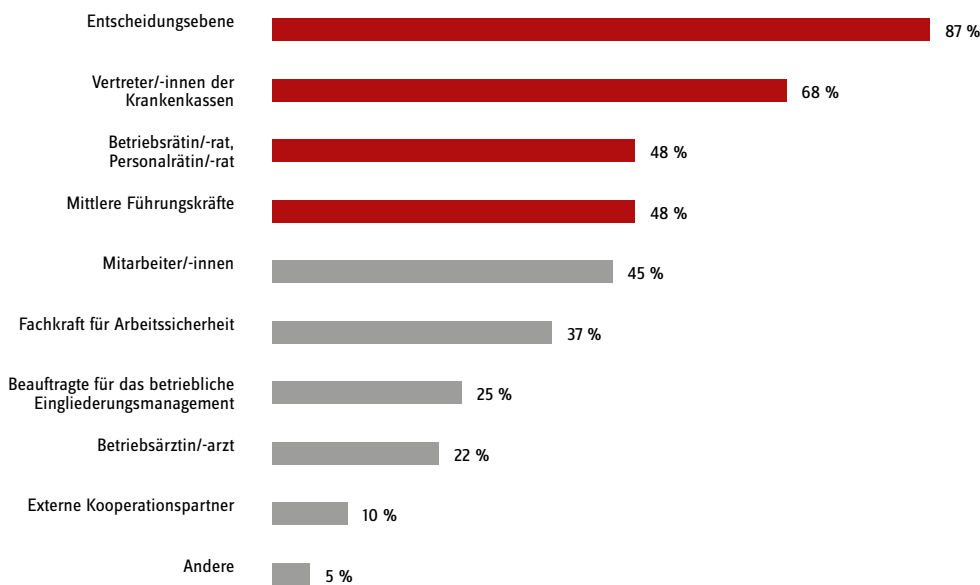


Die absolute Anzahl an Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung war im verarbeitenden Gewerbe (202 Aktivitäten) und im Gesundheits- und Sozialwesen (187 Aktivitäten) am höchsten.

Der relative Anteil der Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung an allen Aktivitäten in der jeweiligen Branche war im Bereich „Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden“ (14 %) sowie in der Energie- und Wasserversorgung, in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung und im Gesundheits- und Sozialwesen mit jeweils 9 % am höchsten.

Koordination und Steuerung

Abb. 44: **Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen**
(Mehrfachnennungen möglich)



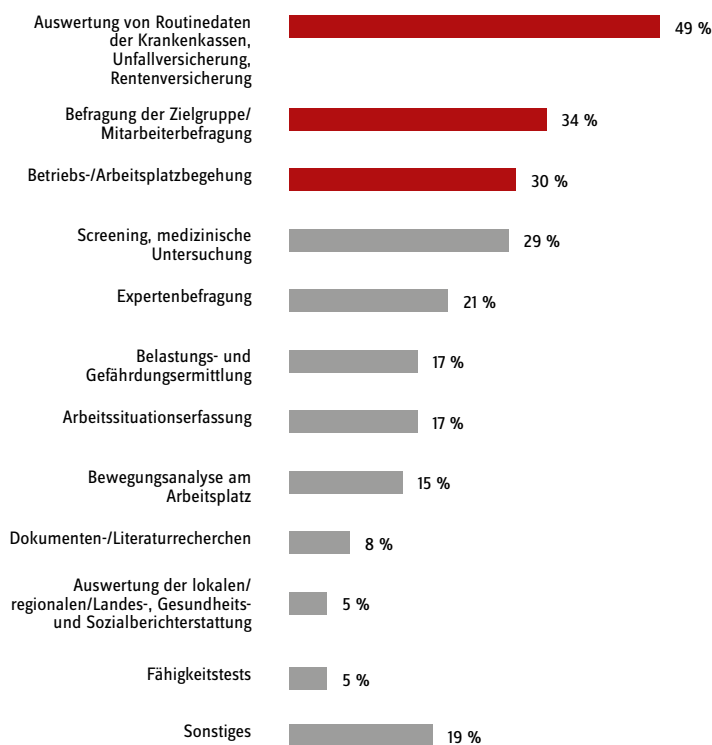
Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

2022 waren bei 37 % der Aktivitäten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr etwas gesunken (2021: 46 %). In den geschaffenen Strukturen (z. B. ein zentrales Gremium) wirken verschiedene für die BGF relevante Akteure bei der Planung und Ausgestaltung der Maßnahmen mit und fördern den Aufbau eines langfristigen Gesundheitsmanagements im Unternehmen. Die Mitglieder können sowohl betriebsinterne Personen aus unterschiedlichen Bereichen sein – wie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte oder Sicherheitsfachleute – als auch externe Personen – wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unfallversicherung oder Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen.

Die Entscheidungsebene des Betriebs (87 %) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (68 %) sind in den Steuerungsgremien am häufigsten beteiligt. Auch Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Personalrätinnen und Personalräte (48 %) sowie mittlere Führungskräfte (48 %) sind in knapp der Hälfte der Steuerungsgremien eingebunden.

Bedarfsermittlung

Abb. 45: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Angebote speziell nach den Bedarfen im jeweiligen Arbeitsumfeld auszurichten, ist eine Ermittlung dieser mindestens zu Beginn eines jeden Vorhabens sinnvoll. Am häufigsten wurden Routedaten der Krankenkassen, der Unfall- und der Rentenversicherung ausgewertet (49 %), die Mitarbeitenden bzw. die Zielgruppe befragt (34 %) oder eine Arbeitsplatzbegehung durchgeführt (30 %).

Formen der Mitarbeitendenbeteiligung

Es ist sinnvoll, die Sicht der Mitarbeitenden auf die Strukturen und Abläufe im Unternehmen hinsichtlich der Risiken und Potenziale für die Gesundheit zu erfassen, um diese in die Planung und Durchführung der Aktivitäten mit einzubeziehen. Zudem erfahren die Mitarbeitenden durch die Partizipation Wertschätzung und Anerkennung. Bei 32 % der Aktivitäten fanden Ansätze zur Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung statt.

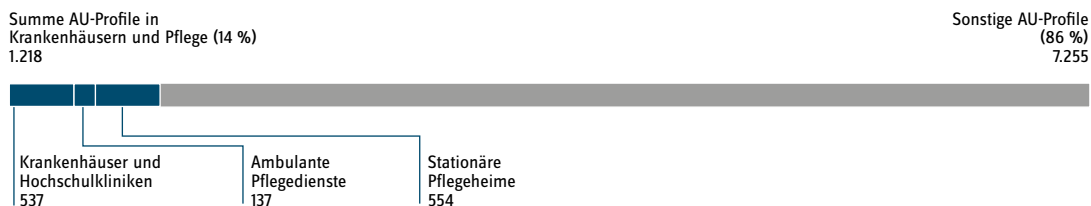
2022 kamen bei 34 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung [Gesundheitszirkel](#)⁵⁴ zum Einsatz. Dies ist eine moderierte Workshop-Reihe mit Beschäftigten eines Teams oder Arbeitsbereichs. Die in den Workshops identifizierten Belastungen und die daraufhin entwickelten Gestaltungsoptionen werden anschließend der Steuerungsebene vorgelegt. Diese entscheidet dann über die Umsetzung.

29 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung fanden in Form einer Arbeitssituationsanalyse statt. In diesem Rahmen werden moderierte Gruppendiskussionen durchgeführt, um einen Überblick über die Belastungs- und Beanspruchungssituation am Arbeitsplatz zu bekommen.

54 Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 243-252). Bern: Hogrefe Verlag.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Abb. 46: Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte



Die Krankenkassen bieten Unternehmen an, sogenannte Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profil) bzw. betriebliche Gesundheitsberichte zu erstellen, welche einen ersten Überblick über Parameter wie AU-Quote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten im jeweiligen Unternehmen liefern. Um die Parameter eines Betriebs besser einordnen zu können, enthalten AU-Profile/Gesundheitsberichte immer auch die Durchschnittswerte der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit). Dies ist in vielen Fällen der Einstieg in eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb und kann zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und Prävention führen.

Die Krankenkassen erstellten 2022 insgesamt 8.473 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und damit etwas weniger als im Vorjahr (2021: 8.646).⁵⁵ In Krankenhäusern und im Bereich der stationären und ambulanten Pflege wurden 1.218 AU-Analysen erstellt, dies sind 14 % aller durchgeführten AU-Analysen: Davon wurden in Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern und Hochschulkliniken jeweils 6 % und in Pflegediensten 2 % der AU-Profile erstellt.

Das für die Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb nutzbare Methodenrepertoire konzentriert sich bei Klein- und Kleinstbetrieben stärker auf Verfahren mit direktem Kontakt. Arbeitsunfähigkeitsanalysen von Krankenkassen und schriftliche Beschäftigtenbefragungen kommen aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt infrage; zur Sensibilisierung können hier auch entsprechende branchenspezifische Erhebungen herangezogen werden. Daher ist in Kleinbetrieben eine Konzentration auf beteiligungsorientierte Verfahren wie z. B. Gesundheitszirkel und Gruppendiskussionen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses sinnvoll.

⁵⁵ Gemäß Leitfaden Prävention (2023, Kapitel 6.6, S. 120 ff.) kommen bei Klein- und Kleinstbetrieben mit weniger als 50 bzw. weniger als zehn Beschäftigten Arbeitsunfähigkeitsanalysen aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt infrage.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten können entweder auf die Verhältnisse der Arbeitsumgebung, wie beispielsweise die räumliche Gestaltung des Arbeitsumfelds sowie die Gestaltung der Kommunikationsstrukturen und bzw. oder auf das Verhalten der Mitarbeitenden ausgerichtet sein. Letztere Aktivitäten zielen darauf ab, Beschäftigte zu gesundheitsförderlichem Verhalten anzuregen oder ihre Ressourcen zur Bewältigung von Belastungssituationen zu stärken.

BGF-Programme, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Beschäftigte sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, tragen zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei. Der Anteil der kombinierten Aktivitäten beläuft sich wie im Vorjahr auf 62 %.⁵⁶

32 % der Maßnahmen waren ausschließlich auf das Verhalten der Mitarbeitenden ausgerichtet. Für Mitarbeitende mit hoher körperlicher Beanspruchung können z. B. spezifische Trainings angeboten werden, wie für die Arbeit erforderliche Bewegungsabläufe möglichst schonend und entlastend durchgeführt werden können.

7 % der Maßnahmen waren rein auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtet. So können beispielsweise Veränderungen des Führungsstils im Unternehmen Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren und Stress vorbeugen.

⁵⁶ Aufgrund von Rundungen ergibt sich bei der Aufsummierung der Anteile von kombinierten, rein verhaltensbezogenen und rein verhältnisbezogenen Maßnahmen ein Wert von über 100 %.

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

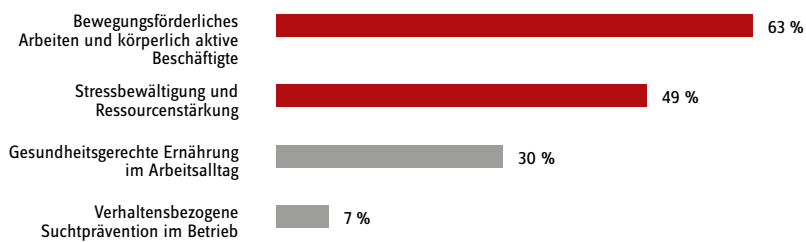
Abb. 47: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Die verhältnisbezogenen Aktivitäten bezogen sich im Jahr 2022 inhaltlich am häufigsten auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen (38 %) und auf die gesundheitsgerechte Führung (37 %). Weitere häufig genannte Inhalte waren die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Umgebung (36 %) und die Stärkung psychosozialer Ressourcen (33 %).

Abb. 48:

Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Bei den verhaltensbezogenen Aktivitäten wurde am häufigsten das Thema bewegungsförderliches Arbeiten bzw. die Förderung der körperlichen Aktivität genannt (63 %). Etwa die Hälfte (49 %) der Aktivitäten bezog sich inhaltlich auf die Stärkung der eigenen Ressourcen zur Stressbewältigung.

Erfolgskontrollen

Bei 80 % der BGF-Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren geplant. Im Vordergrund stand die Ermittlung der Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention (76 %), der Zufriedenheit der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers mit der Intervention (65 %) sowie der Akzeptanz der Zielgruppe (64 %).

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

BGF-Maßnahmen erfordern auch vonseiten der Betriebe personelle oder finanzielle Ressourcen. Kleinere Betriebe sind oft nicht in der Lage, diese aufzubringen, und sind daher häufig eingeschränkt, solche Maßnahmen für sich zu nutzen. Um insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen sowie mittelständische Unternehmen (KMU) mit BGF zu erreichen, initiieren die Krankenkassen überbetriebliche Netzwerke. In § 20b Abs. 3 SGB V ist geregelt, dass die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur BGF auch eine Aufgabe der **BGF-Koordinierungsstellen der Krankenkassen**⁵⁷ ist.

Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Im Leitfaden Prävention werden **überbetriebliche Netzwerke**⁵⁸ definiert als „zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen.“

Überbetriebliche Netzwerke setzen sich aus mindestens drei Beteiligten zusammen. Neben der Krankenkasse sind immer mindestens zwei Betriebe beteiligt. Hinzukommen kann eine weitere Organisation. Es können auch mehrere Krankenkassen in das Netzwerk eingebunden sein.

Kooperationen verfolgen ebenfalls das Ziel, gemeinsame Informationsveranstaltungen und Maßnahmen durchzuführen, um BGF-Maßnahmen zu verbreiten und zu implementieren. Auch Themen des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) werden angesprochen. Im Kontext der Dokumentation werden Kooperationen als Zusammenarbeitsstrukturen von Krankenkassen und anderen Organisationen erfasst, ohne dass dies zwingend die Beteiligung

von Betrieben beinhaltet. Für den Präventionsbericht dokumentiert jeweils nur eine der Kassen federführend die Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation. So werden Doppelzählungen vermieden.

Das DNBGF - neu belebt und mit vielfältigen Angeboten zur Netzwerkarbeit

Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung - kurz DNBGF - ist als ein nicht-kommerzielles und interdisziplinäres Netzwerk offen für alle Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen, die an dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention interessiert sind. Das Netzwerk setzt sich für die Verbreitung guter Praxis sowie die Verbesserung der Kooperation von Praxis, Wissenschaft und Politik im Themenfeld ein. Getragen wird es von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), einer Kooperation des BKK Dachverbands, des Verbands der Ersatzkassen, der Innungskrankenkassen und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Mit der DNBGF-Onlinereihe bietet das Netzwerk digitale Fachveranstaltungen zu Themen wie planetare Gesundheit und BGF, atypische und prekäre Arbeitsverhältnisse, psychische Gesundheit sowie Megatrends wie New Work und Digitalisierung an. In regelmäßigen Abständen findet zudem die DNBGF-Konferenz in Präsenz statt.

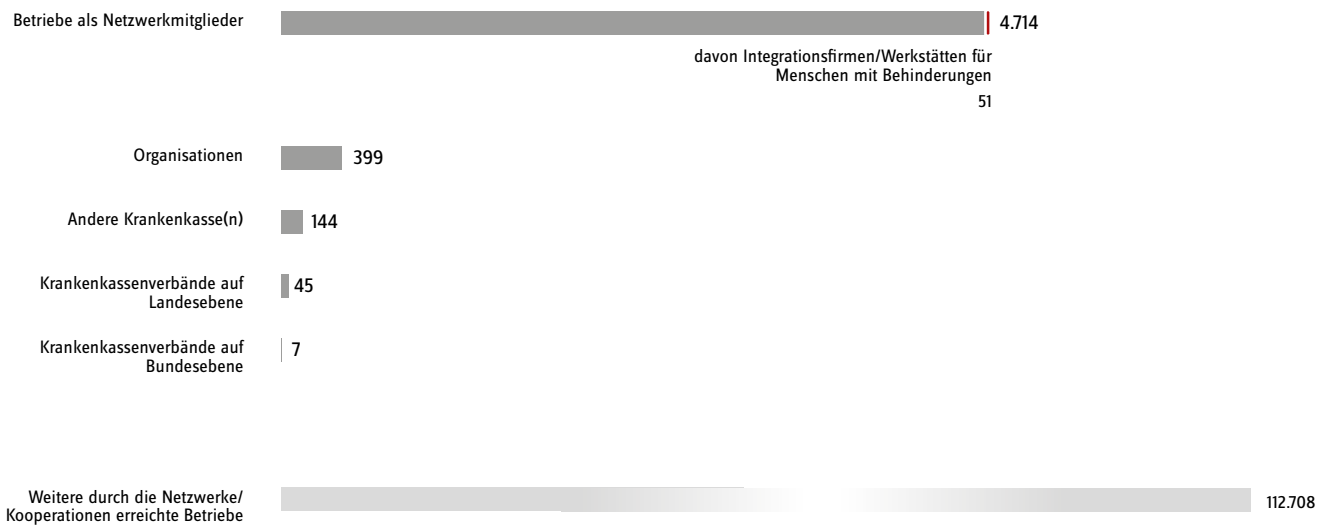
Ein weiterer Schwerpunkt ist die Netzwerkarbeit. Auf der Homepage www.dnbgf.de finden sich hierfür umfangreiche Materialien und Tools, die in jeder Phase der Netzwerkarbeit unterstützen. Darüber hinaus werden im Sinne einer Lotsenfunktion regionale BGF-Netzwerke abgebildet. Die Mitgliedschaft im DNBGF ist kostenlos.

57 <https://bgf-koordinierungsstelle.de/>

58 GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023, Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, S. 143). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 49: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)

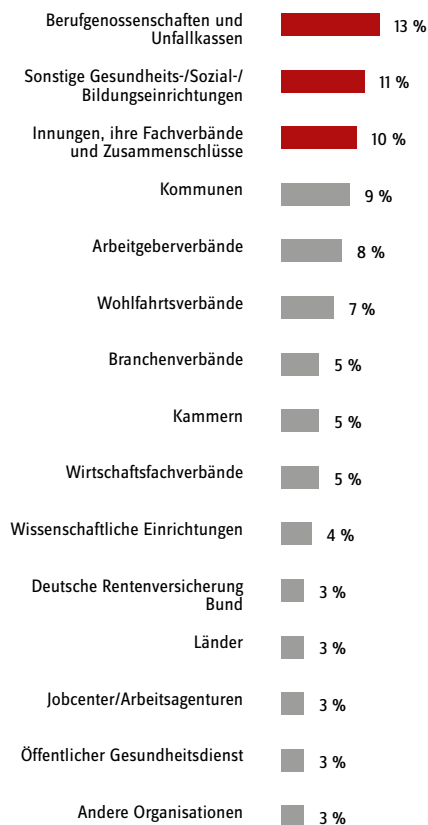


Im Berichtsjahr 2022 waren die Krankenkassen in 166 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF aktiv. Somit ist die Anzahl der Netzwerke und Kooperationen im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (2021: 146). Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner lag bei 63 Netzwerken (44 %) vor.

Neben den Krankenkassen und Organisationen beteiligten sich 4.714 Betriebe direkt als Netzwerkmitglieder. Dies sind mehr als im Vorjahr (2021: 3.045). Unter den Betrieben waren 51 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Über die Netzwerke hinaus wurden weitere 112.708 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl stark gestiegen (2021: 62.233). Das liegt insbesondere daran, dass sich einige neue Netzwerke zusammengeschlossen haben, die große Wirtschaftsverbände einbinden und durch Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen eine große Anzahl an Betrieben erreichen können. Aufgrund der deutlichen Steigerung der außerhalb des Netzwerks erreichten Betriebe ist auch die Anzahl der insgesamt erreichten Betriebe im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (2022: 117.422, 2021: 65.278).

Abb. 50: Organisationen als Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



Kategorien mit Werten unter 3 % werden nicht angezeigt.

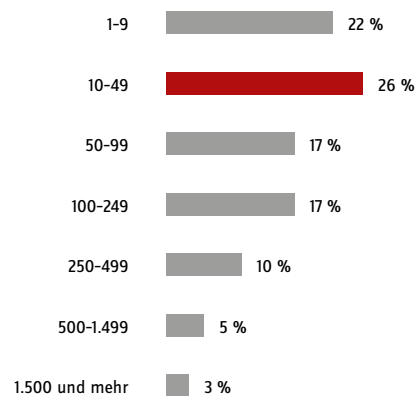
Innerhalb der Netzwerke waren neben den Krankenkassen und den Betrieben am häufigsten die Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungsträger vertreten (zu 13 %). Diese sind Mitglieder des Spitzenverbandes der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)**⁵⁹.

Darüber hinaus waren unter den Mitgliedern des Netzwerks/der Kooperation zu 11 % sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen, zu 10 % Innungen, ihre Fachverbände und Zusammenschlüsse und zu 9 % Kommunen vertreten.

59 DGUV-Spitzenverband: <https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp>

Abb. 51:

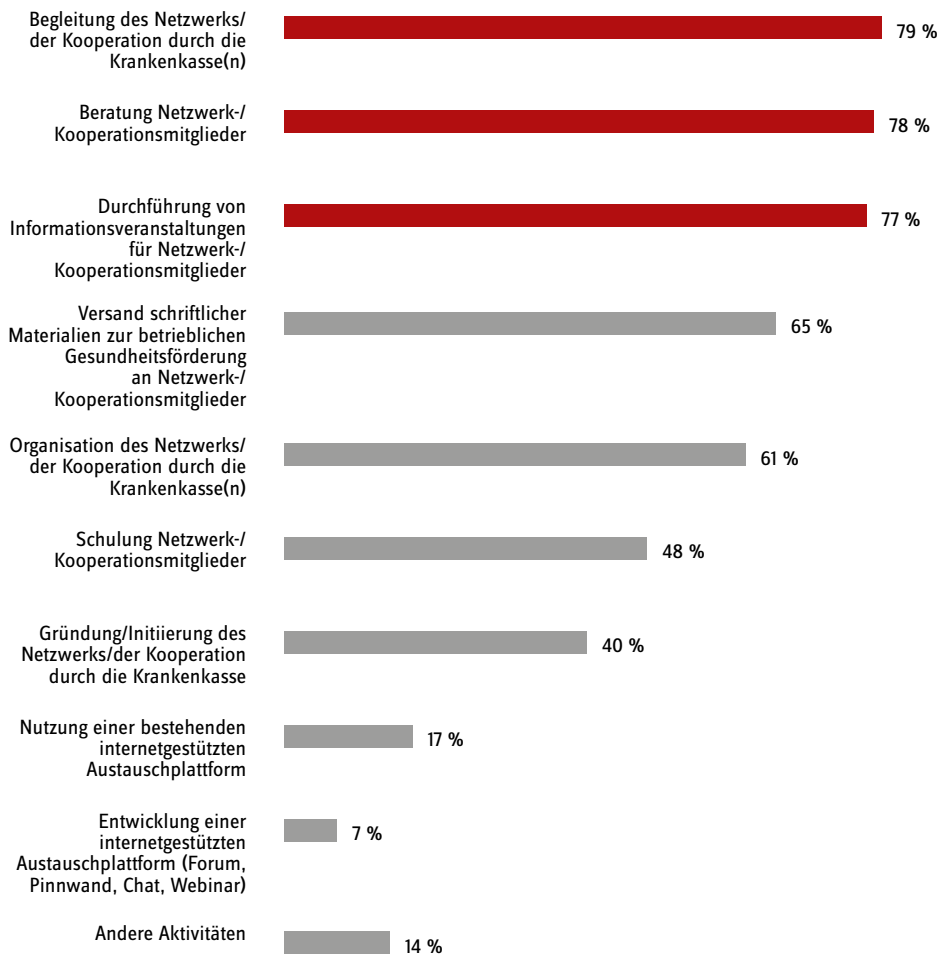
Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)



Mit 48 % (2.001) wurden am häufigsten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten durch Netzwerke/Kooperationen erreicht. Es zeigt sich, dass der Anteil von Klein- und Kleinstbetrieben in den Netzwerken höher ist als der Anteil dieser Betriebe in der BGF (mit 24 %). Dies ist positiv zu bewerten, da Klein- und Kleinstbetriebe aufgrund von begrenzten Ressourcen für Aktivitäten der BGF im besonderen Maße von Netzwerken/Kooperationen profitieren können.

Betriebe mit 50 bis 99 und Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten sind jeweils etwa zu 17 % in den Netzwerken/Kooperationen vertreten; Betriebe mit 500 und mehr Mitarbeitenden hingegen deutlich seltener (zu 8 %).

Abb. 52: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)

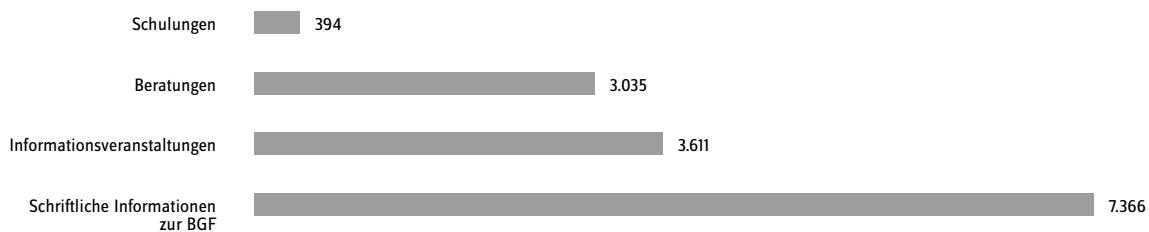


Zur Verbreitung und Implementierung von BGF-Maßnahmen wurden im Berichtsjahr 2022 79 % der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen durch die Krankenkassen begleitet und bei 78 % wurden Beratungen der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder durchgeführt. Weiterhin standen die Durchführung von Informationsveranstaltungen

(77 %) und der Versand von schriftlichen Materialien zur BGF (65 %) im Vordergrund. In 61 % der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen erfolgte eine Organisation durch die Krankenkasse(n). Dieser Anteil nahm im Vergleich zum Vorjahr leicht zu (2021: 59 %).

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Abb. 53:

Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation
(Mehrfachnennungen möglich)

In den durch Sensibilisierungsmaßnahmen erreichten weiteren Betrieben außerhalb der Netzwerke/Kooperationen (**112.708⁶⁰**) wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Schulungen: 394 Betriebe (2021: 245 Betriebe)
- Beratungen: 3.035 Betriebe (2021: 1.239 Betriebe)
- Informationsveranstaltungen: 3.611 Betriebe (2021: 1.488 Betriebe)
- Schriftliche Informationen zur BGF: 7.366 Betriebe (2021: 2.622 Betriebe)

Bei allen durchgeführten Maßnahmen für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation ist im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme festzustellen.

Evaluation

Während im Berichtsjahr 2022 38 % der Netzwerke eine Evaluation durchführten, haben 8 % der Netzwerke eine Evaluation für die Zukunft geplant.

⁶⁰ Die Anzahl der erreichten Betriebe außerhalb des Netzwerks liegt deutlich über dem Wert von 2021 (62.233). Das liegt insbesondere daran, dass sich einige neue Netzwerke gebildet haben, die große Wirtschaftsverbände einbinden und durch Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen eine große Anzahl an Betrieben erreichen können.

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Ziele der GKV grafisch dargestellt. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019–2024 findet sich im [Leitfaden Prävention](#)⁶¹.

Im Berichtsjahr 2022 konnte die absolute Anzahl der erreichten Betriebe zu den jeweils formulierten Zielen generell gesteigert werden. Bei einem überwiegenden Teil der Ziele konnte aber der relative Anteil der Betriebe, mit den in den Zielen spezifisch definierten Aktivitäten, an allen erreichten Betrieben nicht gesteigert werden.

- | | |
|----------------|--|
| Ziel 1: | Zahl und Anteil der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die BGF unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das BEM zuständigen Akteure verfügen, sind erhöht. |
| Ziel 2: | [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert] Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum ⁶² aller Träger zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sowie die Verknüpfungsmöglichkeiten von Leistungen der Krankenkassen zur BGF mit den Leistungen von Unfall- und Rentenversicherungsträgern zum Arbeitsschutz, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung. |
| Ziel 3: | Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht. |
| Ziel 4: | Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses sind erhöht. |
| Ziel 5: | Zahl und Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht. |
| Ziel 6: | Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld erreichten Betriebe sind erhöht. |
| Ziel 7: | Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht. |

61 GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023, Kapitel 3). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

62 Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Abb. 54: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM

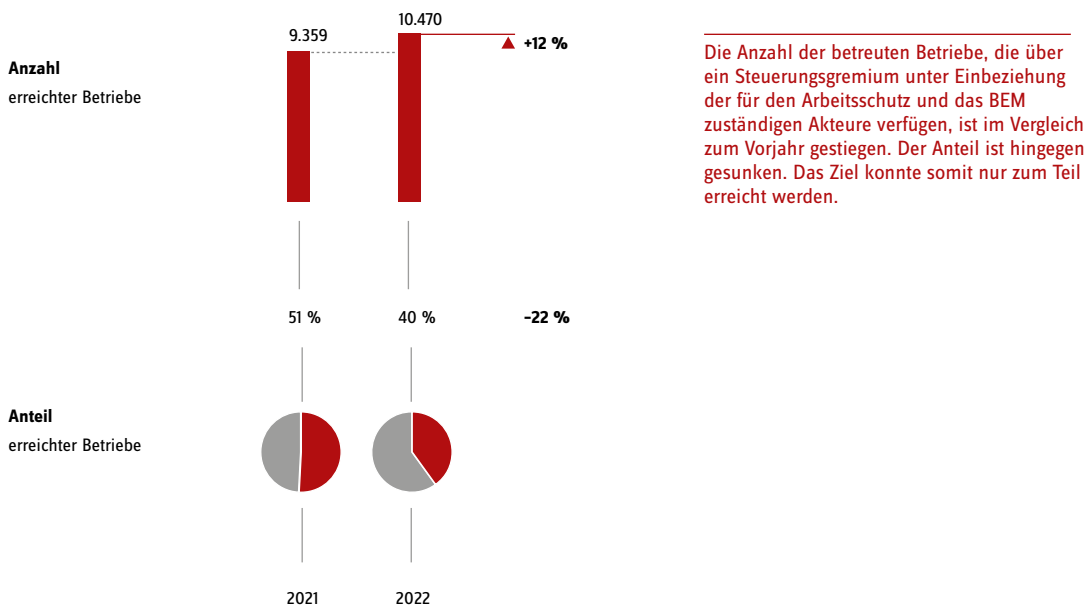


Abb. 55: Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung

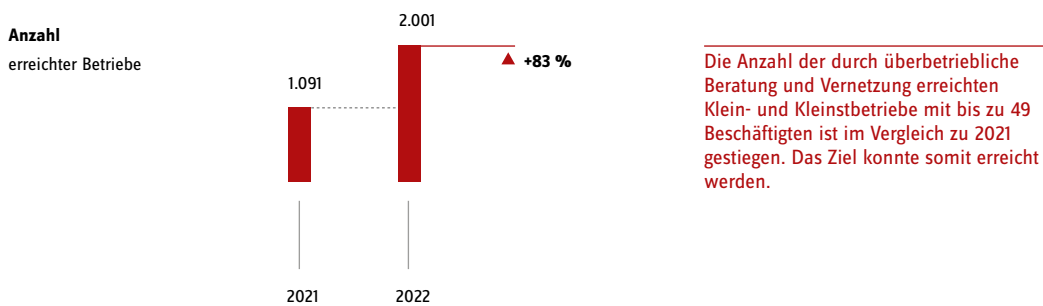


Abb. 56: Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses

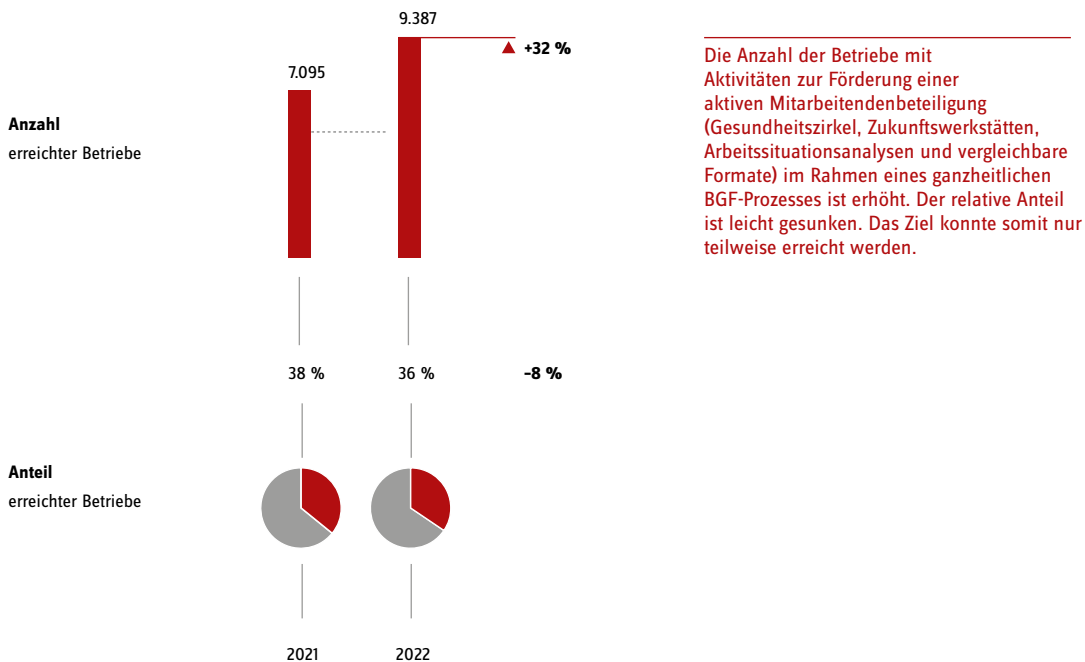


Abb. 57: Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen

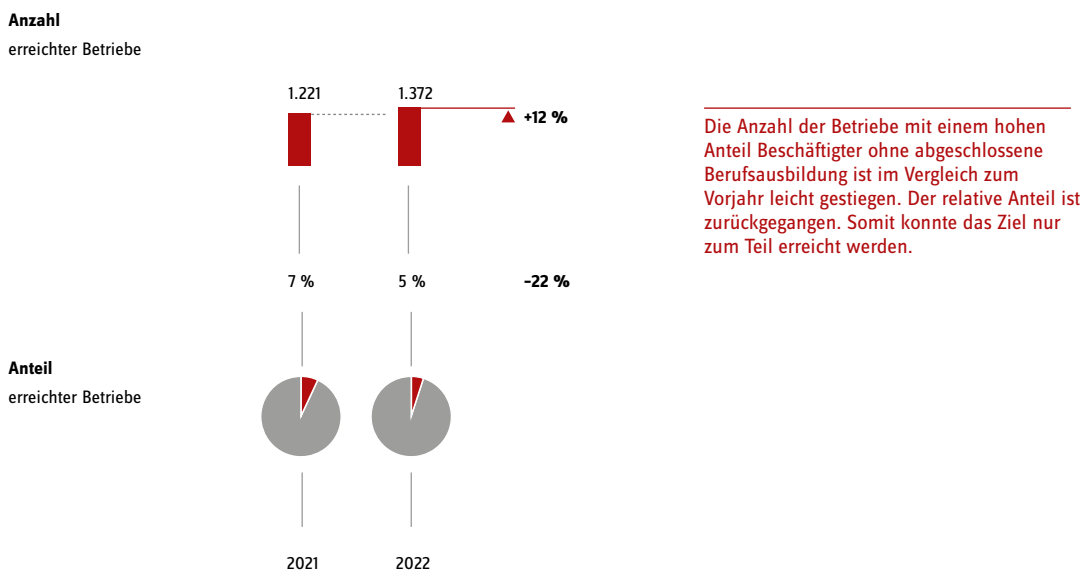
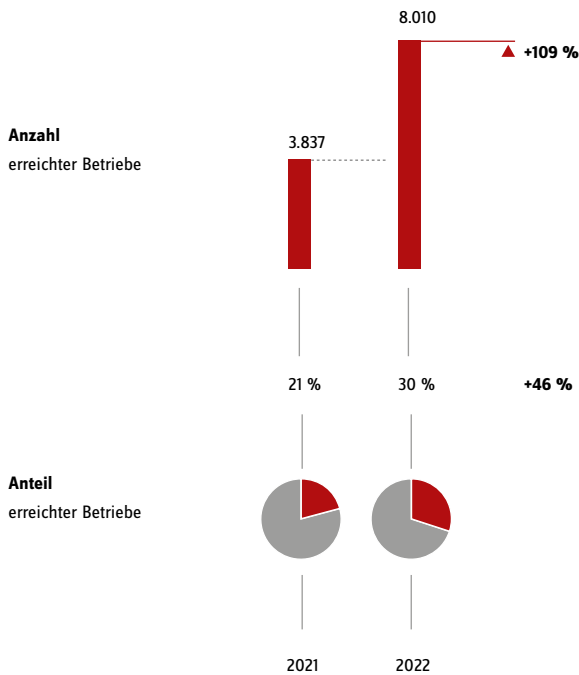
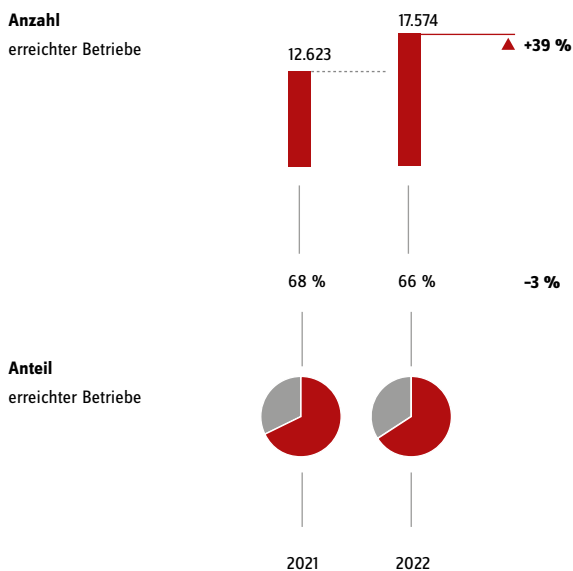


Abb. 58: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen



Die Anzahl und der Anteil der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb erreichten Unternehmen sind im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 59: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten



Die Anzahl der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen, ist gestiegen. Der prozentuale Anteil dieser Betriebe an allen erreichten Betrieben ist leicht gesunken. Somit wurde das Ziel nur teilweise erreicht.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote fokussieren das individuelle Gesundheitsverhalten einzelner Versicherter und sollen die Gesundheitskompetenz der und des Einzelnen stärken. Auch über die Laufzeit der Maßnahme hinaus sollen Versicherte zu positiven gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen angeregt und befähigt werden. Das Ziel der individuellen Präventionsleistungen ist, Risikofaktoren (z. B. durch Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel) zu reduzieren und gleichzeitig gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Ressourcen zu stärken.⁶³ Die Maßnahmen sind grundsätzlich als Gruppenangebote konzipiert.

Bezuschussungsfähige Kurse werden von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP)⁶⁴ im Auftrag der Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention zertifiziert.

Für das Berichtsjahr 2022 galt weiterhin die Sonderregelung, dass Präsenzkurse auch digital stattfinden konnten.⁶⁵

2023 wurde die erste stichprobenhafte Evaluation der Kurse vorbereitet, die im Jahr 2024 durchgeführt werden soll. Sie dient der kontinuierlichen Qualitätssicherung der Kurse und soll in den kommenden Jahren in einen Routinebetrieb übergehen.

63 Vgl. GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023, S. 57 f.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

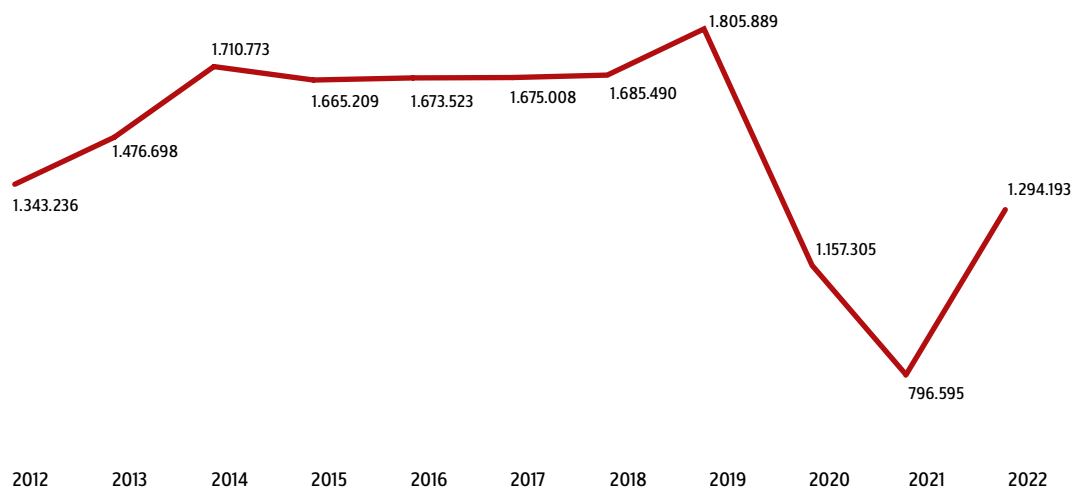
64 www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

65 Mit Beginn der Corona-Pandemie 2020 waren reguläre Präventionskursangebote über viele Monate nicht möglich. Daher haben die Krankenkassen Sonderregelungen eingeführt, damit die Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention stattfinden und neue Kurse gestartet werden konnten. Alle Kurse, die 2023 starten, müssen bei Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien eine Zertifizierung durch die ZPP vorweisen. Kurse, die 2022 gestartet sind, dürfen zu Ende geführt werden.

Inanspruchnahme

Abb. 60:

Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt

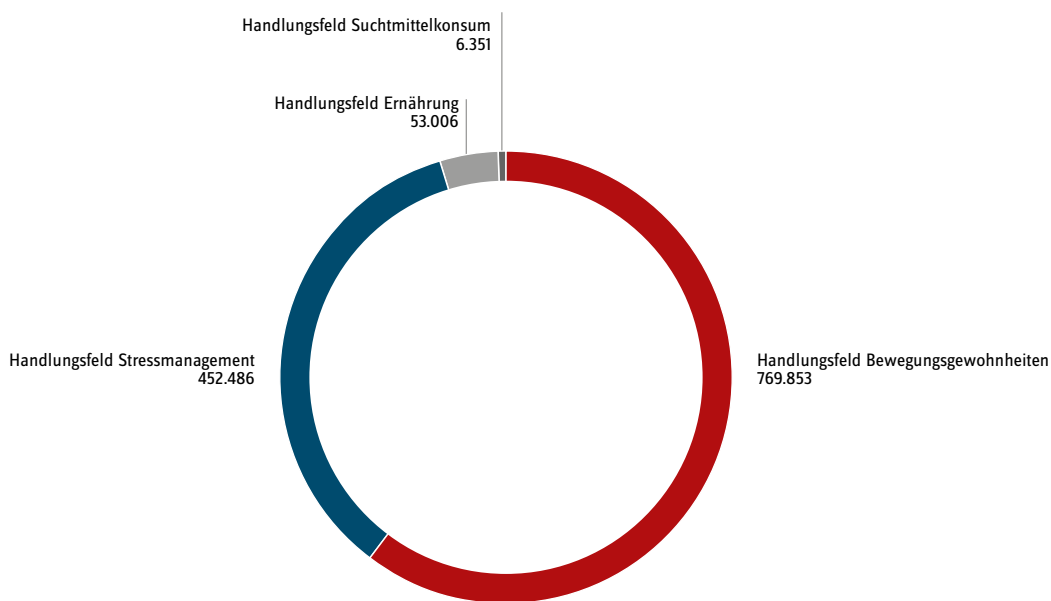


Im Berichtsjahr 2022 wurden insgesamt 1.294.193 Kursteilnahmen dokumentiert, was eine Zunahme um etwa 60 % im Vergleich zum letzten Berichtsjahr bedeutet (2021: 796.595). Aufgrund der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen kam es in den Berichtsjahren 2020 und 2021 zu einem deutlichen Rückgang der Kursteilnahmen, obwohl viele Kurse in digitaler Form angeboten wurden. Die Anzahl der Kursteilnahmen befindet sich noch nicht auf dem Niveau der Zeit vor der Corona-Pandemie, nähert sich diesem aber langsam wieder an.

Informations- und kommunikationstechnologiebasierte (IKT-)Kurse werden, gemäß Leitfadens Prävention, als solche von der ZPP zertifiziert. Teilnahmen an diesen Angeboten sind auch in der Gesamtzahl der Teilnahmen enthalten. Damit die Versicherten auch nach Auslaufen der „Covid-19-Sonderregelungen“ von den digitalen Möglichkeiten und Flexibilitätsspielräumen profitieren können, werden die Regelungen für eine Zertifizierung als IKT-Kurs durch die gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickelt.

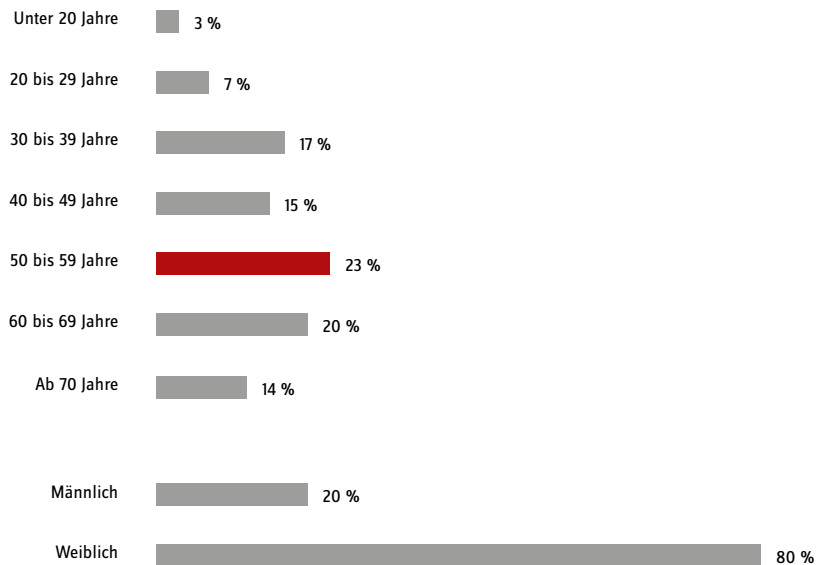
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 61: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die Ergebnisse zeigen, dass von den Versicherten am häufigsten Bewegungsangebote in Anspruch genommen wurden (60 %), gefolgt von Kursteilnahmen aus dem Handlungsfeld Stressmanagement (35 %). Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen fand zu den Themen Ernährung (4 %) und Suchtmittelkonsum (0,5 %) statt.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 62: Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Die Prozentangaben in den Abbildungen 62 bis 64 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Insgesamt wurden 1.294.193 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Angaben sind gerundet.

Wird der Anteil der Inanspruchnahme individueller Kursteilnahmen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe mit dem Anteil der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung⁶⁶ verglichen, wird deutlich, dass auf die unter 20-Jährigen mit ihrem Bevölkerungsanteil von 19 % nur etwa 3 % der Kursteilnahmen entfallen. Angebote individueller Verhaltensprävention werden von dieser Altersgruppe somit unterproportional zu ihrem Bevölkerungsanteil nachgefragt.

Die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten entspricht in der Altersgruppe zwischen 20 und 39 Jahre ihrem Bevölkerungsanteil von 24 %. Auch die 40- bis 49-Jährigen sind mit 15 % in

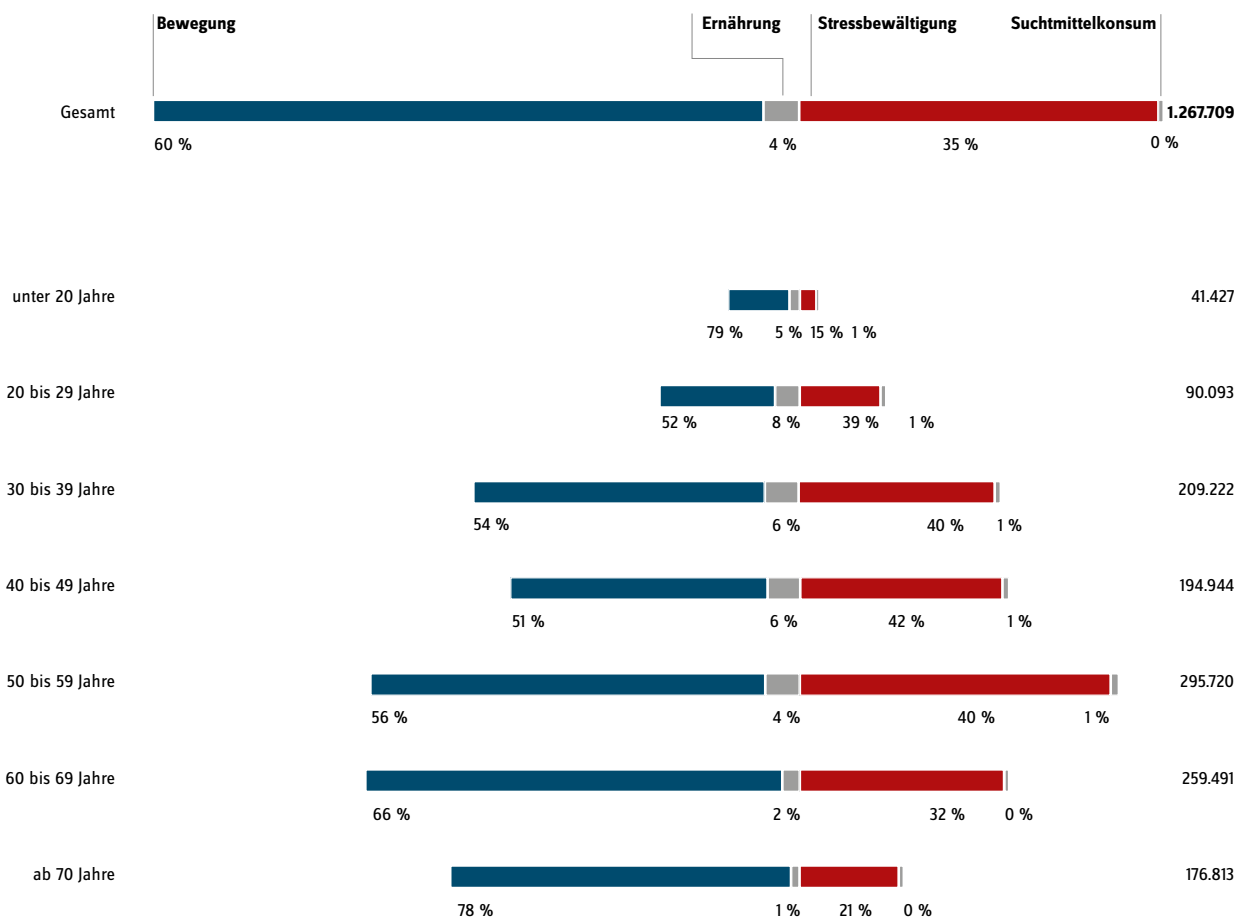
etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 12 % vertreten.

Die 50- bis 59-Jährigen nehmen verhaltenspräventive Angebote überproportional in Anspruch (23 %); ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt 16 %. Zudem macht diese Altersgruppe den höchsten Anteil der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer insgesamt aus.

Gesundheitsorientierte Kursangebote treffen insbesondere bei Frauen auf großes Interesse. 80 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich. Dieser Wert ist seit Jahren konstant.

⁶⁶ Errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005, Stand 31. Dezember 2021.

Abb. 63: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter

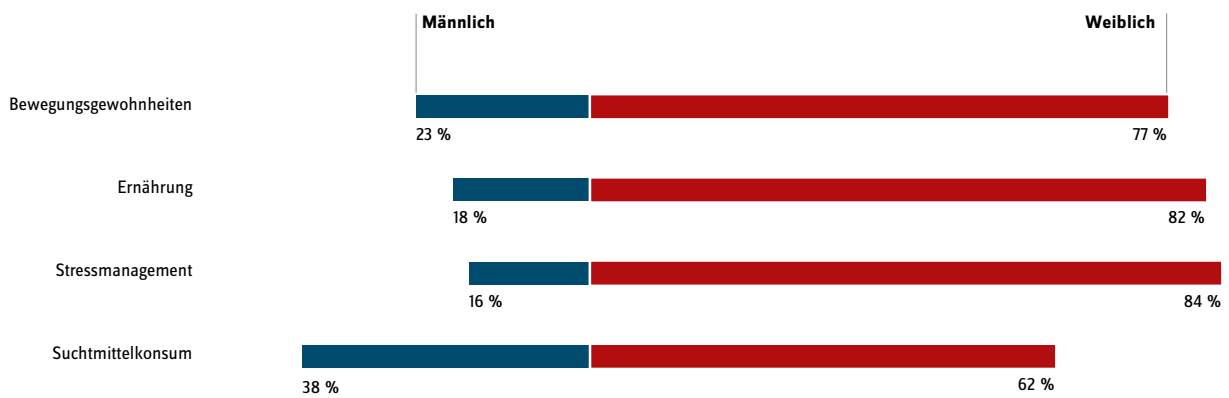


Summen können rundungsbedingt abweichen.

Anhand der vorliegenden Abbildung lässt sich erkennen, ob bestimmte Kursinhalte von einzelnen Altersgruppen bevorzugt in Anspruch genommen werden. Bewegungsangebote werden mit durchschnittlich 60 % in allen Altersgruppen am häufigsten genutzt. Allerdings werden diese von Versicherten unter 20 Jahren (mit 79 %) und ab 70 Jahren (mit 78 %) überdurchschnittlich häufig gewählt.

Menschen zwischen 20 und 59 Jahren nehmen mit jeweils ca. 40 % häufiger Angebote zum Stressmanagement wahr als Menschen unter 20 Jahren (mit 15 %), zwischen 60 und 69 Jahren (mit 32 %) und ab 70 Jahren (mit 21 %). In der Lebensphase zwischen 20 und 60 begründen die Berufstätigkeit und weitere Anforderungen wie Familie oder Pflege insbesondere bei Frauen einen besonderen Bedarf an Strategien zur Stressbewältigung und zur Stärkung der persönlichen Ressourcen.

Abb. 64: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Wie in den Berichtsjahren zuvor werden individuelle Präventionskurse zu allen Themen deutlich häufiger von Frauen belegt. Lediglich Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum werden zu einem vergleichsweise hohen Anteil (38 %) von Männern besucht. Am geringsten ist der Männeranteil bei Kursen zum Thema Stressmanagement (16 %).

Zentrale Prüfstelle Prävention sichert zuverlässig Qualität bei Präsenz- und digitalen Präventionsangeboten



Autorin:
Melanie Dold,
Geschäftsführender
Verband vdek

Die Zentrale Prüfstelle Prävention ist im Auftrag einer Kooperationsgemeinschaft aus allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland seit 2014 mit der Zertifizierung von Präventionsangeboten und der Prüfung der Qualifikation von Kursleitenden betraut. Die Zertifizierung bildet die Grundlage dafür, dass den Versicherten die Kosten für die Nutzung des Angebots durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können. Verbindliche Grundlage der als Onlineverfahren umgesetzten Prüfung ist der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes mit konkreten Qualitätskriterien für Präsenz- und Online-Angebote in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Bei Erfüllung der Anforderungen wird das Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ vergeben. Monatlich werden etwa 10.000 Prüfungen durchgeführt. Insgesamt haben bisher über 350.000 Angebote (vorwiegend Präsenzkurse) das Zertifikat erhalten.

Nutzung von Präventionsangeboten in der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie und die Einschränkung für Versicherte, über Monate nicht an „Vor Ort-Terminen“ teilnehmen zu können, brachten weitreichende Änderungen für die Individualprävention mit sich. Um die Versorgungsstruktur in der Individualprävention für die Versicherten auch während der Corona-Pandemie aufrechtzuerhalten, war es im Rahmen der sogenannten Corona-Sonderregelung den Anbieterinnen und Anbietern ausnahmsweise gestattet, zertifizierte Präsenzangebote digital im Live-Stream zu übertragen, ohne die eigentlich notwendige Prüfung in der Prüfstelle als **IKT-Angebot**⁶⁷ zu durchlaufen. Allerdings wurden die Anbietenden dazu angehalten, die Teilnehmenden vorab auf die geltenden Datenschutzbestimmungen hinzuweisen. Die Versicherten konnten durch die Sonderregelung von zu Hause aus flexibel an Präsenzmaßnahmen teilnehmen, ohne auf die nötige Beratung bei der

Durchführung relevanter Kursinhalte verzichten zu müssen.

Dieser Schritt war richtig, denn Angebot und Nachfrage an räumlich und mehrheitlich zeitlich flexiblen (digitalen) Präventionsangeboten sowie Schulungsformaten für Kursleitungen sind während und nach der Zeit der Pandemie deutlich angestiegen. Innerhalb sehr kurzer Zeit hat die Bedeutung dieses innovativen Bereichs enorm zugenommen. Zum Vorteil der Versicherten hat die Kooperationsgemeinschaft bereits 2016 die Qualitätssicherung von digitalen Angeboten als IKT-Kurse in der Zentralen Prüfstelle Prävention als Prüfprozess etabliert und war somit gut vorbereitet. Dadurch waren zu Beginn der Corona-Pandemie bereits ca. 500 zertifizierte und damit qualitätsgesicherte IKT-Angebote verfügbar. Im Vergleich zum Präsenzbereich mit über 100.000 zertifizierten Präsenzkursen in allen Handlungsfeldern war die Auswahlmöglichkeit allerdings begrenzt. Insofern bewirkte die Freigabe des Live-Streamings, dass viele Versicherte ihre Kurse ohne Unterbrechung weiterführen bzw. bei Start aus einem breiten Spektrum auswählen konnten.

Anbieterbefragung zeigt: digitale Angebote weiterhin stark nachgefragt

Die positive Wirkung der sogenannten Corona-Sonderregelung mit der Möglichkeit des Live-Streamings war sehr gut geeignet, die Anbietenden und die Versicherten in ihrem präventiven und gesundheitsförderlichen Verhalten zu unterstützen. Dies bestätigte eine Ende 2022 konzipierte Onlinebefragung bei Anbieterinnen und Anbietern, die die Einstellung bezüglich digitaler Anwendungen und Formate bewertete. Es zeigte sich, dass über 50 % digitale Präventionsangebote dauerhaft in ihr Angebotsspektrum aufgenommen haben und 40 % eine reguläre Prüfung in diesem Bereich durch die Zentrale Prüfstelle Prävention anstreben. Die Online-Angebote werden als wichtig und hilfreich angesehen und von Versicherten stark nachgefragt. Aber auch die Qualität hat für

67 Informations- und kommunikationstechnologiebasierte Kurse bzw. Angebote.

die Anbieterinnen und Anbieter Relevanz. Nicht alle Themen sind aus Anbietersicht geeignet, um als digitales Format insbesondere an Anfängerinnen und Anfänger vermittelt zu werden. Der Live-Kontakt und damit die direkte Feedbackmöglichkeit zur korrekten Ausführung werden als sehr wichtig angesehen.

Trend zu mehr digitalen Anwendungen positiv unterstützt

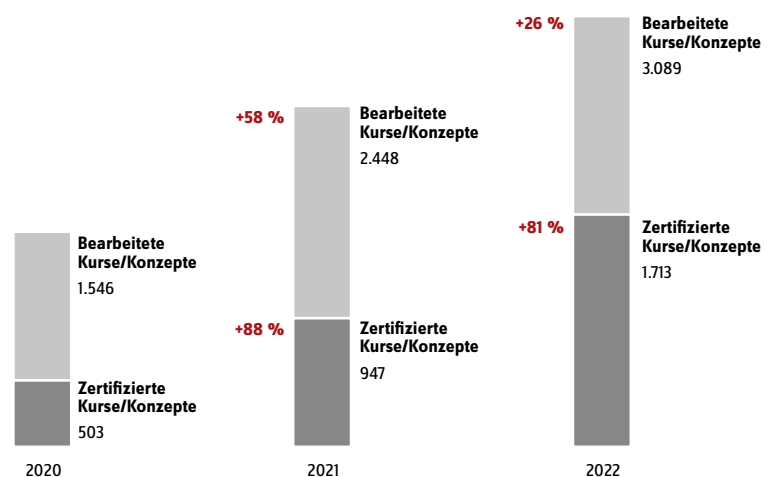
Die gesetzlichen Krankenkassen haben den Trend hin zu mehr digitalen Präventionsangeboten aufgegriffen und mit Wirkung vom 1. Januar 2023 die Kriterien für Onlineseminare (Format mit Live-Kontakt) z. B. bezüglich des Registrierungsprozesses nochmals vereinfacht. Dadurch wurde ein nahtloser Übergang zu der Ende 2022 auslaufenden Corona-Sonderregelung geschaffen. Im Jahr 2023 neu beginnende IKT-Kurse müssen seither regulär nach den spezifischen IKT-Kriterien zertifiziert sein, um von den Krankenkassen einen Zuschuss zu den Nutzungskosten zu erhalten. Entsprechend hat sich auch die Zahl der zu bearbeitenden Zertifizierungsanträge gegen Ende 2022 nochmals deutlich erhöht. Erfreulich ist, dass bereits 2022 mehr Anträge zertifiziert werden konnten als in den Vorjahren. Die Zertifizierung ist für Onlinekurse (ohne Live-Kontakt) sowie Onlineseminare (mit Live-Kontakt) ebenso wie für Blended-Learnings als Kombination aus Onlineeinheiten und Präsenzterminen möglich. Das Zertifikat ist für ein Jahr gültig, dann muss der Antragstellende eine Evaluation vorlegen, um für weitere zwei Jahre anerkannt zu sein.

Seit Mitte 2021 ist es möglich, auch für rein digitale Präventionsangebote, bei denen keine Kursleitung, sondern beispielsweise eine App Teilnehmende durch das Angebot leitet, bei der Prüfstelle prüfen zu lassen. Eine besondere Herausforderung stellte in den ersten Monaten die zusätzlich zu den Prüfunterlagen mit Aufbau, Inhalt und Zielsetzung der Anwendung geforderte Datenschutzfolgeabschätzung dar. Seit Anfang 2023 konnte diese Nachweiserbringung vereinfacht werden.

Durch die Vorlage eines Formblatts kann der Anbietende zusammen mit dem verantwortlichen Datenschützer bestätigen, dass die Anwendung hinsichtlich der Datensicherheit überprüft wurde. Mittlerweile sind acht digitale Angebote nach Kap. 7 aus dem Leitfaden Prävention zertifiziert worden. Der Prüfprozess unterscheidet sich aber deutlich von den nach festen Einheiten strukturierten Präsenzkursen. Der Nutzen wird vor allem anhand mehrerer in zeitlichen Abständen durchgeführter Evaluationen belegt. Dafür hat der Anbietende mehr Freiheiten bei der Ausgestaltung der Anwendung und muss sich an keine zeitlichen Vorgaben wie bei einem durchgehend strukturierten Präventionskurs halten.

Um die Anbieterinnen und Anbieter bei der Antragstellung und zur Erreichung einer Zertifizierung zu unterstützen, hat die Zentrale Prüfstelle Prävention zusätzliche Informationsmaterialien für Kursanbietende bereitgestellt. Zahlreiche Erklärvideos und FAQs unterstützen Antragstellende unter www.zentrale-pruefstelle-praevention.de auf dem Weg durch den Zertifizierungsprozess.

Abb. 65: Überblick Prüfungen IKT-Angebote - Zentrale Prüfstelle Prävention



Quelle: Zentrale Prüfstelle Prävention

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI



Autorin und Autor:
Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband
Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband

Die in diesem Jahr veröffentlichten Informationen zur Vorbereitung und Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI zeigen, dass im Berichtsjahr 2022 an die positive Entwicklung vor der Corona-Pandemie angeknüpft und ein Leistungsanstieg erreicht werden konnte. Sowohl die erfassten Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention als auch die dem GKV-Spitzenverband vorliegenden Daten zu den Ausgaben hierfür zeigen, dass mehr pflegebedürftige Menschen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen in allen Handlungsfeldern der Prävention erreicht wurden. Diese erfreuliche Entwicklung wird anhand von ausgewählten Parametern und erreichten Präventionszielen auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

Eine wesentliche Aufgabe war von 2021 bis 2022 die vom GKV-Spitzenverband ausgeschriebene Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Auftragnehmer waren die Prognos AG und die FH Münster, die im August 2022 ihren Abschlussbericht vorgelegt haben. Neben einer aktuellen systematischen Analyse der nationalen und internationalen Literatur zu den Erkenntnissen der Wirksamkeit (im besten Fall Evidenz) von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege wurden die Erfahrungen aus der Umsetzung präventiver Angebote aus Sicht der Pflegekassen und ihrer Verbände, der Leistungserbringer sowie der Pflegebedürftigen untersucht. Diese flossen in die Weiterentwicklung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ ein.

Der Leitfaden bildet weiterhin die Grundlage für das präventionsbezogene Leistungsgeschehen der Pflegekassen und steckt den Rahmen für die von den Pflegekassen geförderten Präventionsprojekte in stationären Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich begründet ab. Dass pflegebedürftige Menschen auch mit hohem Pflegegrad Präventionsbedarfe und vor allem auch -potenziale haben, belegen immer mehr Studien. Ergebnis der Evaluation war jedoch auch, dass die Angebote für pflegebedürftige Menschen insbesondere im teilstationären Bereich – also in Tagespflegeeinrichtungen – noch weiter ausgebaut werden könnten.

Aktuelle Anpassungen im Leitfaden berücksichtigen die neue Evidenzlage von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Die fünf Handlungsfelder der Prävention haben sich bewährt, jedoch wird – mit wissenschaftlicher Expertise belegt – ein kombiniertes Vorgehen in den Handlungsfeldern empfohlen, welches dem Alltagsverständnis der Menschen eher entspricht und so auch bereits von den Pflegekassen praktiziert wird. Der partizipative Ansatz im Gesundheitsförderungsprozess wird im aktuellen Leitfaden stärker als bisher hervorgehoben. So sollen neben allen interessierten pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen auch differenzierte Zielgruppen, wie z. B. jüngere pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit hohen Pflegegraden, erreicht werden. Neu eingeführt wird ein weiteres Teilziel präventiver Leistungen, das auf die Kombination von Leistungen der Prävention für pflegebedürftige Menschen und die betriebliche Gesundheitsförderung für das Pflege- und Betreuungspersonal nach § 20b SGB V durch die Kranken- und Pflegekassen abstellt. Dies beruht auf dem Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Beschäftigten sowie der Sinnhaftigkeit, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen für beide Zielgruppen zu erbringen. Neu ist ferner die Einführung eines Kapitels zur digital unterstützten

Gesundheitsförderung und Prävention. Hierfür werden digitale Formate und Anwendungsfelder definiert und entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten aufgezeigt. Nicht zuletzt werden klimarelevante Aspekte im Leitfaden berücksichtigt, die insbesondere im Handlungsfeld Ernährung konkrete Berücksichtigung finden. Die Neufassung wurde im Oktober 2023 auf der Website des [GKV-Spitzenverbandes](https://www.gkv-spitzenverband.de)⁶⁸ veröffentlicht.

Die Änderungen im Leitfaden haben auch Auswirkung auf die Dokumentation der präventiven Leistungen der Pflegekassen, die in Bezug auf einige Parameter neue Daten z. B. zu differenzierten Zielgruppen oder digitalen Formaten erfassen. Eine erste Auswertung dieser Daten wird im GKV-Präventionsbericht 2024 erfolgen.

68 https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp

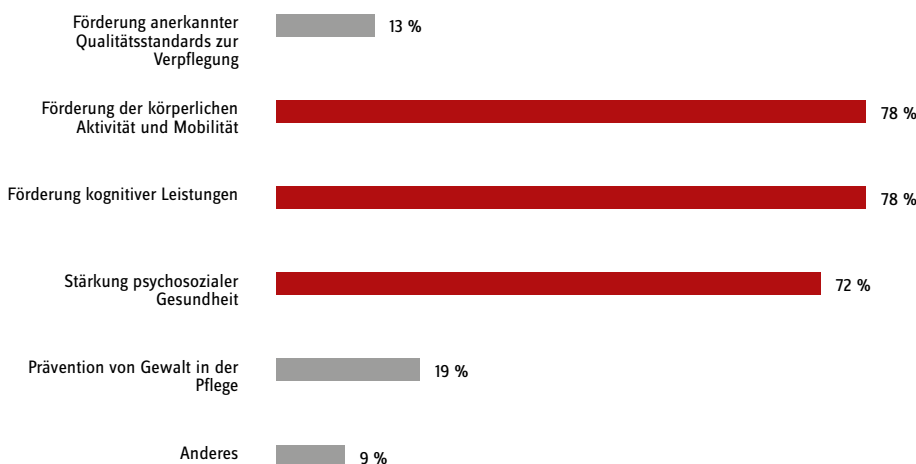
Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess

Die Pflegekassen informieren und beraten stationäre Pflegeeinrichtungen rund um das Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Im Fokus stehen die Sensibilisierung und Motivierung der in der Pflegeeinrichtung verantwortlichen Personen und der Pflegebedürftigen. Außerdem soll ein gemeinsames Verständnis vom Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in der Lebenswelt der stationären Pflege geschaffen werden.

Dabei nutzen die Pflegekassen vielfältige Zugangswege, wie z. B. persönliche Informations- und Beratungsangebote, die Akquise über externe Dienstleister, die Verknüpfung von Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder Informationsveranstaltungen.⁶⁹ Ein Wechsel in die Umsetzungsphase findet statt, wenn sich die Einrichtung für den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess entscheidet.

Im Berichtsjahr 2022 haben die Pflegekassen 2.186 Pflegeeinrichtungen zu den Möglichkeiten und Inhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten informiert und beraten. Im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr mit 1.556 beratenen Einrichtungen ist eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. Die Zunahme bei der Informationsvermittlung könnte damit zusammenhängen, dass nach der Aufhebung der meisten pandemiebedingten Einschränkungen wieder mehr in die Vorbereitung neuer Projekte investiert werden konnte. Von etwa der Hälfte der Einrichtungen (1.133 bzw. 52 %) wurde, wie auch im Vorjahr (755 bzw. 49 %), der Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess getroffen. Am häufigsten erfolgte die Informationsvermittlung in den Bereichen Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität (78 %) und kognitiver Leistungen (78 %), gefolgt von Angeboten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit (72 %).

Abb. 66: Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern (Mehrfachnennung möglich)



69 Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht (S. 45 ff.).

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation

Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses werden zunächst vorhandene Strukturen und Ressourcen der Pflegeeinrichtungen geprüft sowie Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen analysiert. Auf Basis dieser Ergebnisse entwickeln die Pflegekassen gemeinsam und partizipativ mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen einen Maßnahmenplan. Danach erfolgt die eigentliche Umsetzung von Maßnahmen, die in der Regel begleitend oder abschließend evaluiert werden.

Im Folgenden werden die Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase dargestellt und um Informationen zu ausgewählten strukturellen Faktoren ergänzt, wie z. B. zur Laufzeit der Aktivitäten, zu beteiligten Akteuren und erreichten Personen, zur Größe der Einrichtung sowie zum Erreichen der Präventionsziele.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Im Berichtsjahr 2022 erbrachten die Pflegekassen in 2.529 Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention.⁷⁰ Die Aktivitäten in der Umsetzungsphase konnten somit im Vergleich zu den beiden Pandemie Jahren 2020 (1.866 Pflegeeinrichtungen) und 2021 (1.859 Pflegeeinrichtungen) deutlich gesteigert werden. Somit konnte an den steten Leistungsanstieg vor der Corona-Pandemie angeknüpft werden. Mit Blick auf die 16.115 vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Tagespflegeeinrichtungen⁷¹ in Deutschland handelt es sich um 16 % aller Einrichtungen, die im Jahr 2022 mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden konnten. Das ist seit Erbringung von präventiven Leistungen der Pflegekassen bisher die höchste Anzahl an und Anteil von Pflegeeinrichtungen, die in einem Jahr mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden konnten.

⁷⁰ s. Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, S. 153.

⁷¹ Statistisches Bundesamt. (2022). Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. <https://www.destatis.de>

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genannten fünf Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege geben den leistungsrechtlichen Rahmen vor, innerhalb dessen Gesundheitsförderung und Prävention in

den Pflegeeinrichtungen geplant und umgesetzt werden können. Als effektiv bestätigte Interventionen sollten nicht nur auf die Durchführung einzelner, sondern auf eine Kombination mehrerer Maßnahmen zielen. Damit entsprechen sie stärker der Lebenswirklichkeit bzw. dem Alltagsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen.⁷²

Fünf Handlungsfelder

Ernährung

Das Handlungsfeld Ernährung bietet den Pflegekassen die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen z. B. bei der Verbesserung des Nahrungsangebots und der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme insgesamt zu beraten und zu unterstützen. Die Umsetzung kann z. B. in Anlehnung an den „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit ‚Essen auf Rädern‘ und in Senioreneinrichtungen“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) erfolgen. Der aktuelle DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen beruht auf starkem Konsens und impliziert in seiner aktuellen Version auch Empfehlungen für eine nachhaltige (klimasensible) Ernährung.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität von Pflegebedürftigen ist für die Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens und die Stärkung kognitiver Ressourcen bedeutend. Die Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen beispielsweise darin unterstützen, Gruppenbewegungsprogramme anzubieten und Konzepte zur Förderung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen im Alltag umzusetzen.

Stärkung der kognitiven Ressourcen

In Anbetracht des hohen Anteils an Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen

sind die Stärkung und Erhaltung der kognitiven Ressourcen von hoher Relevanz. Die Präventionsangebote sollen dabei über reines Gedächtnistraining hinausgehen.

Psychosoziale Gesundheit

Die Erhaltung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege ist eine besondere Herausforderung. Die psychosoziale Gesundheit kann beispielsweise durch die Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozialen Aktivitäten gestärkt werden, wenn entsprechende Angebote in den Gesundheitsförderungsprozess eingebunden sind.

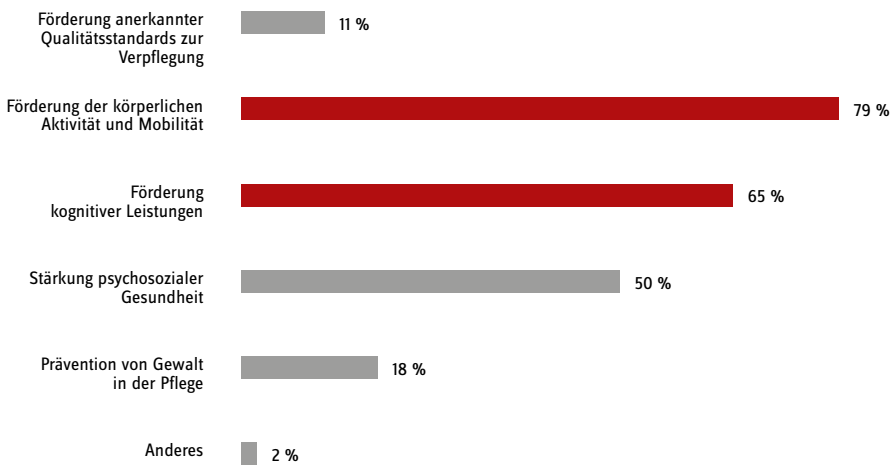
Prävention von Gewalt in der Pflege

Die WHO⁷⁴ (2002) definiert Gewalt in der Pflege als einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den betroffenen Personen zu Schaden und Leid führen. Gewalt führt bei Pflegebedürftigen zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen oder zu finanziellem Schaden und bedeutet immer einen wesentlichen Eingriff in die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen. Um Gewaltereignissen in Pflegebeziehungen vorzubeugen sowie diese frühzeitig zu erkennen und daraus resultierende gesundheitliche Folgen für Pflegebedürftige zu vermeiden, sollen Konzepte zur gewaltfreien Pflege entwickelt und umgesetzt werden.

72 Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht (S. 37).

73 World Health Organization (WHO). (2002). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Genf.

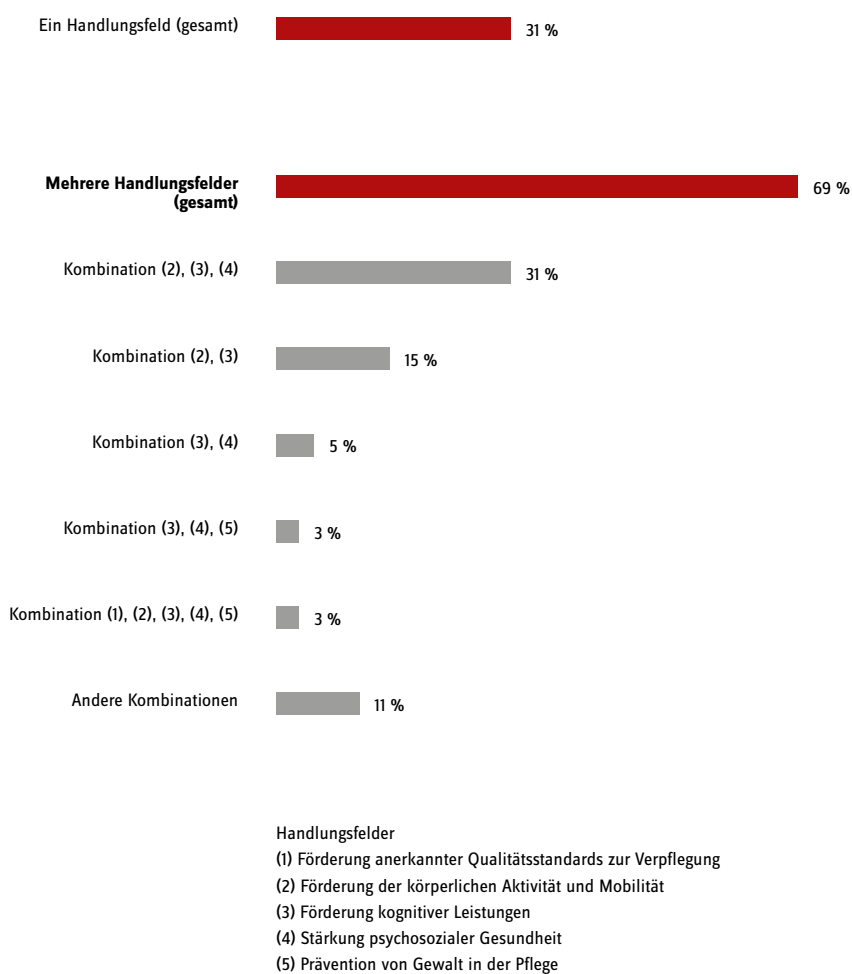
Abb. 67: Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben (Mehrfachnennung möglich)



Die meisten umgesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umfassen das Handlungsfeld „körperliche Aktivität“ (79 %). Häufig dokumentiert wurden ebenso Maßnahmen in den

Handlungsfeldern „Stärkung der kognitiven Ressourcen“ (65 %) und „psychosoziale Gesundheit“ (50 %). Die Handlungsfelder „Prävention von Gewalt in der Pflege“ (18 %) und „Ernährung“ (11 %) wurden vergleichsweise weniger angegeben.

Abb. 68: Maßnahmen, die auf ein/mehrere Handlungsfeld/er im Berichtsjahr bezogen waren



In diesem Berichtsjahr wird erstmals auf die Anzahl durchgeführter Maßnahmen, die auf ein Handlungsfeld bezogen sind bzw. verschiedene Handlungsfelder kombinieren, eingegangen. So zeigen die Ergebnisse, dass im vorliegenden Berichtsjahr etwa ein Drittel (31 %) der Einrichtungen Maßnahmen in einem Handlungsfeld umsetzten. Die meisten Einrichtungen (69 %)

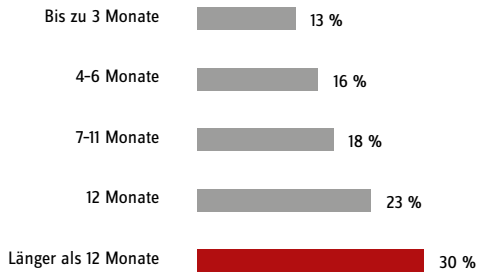
agierten in mehreren Handlungsfeldern bzw. kombinierten diese. Dabei handelte es sich häufig um die Kombination von Aktivitäten aus den drei Handlungsfeldern „körperliche Aktivität“, „Stärkung kognitiver Ressourcen“ und „psychosoziale Gesundheit“ (31 %). Wissenschaftliche Studien weisen auf die Wirksamkeit zu kombinierten Ansätzen in diesen drei Handlungsfeldern hin.⁷⁴

⁷⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Fassung vom 28. September 2023). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 69:

Laufzeit der Aktivitäten



Summen können rundungsbedingt abweichen.

Die Unterstützungsangebote der Pflegekassen sind zeitlich und finanziell begrenzt. Strukturelle Rahmenbedingungen sollen geschaffen werden, um gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten nachhaltig und kontinuierlich in den Pflegeeinrichtungen zu verankern.

Im Berichtsjahr 2022 wurden 42 % der Aktivitäten in den Pflegeeinrichtungen abgeschlossen. Der Anteil der nicht abgeschlossenen Projekte bzw.

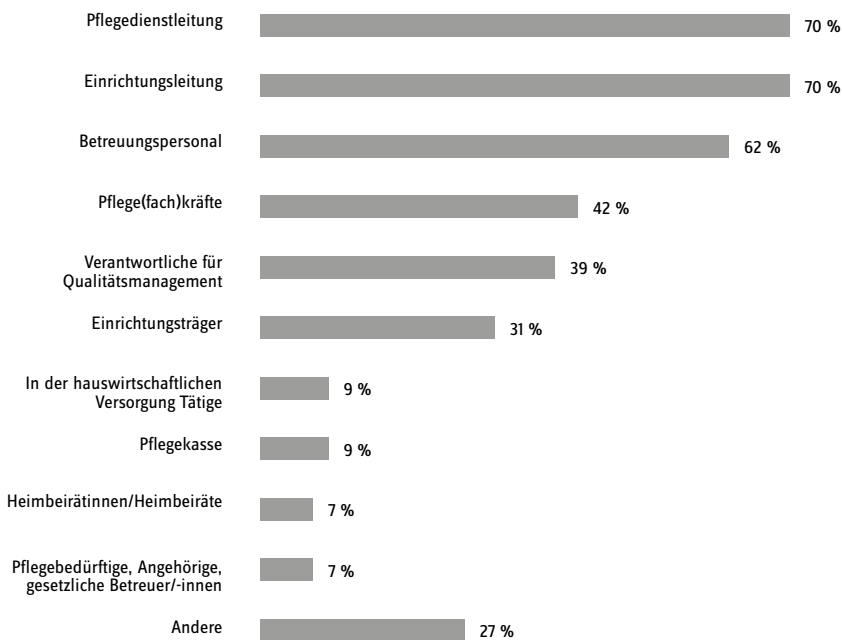
der Projekte, die über das Berichtsjahr hinaus weitergeführt wurden, beträgt 33 %. Bei 25 % der Aktivitäten war die Laufzeit noch nicht abschätzbar.

Bezogen auf die abgeschlossenen Projekte hatten knapp 30 % eine Laufzeit von bis zu sechs Monaten, 18 % eine Laufzeit von sieben bis elf Monaten. Bei etwa 54 % wurde eine Laufzeit von zwölf oder mehr als zwölf Monaten angegeben.

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Abb. 70:

Mitwirkende im Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich)



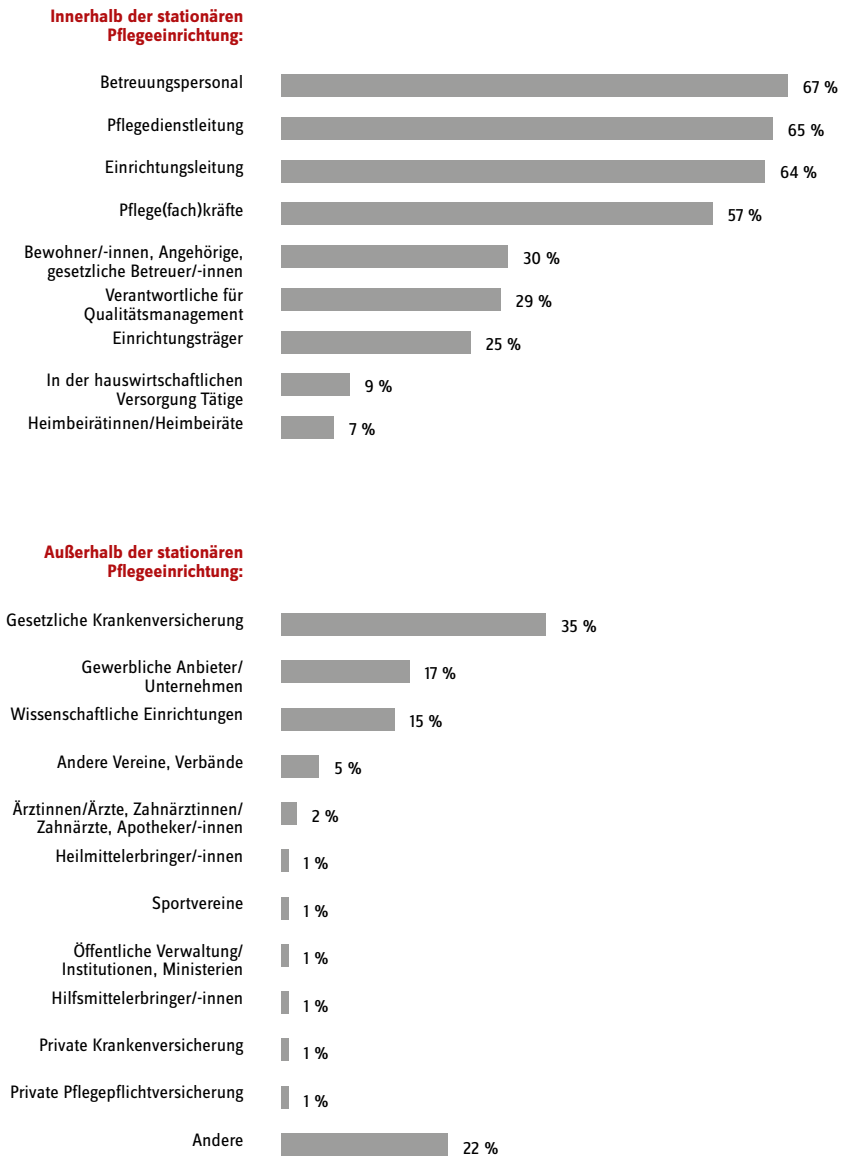
Eine erfolgreiche Etablierung von Konzepten sowie die Entwicklung langfristig wirksamer präventiver Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen hängen maßgeblich von Strukturen ab, die einrichtungsspezifisch den gesamten Prozess der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen steuern. Bei der Planung und Umsetzung von nachhaltigen Aktivitäten ist daher entweder die Einrichtung oder aber die Erweiterung eines bestehenden Steuerungsgremiums wichtig, in dem die relevanten Akteure regelmäßig zusammenkommen. Neben der Einrichtungsleitung und den Verantwortlichen des Qualitätsmanagements

sollten auch die pflegebedürftigen Menschen oder die sie vertretenden Akteure beteiligt sein.

Bei 78 % der dokumentierten Aktivitäten wurde das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums angegeben. Bei den Aktivitäten mit Steuerungsgremium waren mit jeweils 70 % die Einrichtungsleitung sowie die Pflegedienstleitung vertreten, gefolgt von dem Betreuungspersonal mit 62 % und den Pflege(fach)kräften mit 42 %. Qualitätsmanagementbeauftragte wurden in 39 % der Steuerungsgremien eingebunden.

Beteiligte Akteure

Abb. 71: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Kategorien mit Werten von rund 0 % werden nicht angezeigt. Summen können rundungsbedingt abweichen.

Zur Erfüllung des Präventionsauftrags wirken neben den Pflegekassen verschiedene Akteure aktiv an der Planung, Umsetzung und Evaluation von Angeboten mit und bringen weitere finanzielle, sachliche und personelle Ressourcen ein.

Innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung beteiligten sich am häufigsten das Betreuungspersonal (67 %), die Pflegedienstleitung (65 %) und die Einrichtungsleitung (64 %) an der Umsetzung präventiver Aktivitäten; mit 57 % brachten sich die Pflege(fach)kräfte ein. Bewohnende, Angehörige, gesetzlich Betreuende sowie Vertreterinnen und Vertreter von Heimbeiräten konnten sich insgesamt mit 38 % der Ressourcen in die Gestaltung der Präventionsmaßnahmen einbringen. Die Partizipation der Pflegebedürftigen sowie derjenigen, die ihre Interessen vertreten, ist für die tatsächliche Inanspruchnahme und den Erfolg einer Maßnahme besonders wichtig. Nur so lässt sich eine bedarfsgerechte Ausrichtung der Aktivitäten sicherstellen. Bereits die Partizipation an der Entwicklung der Maßnahme an sich kann gesundheitsförderlich wirken, weil dadurch Reflexionsprozesse über die eigenen Bedürfnisse entstehen.⁷⁵ Im Rahmen der Konzeption, Umsetzung und Evaluation von präventiven Angeboten sind somit partizipative Ansätze weiter zu stärken.

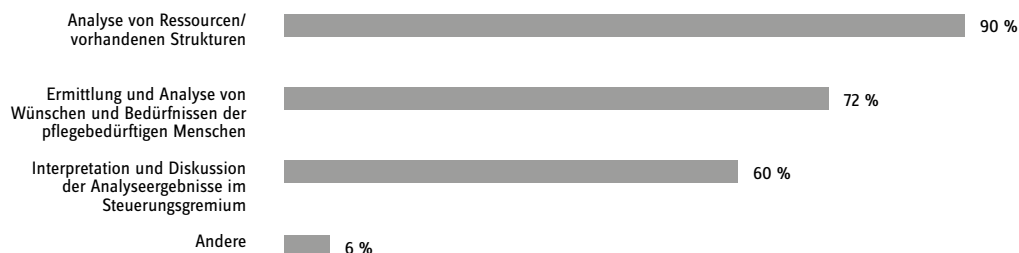
Unter allen externen Kooperationspartnern brachten vorwiegend die gesetzlichen Krankenkassen Ressourcen ein (35 %). Weiterhin beteiligten sich gewerbliche Anbieter, Dienstleister und Unternehmen (17 %) sowie wissenschaftliche Einrichtungen (15 %). Unter Kategorie „Andere“ wird bei rund 11 % der Aktivitäten ein Unternehmen angegeben, welches Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Pflege im Auftrag einer Kasse umsetzt. Das Unternehmen übernimmt z. B. die Projektleitung und ist in Steuerungsgremien vertreten. Zudem beauftragt es wiederum gewerbliche Anbieter, Dienstleister und Unternehmen, die Aktivitäten zu bestimmten Handlungsfeldern in den Einrichtungen umsetzen.

75 Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht (S. 83).

Ablauf der Umsetzungsphase

Abb. 72:

Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



Die prozesshafte Implementierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen basiert auf den folgenden vier Schritten:

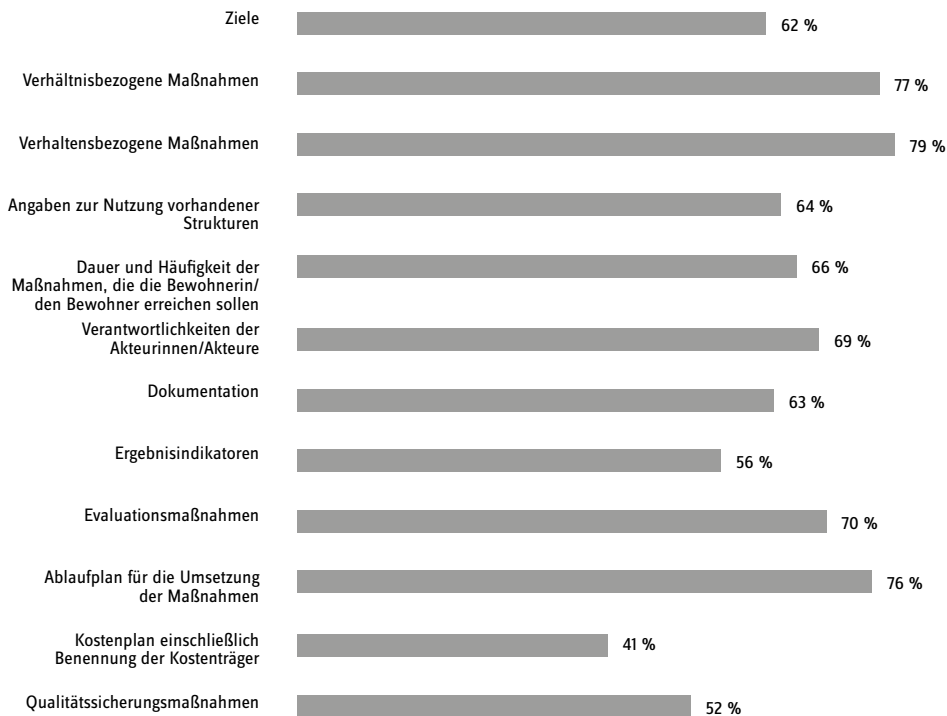
1. Analyse
2. Maßnahmenplanung
3. Umsetzung
4. Evaluation

1. Analyse

Die Analyse umfasst die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern sowie der vorhandenen Strukturen in den Pflegeeinrichtungen. Eine Befragung der Zielgruppe zu konkreten Bedürfnissen erhöht beispielsweise die Chance, dass die Maßnahmen auch eine nachhaltige Wirkung haben.

Die Pflegekassen führten im Berichtsjahr 2022 in rund 70 % der erreichten Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. In 90 % der Fälle wurden die Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen vertiefend analysiert. Die Ermittlung und Analyse von Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen erfolgte bei 72 %; die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse im Steuerungsgremium bei 60 % der Aktivitäten.

Abb. 73: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)

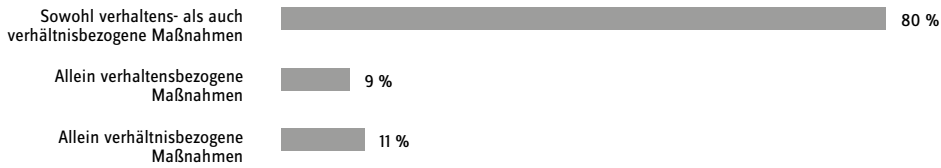


2. Maßnahmenplanung

Die gesammelten Informationen werden im Steuerungsgremium interpretiert und diskutiert sowie Interventionsziele abgeleitet und priorisiert. Die Maßnahmenplanung richtet sich nach den verfügbaren Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflegeeinrichtung. Mit seinen konkreten Aktivitäten sollte der Maßnahmenplan sowohl auf verhaltensbezogene als auch auf verhältnisbezogene Interventionen abzielen und ferner einen Zeitplan mit einzelnen Fristen, die Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure und Kooperationspartner sowie vereinbarte Dokumentationsroutinen beinhalten.

Etwa 81 % der erreichten Pflegeeinrichtungen dokumentierten, einen solchen Maßnahmenplan erarbeitet zu haben. Während etwa 79 % bzw. 77 % der entwickelten Maßnahmenpläne Angaben zu verhaltensbezogenen bzw. verhältnisbezogenen Interventionen umfassten, enthielten 76 % einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen, 70 % Evaluationsmaßnahmen, 69 % die Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure und 66 % die Dauer und Häufigkeit der Interventionen.

Abb. 74: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen



3. Umsetzung

Die vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan umgesetzt. Die gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten sollten sich an den bereits beschriebenen Handlungsfeldern orientieren (s. Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, S. 116).

Im Berichtsjahr 2022 wurden in 2.240 Pflegeeinrichtungen (89 %) - unterstützt durch die Pflegekassen - verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen dokumentiert. Die meisten Maßnahmen verfolgen kombinierte Ansätze aus verhaltens- und verhältnisorientierten Elementen (80 %). Ausschließlich verhaltens- oder verhältnisorientiert waren nur jeweils rund 10 % der Aktivitäten.

Abb. 75: Parameter, auf die sich durchgeführte Evaluationen bezogen (Mehrfachnennungen möglich)



4. Evaluation

Damit pflegebedürftige Menschen ihren Gesundheitszustand länger erhalten und Mitarbeitende gesund bleiben können, sind sowohl evidenzbasierte Konzeptentwicklungen als auch die Qualitätssicherung der Umsetzung und die Verknüpfung mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtungen wichtig.⁷⁶ Eine Evaluation umfasst die systematische Untersuchung der Nutzung und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Ziel ist es, festzustellen, ob die definierten Ziele erreicht werden und einen positiven Effekt haben. Dabei können verschiedene Methoden eingesetzt werden. Es sollte mindestens der Grad der Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen erfasst werden.

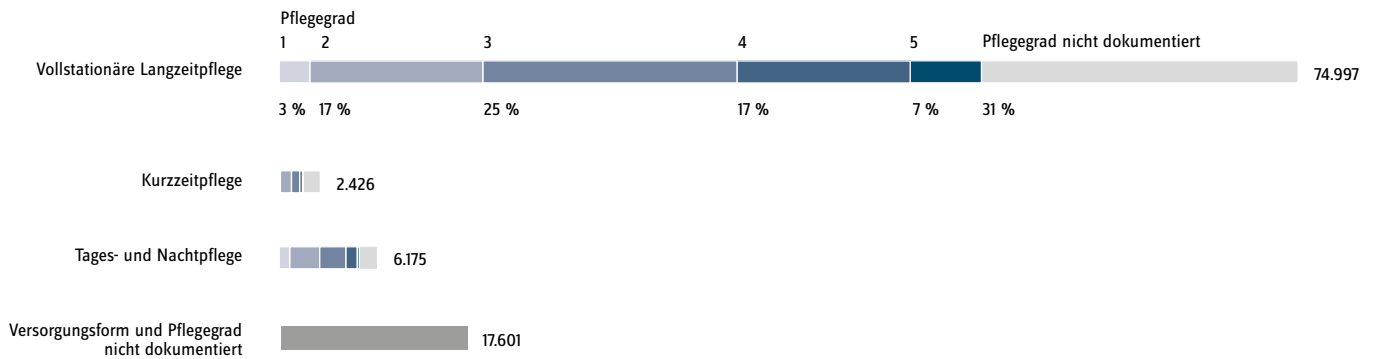
Im Berichtsjahr 2022 wurde in 63 % der Einrichtungen eine Evaluation dokumentiert. Die durchgeführten Evaluationen bezogen sich am häufigsten auf die Parameter Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen und Erreichen der Pflegebedürftigen (90 % und 87 %).

76 Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht (S. 97).

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 76:

Erreichte Pflegebedürftige



Im Berichtsjahr 2022 wurden insgesamt 101.199 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr (2021: 92.046 Pflegebedürftige) entspricht dies einer Zunahme um etwa 10 %. Von den insgesamt erreichten Pflegebedürftigen nahmen 74.997 (90 %) die vollstationäre Pflege, 6.175 (7 %) die Tages- und Nachtpflege und 2.426 (3 %) die Kurzzeitpflege in Anspruch. Bei 17.601 (17 %) lagen keine Angaben zu Versorgungsform und Pflegegrad vor.

Der Pflegegrad konnte bei 58.124 (57 %) der erreichten Pflegebedürftigen dokumentiert werden und verteilte sich mehrheitlich auf die Pflegegrade

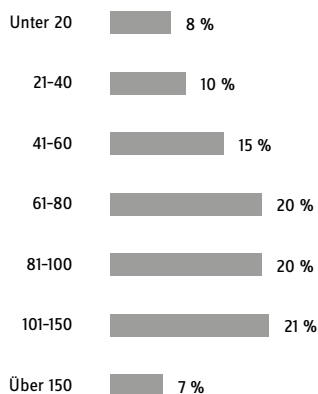
2 bis 4. Bei einer größeren Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen (43.075 bzw. 43 %) wurde keine Angabe zum Pflegegrad dokumentiert.⁷⁷ Die dokumentierten Angaben zu den Pflegegraden geben jedoch einen Hinweis darauf, dass mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention pflegebedürftige Menschen in allen Pflegegraden erreicht werden.

Neben den Pflegebedürftigen wurden darüber hinaus 52.789 weitere Personen in Präventionsmaßnahmen eingebunden. Darunter befanden sich 35.455 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen sowie 17.334 weitere Personen, z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

⁷⁷ Die Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen insgesamt wurde in 83 % der 2.529 Dokumentationsbögen angegeben. Die Angabe zu den erreichten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden erfolgte in weniger als der Hälfte (45 %) der 2.529 Dokumentationsbögen.

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 77: **Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**
Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner



Summen können rundungsbedingt abweichen.

Bei über der Hälfte der Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention dokumentierten, handelte es sich um Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege (46 %). Etwa weitere 42 % stellten Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen sowie 12 % Tagespflegeeinrichtungen dar.

Zudem versorgte die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen (61 %), die von den Pflegekassen bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt wurden, zwischen 61 und 150 Bewohnerinnen und Bewohner. Etwa ein Drittel (32 %) der Pflegeeinrichtungen versorgten bis zu 60 Pflegebedürftige und 7 % der Einrichtungen mehr als 150 Pflegebedürftige.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele⁷⁸ wurden durch den GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den Pflegekassen sowie dem Medizinischen Dienst Bund mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und sind ein wichtiges Instrument zur Etablierung einer nachhaltigen Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Das Oberziel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Erreichung dieses Ziels soll gemäß dem Teilziel 1 ein Steuerungsgremium eingesetzt werden, das

sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention befasst.

Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die einzelnen Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Dabei ist es das Ziel, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, welche Maßnahmen des Konzepts in den jeweiligen Handlungsfeldern umsetzen, zu erhöhen. Sinnvoll kann auch die Förderung von Kombinationsinterventionen aus mehreren Handlungsfeldern sein, da sie eine höhere Wirksamkeit erzielen können.

78 Vgl. GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Fassung vom August 2020, Kap. 6 „Präventionsziele in der stationären Pflege“, S. 13 ff.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de
Die vorliegende Darstellung der Präventionsziele bezieht sich auf die Fassung des Leitfadens vom August 2020, der im Berichtsjahr aktuell war. Die überarbeitete neue Fassung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ erschien am 28. September 2023.

Oberziel der Prävention in der stationären Pflege: Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

- Teilziel 1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.
- Teilziel 2.1 **Ernährung**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.2 **Körperliche Aktivität**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.3 **Stärkung kognitiver Ressourcen**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.4 **Psychosoziale Gesundheit**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.5 **Prävention von Gewalt**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und die Handlungsleitlinien oder die Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

Abb. 78: Teilziel 1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium

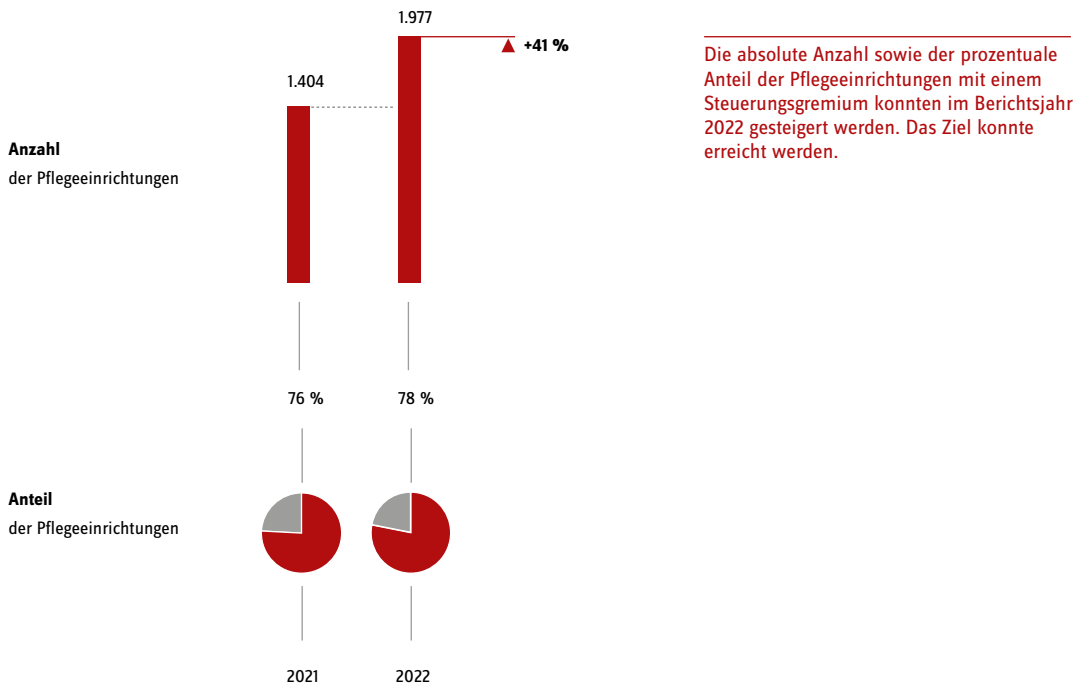


Abb. 79: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten

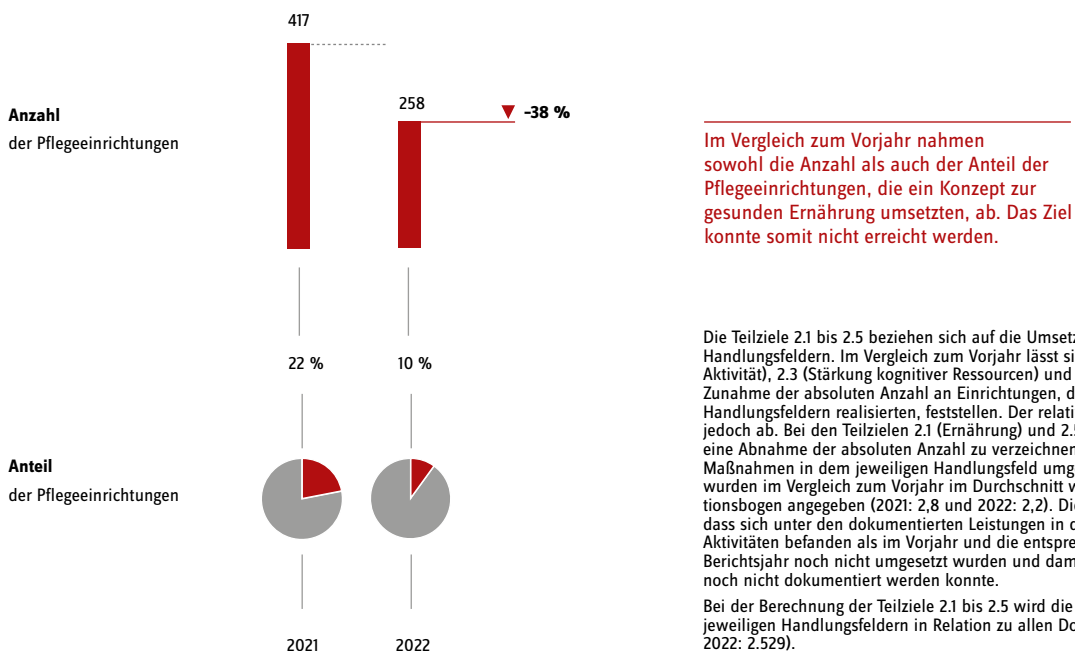
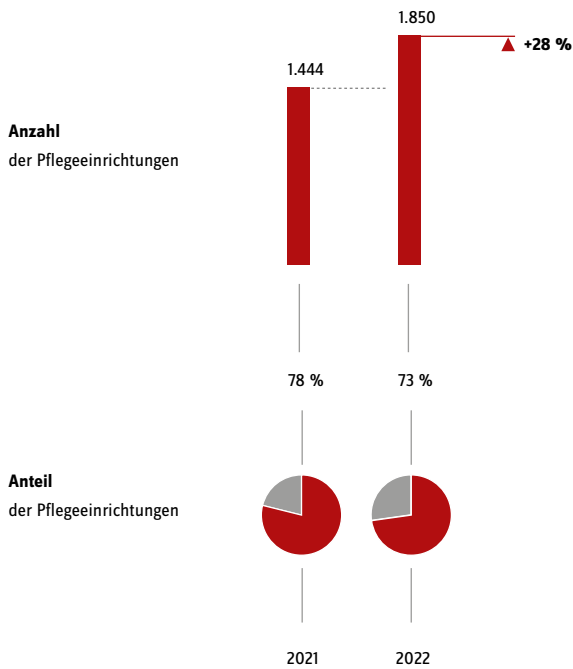
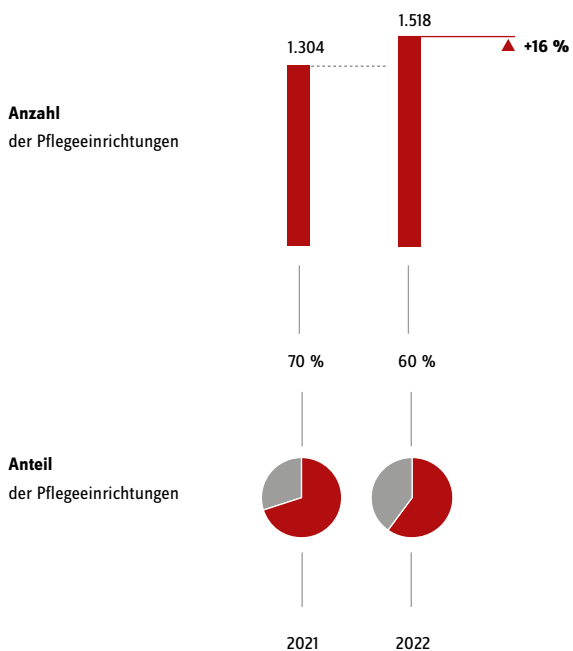


Abb. 80: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität



Die Anzahl an Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten im Handlungsfeld Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität ist gestiegen; der Anteil jedoch zurück gegangen. Somit konnte das Ziel teilweise erreicht werden.

Abb. 81: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen



Im Handlungsfeld Förderung kognitiver Leistungen konnten mehr Konzepte als im Vorjahr umgesetzt werden; der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Das Ziel konnte teilweise erreicht werden.

Abb. 82: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit

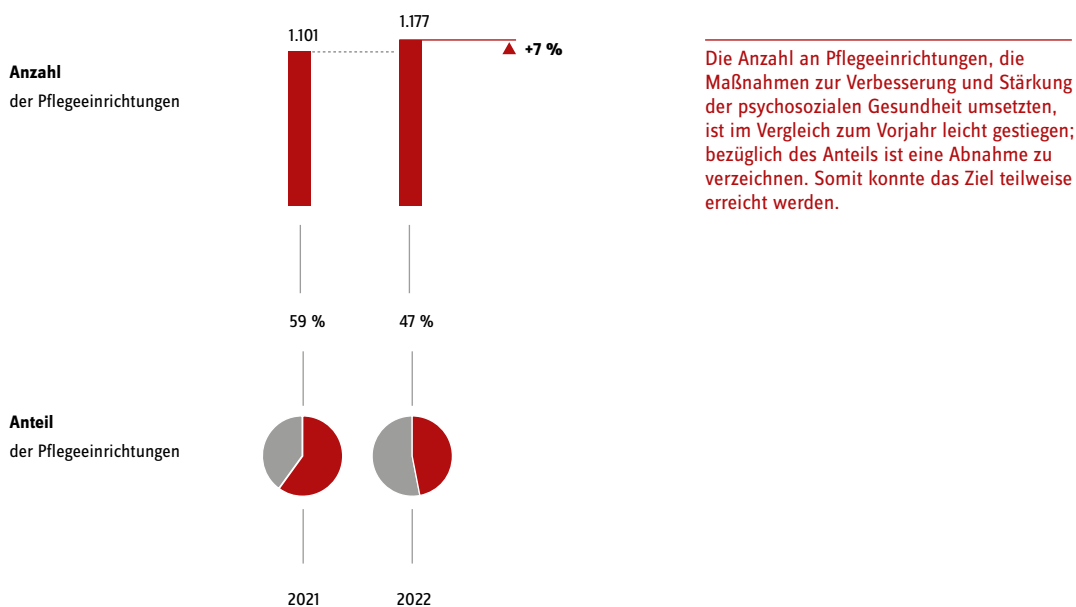
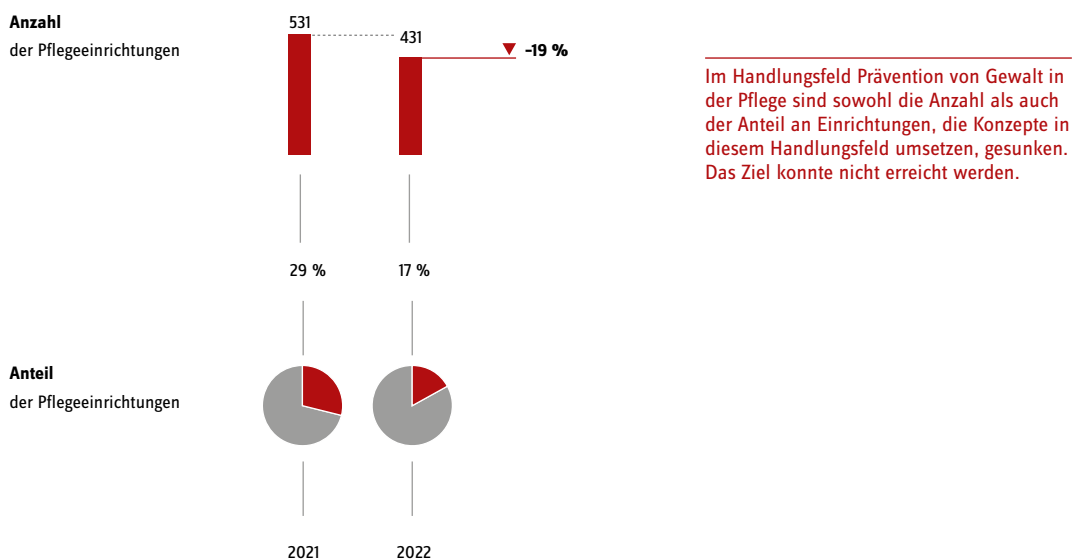



Abb. 83: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt



Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege








Mit der Konzierten Aktion Pflege (KAP) hat sich die Bundesregierung 2019 u. a. gemeinsam mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kranken- und Pflegekassen, den Ausbildungsträgern, den Berufsgenossenschaften und den Sozialpartnern das Ziel gesetzt, den Arbeitsalltag von beruflich Pflegenden zu verbessern. Hierfür haben sich die Beteiligten auf ein Maßnahmenpaket verständigt, zu dem u. a. die Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zählen. Das Ziel dieses gemeinsam mit den Einrichtungsträgern umzusetzenden Vorhabens ist es, die Bedingungen am Arbeitsplatz gesundheitsfördernder zu gestalten und z. B. durch Angebote zu gesundheitsfördernder Führung die physische und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der beruflich Pflegenden zu erhalten und zu verbessern. In den GKV-Präventionsberichten wird seit 2020 noch bis zum Jahr 2024 über entsprechende Aktivitäten gesondert berichtet, und Praxisbeispiele der Kranken- und Pflegekassen werden vorgestellt.

Den folgenden Seiten wird ein Fachbeitrag zum Thema „Gewaltprävention“ in Pflegeeinrichtungen von Prof. Dr. Annett Horn (FH Münster) der Darstellung von Praxisbeispielen vorangestellt. Gewalterfahrungen im Pflegealltag wirksam vorzubeugen und beruflich Pflegenden beim Umgang mit Gewaltprävention zu unterstützen, ist u. a. ein Anliegen der Beteiligten der KAP.⁷⁹ Das Thema „Gewaltprävention“ findet sich folgerichtig seit Jahren in den von den Kranken- und Pflegekassen geförderten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wieder und stellte auch einen Evaluationsschwerpunkt der Untersuchungen der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI von 2021 bis 2022 dar, auf deren Ergebnisse im Fachartikel eingegangen wird. Im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention

in der Pflege“ nehmen Gewaltpräventionsprojekte in diesem Jahr einen besonderen Stellenwert ein und sind entsprechend gekennzeichnet ().

Dem Fachartikel folgend werden insgesamt vier Praxisbeispiele vorgestellt, die BGF-Maßnahmen nach § 20b SGB V für beruflich Pflegenden entwickeln bzw. umsetzen. Darüber hinaus werden drei weitere Beispiele angeführt, bei denen die BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI verknüpft werden. Eine quantitative Auswertung zu diesem kombinierten Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen in den stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI findet sich auf Seite 140. Im Vergleich zum Vorjahr kann wieder von einer Steigerung der verknüpften Aktivitäten berichtet werden. Ergänzend wird über drei Aktivitäten berichtet, die präventive Leistungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI entwickeln bzw. umsetzen.

Alle Praxisbeispiele werden anhand eines Steckbriefs mit folgenden Symbolen vorgestellt:

-  Zielbereich(e) der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) der nationalen Präventionsstrategie
-  Handlungsfelder des GKV-Leitfadens bzw. des SPV-Leitfadens Prävention
-  Beteiligte Einrichtungen
-  Beteiligte Kranken- und/oder Pflegekassen(n)
-  Kooperationspartner (außer den beteiligten Einrichtungen)
-  Zielgruppen
-  Projektregion und -laufzeit

⁷⁹ Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3_Auflage.pdf (Abs. 3.4, S. 69)

Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen



Autorin:
Prof. Dr. Annett Horn
FH Münster – University
of Applied Sciences,
Fachbereich Gesundheit

Gewalt in der Pflege wird als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder ein Fehlen einer gebotenen Handlung innerhalb einer jedweden Beziehung, in der Vertrauen erwartet wird, die bei einer älteren Person zu Schädigung oder Leid führt“⁸⁰ verstanden. Dabei unterscheiden Expertinnen und Experten zwischen verschiedenen Formen der Gewalt: körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigung, finanzielle Ausnutzung oder Einschränkungen der Freiheit- und Handlungsautonomie.⁸¹ Das Thema Gewalt in der Pflege ist sehr komplex und eine Auswirkung davon ist u. a., dass das Thema noch relativ wenig beforscht ist. Hinzu kommt, dass es dort, wo Gewalterfahrungen entstehen bzw. ausgelöst werden, diese häufig tabuisiert und dadurch die Möglichkeiten, die Entstehung von Gewalt rechtzeitig zu verhindern, enorm reduziert werden. Dabei sind die Auswirkungen von Gewalterfahrungen folgeschwer: Sie verstärken die vulnerable Situation, in der sich pflegebedürftige Menschen ohnehin schon befinden, und führen bei ihnen zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Auch Mitarbeitende in der Pflege sind Gewalterfahrungen ausgesetzt⁸² und leiden unter diesen mit Konzentrationsmängeln bis hin zur Entwicklung von Angst und Unsicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten⁸³, sodass sich in der Folge ihre Arbeitszufriedenheit langfristig reduzieren und die Verweildauer im Beruf maßgeblich verkürzen kann.⁸⁴

Das Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ verdient daher hohe Aufmerksamkeit. Und auch wenn es seit der Einführung des Präventionsgesetzes in der Pflege stärker fokussiert wird, zeigte sich in der Evaluation der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI (2022), dass es zukünftig noch weiterer Anstrengungen in diesem Handlungsfeld bedarf: Im Jahresvergleich 2021-2022 setzten mehr Einrichtungen Konzepte im Handlungsfeld „Gewaltprävention“ um. Jedoch gaben die befragten Pflegeeinrichtungen, die sich an der Umsetzung präventiver Angebote beteiligten, auch an, dass diese am seltensten den Bereich der Gewaltprävention thematisierten. Unter den befragten 60 Pflegekassen gaben zudem 35 % an, dass das Teilziel „Prävention von Gewalt“ für sie schwer einzuschätzen ist, und mehr als die Hälfte (53 %) findet es sogar schwierig zu erreichen.⁸⁵ Anhand dieser reduziert dargestellten Ergebnisse wird schon deutlich, dass es weiterer konkreter Schritte bedarf, um in Zukunft das Ziel „Prävention von Gewalt“ zu stärken.

Was ist daher notwendig, um Gewaltereignisse in der Pflege und deren gesundheitliche Folgen zu vermeiden? Das Thema Gewalt sollte in einem ersten Schritt auf allen Ebenen – Pflegekassen, Einrichtungen, Träger, Dienstleister – enttabuisiert werden. Dies gelingt vor allem durch Information und Aufklärung, sodass alle beteiligten Akteure gleichermaßen ein Verständnis für das Thema entwickeln können und sich der damit verbundenen Herausforderungen bewusst werden. In

-
- 80 World Health Organization (WHO). (2014). Global status report on violence prevention. Verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- 81 Görgen, T. (2017). Sichere Zuflucht Pflegeheim? Aggression und Gewalt unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Bestandsaufnahme eines sich entwickelnden Forschungsfeldes. Münster: Deutsche Hochschule der Polizei – Hochschulverlag.
- 82 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). (2018): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte. Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Hamburg: BGW.
- 83 Holzheimer, A. & Risse, J. (2015). Gewaltprävention im Krankenhaus. Mitarbeiter vor Übergriffen schützen. Das Krankenhaus, 7, 679-681.
- 84 Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S. (2018). Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany. A Survey. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>
- Blättner, B. & Grewe, H. A. (2017). Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2017 (S 195-203).
- 85 Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2022_Endbericht_Evaluation_praeventive_Leistungen_Pflegekassen__5_SGB_XI_final.pdf

weiteren Schritten ist dann auch zu empfehlen, die strukturellen Rahmenbedingungen in der pflegerischen Versorgung dahingehend zu reflektieren, inwieweit sie Gewalterfahrungen ermöglichen bzw. reduzieren können (z. B. durch Dienstplangestaltung oder die Einführung von spezifischen Dokumentations- bzw. Warnsystemen). Als erfolgreiche Strategie zur Bewältigung wird auch die Partizipation von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen und von pflegebedürftigen Menschen an der Entwicklung von Konzepten zur gewaltfreien Pflege sowie deren Umsetzung empfohlen.

Allen konzeptionellen Ansätzen und Überlegungen im Handlungsfeld „Prävention von Gewalt“ geht jedoch voraus, dass eine Sensibilisierung für dieses Thema geschaffen werden muss.



Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der Pflege – das BAGGer Projekt

- 🎯 **Gesund leben und arbeiten**
- 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 🏠 15 Einrichtungen (4 Krankenhäuser, 7 stationäre Pflegeheime, 4 ambulante Pflegedienste)
- 🔗 AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
- 🔗 Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland/Hamburg
- 👤 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen
- 📅 Rheinland, November 2020 bis März 2023

Autorinnen:

Prof. Dr. Andrea Schaller
(ehem. Deutsche Sporthochschule Köln),
Universität der Bundeswehr
München

Dr. Birgit Schauerte,
Institut für Betriebliche
Gesundheitsförderung

Jasmin Lützerath,
Institut für Betriebliche
Gesundheitsförderung

Welche gesundheitlichen Probleme berichten Beschäftigte in der Pflege? Unterscheiden sich diese bei Beschäftigten im Krankenhaus, in der ambulanten und der stationären Pflege? Welche BGF-Angebote können helfen, und wie sind diese umsetzbar?

Diese Fragestellungen waren Teil des Projekts „Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BAGGer)⁸⁶, das von einer Hochschule wissenschaftlich geleitet, konzipiert und evaluiert wurde. Das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung setzte die BGF-Angebote im Rahmen eines ganzheitlichen BGM-Prozesses um und unterstützte das Modellprojekt mit seiner Praxisexpertise.

Was war neu?

Durch eine **wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation (Logic Model)**⁸⁷ der verhaltens- und verhältnisorientierten BGF-Angebote leistete das Projekt einen Beitrag zur methodischen Weiterentwicklung in der BGF-Forschung. Zudem zeigten sich neue Möglichkeiten in der systematischen Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. Inhaltlich war neu, dass zielgruppenspezifische Angebote für drei Pflegesettings (Krankenhäuser, stationäre Pflegeheime, ambulante

Pflegedienste) und auch das Thema Gewaltprävention berücksichtigt wurden.

Wie wurde das Projekt konzipiert und evaluiert?

Zur zielgruppenspezifischen Konzeption der BGF-Angebote wurden systematische Reviews, quantitative Beschäftigtenbefragungen und qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt. Die verhaltens- und verhältnisorientierten BGF-Angebote wurden wirkungsmodellbasiert formativ evaluiert und Veränderungen im Projektverlauf auf organisationaler Ebene settingbezogen im prä-post Vergleich dargestellt.

Wie waren die Ergebnisse?

Es zeigt sich, dass Pflegekräften ein gesundes Verhalten (u. a. ergonomisches Arbeiten und Pausen) am Arbeitsplatz schwerfällt, sobald die Anforderungen des Arbeitsalltags zunehmen. In allen Pflegesettings wurde der Einfluss der Arbeitsorganisation, der Arbeitsmenge und des sozialen Miteinanders auf die Arbeitsfähigkeit deutlich.

Während der Umsetzungsphase konnten 137 verhältnispräventive und 235 verhaltenspräventive Interventionen durchgeführt werden. Auf verhältnispräventiver Ebene wurden überwiegend Themen der Arbeitsorganisation bearbeitet (z. B. stationäre Abläufe, Infoweitergabe). Teamentwicklungsmaßnahmen, Führungskräfte-, Kommunikations- und Gewaltpräventionsschulungen adressierten das soziale Miteinander. Zudem konnten, trotz der pandemiebedingten Einschränkungen, Maßnahmen zur Stressbewältigung und Bewegungsförderung (bevorzugt ≤ 30 min) verhaltenspräventiv umgesetzt werden. Neben der individuellen Motivation spielten v. a. die Arbeitsbelastung und die Passung der Angebote mit den Schichtzeiten eine Rolle für die Teilnahme.

⁸⁶ Weitere Informationen und alle wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Projekt unter: gut-gesund-gemeinsam.de

⁸⁷ Gernert, M., Schuber, A. A. & Schaller, A. (2023). Experiences in the application of logic models in the context of workplace health promotion – A focus group discussion. *Evaluation and Program Planning*, 100. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102347>

Betriebliche Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege: Ansprache der Zielgruppe und Erkenntnisse zur Maßnahmenumsetzung

Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten sind eine Zielgruppe, die im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung noch unterrepräsentiert ist, wengleich ihre spezifische Belastungssituation nach passgenauen Ansätzen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und ihres individuellen Gesundheitsverhaltens verlangt. Das Projekt EMMA (Evidenzbasierte Maßnahmenentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements als Modellprojekt für Ambulante Pflegedienste) generierte vielfältige Erkenntnisse zur Ansprache und Erreichbarkeit von ambulanten Pflegediensten sowie zur gelingenden Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

Maßnahmen für den ambulanten Pflegealltag

In der ersten Projektphase erfolgte die bedarfsbasierte und partizipative Entwicklung eines Maßnahmenpakets, welches in sechs Einrichtungen in Bayern pilotiert und hinsichtlich der Umsetzbarkeit überprüft wurde. Als Ergebnis der stetigen Integration der Erkenntnisse aus der Pilotierung in die Weiterentwicklung der Interventionen liegen final 23 Maßnahmen aus sechs Themenbereichen (1. Zusammenarbeit fördern; 2. Arbeitsstrukturen neu denken; 3. Selbstpflege leben; 4. Zeitliche Balance gestalten; 5. Körper stärken; 6. Herausfordernde Situationen meistern) vor, deren Inhalte, zeitliche Gestaltung und Umsetzungsformate maßgeschneidert den Bedürfnissen der ambulanten Pflege in ihrem Arbeitsalltag entsprechen. Aktuell sind die Maßnahmen in Berlin und Brandenburg in sechs Einrichtungen in der Umsetzung, um deren Wirksamkeit im Rahmen eines kontrollierten quasi-experimentellen Designs u. a. in Bezug auf die Veränderung der Arbeitsfähigkeit, Burnout und Resilienz zu überprüfen.

Ambulante Pflege für betriebliche Gesundheitsförderung gewinnen

Bei der Ansprache von ambulanten Pflegediensten zeigte sich, dass ein bereits entwickeltes Maßnahmenpaket in Kombination mit der partizipativen Auswahl der konkreten Maßnahmen (im Rahmen

-
- 🎯 Gesund leben und arbeiten
 - 📖 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
 - 🏠 12 ambulante Pflegedienste
 - 🔗 Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK – Hanseatische Krankenkasse, Verband der Ersatzkassen (vdek)
 - 📍 TU München
 - 👥 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten
 - 📅 Bayern, Berlin und Brandenburg, Juni 2020 bis März 2025
-

eines interaktiven Workshops) die Einrichtungen von einer Teilnahme überzeugt hat. Zudem wurde die hohe inhaltliche Relevanz und thematische Breite der Maßnahmen als besonders positiv hervorgehoben ebenso wie die Berücksichtigung der starken zeitlichen Limitationen im Setting, denn i. d. R. hat eine Einzelmaßnahme die Dauer von 1,5 Stunden und wird in der Übergangszeit zwischen Frühschicht und Spätschicht angeboten. Diese Aspekte erzeugten auch in der Zielgruppe der Beschäftigten eine hohe Akzeptanz. Die Möglichkeit, zwei Umsetzungsformate gezielt zu kombinieren – d. h. (1) selbst umzusetzende Maßnahmen, zu denen ein Ablaufplan und Materialien bereitgestellt und durch geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Pflegeteam im laufenden Arbeitsalltag begleitet werden, (2) Workshop-Formate vor Ort mit externen Trainerinnen und Trainern –, bietet den ambulanten Diensten die nötige Flexibilität bei gleichzeitig vordefinierten Strukturen. Darüber hinaus zeigt sich, dass vor allem niederschwellige Maßnahmen, die in der Zielgruppe vorhandene Zugangsbarrieren (z. B. zeitliche Limitationen, Diversität in Sprache, Alter, Gesundheitskompetenz, Bildung) berücksichtigen und didaktisch abwechslungsreich sind, diese schwer erreichbare Zielgruppe für betriebliche Gesundheitsförderung gewinnen können. Die beteiligten Krankenkassen werden die Maßnahmen im nächsten Schritt in einen Rollout überführen und deutschlandweit ambulanten Pflegediensten zur Verfügung stellen.

Autorinnen:
 Dr. Doris Gebhard,
 TU München
 Stefanie Thees,
 Verband der Ersatzkassen
 e. V. (vdek)



PEKo 2.0 – Gewaltprävention in der ambulanten Pflege und im Krankenhaus

- 🎯 **Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter**
- 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 🏠 Ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser
- 🔗 Techniker Krankenkasse (TK)
- 🌐 Universität zu Köln, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universität zu Lübeck, Hochschule Fulda
- 👥 Pflegepersonal, weitere patientinnen- und patientennah Beschäftigte, Führungspersonal, Qualitätsmanagement
- 📅 Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Januar 2021 bis Dezember 2024

Autorinnen:

Anja Bergmann,
Universität zu Köln
Laura Püschel,
Universität zu Lübeck
Natalie Nguyen,
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Vera Ünsal,
Techniker Krankenkasse

Im Gewaltpräventionsprojekt PEKo 2.0⁸⁸ werden Maßnahmen der Gewaltprävention in ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern mit Beschäftigten partizipativ entwickelt und in ein einrichtungsspezifisches Gewaltpräventionskonzept überführt. Langfristiges Ziel ist die nachhaltige Implementierung der erarbeiteten Maßnahmen in die Organisationsstruktur der Einrichtungen und damit eine Sensibilisierung für das Phänomen Gewalt sowie als Konsequenz eine Reduktion von Gewaltereignissen. In den teilnehmenden Einrichtungen werden nach § 20b SGB V Maßnahmen zur Prävention von Gewalt implementiert, die an das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und zugehörige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anschließen und sowohl Veränderungen auf Verhaltens- als auch Verhältnisebene intendieren. Adressiert wird von Beschäftigten erlebte, beobachtete und selbst ausgeübte Gewalt. Das Projekt baut auf früheren Arbeiten im Gesamtprojekt PEKo zur Gewaltprävention in der stationären Altenpflege auf.⁸⁹

In den Einrichtungen wird jeweils ein PEKo-Team gegründet, welches zwölf (Krankenhaus) bzw. neun Monate (ambulante Pflege) durch das Projektteam begleitet wird. In regelmäßigen Treffen werden Maßnahmen zur Prävention von Gewalt erarbeitet und umgesetzt. Für das ambulante

Setting erfolgt dies auf Grundlage eines vorab entwickelten multimodalen Konzepts. In beiden Settings wird zu Beginn und am Ende der Implementierung eine Befragung aller Beschäftigten zu erlebter, beobachteter und ausgeübter Gewalt sowie zu Auslösern von und Umgang mit Gewaltereignissen durchgeführt. Die Ergebnisse der Eingangsbefragung zeigen für beide Settings hohe Prävalenzen für erlebte (Krankenhaus: 93 %, ambulante Pflege: 90 %), bei Kolleginnen und Kollegen bzw. pflegenden Angehörigen beobachtete (jeweils 91 %) und gegenüber Menschen mit Pflegebedarf selbst ausgeübte (72 %, 60 %) Gewaltereignisse. Die Erkenntnisse aus der Befragung werden in den PEKo-Teams diskutiert, ergänzt und als Ausgangspunkt für die Entwicklung bedarfsorientierter, einrichtungsspezifischer Maßnahmen genutzt. Die Teams erarbeiten sowohl Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung als auch Gewaltpräventionsmaßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf und für Beschäftigte.

Insgesamt nahmen sechs ambulante Pflegedienste und zwölf Krankenhäuser teil. Die Implementierungsphase ist abgeschlossen und das Projekt wird aktuell evaluiert. Als besonders herausfordernd zeigten sich die Einbeziehung nicht-pflegerischer Berufsgruppen im Setting Krankenhaus sowie in beiden Settings die teils geringe Teilnahme an den Teamtreffen aufgrund wiederkehrend knapper Personalressourcen.

Die Ergebnisse aller PEKo-Projektteile wurden für Praktikerinnen und Praktiker aus den verschiedenen Settings aufbereitet und am PEKo-Fachtag im September 2023 präsentiert. Die erarbeiteten Produkte werden langfristig online verfügbar sein.⁹⁰ Folgeprojekte werden aktuell geplant.

⁸⁸ www.peko-gegen-gewalt.de

⁸⁹ Dammermann, A. & Sander, M. (2023). Gewaltprävention in der Altenpflege. Interventionen und Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

⁹⁰ <https://www.tk.de/lebenswelten/gesundheitsfoerderung/gesund-pflege/peko-gewaltpraevention-2135608>

astra plus Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege

Ziel des Programms „astra plus“ sind die Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung rauchen Pflegendе deutlich häufiger, unter Pflegeauszubildenden sind es bis zu 50 %. Als Gründe werden hohe psychische und physische Belastungen bei wenig verlässlichen Pausen genannt. Rauchen dient hier oft als Rückzugsmöglichkeit.

Mit „astra plus“ wurde ein Programm entwickelt, das Schulen und Lernorte unterstützt, Themen wie Stressprävention, Gesund leben im Beruf sowie Rauchfreiheit in die Ausbildung zu integrieren. Workshops auf Schulebene entwickeln gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in Schule und Praxis. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden in den Schulen qualifiziert und bis zur selbstständigen Durchführung des Programms eng begleitet.

„astra plus“ wird seit 2016 vom Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK e. V.) implementiert und seitdem mit Mitteln der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der Pflege gefördert. Die BGF ist besonders geeignet, die Lebenswelten Schule und Betrieb unter dem vorrangigen Blickwinkel von Ressourcen und Belastungen der Arbeit zusammenzubringen. Die durch „astra plus“ angelegte strukturelle und personale Entwicklung in den Settings fördert die Kompetenzentwicklung bei den Auszubildenden durch praxisbezogenes Lernen: Im Unterricht werden Erfahrungen reflektiert sowie professionelle Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien im Rahmen von „astra plus“-Modulen eingeübt.

Daten aus den Jahren 2016 bis 2020 zeigen hohe Inanspruchnahme der Rauchstoppkurse (50 % der Azubis), signifikante Abnahme der Raucherprävalenz (51 % auf 46 %) und Zunahme der Aufhörtmotation (28 % auf 36 %).

-
- 🕒 Gesund leben und arbeiten
 - 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
 - 🏠 DAK-Gesundheit
 - 🌐 Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen, Hochschule Kempten
 - 👥 Schulen für Pflegeberufe mit pädagogischem Fachpersonal, Praxisanleitungen und Auszubildende in Pflegeberufen
 - 📌 bundesweit, regionale Netzwerke auf Landesebene angestrebt; seit 2016 Einzel-Förderanträge der teilnehmenden Schulen mit einer Laufzeit von jeweils ca. 2 Jahren; ab 2023 Netzwerkförderung
-

Eine laufende Evaluation und die Zusammenarbeit mit dem Wissenschafts- und Praxisbeirat sichern die Weiterentwicklung. Das DNRfK e. V. koordiniert Vernetzungsaktivitäten zwischen Schulen, um Austausch und gegenseitige Beratung zu ermöglichen, neue Themen und Fragestellungen aufzugreifen, in das Programm aufzunehmen und ggf. in die Fach- wie politische Öffentlichkeit zu tragen. Das Netzwerk aus „astra plus“-Schulen und DNRfK e. V. wurde im Jahr 2021 mit dem „World No Tobacco Award“ der WHO ausgezeichnet. Um die Nachhaltigkeit durch Vernetzung weiter zu stärken, wird aktuell von Einzel-Förderanträgen der Einrichtungen auf eine Netzwerkförderung umgestellt.

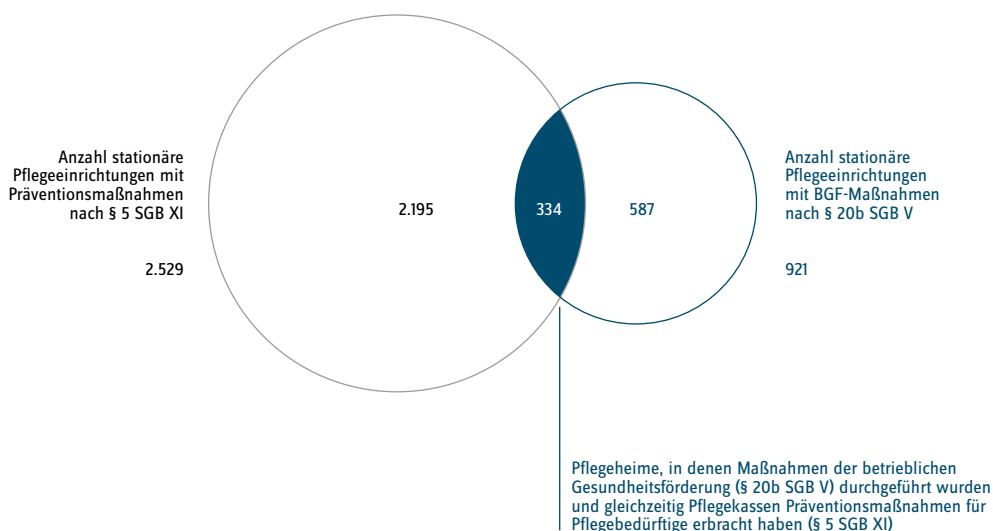
„astra plus“ zeigt, dass Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig erfolgreich sind, wenn auf der Verhältnisebene unterstützende Strukturen geschaffen werden. Angesichts der Bedeutung des Berufs und der anspruchsvollen Arbeit sind Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung ergänzend an den Arbeitsstätten erforderlich. Eine gesunde Pausenkultur sollte z. B. die Ziele des Programms „astra plus“ im Arbeitsalltag unterstützen.

Informationen zum Programm erhalten Sie unter:
www.astra-plus.de oder
rustler@rauchfrei-plus.de

Autorinnen:
Christa Rustler,
DNRfK e. V.
Sandra Schmidt,
DAK-Gesundheit
Susanne Deike,
DAK-Gesundheit

Verknüpfung der BGF für Pflegendе mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen

Abb. 84: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen



Im Berichtsjahr 2022 fanden die BGF-Leistungen zu 18 % in Betrieben aus dem Gesundheits- und Sozialwesen statt (s. Abb. 36). Den größten Anteil machen dabei mit 8 % die Leistungen in Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI aus. Im Vergleich zum Vorjahr sind die BGF-Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen (19 %) bzw. in Pflegeeinrichtungen (9 %) auf einem stabilen Niveau geblieben sind.

Eine Verknüpfung der BGF für beruflich Pflegendе mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen wurde in 334 der 921 Pflegeheime mithilfe des Dokumenta-

tionsbogens „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erfasst. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich hier eine Steigerung feststellen (2021: 182 Pflegeheime). Weiterhin wurde in 25 Fällen dokumentiert, dass Einrichtungen über die Verzahnung von BGF für Pflegendе und Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige informiert/beraten wurden (Erhebung „Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen“).

Im Folgenden werden drei Projekte dargestellt, welche die BGF für beruflich Pflegendе und Präventionsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Pflege verknüpfen.



Resi Saluto – Stationäre Pflegeeinrichtung wird zu Ort des Wohlfühlens

Die Gesundheit von Pflegefachkräften sowie Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern, aber wie? Dazu wurde im Saarland und in Rheinland-Pfalz gemeinsam mit der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP) das Forschungsprojekt „Resi Saluto – Resilienzförderung in der stationären Langzeitpflege“ in zwei saarländischen und vier rheinland-pfälzischen Pflegeeinrichtungen umgesetzt. „Resi“ steht dabei für Resilienz und „Saluto“ für Salutogenese⁹¹. Das Ziel: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in den Einrichtungen geschult, ihre Haltung zur Gesundheit und den Umgang mit Stress gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Hierfür werden sie zunächst mittels Workshops und digitaler Informations- und Schulungsmaterialien fortgebildet. Im weiteren Projektverlauf entwickeln die Einrichtungen eigene, bedarfsgerechte und nachhaltige Projekte zur Resilienzförderung und Gewaltprävention.

Projektbeispiele aus den „Resi Saluto“-Einrichtungen

Im Forschungsprojekt setzen die Pflegeeinrichtungen individuelle Schwerpunkte, die jeweils auf ihre Einrichtung und die Situation vor Ort angepasst sind. So werden beispielsweise in einer saarländischen Einrichtung die Fachkräfte beim Umgang mit stressigen Situationen unterstützt. Eine andere „Resi Saluto“-Einrichtung aus Rheinland-Pfalz möchte das Ankommen neuer Pflegefachkräfte sowie Bewohnerinnen und Bewohner erleichtern und führt strukturierte Willkommensgespräche. Diese sind immer peergestützt, und es entstehen Tandems aus erfahrenen Fachkräften bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern und solchen, die gerade neu in der Einrichtung sind. So sollen Abläufe, Strukturen und auch die individuelle Haltung der Einrichtung zum Thema Gesundheitsförderung von Beginn an vermittelt und das „Ankommen“ erleichtert werden. Gemeinsam ist den Projekten, dass diese nicht nur die Resilienz der Mitarbeitenden stärken, sondern auch dem Wohlbefinden der Bewohnenden zugutekommen.

- 🎯 Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- 📄 § 20b SGB VI: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebensstil
- 📄 § 5 SGB XI: Prävention von Gewalt, Psychosoziale Gesundheit
- 🏠 2 saarländische und 4 rheinland-pfälzische Einrichtungen der Langzeitpflege
- 🔗 BARMER, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH, HEK und hkk (vdek Landesvertretungen Saarland und Rheinland-Pfalz)
- 👥 Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP)
- 👥 Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen (direkte Zielgruppe) und Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (indirekte Zielgruppe)
- 📅 Rheinland-Pfalz und Saarland, Januar 2022 bis Dezember 2024

Evaluation und Verstetigung gesundheitsförderlicher Angebote

Alle Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt „Resi Saluto“ sowie die individuellen Ansätze der Einrichtungen werden im Nachgang durch das DIP aufbereitet und fließen in die weitere Umsetzung der ersatzkasseneigenen Präventionsangebote für Pflegekräfte sowie Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen ein.

Website mit weiteren Informationen und den teilnehmenden Einrichtungen

Mehr Informationen zum Forschungsprojekt und alle teilnehmenden Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und dem Saarland sind abrufbar unter: www.resi-saluto.de

Autorin:
Angela Legrum,
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek)

91 Vgl. Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.



GEWALTFREI PFLEGEN – Ein Kommunikationsprojekt

- 🎯 Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- 📄 § 20 SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- 📄 § 5 SGB XI: Prävention von Gewalt
- 🏠 Barmherzige Brüder Rilchingen, Lafim – Diakonie für Menschen im Alter, Stephanus gGmbH Geschäftsbereich Wohnen und Pflege, Vinzentinerinnen Köln GmbH
- 🔗 AOK-Bundesverband
- 🔗 AWO-Bundesverband, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Bundesarbeitsgemeinschaft für Krisentelefone, Deutscher Pflegerat, Medizinischer Dienst Bund, Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege
- 👥 Pflegepersonal, pflegebedürftige Menschen, Angehörige
- 📅 bundesweit, November 2022 bis Mai 2023

Autor:
Werner Winter,
AOK-Bundesverband

Gewalterfahrungen in der Pflege sind keine Seltenheit und immer noch ein Tabuthema. Gewalthandlungen können Pflegebedürftige, professionell Pflegenden und pflegende Angehörige betreffen. Mögliche Ursachen liegen oft in Überforderung, Zeitnot und Hilflosigkeit. Durch Schweigen der Betroffenen aus Scham dringt wenig nach außen.⁹²

Neben offensichtlichen Formen körperlicher oder verbal-aggressiver Gewalt fallen darunter auch Missachtung der Intimsphäre, finanzielle Ausbeutung, Vernachlässigung oder Einschränkung der Entscheidungs- bzw. Bewegungsfreiheit. Zur Enttabuisierung und Vorbeugung ist eine intensive Kommunikation zum Thema zwingend.

Aus diesem Grund wurde im Zusammenschluss mit den im Steckbrief genannten Organisationen die Aktion „Gewaltfrei Pflegen“ ins Leben gerufen. Der Projektaufbau orientierte sich am Public Action Health Cycle und wurde wissenschaftsjournalistisch unterstützt. Eine erste Analyse ergab, dass es viele Informationen zum Thema gibt, diese jedoch auf viele Anbieter verteilt und damit schwer auffindbar sind. Strategisches Ziel war

deshalb, Pflegebedürftige, professionell Pflegenden und pflegende Angehörige zu informieren und Hilfsangebote zu bündeln. Fokussiert wurden die Themen physische, psychische, sexualisierte Gewalt und Vernachlässigung. Um Aufmerksamkeit zu schaffen, wurden eine Wort-Bild-Marke und eine Plakatserie entwickelt.

Die Partnerorganisationen unterstützten durch

- eigene Expertise,
- die Verbreitung der Inhalte im Rahmen ihrer Kommunikationswege intern und extern,
- initiierte eigene Kampagnen, Informationsveranstaltungen oder Workshops.

Akzeptanz bei der Zielgruppe wurde durch Vorstellung von Leuchtturmprojekten, Fachbeiträge und Interviews in Fachzeitschriften, in Magazinen und im Internet erzeugt. Auf diese Weise wurden eine sachliche Diskussion und ein konstruktiver, auf die Prävention fokussierter Umgang mit dem Thema „Gewalt in der Pflege“ vorangebracht. Wissen schafft Handlungssicherheit! Das hilft Betroffenen, ihr Schweigen zu brechen.

Auch wenn das Projekt in der Zwischenzeit beendet wurde, wirkt es durch die weiter nutzbare Website, durch Plakate und Beiträge nach. Darüber hinaus wurde das Projekt auf dem diesjährigen BGW-Symposium „Gewalt in der Pflege“ aufgegriffen.

Alle Informationen und Plakate stehen bereit unter: <https://www.aok.de/pp/qualitaet-in-der-pflege/pflegekraeftestaerken/gewaltfrei-pflegen/>

92 Weidner F., Tucman D., & Jacobs P. (2023). Eine fast tägliche Erfahrung. Verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/artikel/SP_09_2017_Weidner_Tucman_Jacobs_Eine_fast_alltaegliche_Erfahrung_14_21.pdf (zuletzt abgerufen am 3. Mai 2023)



Gewaltprävention – eine Frage von Akzeptanz, Verständnis und Rücksicht

Eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) aus dem Jahr 2017, bei der 250 Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte befragt wurden, ergab, dass die Hälfte der Befragten das Thema Gewalt, in Form von Konflikten und Aggressionen, als eine große Herausforderung in stationären Pflegeeinrichtungen erleben.⁹³ Vor dem Hintergrund der Verbreitung von Gewalt-erfahrungen in Pflegeeinrichtungen möchten wir gemeinsam mit unseren Anbietern das Thema Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen weiterentwickeln.

Welche Qualifizierungen werden angeboten?

Seit 2018 werden zehn Qualifizierungsmodule im Bereich „Gewaltprävention“ zu verschiedenen Themen angeboten, aus denen die Einrichtungen bedarfsbezogen wählen können. Hierzu zählen u. a.: Deeskalation und Gewaltprävention, Rechtliche Aspekte und Alternativen, Schutz- und Interventionstechniken, Konfliktarme Kommunikation bei Demenz, Konflikte in Pflegeeinrichtungen, PINTAV⁹⁴. Alle Qualifizierungen können als In-house- oder Online-Qualifizierungen wahrgenommen werden.

Qualifizierungsinhalte

In den Modulen geht es um Selbstreflexion, Analyse der Pflegeeinrichtung, Vermeidung und Umgang mit Gewalt sowie Erkennen von Stressoren und Vermeidung von stressfördernden Situationen. Durch die Klärung rechtlicher Aspekte sollen den Mitarbeitenden Sicherheit im Umgang mit den Pflegebedürftigen gegeben und Alternativen aufgezeigt werden. Schutz- und Interventionstechniken zeigen Möglichkeiten auf, wie sich Betroffene aus schwierigen Situationen befreien können. Die Erkrankung an Demenz schafft viele konfliktbelastete Situation. Diese Konflikte rechtzeitig zu erkennen bzw. möglichst früh zu entschärfen ist Inhalt eines Moduls. In den Qualifizierungen beschäftigen sich die Teilnehmenden mit ihren Er-

- 🕒 Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- 📄 § 20 SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebensstil
- 📄 § 5 SGB XI: Prävention von Gewalt, Psychosoziale Gesundheit
- 🏠 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in Hessen
- 🔗 AOK Hessen, BAHN-BKK
- 👥 ProVita, IBIS, ClarCert, Sysba, EPIK
- 👤 pflegebedürftige Menschen, Pflege- und Betreuungskräfte
- 📅 Hessen, seit 2018

fahrungen und entwickeln gemeinsam Strategien zur Vermeidung und Entschärfung von Konfliktsituationen. Zudem werden in den Qualifizierungen unterschiedliche Erkrankungen, die aggressive Verhaltensweisen hervorrufen können, benannt und besprochen. Gemeinsam werden Strategien entwickelt, den entsprechenden Situationen vorzubeugen bzw. sie zu entschärfen.

Autor und Autorin:
Markus Schindler,
AOK Hessen
Sarah Diehl,
BAHN-BKK

Qualitätsmanagement und Evaluation

Alle Module werden, gemäß dem Leitfaden Prävention, an die Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegeeinrichtungen angepasst. Über einen Online-Feedbackbogen am Ende einer Schulung erhalten die Pflegekassen ein anonymisiertes Feedback für die Evaluation und Weiterentwicklung des Angebots. Auch eine jährliche Gesamtevaluation gehört zum Verbesserungs- und Innovationsmanagement der angebotenen Qualifizierungen.

Herausforderungen

Der in vielen Pflegeeinrichtungen vorherrschende Personalmangel führt häufig zu einem angespannten Einrichtungsklima. Bewundernswert ist das Engagement und die Empathie der Beschäftigten in ihrem Arbeitsalltag.

⁹³ <https://www.pflege-gewalt.de/wissen/haeufigkeit/> (zuletzt abgerufen am 5. Juli 2023)

⁹⁴ Prävention, Intervention, Nachsorge & Theorie Aggressiven Verhaltens



aktiviert.GESTÄRKT.zufrieden

-
- 🎯 **Gesund im Alter**
 - 📄 § 5 SGB XI: Ernährung, Prävention von Gewalt, Förderung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Körperliche Aktivität
 - 🏠 29 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
 - 🔗 Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
 - 👥 Team Gesundheit GmbH, Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld
 - 👤 Bewohnerinnen und Bewohner in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen
 - 📅 bundesweit, 2020 bis 2023
-

Autorin:
Kim Michels,
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek)

Bislang gibt es kaum evidenzbasierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen. „aktiviert.GESTÄRKT.zufrieden“ ist eine Reaktion darauf: Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis wurden fünf evidenzbasierte Maßnahmen entwickelt. Insgesamt 29 Pflegeeinrichtungen setzten diese Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Prävention von Gewalt, Förderung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit und Körperliche Aktivität um. In verschiedenen Schulungen wurden die Mitarbeitenden und auch die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner zu der Umsetzung der Maßnahmen geschult und zur selbstständigen Durchführung befähigt. Besonders ist, dass die entwickelten Maßnahmen mehrere Handlungsfelder miteinander verknüpfen. Im Folgenden werden drei der fünf Maßnahmen exemplarisch vorgestellt.

Na MAHLZEIT! – Das Genussexperiment

Die positiven Wirkungen der Ernährung auf die Gesundheit und der Genuss beim Essen haben eine große Bedeutung – ein Leben lang. Deshalb setzt diese Maßnahme auf die Steigerung der Qualität und des Genusswertes der Speisen für die Bewohnenden. Die Mitarbeitenden der Küche und der pflegerischen Versorgung erfahren mehr

über die Ernährung im Alter, nehmen die aktuelle Speiseplanung unter die Lupe und optimieren gemeinsam die Zusammenarbeit der Bereiche Küche, Pflege und Betreuung.

Einander zugewandt – Prävention von Gewalt in der Pflege

Im Rahmen dieser Maßnahme geht es darum, gemeinschaftlich Gewalt vorzubeugen sowie Risiken für die Entstehung zu minimieren und frühzeitig zu erkennen. Dabei soll der Umgang mit (Gewalt-)Vorfällen gemeinsam strukturiert und professionalisiert werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der pflegerischen Versorgung erlernen u. a. die Identifikation von Risikofaktoren für das Auftreten von Aggression und Gewalt und erhalten Tipps für eine vertrauensvolle und gewaltfreie Kommunikation.

Von Kopf bis Fuß rundum aktiviert – Kreatives Gedächtnistraining

In dieser Maßnahme sollen die Bewohnenden „von Kopf bis Fuß rundum aktiviert“ werden: Mitarbeitende der pflegerischen Versorgung werden darin geschult, ein regelmäßiges Gruppenangebot mit dem Ziel der Stärkung kognitiver Ressourcen der Bewohnenden eigenständig zu planen und umzusetzen. Das Training besteht aus abwechslungsreichen Gedächtnisübungen in Kombination mit Aufgaben der kreativen Biografiearbeit und Bewegungsübungen.

Einige Maßnahmen wurden auch für die digitale Umsetzung entwickelt und über eine Lernplattform bereitgestellt. Um zusätzliche Inhalte zu vermitteln, wurden vier Podcast-Folgen zum Thema „Prävention von Gewalt“ und zehn Übungsvideos zur körperlichen und kognitiven Aktivierung entwickelt.⁹⁵

⁹⁵ Weitere Informationen zum Projekt: <https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/aktiviert-gestaerkt-zufrieden-das-modulkonzept/>

MAKS® - Die Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz

Über 1,6 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Die Diagnose stellt Pflegebedürftige, Angehörige aber auch das Pflegepersonal oft vor große Herausforderungen und ist für Betroffene meist mit verschiedenen Ängsten verbunden.

Ziele

Die Entwicklung der MAKS®-Intervention folgte der Idee, den Betroffenen Anregungen wiederzugeben, die ihnen durch eine Ereignisspirale innerhalb des Demenzprozesses verloren gehen: Nachlassende Fähigkeiten - sozialer Rückzug - weniger Anregung - weiter nachlassende Fähigkeiten usw. Ziele der MAKS-Therapie® sind entsprechend die Stabilisierung alltagspraktischer und kognitiver Fähigkeiten, die Reduzierung von Verhaltenssymptomen der Demenz sowie die Verbesserung der Lebensumwelt durch den Aufbau eines sozialen Zusammenhalts.


Was ist MAKS®?


MAKS® steht für **M**otorisch-**A**lltagspraktisch-**K**ognitiv-**S**ozial und wurde vom Zentrum für medizinische Versorgungsforschung der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen unter Leitung von Prof. Elmar Gräßel entwickelt. MAKS® ist eine aus vier Modulen bestehende psychosoziale, nichtmedikamentöse Gruppenintervention für Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leichter bis mittelschwerer Demenz, die in fester Reihenfolge in einer Gruppe von etwa zehn bis zwölf Personen durchgeführt wird.

Konzeptidee und Förderung durch die Pflegekassen

Um möglichst viele Pflegebedürftige in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland zu erreichen, fördern die teilnehmenden Pflegekassen die MAKS-Therapie® in Form einer Multiplikatoren-schulung für Pflegekräfte. Die Schulung ist in zwei Blöcke mit insgesamt drei Tagen gegliedert (Block 1 - Grundlagenvermittlung, Block 2 - Wiederholungs- und Reflexionstag zu Erfahrungen und Herausforderungen). Die umfassende und qualitätsge-

 **Gesund im Alter**

 **§ 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit**

 **keine Angaben möglich; insgesamt 2.287 zertifizierte MAKS®-Therapeutinnen und -Therapeuten in Deutschland**

 **IKK classic, AOK Hessen, BAHN-BKK, IKK Südwest**

 **ClarCert GmbH, Universitätsklinikum Erlangen**

 **pflegebedürftige Menschen (demenziell erkrankt)**

 **10 Bundesländer, seit 2018 fortlaufend**

sicherte Schulung durch den Kooperationspartner ClarCert bildet die Grundlage für die Prüfung und anschließende Zertifizierung zur MAKS®-Therapeutin oder zum MAKS®-Therapeuten.

Wirksamkeit der MAKS®-Intervention und fortlaufende Evaluation

Es wurden zwei randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt. Die erste Studie (2008-2010 in stationären Einrichtungen) fand unter Beteiligung von 139 Personen mit Demenz in allen Schweregraden statt. An der zweiten Studie (2014-2017 in Tagespflegeeinrichtungen) nahmen 453 Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz teil. Die Intervention bewirkte im Messzeitraum von sechs Monaten einen signifikant positiven Effekt auf emotionale Symptome (Verringerung der Depressivität) sowie auf Verhaltenssymptome, insbesondere Verbesserung des sozialen Verhaltens. Zur Qualitätssicherung erfolgt fortlaufend zu jeder geförderten Schulung eine Feedback-Erhebung durch den Kooperationspartner ClarCert. Außerdem führen die beteiligten Pflegekassen jeweils intern eigene Feedback-Erhebungen in den Einrichtungen durch.

Weitere Entwicklung

2022 erweiterte das Uniklinikum Erlangen das MAKS®-Portfolio um MAKS®-s. Es richtet sich speziell an Menschen mit schwerer Demenz.

Autorin und Autoren:

Markus Schindler,
AOK Hessen

Roland Hierlmeier,
IKK classic

Sarah Diehl,
BAHN-BKK

Maurice Weber,
IKK Südwest

Präventionsmaßnahme Gartentherapie: Wenn Gärten leben helfen

- 🕒 Gesund im Alter
- 📄 § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit
- 🏠 bisher 24 Pflegeeinrichtungen (davon 9 in Pilotphase)
- 🔗 IKK classic
- 🔗 ILAG (Institut Leistung, Arbeit, Gesundheit), Gärten helfen Leben e. V.
- 👤 pflegebedürftige Menschen
- 📅 8 Bundesländer, seit 2021 fortlaufend

Autor und Autorin:

Roland Hierlmeier,

IKK classic

Inge Götz,

IKK classic

Wirkung von Natur und Garten

Die Präventionsmaßnahme Gartentherapie verfolgt das Ziel, unter fachlicher Anleitung gesundheitsfördernde Effekte bei älteren und hochbetagten Menschen hervorzurufen. Hierbei steht die Wirkung von Natur und Garten im Fokus. Das Erleben und Spüren von Natur über verschiedene Sinnesorgane, insbesondere im direkten taktilen Kontakt mit Erde, Pflanzen, Früchten usw. kann nachweislich eine gesundheitsförderliche Wirkung auf Körper und Geist auslösen. Bisher sind Maßnahmen dieser Art v. a. im rehabilitativen Kontext (Ergotherapie) im Einsatz. Die präventive Wirksamkeit der Gartentherapie wurde durch die Forschungsarbeit des Instituts Leistung, Arbeit, Gesundheit (ILAG) in der DuWigata-Studie (2020) wissenschaftlich nachgewiesen.⁹⁶ Aus dieser Studie entstand weiterhin ein Good-Practice-Leitfaden zur Umsetzung von Gartentherapie in der stationären Pflege.⁹⁷ Die Erkenntnisse hieraus konnten auch für die weitere Projektumsetzung genutzt werden.

Ziele

Im Vordergrund der Maßnahme stehen die Steigerung der Aufmerksamkeitshaltung, der Erhalt kognitiver und (fein-)motorischer Leistungsfähigkeit, die positive Beeinflussung emotionaler Empfindungen (z. B. durch das „Wachrufen“ biografischer Erinnerungen) sowie insbesondere der Aufbau eines sozialen Zusammenhalts durch die gemeinsame Erlebnisaktivierung in der Gruppe.

Konzept und Umsetzung

Um eine langfristige Durchführung in den beteiligten Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, basiert die Projektidee auf einem Multiplikatorenkonzept: Jeweils zwei Pflegekräfte pro Einrichtung werden in einem Wechsel aus Webinaren und Praxisphasen vor Ort von einem ausgebildeten Gartentherapeuten geschult. Sie sind danach eigenverantwortlich für die weitere Umsetzung und Verstetigung der Präventionsmaßnahme zuständig. Die für die Schulungsphase sowie anschließende Implementierung der Gartentherapie notwendigen Materialien (z. B. Hochbeete, Werkzeuge, Erde, Pflanzsamen) werden von der Einrichtung bereitgestellt. Ein gegebenenfalls vorhandener Garten oder Park lässt sich ideal in die Umsetzung der Maßnahme einbinden. Je nach individueller Ausstattung der Einrichtung ist aber auch eine Durchführung an Hochbeeten oder Pflanzkästen möglich. Damit die eingangs benannten gesundheitsfördernden Effekte in möglichst großer Breite zum Tragen kommen, wird die Gartentherapie anschließend als regelmäßige Maßnahme weitergeführt, die sich dem jahreszeitlichen Rhythmus anpasst. Das heißt, es wechseln sich je nach Jahreszeit Pflanz-, Pflege- und Sä-Arbeiten mit verarbeitenden und gestalterischen Tätigkeiten ab, die stets in der Gruppe durchgeführt werden. Auf diese Weise können insgesamt drei Handlungsfelder gemäß dem Leitfaden Prävention abgedeckt werden.

Ausblick

Das beschriebene Konzept der Präventionsmaßnahme Gartentherapie wird nach der Pilotphase in neun Einrichtungen und einer ersten Durchführungsphase in 15 Einrichtungen aufgrund positiver Evaluationsergebnisse auch im Jahr 2024 weitergeführt.

96 Bau, M., Altepost, A., Bau, J. & Gurstein, I. (2022). Gartentherapie als soziale Intervention. Durchführungsbedingungen und Wirkungsanalyse von gartentherapeutischen Maßnahmen bei demenziell erkrankten Bewohner*innen in Altenpflegeheimen. Wiesbaden: Springer VS.

97 Bau, J., Bau, M. & Gurstein, I. (o. J.). Gartentherapie in der stationären Pflege. Good-Practice-Leitfaden zu den Durchführungsbedingungen von Gartentherapie in stationären Pflegeeinrichtungen. Waiblingen: IKK classic.

Empfehlungen und Ausblick

Die Dokumentation für das Jahr 2022 zeigt, dass die Kranken- und Pflegekassen ihr Engagement in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber dem Vorjahr ausgebaut haben. Dies zeigt sich sowohl auf der Ebene der Ausgaben als auch in der Anzahl der Aktivitäten. Letzteres trifft insbesondere auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu. In diesem Präventionsbereich wird das GKV-Bündnis für Gesundheit, dessen gesetzliche Grundlage neu geregelt wurde, ab dem Jahr 2024 auf fachlicher Ebene weitere Impulse geben, die sich in den kommenden Jahren auch in den Ausgaben und Aktivitäten niederschlagen werden.⁹⁸ Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben betrachtet und verankert werden. Notwendig sind verbindliche Kooperationen und verlässliche Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene, aber auch auf kommunaler Ebene (vgl. Beitrag NPK-Präventionsbericht auf S. 25 ff.).

In der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) haben die Leistungen der Krankenkassen das Vor-Pandemie-Niveau wieder erreicht bzw. in einigen Bereichen bereits überschritten. Krankenkassen sollten bei der Leistungsausweitung in diesem Bereich verstärkt auf die flankierende Unterstützung betrieblicher BGF-Steuerungsgremien und eine aktive Mitarbeitendenpartizipation achten, um die Nachhaltigkeit und Akzeptanz der Angebote bei den Beschäftigten zu sichern. Von überbetrieblicher Beratung und Vernetzung in der BGF profitieren insbesondere Klein- und Kleinstbetriebe. Dieser niedrigschwellige Ansatz sollte von allen Beteiligten gemeinschaftlich weiterverfolgt werden. Er kann insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen aufseiten der Betriebe als besonders erfolgversprechend angesehen werden. Eine bedeutende Rolle in der überbetrieblichen

Vernetzung spielen auch die Regionalen Koordinierungsstellen BGF (vgl. S. 75 ff.).

Das Thema Qualitätssicherung zieht sich durch alle Bereiche der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention steht die Evaluation der Kurse im Fokus, die im Jahr 2024 erprobt und in den kommenden Jahren in einen Routinebetrieb übergehen wird. Zentrale Erkenntnisse daraus fließen in die Weiterentwicklung dieses Präventionsbereiches ein.

Die gesetzlichen Krankenkassen erweitern über den Leitfaden Prävention in regelmäßigen Abständen ihre Unterstützungsmöglichkeiten. Im Jahr 2022 haben die Kranken- und Pflegekassen das wichtige Thema Gesundheit und Klimawandel aufgegriffen (vgl. S. 22 ff.) und den Leitfaden um konkrete Handlungsmöglichkeiten zur Vorbeugung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren erweitert. Da gesundheitsbezogene Auswirkungen des Klimawandels insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen betreffen, sind der Austausch und die Zusammenarbeit mit kommunalen Stellen (u. a. mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst) von zentraler Bedeutung. Auf der Landesebene stellen die Landesrahmenvereinbarungen mit ihren Gremien und Austauschformaten eine wichtige Struktur dar. Das Thema Gesundheit und Klimawandel wird aufgrund der Größe und Dringlichkeit der damit verbundenen Aufgaben auch zukünftig ganz oben auf der Agenda stehen.

⁹⁸ Am 16. Mai 2023 ist eine gesetzliche Neuregelung von § 20a SGB V in Kraft getreten, mit der die verpflichtende Zusammenarbeit des GKV-Spitzenverbandes mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entfallen ist und die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit stärker auf die Landesebene verlagert werden.

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2020	2021	2022
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	3.853	3.942	4.363
Anzahl der Lebenswelten	36.311	40.650	50.349
Vorjahresvergleich	-19 %	+12 %	+24 %
Anzahl direkt erreichter Personen	*	5.961.940	9.262.221
Vorjahresvergleich	*	-13 %	+55 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	1,40	2,01	2,15
Vorjahresvergleich	-38 %	+44 %	+7 %
Summe der Ausgaben (Euro)	102.550.223	147.509.502	158.655.700
Vorjahresvergleich	-38 %	+44 %	+8 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.157.305	796.595	1.294.193
Vorjahresvergleich	-36 %	-31 %	+ 62 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,08	1,95	2,28
Vorjahresvergleich	-33 %	-6 %	+17 %
Summe der Ausgaben (Euro)	152.302.523	143.272.215	167.791.066
Vorjahresvergleich	-32 %	-6 %	+17 %
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der erstellten Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profile)	8.847	8.646	8.473
Anzahl der Dokumentationsbögen	6.864	8.302	12.608
Anzahl der Standorte/Betriebe	16.742	18.437	26.439
Vorjahresvergleich	-28 %	+10 %	+43 %
Anzahl direkt erreichter Personen	1.951.975	1.768.604	1.975.093
Vorjahresvergleich	-14 %	-9 %	+12 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,52 Mio.	0,43 Mio.	0,85 Mio.
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	149	146	166
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe	8.733	65.278	117.422
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,18	3,37	3,50
Vorjahresvergleich	-34 %	+55 %	+4 %
Summe der Ausgaben (Euro)	159.407.107	246.897.000	257.421.055
Vorjahresvergleich	-34 %	+55 %	+4 %

	2020	2021	2022
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	10.717	12.244	16.971
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz)	**	8.527.139	12.531.507
Ausgaben je Versicherten (Euro)	5,66	7,34	7,93
Vorjahresvergleich	-34 %	+30 %	+8 %
Summe der Ausgaben (Euro)	414.259.853	537.678.717	583.867.822
Vorjahresvergleich	-34 %	+30 %	+9 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	119	63	54
Vorjahresvergleich	+143 %	-47 %	-14 %
Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen	2.576	1.556	2.186
Vorjahresvergleich	-16 %	-40 %	+40 %
Vorbereitungsphase: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	847	755	1.133
Vorjahresvergleich	-13 %	-11 %	+50 %
Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	1.866	1.859	2.529
Vorjahresvergleich	-8 %	-0 %	+36 %
Umsetzungsphase: Anzahl direkt erreichter Personen	86.255	92.046	101.199
Vorjahresvergleich	-22 %	+7 %	+10 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,21	0,22	0,25
Vorjahresvergleich	-13 %	+5 %	+14 %
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	177,90	176,97	182,43
Summe der Ausgaben (Euro)	15.344.376	16.289.401	18.461.831
Vorjahresvergleich	-13 %	+6 %	+13 %

* Auf die Schätzzahl der direkt erreichten Personen in Lebenswelten wurde 2020 verzichtet, da die Schätzung vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu unsicher erschien. 2021 wird die Schätzung wieder aufgenommen, daher wird das Jahr 2021 an dieser Stelle mit 2019 verglichen.

** Auf die Schätzung der direkt erreichten Personen in Lebenswelten wurde für das Berichtsjahr 2020 verzichtet. Daher konnte für 2020 keine Gesamtzahl der erreichten Personen berechnet werden.

Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und BGF sind auf der Website www.gesetze-im-internet.de wiedergegeben. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V):

- § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung
- § 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
- § 20b Betriebliche Gesundheitsförderung
- § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Die gesetzlichen Grundlagen für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu entnehmen (s. www.gesetze-im-internet.de):

- § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

Der vorliegende Bericht folgt für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention vorgenommen hat. Danach werden die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention in drei Ansätze gegliedert: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und individueller verhaltensbezogener Ansatz.

Lebenswelten der Menschen (engl. „Settings“) sind z. B. Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund. Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen. Es handelt sich um Bereiche des Lebens, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen.

Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – eine Lebenswelt. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Die BGF umfasst ein spezielles Setting, nämlich den Arbeitsort von Menschen. Auch hier sind beide Präventionsstrategien wichtig: zum einen das Schaffen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen und zum anderen das Hinwirken auf gesundheitsförderliches Verhalten der Berufstätigen.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kursangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die ihrem Bedarf entsprechen.

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und BGF festgelegt, im [Leitfaden Prävention](#)⁹⁹. Eine beratende Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2023.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den [Qualitätskriterien](#)¹⁰⁰ des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmedurchführung) und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

Jede Krankenkasse hat dementsprechend zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens Prävention erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen der §§ 20, 20a und 20b SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitfaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitfaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Den in diesem Präventionsbericht dokumentierten Aktivitäten liegt der Leitfaden Prävention in der zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

99 GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27. März 2023). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

100 Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens Prävention haben die Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt: www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI¹⁰¹ die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt. Der Leitfaden soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes (MD) Bund erstellt (Neufassung vom 28. September 2023). In ihm werden die folgenden Handlungsfelder definiert: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Des Weiteren legt der Leitfaden die Präventionsziele in der stationären Pflege fest. Diese gelten als erfüllt, wenn die Pflegeeinrichtung - unterstützt durch die Pflegekasse - ein Konzept für die Prävention im jeweiligen Handlungsfeld vorweist und Maßnahmen zu dessen Umsetzung ergriffen hat. Außerdem werden im Leitfaden die Kriterien für Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung festgelegt.

Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

Grundlage für den Teil des Präventionsberichts, der die GKV-Leistungen betrifft, bilden folgende Dokumentationsbögen der Krankenkassen:

- Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Die Ausfüllhinweise zu den Dokumentationsbögen geben vor, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten jede einzelne Einrichtung ein Setting ist. Demnach ist jede Schule und jede Kita eine einzelne Lebenswelt. Alle Aktivitäten, die zu einer inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten gehören, sollen in einem Bogen zusammengefasst werden. Das Gleiche gilt, wenn dieses Bündel an inhaltlich gleichen Aktivitäten an zwei oder 20 Schulen stattfindet; auch in diesem Fall ist nur ein Bogen auszufüllen, wobei die Anzahl der verschiedenen Lebenswelten einzutragen ist.

Für die BGF gilt die Berichtseinheit „Aktivitäten in einem Betrieb oder Unternehmen“. Ebenfalls in einem Bogen sind Aktivitäten an mehreren Standorten eines größeren Unternehmens einzutragen, wenn diese Aktivitäten im Rahmen eines koordinierten Gesamtprojekts stattfinden. Für Netzwerkprojekte gilt, dass je Netzwerk/Kooperation ein Dokumentationsbogen auszufüllen ist und dieser sich über mehrere (Klein-/Kleinst-)Betriebe erstreckt.

Für die Angabe „hoher Anteil an ungelerten Beschäftigten“ wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MD Bund auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

101 GKV-Spitzenverband. (2023). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. (Fassung vom 28. September 2023). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV), nach der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Daten verschlüsseln, keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in Ausbildung befindlichen Menschen ohne Ausbildung vorsieht.

Die eingangs genannten Dokumentationsbögen werden bereits im Online-System des MD Bund von den Krankenkassen ausgefüllt und stehen dem MD Bund daher zu Beginn einer Jahresauswertung unmittelbar zur Verfügung.

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmenden der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV. Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitglieds-kassen zusammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MD Bund weiter.

Der MD Bund führt die Datensätze zusammen und bereitet diese zur weiteren Auswertung auf. Die Daten werden routinemäßig Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Insgesamt sind zwölf Prüfroutinen zum Setting-Ansatz und 13 zur BGF programmiert. Wenn sich dadurch Hinweise auf implausible Daten ergeben, werden diese in der Regel in fehlende Werte umgewandelt. In einigen Fällen werden die Krankenkassen über den jeweiligen Bundesverband um Klärung bzw. Korrekturen hierzu gebeten.

Die Dokumentation der Präventionsaktivitäten der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt anhand von zwei Dokumentationsbögen und bezieht sich auf die jeweiligen Schritte im Gesundheitsförderungsprozess. Im Bogen P1 wird die Vorbereitungsphase des Gesundheitsförderungsprozesses und im Bogen P2 die Umsetzungsphase dokumentiert.

Die Vorbereitungsphase umfasst die Information und Beratung von Pflegeeinrichtungen zu den Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze nach § 5 SGB XI, die Sensibilisierung und Motivierung der in Pflegeeinrichtungen verantwortlichen Personen und die Entscheidung von Einrichtungen zum Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess. Sofern die Pflegekassen aufgrund ähnlicher Bedarfslagen der Einrichtungen in mehreren Einrichtungen identische Konzepte angeboten haben, wurden diese von den Pflegekassen in einem Dokumentationsbogen zusammengefasst.

Sobald eine Pflegeeinrichtung mit Unterstützung der Pflegekasse in den Gesundheitsförderungsprozess einsteigt, füllt die Pflegekasse den Dokumentationsbogen P2 „Umsetzungsphase“ aus. In der Umsetzungsphase geht es um die Analyse von Bedürfnissen, Ressourcen und Strukturen, die Maßnahmenplanung sowie die Umsetzung und Evaluation. In diesem Bogen dokumentiert die Pflegekasse ihre Aktivitäten für jeweils eine einzelne Pflegeeinrichtung. Dies ist notwendig, weil mit diesem Dokumentationsbogen auch Angaben zu Struktur- und Prozessdaten - wie Trägerschaft oder Größe der Einrichtung - erhoben werden.

Tabellenband

Alle Aussagen zu Grundgesamtheiten im Präventionsbericht beziehen sich auf die im Tabellenband ausgewiesene Summe gültiger Angaben aus den Dokumentationsbögen.

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem Tabellenband entnommen werden. Dieser ist auf Anfrage erhältlich.

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

Lena Kaun,
MD Bund, Essen

Theresia Kempf,
IKK classic, Bergisch Gladbach

Ulrike Kiehl,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Sina Matthies,
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Ulrike Pernack,
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Esther Rummel,
IKK e. V., Berlin

Nadine Schempp,
MD Bund, Essen

Christina Singer,
AOK Bayern, Nürnberg

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Merle Wiegand,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Susanne Wilhelmi,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Ruth Zaunbrecher,
AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Cornelia Albrecht-Lomb,
AOK-Bundesverband, Berlin

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Lena Kaun,
MD Bund, Essen

Mandy Krüger,
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Sina Matthies,
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Carola Renner,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Esther Rummel,
IKK e. V., Berlin

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband, Berlin

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Prozesskoordinationen für den kommunalen Strukturaufbau.....	16
Abb. 2:	Typischer Aufbau der Steuerungsstrukturen in den geförderten Kommunen.....	18
Abb. 3:	Projektkoordinations für zielgruppenspezifische Interventionen.....	19
Abb. 4:	Aufgaben der lebensweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Begrenzung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren und Unterstützungsmöglichkeiten der Krankenkassen.....	24
Abb. 5:	Mitwirkende des zweiten Präventionsberichts der NPK.....	27
Abb. 6:	Förderschwerpunkte des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Sachsen-Anhalt.....	42
Abb. 7:	Zahlen im Überblick.....	46
Abb. 8:	GKV-Ausgaben 2022.....	48
Abb. 9:	Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	49
Abb. 10:	Anzahl der Lebenswelten.....	52
Abb. 11:	Art und Anzahl der Lebenswelten.....	53
Abb. 12:	Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“.....	55
Abb. 13:	Zielgruppen.....	56
Abb. 14:	Kooperationspartner.....	57
Abb. 15:	Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium.....	58
Abb. 16:	Bedarfsermittlung.....	59
Abb. 17:	Inhalte.....	60
Abb. 18:	Inhalte (auf Arbeitslose bezogene Angebote).....	63
Abb. 19:	Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen.....	66
Abb. 20:	Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert.....	66
Abb. 21:	Ziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen.....	67
Abb. 22:	Ziel 3.2: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung.....	67
Abb. 23:	Ziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern.....	68
Abb. 24:	Ziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten.....	68
Abb. 25:	Ziel 4.1 a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen.....	69
Abb. 26:	Ziel 4.1 b: Mehr ältere Menschen erreichen.....	69
Abb. 27:	Ziel 4.2 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen.....	70
Abb. 28:	Ziel 4.2 b: Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen.....	70
Abb. 29:	Ziel 4.3 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund.....	71
Abb. 30:	Ziel 4.3 b: Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen.....	71
Abb. 31:	Ziel 4.4 a: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende.....	72
Abb. 32:	Ziel 4.4 b: Mehr Alleinerziehende erreichen.....	72
Abb. 33:	Ziel 4.5 a: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtblasteten und/oder psychisch belasteten Familien.....	73

Abb. 34:	Ziel 4.5 b: Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen.....	73
Abb. 35:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	78
Abb. 36:	Branchen.....	79
Abb. 37:	Betriebsgröße	80
Abb. 38:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	81
Abb. 39:	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	82
Abb. 40:	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben.....	83
Abb. 41:	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung.....	84
Abb. 42:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	85
Abb. 43:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	86
Abb. 44:	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	87
Abb. 45:	Bedarfsermittlung.....	88
Abb. 46:	Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte	90
Abb. 47:	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen.....	92
Abb. 48:	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen	93
Abb. 49:	Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen	95
Abb. 50:	Organisationen als Kooperationspartner	96
Abb. 51:	Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße.....	97
Abb. 52:	Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	98
Abb. 53:	Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation.....	99
Abb. 54:	Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM	101
Abb. 55:	Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung	101
Abb. 56:	Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses	102
Abb. 57:	Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen	102
Abb. 58:	Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	103
Abb. 59:	Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten	103
Abb. 60:	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt.....	105
Abb. 61:	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	106
Abb. 62:	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	107
Abb. 63:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	108
Abb. 64:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	109
Abb. 65:	Überblick Prüfungen IKT-Angebote - Zentrale Prüfstelle Prävention	111
Abb. 66:	Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern.....	114
Abb. 67:	Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben	117
Abb. 68:	Maßnahmen, die auf ein/mehrere Handlungsfeld/er im Berichtsjahr bezogen waren	118
Abb. 69:	Laufzeit der Aktivitäten	119
Abb. 70:	Mitwirkende im Steuerungsgremium	120

Abb. 71: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten.....	121
Abb. 72: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase.....	123
Abb. 73: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase	124
Abb. 74: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen	125
Abb. 75: Parameter, auf die sich durchgeführte Evaluationen bezogen.....	126
Abb. 76: Erreichte Pflegebedürftige	127
Abb. 77: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen	128
Abb. 78: Teilziel 1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium	130
Abb. 79: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten.....	130
Abb. 80: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität.....	131
Abb. 81: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen	131
Abb. 82: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit	132
Abb. 83: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt	132
Abb. 84: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen	140

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Erhebungen in vier Evaluationsphasen, orientiert am Förderzeitraum der einzelnen Kommunen	15
Tab. 2: Vielfalt der zielgruppenspezifischen Interventionen	20
Wichtige Kennziffern	148



Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de



Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de