



Präventionsbericht 2022

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2021

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 2022

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel: PeopleImages/iStock
S. 2 Picture People (2)
S. 5 Florian Küttler, floriankuettler.de
LICHTSCHACHT - Studio für Fotografie,
Olaf Schwickerath
S. 15 Katheder
S. 19 gezett
S. 23 Sara Blake, Fotostudio Licht & Schatten
S. 27 Thilo Klose
S. 28 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 31 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 38 Frauengesundheit in Tenever
S. 111 Michelle Strebe
S. 113 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 114 Anna Schäflein; W. Banzer;
Annette Koroll
S. 147 AckerCompany GmbH

PRÄVENTIONSBERICHT 2022

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2021

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 gibt einen Überblick über das primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungsspektrum der Kranken- und Pflegekassen im Jahr 2021. Zwar hat die Corona-Pandemie auch im Jahr 2021 weiterhin unser alltägliches Leben – und damit auch die Gesundheitsförderung und Primärprävention – beeinflusst, jedoch lässt sich für das Berichtsjahr 2021 eine Stabilisierung der Aktivitäten und Ausgaben gegenüber 2020 feststellen. Die Kranken- und Pflegekassen haben praktikable und vielerorts kreative Lösungen entwickelt und die gut etablierten Prozesse und Strukturen der Zusammenarbeit mit ihren Partnern fortgeführt. Dies veranschaulichen die vielfältigen Praxisbeispiele im diesjährigen Präventionsbericht, beispielsweise zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Bundesländern, die, wie auch in den vergangenen Jahren, das umfangreiche Zahlenwerk des Berichts anreichern.



Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege werden in dem Sonderteil zu Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege zum mittlerweile dritten Mal nicht nur Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende, sondern auch damit verzahnte Aktivitäten für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen abgebildet. Hervorzuheben sind hier insbesondere die vielen digitalen Ansätze, welche die dynamischen Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention widerspiegeln. Darüber hinaus werden relevante Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI vorgestellt, an der sich die Pflegekassen und ihre Verbände beteiligt haben, in die aber auch die Perspektive der Wissenschaft, der Pflegeeinrichtungen und ihrer Verbände sowie der Pflegebedürftigen aufgenommen wurde.



Der Präventionsbericht legt in diesem Jahr einen Schwerpunkt auf das Themenfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Besonders freuen wir uns über den Fachbeitrag von Professorin Dr. Antje Ducki (Berliner Hochschule für Technik), in dem sie eine gesundheitsförderliche Gestaltung mobiler bzw. hybrider Arbeitsformen in den Blick nimmt.

Die Kranken- und Pflegekassen entwickeln ihre Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich weiter und setzen dabei auf die Zusammenarbeit mit allen verantwortlichen Partnerinnen und Partnern, insbesondere den Ländern, Kommunen oder den Betrieben. Niedrigschwellige und bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sind insbesondere notwendig, um die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren – eine Herausforderung, die vor dem Hintergrund globaler Krisen und gesellschaftlicher Entwicklungen auch in Zukunft von großer Bedeutung sein wird.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen für ihr Engagement und die Dokumentation für den Präventionsbericht. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes Bund danken wir für die Datenauswertung und -aufbereitung sowie die Erstellung des Berichts.

Ihnen eine interessante Lektüre!

Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Inhalt

Vorwort.....	5
Zusammenfassung.....	10
Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt.....	14
Viele Akteure, viele Angebote - aber zu wenig bekannt Interview mit Dr. Susanne Wagenmann und Uwe Klemens, Vorsitzende des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes.....	14
Hybrid und entgrenzt arbeiten - Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention.....	18
Information, Beratung und Vernetzung Die BGF-Koordinierungsstellen als kassenarten- und trägerübergreifende Plattform	23
Sozialversicherungsträgerübergreifende Unterstützung im Rahmen der Informationsoffensive Pflege ...	26
Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie.....	28
Vier Jahre Kommunales Förderprogramm - eine Zwischenbilanz	28
Herausforderung Klimawandel - auch eine Aufgabe für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention?	31
Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern.....	33
Baden-Württemberg: Gesundheitslotsen als Brückenbauer für Menschen mit Flucht- und Zuwanderungserfahrung	34
Bayern: Pfliegende Angehörige im Netzwerk „Gemeinde stärken“	35
Berlin: Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Berlin	36
Brandenburg: selbstbestimmt - Kindeswohl im Blick	37
Bremen: Digital Empowerment - Neue Wege in der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende	38
Hamburg: Partizipativ, vernetzt, gesund: Lokale Vernetzungsstellen Prävention	39
Hessen: Novellierung der Landesrahmenvereinbarung	40
Mecklenburg-Vorpommern: Kinder aus psychisch und/oder suchtblasteten Familien nachhaltig stärken	41
Niedersachsen: Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“	42
Nordrhein-Westfalen: Landesprogramm „KIPS Prävention NRW: Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“	43
Rheinland-Pfalz: BEWARE - Bewusstsein. Aufklärung. Resilienz	44
Saarland: Gesund in allen Lebensphasen	45
Sachsen: Partner finden sich - Leistungsangebote entstehen	46
Sachsen-Anhalt: PAF@Home - Pflegebedürftige in der Häuslichkeit AKTIV fördern.....	47
Schleswig-Holstein: „Alle mit ins Boot“ - gemeinsam die psychische Gesundheit von Kindern im Blick	48
Thüringen: KOBAGS - Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen	49

Zahlen im Überblick	50
GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V)	52
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)	53
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht	54
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	55
Anzahl der Lebenswelten	56
Art und Anzahl der Lebenswelten	57
Laufzeit	58
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	59
Zielgruppen	60
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	61
Koordination und Steuerung	62
Bedarfsermittlung	63
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	64
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	65
Art der Umgestaltung	65
Erfolgskontrollen	65
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen	66
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen	68
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	69

Betriebliche Gesundheitsförderung	79
Erreichte Betriebe, Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten und Laufzeiten der Aktivitäten	80
Branchen	81
Betriebsgröße	82
Erreichte Beschäftigte.....	83
Zielgruppen	84
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten	85
Beteiligung der Unfallversicherung	
an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	86
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	87
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	88
Koordination und Steuerung	89
Bedarfsermittlung.....	90
Formen der Mitarbeitendenbeteiligung	91
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	91
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	92
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen	93
Erfolgskontrollen	94
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung.....	95
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe	96
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation	100
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	101
Individuelle verhaltensbezogene Prävention.....	105
Inanspruchnahme	106
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	107
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	108
Zentrale Prüfstelle Prävention	
Komplexe Anforderungen nutzerfreundlich in die Praxis umgesetzt	111
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	113
Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI - zentrale Evaluationsergebnisse	114
Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	120
Leistungen in der Vorbereitungsphase.....	121
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation	122
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	123
Laufzeit der Aktivitäten	125
Zusammensetzung der Steuerungsgremien	126

Beteiligte Akteure	127
Ablauf der Umsetzungsphase.....	129
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen	133
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen	134
Präventionsziele in der stationären Pflege.....	135
Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	139
Care4Care - Erste Erkenntnisse zur digitalen betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege	140
PENELOPE - Förderung der seelischen Gesundheit in der Pflege	141
AusGleich - „Stressbewältigung digital“ für Pflegekräfte	142
Pilotprojekt Tandem - Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement aus einer Hand	143
EMMA - Evidenzbasierte Maßnahmenentwicklung des BGM/BGF als Modellprojekt für Ambulante Pflegedienste.....	144
PFLEGEprevent - Gesund im Pflegealltag	145
Verknüpfung der BGF für Pflegenden mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	146
Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen.....	147
gesaPflege geht in die Verbreitung - Gesundheit fördern mit vereinten Kräften	148
Handlungsbedarf zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	150
Prävention in der Pflege (PiP) - Die Gesundheit der Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen zusammengedacht	152
Empfehlungen und Ausblick	154
Anhang.....	156
Wichtige Kennziffern	156
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen	158
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	158
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention	159
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention.....	159
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	160
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen.....	160
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	161
Tabellenband.....	162
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht.....	163
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	163
Abbildungsverzeichnis.....	164

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2022 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 2021. Ein Sonderteil gibt zum dritten Mal einen vertiefenden Einblick in die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt

Die Corona-Pandemie hat die Arbeitswelt in hoher Geschwindigkeit verändert. Damit einhergehend haben sich auch die Anforderungen sowohl an die Betriebe als auch an die Beschäftigten verändert – mit Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Gestaltung von BGF. Der diesjährige Präventionsbericht legt den Schwerpunkt auf dieses Themenfeld und auf die Rolle, welche die gesetzlichen Krankenkassen dabei einnehmen. In dem einführenden Interview erläutern die Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes Dr. Susanne Wagenmann und Uwe Klemens die Bedeutung von BGF in einer sich verändernden und deutlich hybrideren Arbeitswelt und gehen dabei auf die aktuellen Herausforderungen ein. Deren Fazit: Es gibt viele Akteure und viele Angebote, aber diese sind oftmals zu wenig bekannt. Zudem müssen BGF-Angebote unabhängig von Branchenzugehörigkeit und Betriebsgröße weiter etabliert werden. Prof. Dr. Antje Ducki von der Berliner Hochschule für Technik legt in ihrem Fachbeitrag die zentralen Handlungsfelder für eine gesundheitsförderliche Gestaltung hybrider Arbeitsformen dar und gibt Impulse für die Weiterentwicklung der BGF. Die Beiträge zu den regionalen Koordinierungsstellen BGF und zur Informationsoffensive Pflege der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) geben Einblick in das kassenarten- bzw. sozialversicherungsträgerübergreifende Engagement im Themenfeld.

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Wie auch in den vergangenen Jahren wird über die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie berichtet. Hierzu wird anhand von Beispielen aus jedem Bundesland die Umsetzung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung (LRV) dargestellt. In den 16 Beiträgen zeigt sich das vielfältige Engagement in den Bundesländern, welches, wie auch im Jahr 2020, durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie geprägt war. Eingeführt werden die Beiträge aus den Bundesländern mit Informationen zu den Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz (NPK); hier wird schwerpunktmäßig über das Themenfeld Klima und Gesundheit berichtet. Das GKV-Bündnis für Gesundheit informiert über die Zwischenergebnisse aus vier Jahren Förderprogramm; das Förderprogramm erreicht rund 100 Kommunen bundesweit.

Zahlen im Überblick

Durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie (z. B. Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen und Kindertagesstätten) war im Berichtsjahr 2020 ein deutlicher Rückgang der Maßnahmen und Ausgaben der Gesundheitsförderung und Prävention zu verzeichnen. 2021 konnten die Krankenkassen ihr Engagement wieder verstärken und dem Niveau vor Beginn der Pandemie annähern.

Im Berichtsjahr wurden Menschen in 40.650 Lebenswelten mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht (2020: 36.311). Mit Aktivitäten der BGF wurden 1.768.604 Beschäftigte in 18.437 Betrieben angesprochen (2020: 1.674.742 Betriebe). Die Krankenkassen förderten 796.595 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 31 % weniger Kursteilnahmen dokumentiert (2020: 1.157.305 Teilnahmen).

Insgesamt lässt sich eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Berichtsjahr 2020 feststellen. So gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention insgesamt 537.678.717 Euro aus (2020: 414.259.853 Euro). Dabei wurden durchschnittlich 7,34 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind etwa 30 % mehr als im Vorjahr (2020: 5,66 Euro). Der Anstieg ist auf ein höheres Ausgabenvolumen in den beiden Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und BGF zurückzuführen. Die Ausgaben für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten lagen bei 147.509.502 Euro (2020: 102.550.223 Euro), für BGF-Maßnahmen bei 246.897.000 Euro¹ (2020: 159.407.107 Euro). Für individuelle Präventionsangebote wendeten die Krankenkassen 143.272.215 Euro auf. Dabei sind die Ausgaben im Vergleich zu 2020 (152.302.523 Euro) um 6 % gesunken.

Die Pflegekassen erreichten mit ihren Maßnahmen für Prävention 92.046 pflegebedürftige Menschen in 1.859 stationären Pflegeeinrichtungen. Das sind 7 % mehr erreichte Pflegebedürftige im Vergleich zum Vorjahr (2020: 86.255). Die Ausgaben wurden dementsprechend gesteigert. Die Pflegekassen gaben 2021 durchschnittlich einen Beitrag von 0,22 Euro je Versicherten für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen aus und investierten 16.289.401 Euro in die Beratung und Unterstützung von Präventionsaktivitäten (2020: 15.344.376 Euro).

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die Krankenkassen engagieren sich im Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention für die Schaffung niedrigschwelliger Angebote und unterstützen beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten. Insgesamt konnten 40.650 Lebenswelten erreicht werden. Nachdem 2020 (36.311) die Anzahl der erreichten Lebenswelten pandemiebedingt um 19 % zurückgegangen war (2019: 45.077), konnte ein Teil des Rückgangs im aktuellen Berichtsjahr mit 12 % mehr erreichten Lebenswelten als im Vorjahr wieder aufgeholt werden. In Kitas² und Grundschulen fanden mit jeweils 26 % die meisten Aktivitäten statt.

Bei einem Großteil der Projekte wurden Steuerungsstrukturen etabliert (zu 91 %), die von der Bedarfsanalyse über die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation begleiten und inhaltlich strukturieren.

Das Kooperationsprojekt von Krankenkassen und Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt fördert die Gesundheit arbeitsloser Menschen. Das Projekt wurde 2021 an 224 Standorten umgesetzt.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen 1.768.604 Beschäftigte in 18.437 Betrieben erreichen. Während in den Vorjahren stets das verarbeitende Gewerbe die am besten erreichte Branche darstellte, trifft dies im aktuellen Berichtsjahr mit 27 % auf den Bereich der weiteren Dienstleistungen zu.

¹ Die Ausgaben in der BGF enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 36,4 Millionen Euro (Stand 20.10.22), die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist die nichtverausgabten Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

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

Bei 46 % der Projekte wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Am häufigsten sind hier die Entscheidungsebene des Betriebs (88 %) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (69 %) beteiligt.

Die Krankenkassen engagierten sich in 146 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF. Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) konnten am häufigsten von überbetrieblichen Netzwerken profitieren. Diese waren zu 35 % an den Netzwerken und Kooperationen beteiligt.

Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention an freiwillig gesetzten Zielen aus. Die für 2021 geltenden Ziele für Lebenswelten- und BGF-Aktivitäten fallen in die Zieleperiode von 2019 bis 2024. Die Umsetzung der Ziele wird im Präventionsbericht dokumentiert.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote richten sich an die einzelnen Versicherten und unterstützen dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu erlernen und langfristig in den Alltag zu integrieren.

2021 wurden insgesamt 796.595 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert, was einem Rückgang um 31 % im Vergleich zu 2020 (1.157.305) entspricht. 80 % der Kursteilnehmenden waren weiblich.

Mit 60 % wurden am häufigsten Kursangebote im Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen, gefolgt von Kursteilnahmen im Handlungsfeld Stressmanagement mit 36 %.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen setzten 2021 in 1.859 Pflegeeinrichtungen präventive Leistungen in allen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ um. Damit blieb die Umsetzung von präventiven Aktivitäten im Vergleich zum ersten Pandemiejahr auf einem stabilen Niveau (2020: 1.866 Pflegeeinrichtungen). Mit den durchgeführten Maßnahmen wurden 92.046 pflegebedürftige Menschen erreicht und damit 7 % mehr als im Vorjahr (86.255). Der Aufwand für die Umsetzung der geplanten und laufenden Maßnahmen war aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen aus Sicht aller Beteiligten hoch. Dies hatte zur Folge, dass weniger Leistungen in die Vorbereitung neuer Maßnahmen investiert werden konnten. Im Vergleich zum Jahr 2019, also dem Jahr vor der Corona-Pandemie, konnte der zuvor stete Leistungsanstieg im zweiten Pandemiejahr mit Blick auf die erreichten Pflegeeinrichtungen nicht fortgeführt werden.

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Mit der 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 nun bereits im dritten Jahr über das Engagement der Kranken- und Pflegekassen berichtet. Dabei werden sechs Forschungs- und Praxisbeispiele vorgestellt, die Maßnahmen in der BGF nach § 20b SGB V für beruflich Pflegenden entwickeln bzw. umsetzen. Vier weitere Forschungs- und Praxisbeispiele geben einen Einblick, wie BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI sinnvollerweise verknüpft werden kann. Die Beispiele spiegeln das vielfältige Engagement der Kranken- und Pflegekassen wider und verdeutlichen das Potenzial digitaler Angebote in der Pflege. Ergänzend findet sich im Bericht auch eine quantitative Auswertung zu diesem kombinierten Vorgehen.

Empfehlungen und Ausblick

Die Dokumentation für das Jahr 2021 zeigt, dass der im Jahr 2020 verzeichnete pandemiebedingte Rückgang sowohl der Ausgaben als auch der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zum Teil wieder aufgeholt werden konnte. Der Ausgabenanstieg ist insbesondere auf die Aktivitäten in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten zurückzuführen. Die Strukturen und Formen der Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Partner haben sich als äußerst verlässlich und widerstandsfähig erwiesen. Dies stimmt positiv, wenngleich die Notwendigkeit für niedrigschwellige und bedarfsgerechte Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in Zukunft weiter zunehmen wird.

Globale und gesellschaftliche Herausforderungen (z. B. Auswirkungen der Corona-Pandemie und des Klimawandels auf die Gesundheit) verdeutlichen umso mehr die Notwendigkeit eines breiten gesamtgesellschaftlichen Ansatzes zur Förderung der Gesundheit, der über den Gesundheitssektor und das Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen hinausgeht.

Viele Akteure, viele Angebote – aber zu wenig bekannt

Interview mit Dr. Susanne Wagenmann und Uwe Klemens,
Vorsitzende des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes

Die Corona-Pandemie hat das gesamte gesellschaftliche Leben eingeschränkt und natürlich auch vor der Gesundheitsförderung und Prävention nicht haltgemacht. Welche Herausforderungen sich in den letzten zwei Jahren für die Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gestellt haben, wie sich zunehmende Digitalisierung der Arbeit und Homeoffice auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken und wie Unternehmen bei der BGF noch besser unterstützt werden können, darüber sprachen die Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes Dr. Susanne Wagenmann und Uwe Klemens im Interview.

Wir stecken in der Pandemie, die uns nun gut zwei Jahre begleitet, und diese haben Sie sicherlich beruflich und privat gefordert. Frau Wagenmann, wie haben Sie es denn geschafft, gesundheitlich gut durch die letzten Jahre zu kommen?

Wagenmann: Eigentlich mit einer ganz einfachen Maßnahme: Ich bin tatsächlich jeden Tag zu Fuß zur Arbeit gelaufen und wieder zurück. Zum einen bewahrt einen das vor dicht gedrängten Menschenmengen im ÖPNV mit Ansteckungsrisiko, und zum anderen ist es natürlich wunderbar, um abends wieder runterzukommen von der Arbeit und sich zu entspannen.

Und Sie Herr Klemens, hatten Sie auch ein Geheimrezept?

Klemens: Ich fahre zweimal die Woche Rad, immer um die 50 km und mache viel Seniorengymnastik. Und ähnlich wie Frau Dr. Wagenmann meide ich in München seit zwei Jahren den ÖPNV. Ganz allgemein halte ich mich an die Regeln, weil ich sie nicht als Einschränkung meiner Freiheit empfinde, sondern als einen Schutz. Denn ich möchte als jemand, der einer vulnerablen Gruppe angehört, vermeiden, diese Infektion zu bekommen.

In unserem Gespräch heute geht es um betriebliche Gesundheitsförderung, eben vor allem mit Blick auf die Corona-Pandemie und die letzten Jahre. Viele Betriebe sind durch die Pandemie und deren Folgen finanziell angegriffen, etliche mussten ihre Mitarbeitenden in Kurzarbeit schicken. Frau Wagenmann, sehen Sie die Gefahr, dass eventuell nur Unternehmen, die finanziell gut aufgestellt sind, sich betriebliche Gesundheitsförderung leisten können?

Wagenmann: Das glaube ich nicht. Sie haben vollkommen recht, die Wirtschaft war in der Corona-Pandemie stark gefordert. Die Betriebe haben aber auch gezeigt, was für enorme Anstrengungen sie unternehmen, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu schützen. Und das tun sie auch aktuell noch. Sie waren sehr schnell – sogar schon vor den gesetzlichen Vorgaben – dabei, Infektionsschutz- und Testkonzepte einzuführen und umzusetzen. Viele Unternehmen haben mit ihren Betriebsärztinnen und Betriebsärzten eigene betriebliche Impfkampagnen durchgeführt.

Tatsächlich haben sich die Betriebe während der Pandemie natürlich stark auf den Infektionsschutz fokussiert – und jetzt ist es wichtig, dass wir wieder mehr zur Förderung der Gesundheit kommen. Was nicht heißt, dass sich trotz der Corona-Pandemie nicht viele Unternehmen weiterhin bei der Gesundheitsförderung engagiert haben. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben alle Möglichkeiten genutzt, um Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für ihre Versicherten unter den durch Corona bedingten Einschränkungen vorzuhalten. Tatsächlich wurden so selbst während der Corona-Pandemie immer noch viele Unternehmen mit BGF-Maßnahmen erreicht, mit 73 % im Jahr 2020 und 65 % im Jahr 2021 insbesondere auch kleine und mittlere Unternehmen. Das macht mir Hoffnung, dass die Unternehmen ihr Engagement im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht zurückfahren, sondern dieses im Gegenteil weiterführen oder gar verstärken.

Wir glauben, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung auch und gerade dann lohnt, wenn es schwierig ist. Weil es gerade in solchen Zeiten wichtig ist, dass Unternehmen gesunde Mitarbeitende haben - und dazu kann betriebliche Gesundheitsförderung maßgeblich beitragen.

Eine große Herausforderung, die letztlich alle Unternehmen meistern mussten, war und ist zu organisieren, wie ihre Mitarbeitenden überhaupt weiterarbeiten konnten. Die Digitalisierung hat dadurch in den vergangenen zwei Jahren einen ordentlichen Schub bekommen. Viele haben mobil gearbeitet, Videokonferenzen haben verstärkt persönliche Meetings ersetzt. Herr Klemens, wenn Sie auf das mobile Arbeiten schauen, welche spezifischen Anforderungen sehen Sie da?

Klemens: Mobiles Arbeiten darf nicht dazu führen, dass Menschen sich noch mehr ausbeuten, als es heute schon teilweise der Fall ist. Ich glaube, dass uns Homeoffice bzw. das damit verbundene stärker digitalisierte Arbeiten dauerhaft im Arbeitsleben begleiten wird. Wir müssen aber sehr darauf achten, dass die Menschen ihre sozialen Kontakte zur Betriebsgemeinschaft, zu den anderen Kolleginnen und Kollegen nicht verlieren. Und dass sich ihr privates und berufliches Leben nicht entgrenzt. Ja, die Arbeitswelt wird sich verändern. Da hat die Pandemie etwas ausgelöst, was nicht mehr zurückgeschraubt werden kann und sollte. Aber wir müssen jetzt einen Mittelweg finden, der die Vorteile traditioneller Präsenzarbeit und flexibler, digitaler Arbeit verbindet.

Ich möchte dabei insbesondere auf einen Aspekt hinweisen, der in der Diskussion manchmal zu kurz kommt. Wir müssen im Blick haben, dass nicht in allen Branchen gleichermaßen mobil gearbeitet werden kann. Ein Teil der Arbeitnehmenden kann aufgrund der Informations- und Wissensorientierung ihrer Arbeit, mit der entsprechenden Infrastruktur und den Willen des

Arbeitgebers vorausgesetzt gut von zu Hause arbeiten. Ein anderer Teil, z. B. Arbeitnehmende im Gesundheitswesen, in der Produktion und im Handel, kann kaum Gebrauch vom mobilen Arbeiten machen. Es existiert zudem eine stark ausgeprägte soziale Ungleichheit: Je höher das Qualifikationsniveau, desto häufiger wird im Homeoffice gearbeitet. Es ist deshalb wichtig, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung insbesondere auch in den Produktions- und Dienstleistungsbereichen mit Kundenkontakt weiter zu etablieren.

Frau Wagenmann, welche besonderen Herausforderungen sehen Sie mit Blick auf die letzten zwei Jahre und jetzt in der Gegenwart, wenn es um die Gesundheit der Mitarbeitenden in den Betrieben geht?

Wagenmann: Herr Klemens hat es schon angesprochen: Mobile Arbeit war und ist ein bedeutendes Thema auch im Zusammenhang mit der Gesundheit der Beschäftigten. Damit es dabei nicht zu starken Belastungen kommt, kommt es auf eine gut ausgeprägte Gesundheits- und Ge-



staltungskompetenz der Beschäftigten an, damit sie z. B. nicht selbst die Arbeit entgrenzen. Hier müssen wir die Beschäftigten sensibilisieren, informieren, und das ist auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung ein Thema, an dem Unternehmen, Beschäftigte und Krankenkassen gemeinsam arbeiten müssen. Denn die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland ist noch nicht so stark ausgeprägt, wie Studien zeigen. Das ist definitiv ein Feld, auf dem es noch Verbesserungen geben kann und muss.

Aber es gibt ja auch positive Dinge, die man aus der letzten Zeit mitnehmen kann. So haben Krankenkassen und Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement zum Teil online durchgeführt, sodass entsprechende Maßnahmen im Homeoffice wahrgenommen werden konnten. Heißt also: Wir brauchen Verantwortung von allen Beteiligten. Die Unternehmen können und müssen das Arbeitsumfeld gesundheitsförderlich gestalten und die Beschäftigten unterstützen, die eigene Gesundheit zu stärken. Aber es bedarf immer auch der Mitarbeit der Beschäftigten – denn letztlich kann sich niemand stellvertretend für das Individuum gesundheitsförderlich verhalten. Da braucht es insbesondere Eigenverantwortung und ein Zusammenspiel. Gerade der Bereich mobile Arbeit wird hier noch eine Herausforderung sein, die es zu meistern gilt.

Herr Klemens, welche Rolle kommt den Führungskräften in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu und wie hat sich deren Rolle während der Corona-Pandemie gewandelt?

Klemens: Ich halte Führungskräfte für eine sehr wichtige Zielgruppe in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wenn ich selbst Sorge für mich trage, hat das auch Auswirkungen auf das Wohlergehen meiner Mitarbeitenden. Ich kann damit positive Signale senden und eine gewisse Vorbild-

funktion einnehmen. Die Herausforderungen, die mit der Corona-Pandemie einhergehen, haben Führungskräfte aber sicherlich stark gefordert. Noch mehr als unter normalen Umständen waren Vertrauen, Kommunikationsfähigkeit, Delegationsfähigkeit und auch Empathie gegenüber den Mitarbeitenden gefordert. Manche Themen, die vor einiger Zeit noch Randthemen waren, haben stark an Bedeutung gewonnen. Denken Sie z. B. nur an das Thema „Führen auf Distanz“. Es ist wichtig, dass Betriebe Führungskräfte durch entsprechende Weiterbildungs- und Trainingsmöglichkeiten in ihrer Rolle unterstützen.

Ich würde gern noch einmal auf den Aspekt der vor allem bei kleinen und mittelständischen Unternehmen in den letzten Jahren zunehmend fehlenden Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderung zurückkommen. Wie können diese Unternehmen dabei besser unterstützt werden?

Wagenmann: Vorweggesagt: Der Eindruck, kleine und mittlere Unternehmen machten keine betriebliche Gesundheitsförderung, stimmt nicht. Wie eingangs schon erwähnt, waren 65 % der Betriebe, die im Jahr 2021 an von Krankenkassen geförderten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt waren, kleinere und mittlere Betriebe, im Jahr 2020 waren es sogar 73 %. Tatsächlich stehen sie aber dabei vor besonderen Herausforderungen. Großbetriebe haben Ressourcen für BGF-Maßnahmen, Kleinbetriebe eher nicht. Maßnahmen, die im Betrieb stattfinden, sind dort z. B. nur schwer möglich. Gerade bei kleinen und mittleren Unternehmen ist es ganz wichtig, dass die Angebote auf deren besondere Bedingungen zugeschnitten werden – etwa dass Maßnahmen und Trainings so konzipiert sind, dass sie besser in den Betrieben angeboten werden können und es arbeitsintegrierte Angebote gibt. Nach unserer Erfahrung ist der Erfolg von Gesundheitsförderung oft keine Frage der fehlenden Ressourcen im Unternehmen, sondern ob die Maßnahmen wirklich maß-

geschneidert zu diesem Unternehmen passen. Und hier bieten die BGF-Koordinierungsstellen, die Unternehmen begleiten, kostenlose Erstberatungen an und beim Aufbau betrieblicher Gesundheitsförderung unterstützen, eine große Hilfe. Das ist genau das, was die kleinen und mittleren Unternehmen brauchen.

Herr Klemens, nun sind die Krankenkassen nicht die einzigen, die sich da beteiligen können. Es gibt auch noch andere für Gesundheitsförderung Verantwortliche, etwa die Rentenversicherung und die Kommunen. Wie schätzen Sie die Verzahnung der verschiedenen Stellen ein, läuft das schon reibungslos?

Klemens: Durch das Präventionsgesetz hat die betriebliche Gesundheitsförderung einen beträchtlichen Schub erhalten. Die Krankenkassen haben sich verstärkt engagiert und, wie von Frau Dr. Wagenmann angesprochen, auch ein gemeinsames Angebotsportal – die BGF-Koordinierungsstellen – etabliert, das von den Betrieben gut angenommen wird. Diese Stellen sind in den letzten Jahren auch zu Knotenpunkten für eine trägerübergreifende Vernetzung aller wichtigen Akteure im Handlungsfeld Gesundheit und Arbeit geworden. Sie haben durch Beratertage und ähnliche Veranstaltungen die wechselseitige Kenntnis über die Angebote von Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, staatlichem Arbeitsschutz und Gesundheitsanbietern vor Ort verbessert und gemeinsame Informationsveranstaltungen für die Betriebe bestimmter Branchen und Regionen durchgeführt. Inzwischen kennen sich Aufsichtspersonen der Unfallversicherung, Beratende der Rentenversicherung und BGF-Fachkräfte der Krankenversicherung viel besser als früher und stimmen sich verstärkt ab. Eine Herausforderung ist die Einbeziehung des staatlichen Arbeitsschutzes und der Kommunen, aber auch hier gibt es Ansätze, z. B. die Betriebspartnerschaften Hamburg-Bergedorf und die sogenannten Betriebsnachbarschaften im Rheinland, wo auch gezielt Gesundheitsanbieter aus der Region ein-

gebunden wurden. Ich würde mir wünschen, dass sich solche Ansätze noch weiter verbreiten.

Wagenmann: Ich glaube auch, dass die BGF-Koordinierungsstellen eine Lotsenfunktion übernehmen können. Wir haben schon jetzt viele Angebote, viele Akteure – wir müssen diese aber noch bekannter machen, damit die Unternehmen davon wissen und sie dann auch nutzen können.

Wenn wir mal in die Zukunft schauen: Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, damit betriebliche Gesundheitsförderung flächendeckend etabliert ist?

Wagenmann: Wir werden betriebliche Gesundheitsförderung und die Unterstützungsangebote hierfür weiter bekannt machen müssen. Den Krankenkassen kommt hier eine besondere Bedeutung zu, sie müssen ihre Angebote weiter gut promoten und nach vorne bringen, gerade auch bei kleinen und mittleren Unternehmen. Ich denke, dass dann auch die Nutzung noch weiter steigen wird.

Und, Herr Klemens, was würden Sie sich mit Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung für die Zukunft wünschen?

Klemens: Ich wünsche mir, dass die großen Industriebetriebe, die sich das auch leisten können, verstehen, dass betriebliche Gesundheitsförderung ein Wettbewerbsvorteil sein kann. Kleine und mittlere Unternehmen profitieren insbesondere von überbetrieblichen Netzwerken. Diese Möglichkeiten sollten wir auch gemeinsam mit den Wirtschaftsverbänden wie Handwerkskammern, IHK und Arbeitgeberorganisationen noch stärker verbreiten.

Frau Wagenmann, Herr Klemens, vielen Dank für das Gespräch.

Hybrid und entgrenzt arbeiten - Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention



Autorin:
Antje Ducki,
Berliner Hochschule für
Technik

Krise als neuer Dauerzustand

Aktuell überlagern sich nationalstaatliche und wirtschaftliche Krisen mit der Klimakrise und den Ausläufern einer pandemischen Gesundheitskrise, und es ist absehbar, dass die Gesellschaft noch längere Zeit im Krisenmodus verharren wird. So drohen durch die Energiekrise längerfristige wirtschaftliche Verwerfungen, die zu Betriebs-schließungen und Arbeitslosigkeit führen können, was existenzielle Unsicherheiten und Ängste vergrößert. Zunehmende Extremwetterlagen sind verbunden mit neuen Gefährdungen der Gesundheit und erzwingen einen überfälligen Umbau von Infrastrukturen und Wirtschaftssystemen. Aber Krisen können auch positive Folgen haben. Die Corona-Pandemie hat bekanntermaßen zu einem enormen Digitalisierungsschub geführt und die Wahl des Arbeitsortes für Beschäftigte flexibilisiert. Der klimabedingte Umbau hin zur Kreislaufwirtschaft schafft neue sinnvolle Aufgaben, was zu mehr Zufriedenheit, Wohlbefinden und positiver Identifikation mit der Arbeitstätigkeit beitragen kann. Eine wesentliche Erkenntnis aus der Pandemie ist, dass auch schwere Krisen bewältigbar sind, wenn unkonventionelle Lösungen möglich gemacht werden, wenn Unternehmen und Beschäftigte zu maximaler Flexibilität bereit sind, Probleme auf Sicht gelöst und gleichzeitig langfristige Entwicklungen und Gefahren nicht aus dem Blick verloren werden. Dies erfordert ein Maximum an Verantwortungsbewusstsein bei allen Handelnden, die Fähigkeit, vernetzt über Fachdisziplinen hinweg zu denken und kooperativ zu handeln. Um auch mit zukünftigen komplexen Krisen fertigzuwerden, bedarf es organisationaler und individueller Resilienz, die zu einer übergeordneten Leitlinie für die Gestaltung von Arbeit und den Erhalt der Gesundheit wird.

Postpandemische Entwicklungen der Arbeitswelt

Die Corona-Pandemie gilt als Katalysator für die Umgestaltung der Arbeitswelt. Vor der Pandemie hat beispielsweise nur etwa ein Zehntel der Beschäftigten zeitweise von zu Hause gearbeitet. 2020 arbeiteten 36 % der Beschäftigten ganz oder teilweise von zu Hause.¹ Das ifo-Institut schätzt, dass heute 56 % der deutschen Beschäftigten grundsätzlich von zu Hause arbeiten könnten.² Eine deutliche Mehrheit der Unternehmen plant, auch zukünftig hybrid zu arbeiten.³ Dabei wünschen sich Beschäftigte für die Zukunft vor allem Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihres Arbeitsortes.

Hybride Arbeitsformen, bei denen von mehreren Orten aus gearbeitet werden kann, sind resilienzförderlich. Sie ermöglichen größere individuelle und betriebliche Flexibilität und sind klimafreundlich, weil unnötige Fahrten reduziert werden können. Zukünftig wird es für Unternehmen darauf ankommen, die richtige Balance zwischen den verschiedenen Arbeitsorten zu finden, die je nach Branche, betrieblicher und persönlicher Situation anders sein kann. Für diejenigen, die auch weiterhin ortsgebunden arbeiten müssen, werden langfristig Kompensationen für eine flexible Ortswahl zur Verfügung gestellt werden müssen.

Verbunden mit hybriden Arbeitsformen sind in den letzten Jahren unter der Überschrift „New Work“ weitergehende Umstrukturierungen der Arbeit erfolgt, die durch mehr Agilität, Enthierarchisierung, Demokratisierung und Autonomie geprägt sind.⁴ New Work bietet zahlreiche gesundheitliche Potenziale: So kann Arbeit selbstbestimmter und sinnvoller erlebt, Lebensbalancen können verbessert werden, es birgt aber gleichzei-

1 Bonin, H., Eichhorst, W., Kaczynska, J., Kümmerling, A., Rinne, U., Scholten, A. & Steffes, S. (2020). Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Kurzexpertise. Forschungsbericht 549. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

2 Demmelhuber, K., Englmaier, F., Leiss, F., Möhrle, S., Peichl, A. & Schröter, T. (2020). Homeoffice vor und nach Corona: Auswirkungen und Geschlechterbetroffenheit. ifo Schnelldienst digital 14.

3 Hofmann, J., Piele, A. & Piele, C. (2021). Arbeiten in der Corona-Pandemie. Leistung und Produktivität im „New Normal“. Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung.

4 Schermuly, C. & Koch, J. (2019). New Work und psychische Gesundheit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen (S. 127-138). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

tig auch Gefahren einer ungesunden Entgrenzung. Studien haben gezeigt, dass die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit im Homeoffice schwerer zu ziehen sind, Erreichbarkeit auch nach Feierabend, an Wochenenden oder im Urlaub selbstverständlicher wird, eine hohe Produktivität oft darüber hergestellt wird, dass Termine und Webkonferenzen eng getaktet sind und „natürliche“ Pausen durch Wegezeiten entfallen.⁵ Damit droht eine Erhöhung der Arbeitsintensität, neue Erschöpfungsformen wie „Zoom Fatigue“ und Bewegungsarmut kommen zu schon vorhandener Erschöpfung hinzu und können die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigen. Auch soziale Strukturen verändern sich, Bindungen, Gemeinschaftsgefühle und organisationales Commitment können schwinden⁶, Einsamkeit und Depressionen vor allem bei Alleinlebenden zunehmen⁷. Zwar bietet hybride Arbeit grundsätzlich die Möglichkeit, berufliche und private Erfordernisse besser zu vereinbaren, gleichzeitig können Lebensbalancen aber auch in neue Schiefagen geraten. Treffen z. B. „Segmentierer“, die einen Arbeitsstil präferieren, bei dem Arbeit im Homeoffice zeitlich und räumlich klar von familialen Anforderungen abgekoppelt wird, auf „Integrierer“, die eine Durchmischung von Arbeits- und familialen Anforderungen zulassen, können neue Konflikte in der familialen Arbeitsteilung entstehen und ggf. zu einer Mehrbelastung der Integrierer führen.

Es wird deutlich: Ob sich bei New Work gesundheitsförderliche oder -schädigende Effekte ergeben, ist vor allem von der konkreten Gestaltung der Arbeit abhängig. Dabei muss zukünftig der Blick über die Bedingungen der Erwerbsarbeit

hinaus auch auf die individuellen Arbeitsbedingungen im Homeoffice geweitet werden.

Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Vorrangige Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bestehen darin, Belastungen, die sich aus der Arbeit und insbesondere durch neue Arbeitsformen für die Gesundheit von Beschäftigten ergeben, zu identifizieren und abzubauen und gleichzeitig gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Dabei sollten auch zukünftig die Ausgangs- und Zielsituation analysiert, ein strukturierter PDCA-Zyklus eingehalten und verhältnismäßig verhaltensbezogenen Maßnahmen verknüpft werden.⁸ Für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von New Work ergeben sich darüber hinaus zahlreiche neue Handlungsfelder.

Funktionstüchtige technische Voraussetzungen schaffen

Besonders für hybride Arbeit sind die Funktionsfähigkeit und Qualität der IT-technischen Infrastruktur, vor allem die Verfügbarkeit, Zuverlässigkeit oder Reaktionsgeschwindigkeit der Systeme sowie die Servicequalität z. B. in der IT-Administration, von zentraler Wichtigkeit.⁹ Gute technische Voraussetzungen reduzieren Stress durch unnötige Wartezeiten oder Zusatzaufwand und fördern Handlungssicherheit. Zu einer guten technischen Ausstattung gehören auch unterschiedlich reichhaltige Kommunikationsmedien, aus denen die zur Aufgabe passenden ausgewählt werden können. Für zeit- und ortsunabhängiges Arbeiten sind Kollaborationsplattformen unverzichtbar. Sie liefern Struktur, Übersicht und

5 Baur, N. (i. V.). Auswirkungen mobiler Arbeit auf das Sozialkapital von Unternehmen – eine explorative Studie mit Mitarbeitenden und Führungskräften eines deutschen Industrieunternehmens. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2022. Verantwortung und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

6 Pfaff, R. & Schubert, K. (i. V.). Verantwortung von Individuen und Organisationen angesichts der weltweiten Herausforderungen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2022. Verantwortung und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

7 Tavares, A. (2017). Telerwork and health effects review. International Journal of Health Care 3, 30-36.

8 GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 6.3. „Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess“, S. 103 ff.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

9 Rau, R. & Hoppe, J. (2020). Neue Technologien und Digitalisierung in der Arbeitswelt. Erkenntnisse für die Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. iga.Report 41. Dresden: iga. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_41_Digitalisierung.pdf, Zugriffen: 30.06.22

Transparenz über den Stand der Arbeit und unterstützen die aufgabenbezogene und die informelle Kommunikation. Eine gut funktionierende, stabile und sichere IT-Infrastruktur ist ein fortlaufender technischer und kultureller Entwicklungsprozess, dessen Vorteile sich nur entfalten können, wenn alle Beschäftigten die Systeme kompetent und regelbasiert nutzen.

Daten- und Informationssicherheit dienen nicht nur der Stärkung der organisationalen Resilienz, sondern auch der Gesundheit, indem Beschäftigte Autonomie und Kontrolle über ihre persönlichen Daten behalten. Gleichzeitig müssen Beschäftigte für Fragen des Datenmissbrauchs und der Datensicherheit sensibilisiert und qualifiziert werden.

Hybride Arbeit braucht eine hybride Arbeitsorganisation

Damit sich gesundheitsförderliche Potenziale von New Work auch umsetzen, bedarf es einer Arbeitsorganisation, die gesunde Entgrenzung und maßvolles Arbeiten möglich macht.¹⁰ So wird zukünftig die Frage beantwortet werden müssen, welche Arbeitstätigkeiten im idealen Fall an welchem Ort stattfinden sollen. Dabei sind Aufgabenstrukturen und -erfordernisse mit räumlichen Verfügbarkeiten im Unternehmen, aber auch bei Beschäftigten im Homeoffice abzustimmen. Wann, wie oft und wofür sollen Beschäftigte im Betrieb anwesend sein, was sollte, kann gut im Homeoffice bearbeitet werden?

Bei der Organisation der Arbeit sollte zukünftig zudem auf einen guten Mix aus digitalen und analogen Tätigkeitselementen im Tages- bzw. Wochenverlauf geachtet werden. Wie ein gesunder Mix aussehen kann, muss jeweils gemeinsam mit den Beschäftigten in Abhängigkeit von der Arbeitsaufgabenstruktur entschieden werden.

Wird ausdrücklich agil gearbeitet, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit sich gesundheitsförderliche Potenziale entfalten können. Dazu gehören flache Hierarchien, die Einhaltung eines strikten Regelwerks, die Anpassung von Führungs- und Personalinstrumenten wie auch die notwendigen Qualifikationen aufseiten der Beschäftigten. Gesundheitsförderlich sind selbstorganisierte (Projekt-)Planungen, ein konsequenter Schutz vor Störungen von außen sowie gemeinsame Lernprozesse durch Reviews und Feedbacks, die auch Belastungen und Ressourcen zum Thema machen.¹¹

Gerade hybride Arbeit benötigt verlässliche arbeitszeitliche Vereinbarungen, die nicht nur vor gesundheitsschädlicher Arbeitsbelastung oder selbstgefährdendem Gesundheitsverhalten schützen, sondern auch individuelle Arbeitszeitpräferenzen mit betrieblichen Belangen abstimmen und kompatibel machen.

Gestaltung sozialer Beziehungen

Virtuelle Teamarbeit benötigt im Vergleich zur klassischen Teamarbeit ergänzende Maßnahmen, um den Kontakt der Teammitglieder untereinander abzusichern. Um ein gutes Teamgefühl aufrechtzuerhalten, muss vieles bewusst kommuniziert werden, was in Präsenz „nebenbei“ wahrgenommen werden kann. Hierfür müssen u. a. auch informelle Kommunikationskanäle (wie etwa private Chats) oder Meta-Informationen (z. B. wann ein Teammitglied zuletzt online war oder wie viele Personen einen Beitrag aufgerufen haben) bereitgestellt werden. Beschäftigte müssen durch Vorgesetzte ausdrücklich aufgefordert werden, diese auch zu nutzen. Insgesamt muss bei virtueller Arbeit deutlich mehr proaktiv und gezielt kommuniziert werden.

¹⁰ Bamberg, E., Ducki, A. & Janneck, M. (Hrsg.). (2022). Digitale Arbeit gestalten: Herausforderungen der Digitalisierung für die Gestaltung gesunder Arbeit. Wiesbaden: Springer.

¹¹ Bock, S. & Steinert, F. (2022). Agilität und Arbeitsmethoden. In E. Bamberg, A. Ducki & M. Janneck (Hrsg.), Digitale Arbeit gestalten: Herausforderungen der Digitalisierung für die Gestaltung gesunder Arbeit (S. 49-59). Wiesbaden: Springer.

Hybrid führen

Hybrid führen bedeutet vor allem Macht abzugeben und die Selbstorganisation des Teams gezielt zu fördern. Dazu bedarf es einer beratenden und partizipativen Grundhaltung sowie besonderer kommunikativer und digitaler Kompetenzen. Verhaltensbeeinflussung erfolgt stärker indirekt, z. B. durch Zielvereinbarungen, und strukturell, z. B. durch Transparenz der Aufgaben oder regelmäßige Meetings.¹² Führungskräfte müssen deutlich mehr schriftlich kommunizieren, Themen wie Gesundheit und Teamzufriedenheit müssen gezielt angesprochen und regelmäßig (auch mithilfe digitaler Tools) abgefragt werden.

Flexible Raumgestaltung

Büroflächen dienen zukünftig vorrangig der Förderung von formeller und informeller Kommunikation, der Anregung von teambasierten Lernprozessen wie auch der Förderung von Wohlbefinden und Identifikation mit dem Unternehmen. Damit die unterschiedlichsten Aktivitäten nebeneinander stattfinden können, bedarf es intelligenter Konzepte, die sowohl abgeschirmtes Arbeiten in Ruhebereichen als auch den lebendigen Austausch in offen gestalteten Besprechungsräumen oder Freizeitbereichen ermöglichen. Wird das Homeoffice zu einem gleichberechtigten Arbeitsort, muss der Arbeitgeber einen höhenverstellbaren Tisch und Schreibtischstuhl sowie einen zweiten, zumeist größeren Bildschirm zur Verfügung stellen.¹³

Neue Arbeitsorte - neue Gesundheitsakteure einbinden

Coworking Spaces haben sich in den letzten Jahren als erweiterte Arbeitsorte etabliert. Damit kommen Betreiberinnen und Betreiber von Co-

working Spaces als neue Akteure in der Gesundheitsförderung hinzu, da sie für die Gestaltung der Arbeitsumgebung und teilweise auch für die Bereitstellung geeigneter Arbeitsmittel verantwortlich sind. Studien zeigen, dass die ergonomische Beschaffenheit einiger Coworking Spaces nicht unbedingt gesundheitsfördernd ist und auch hier zukünftig Gestaltungsbedarf besteht.¹⁴

Mensch-Maschine-Kollaboration gestalten

Die Zusammenarbeit von Menschen und Maschinen wird immer selbstverständlicher. Unter der Perspektive einer humanzentrierten Gestaltung ist bei der Gestaltung der Mensch-Maschine-Kollaboration darauf zu achten, dass repetitive Aufgabenbestandteile Maschinen zugeordnet werden und planerisch komplexe Aufgabenbestandteile beim Menschen verbleiben, um Steuerungs- und Regulationskompetenzen für den Menschen auch weiterhin zu erhalten. Studien zeigen, dass Eingriffsmöglichkeiten in automatisierte Prozesse bei Menschen Stress reduzieren und die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen.¹⁵

Empowerment der Beschäftigten

Auf der Seite der Verhaltensprävention steht das Empowerment der Beschäftigten im Vordergrund: Beschäftigte müssen in hybriden Arbeitsformen neben ihren eigentlichen Arbeitstätigkeiten vermehrt zusätzliche Aufgaben übernehmen, die herkömmlich der Arbeitgeberseite zufallen. Dazu zählen z. B. die (technische wie ergonomische) Einrichtung des mobilen oder Heimarbeitsplatzes, die Gewährleistung von Informationssicherheit und Datenschutz, die Pausengestaltung, die Regulation der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, die zeitliche Zuteilung und Planung von

12 Boos, M., Hardwig, T. & Klötzer, S. (2022). Virtuelle und mobile Arbeitsformen. In E. Bamberg, A. Ducki & M. Janneck (Hrsg.), *Digitale Arbeit gestalten: Herausforderungen der Digitalisierung für die Gestaltung gesunder Arbeit* (S. 71-82). Wiesbaden: Springer.

13 Hofmann, J., Piele, A. & Piele, C. (2021). Arbeiten in der Corona-Pandemie. Leistung und Produktivität im „New Normal“. Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung.

14 Backfisch, A., Ducki, A. & Borde, T. (2021). Arbeitsorte der Zukunft - Gesundheitsfördernde Gestaltung von Coworking Spaces und Home-Office. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken - Lehren aus der Pandemie* (S. 311-326). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

15 Robelski, S. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Mensch-Maschine-Interaktion*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20160713/4d>

Arbeitsaufgaben, die Organisation von Kommunikationswegen und -mitteln. Für diese Aufgaben benötigen sie Arbeitsgestaltungswissen, welches ggf. im Rahmen von betrieblichen Qualifizierungen erworben werden muss. Darüber hinaus müssen Basiskompetenzen für selbstorganisiertes Arbeiten, digitale Kompetenzen und Gesundheitskompetenzen weiter ausgebaut und miteinander verbunden werden. Die Verantwortung für die Qualifizierung liegt bei den Unternehmen. Digitale Tools in Form von Online-Trainings, Webinaren o. Ä. können hierbei sinnvoll zum Einsatz gebracht werden.

Hybride BGM-Strukturen aufbauen und gestalten

Auch BGM-Prozesse werden zukünftig mehr oder weniger digitalisiert erfolgen: Digitale Plattformen können z. B. Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen liefern, Online-Seminare oder Selbsttests zur Verfügung stellen. Im betrieblichen Kontext können Plattformen Online-Befragungen sowie verhaltens- und verhältnisbezogene Trainingsangebote für die Nutzung bereitstellen. Digitale Angebote sind weitgehend individuumzentriert ausgerichtet. Wenn das Ziel aber die Veränderung von Strukturen und Arbeitsbedingungen ist, müssen Kolleginnen und Kollegen sowie Führungskräfte einbezogen werden. Für eine systematische Integration digitaler Angebote in das BGM bedarf es daher auch zukünftig Steuerkreise und BGM-Verantwortlicher. BGM-Verantwortliche werden die Aufgaben haben, qualitätsgesicherte (Online-)Präventionsangebote auszuwählen, den Beschäftigten vorzustellen, die Nutzung anzuregen, zu begleiten und zu evaluieren. Darüber hinaus werden individuelle und teambezogene Maßnahmen, digitale und Vor-Ort-Maßnahmen zu

koordinieren und betriebliche Veränderungsprozesse zu organisieren sein.¹⁶

Wenn die Zukunft der Arbeit hybrid und digital ist, sollten zukünftig auch qualitätsgesicherte hybride BGM-Angebote zum Standardangebot der Krankenkassen gehören. Kriterien für die Qualitätssicherung liegen vor.¹⁷ Aktuell sind verschiedene Varianten eines hybriden BGM für verschiedene Branchen in der Erprobung.¹⁸ Die nächsten Jahre werden zeigen, wie eine optimale Kombination aus digitalen und Vor-Ort-Angeboten aussehen kann. Ein Anfang ist gemacht.

16 Tanner, G., Ducki, A. & Steinke, T. (2022). Verhältnisprävention digital umsetzen: Integrative Plattformen als Weg für eine umfassende Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & M. Janneck (Hrsg.), *Digitale Arbeit gestalten: Herausforderungen der Digitalisierung für die Gestaltung gesunder Arbeit* (S. 281-297). Wiesbaden: Springer.

17 GKV-Spitzenverband. (2021). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V* (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 7 „Digitale Prävention und Gesundheitsförderung“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

18 Lennefer, T., Ducki, A. & Lehr, D. (2021). Care4Care - ein digital unterstützter pflegespezifischer Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung. In GKV-Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), *Präventionsbericht 2021* (S. 128).

Information, Beratung und Vernetzung

Die BGF-Koordinierungsstellen als kassenarten- und trägerübergreifende Plattform

Seit 2017 arbeiten in 16 Bundesländern und auf der Bundesebene kassenarten- und trägerübergreifende sowie diverse externe Akteure im Rahmen der BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) zusammen, um die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Kleinunternehmen weiter zu stärken. Durch das Informations- und Beratungsportal der BGF-KS www.bgf-koordinierungsstelle.de erhalten Unternehmen zeit- und ortsunabhängig primär Informationen über den Nutzen, Mehrwert und die Umsetzungsmöglichkeiten von BGF. Auf Wunsch der Unternehmen erfolgt nach einer Beratungsanfrage die persönliche Kontaktaufnahme zur Erstberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Hierdurch werden an BGF interessierte Unternehmen individuell beraten sowie vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, um Hemmschwellen abzubauen und ins Handeln zu kommen.

Information und Beratung in Zeiten der Pandemie

Dank des digitalen Informations- und Beratungsportals konnte das Angebot der BGF-KS auch während der Pandemie aufrechterhalten werden. Insgesamt wurden 1.827 Anfragen über das Portal verzeichnet. Trotz temporären Lockdowns sind beispielsweise 2021 insgesamt 229 Anfragen bei der BGF-KS eingegangen. Mehr als die Hälfte der im Zeitraum von Mai 2017 bis Dezember 2021 anfragenden Unternehmen (ca. 55 %) waren kleine Unternehmen mit unter 100 Beschäftigten, ca. 39 % hatten bis zu 49 und weitere 33 % 50 bis 249 Beschäftigte. Aus dem Gesundheits- und Sozialwesen wurden 160 Anfragen verzeichnet. Darunter 68 aus den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern und Hochschulkliniken. Die Auswertungen zeigen: Der gesetzliche Auftrag, Kleinunternehmen sowie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen mit dem Angebot zu erreichen, wird erfüllt.

Überbetriebliche und sozialträgerübergreifende Vernetzung und Kooperation

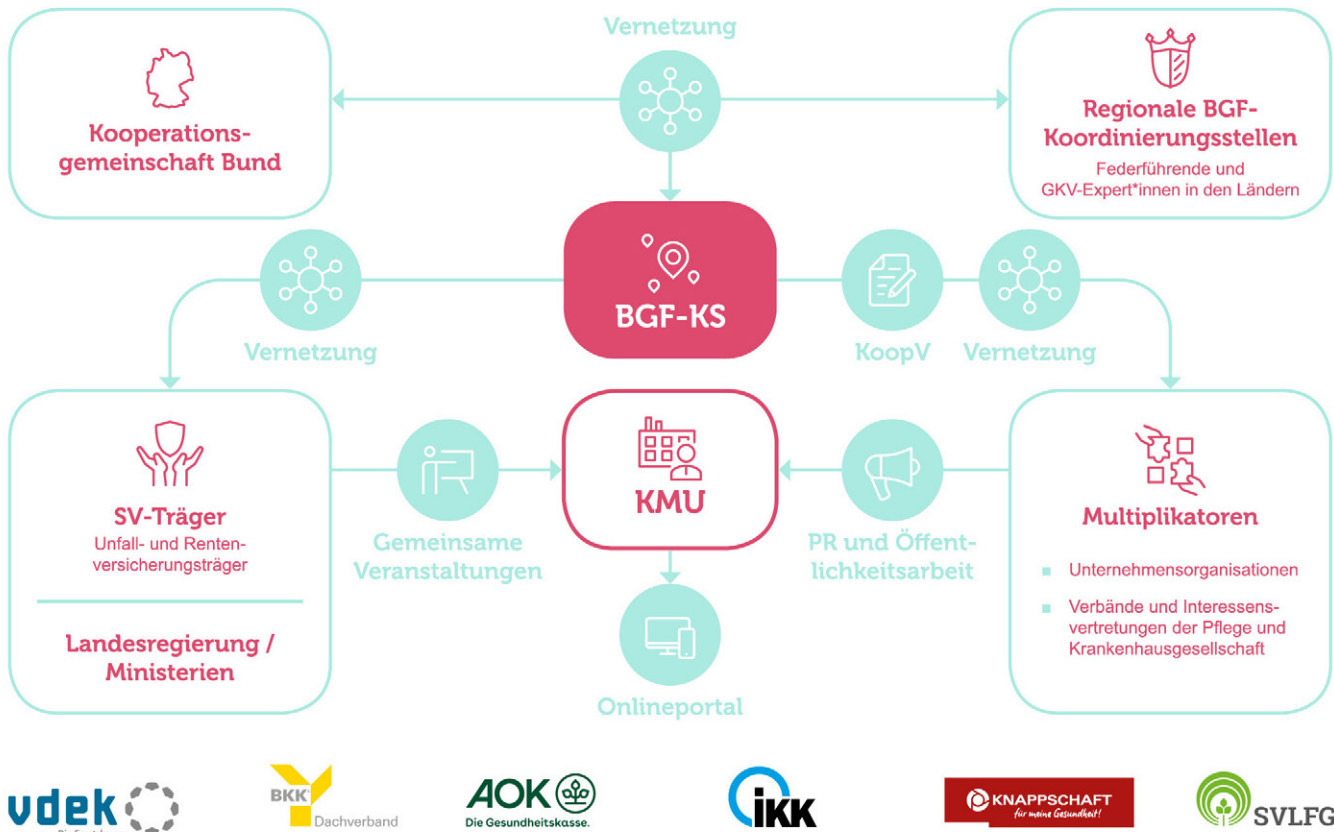
Die Vernetzung und Kooperation zum Thema BGF sind eine weitere wichtige Säule der BGF-KS. Neben Unternehmensorganisationen, den Interessenvertretungen der Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen und den Sozialleistungsträgern reicht die Vernetzung über Bundes- und Landesministerien. Hierbei leisten die gesetzlichen Krankenkassen mit dem bundesweiten kassenarten- und trägerübergreifenden Informations- und Beratungsportal der BGF-KS einen bedeutenden Beitrag zur Vernetzung wesentlicher Akteure im Themenfeld der gesunden Arbeit. Abbildung 1 verdeutlicht die in den letzten Jahren entstandene Zusammenarbeits- und Netzwerkstruktur der BGF-KS mit den Akteuren.

Die gesetzlichen Krankenkassen organisieren in den Bundesländern die überbetriebliche Vernetzung und Zusammenarbeit und schließen hierzu Kooperationsvereinbarungen. Seit der gemeinsamen Initiierung der BGF-KS wurden insgesamt 122 Kooperationsvereinbarungen geschlossen, davon etwa 67 Vereinbarungen mit Unternehmensorganisationen und Interessenverbänden und etwa 24 mit Fachverbänden der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Beide sind gesetzlich verankerte Kooperationspartner der BGF-KS. Mithilfe der Interessenverbände sollen v. a. Kleinunternehmen auf die Möglichkeiten und Chancen von BGF aufmerksam gemacht werden. Als Multiplikatoren unterstützen sie u. a. bei der Verbreitung des Engagements der BGF-KS, indem sie z. B. auf das Informations- und Beratungsportal der BGF-KS verlinken, über eigene Kommunikationskanäle auf das Informations- und Beratungsangebot hinweisen oder in gemeinsamen organisierten Veranstaltungen bei den Unternehmen für eine aktive Umsetzung von BGF werben.



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

Abb. 1: Vernetzungsstruktur der BGF-Koordinierungsstellen



Quelle: BGF-Koordinierungsstelle

Aufbauend auf den Zielsetzungen der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) zur wechselseitigen Verzahnung der Leistungen und Weiterentwicklung der Kooperation und Koordination¹ zum „[...] Aufbau von überbetrieblichen Netzwerken zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sowie [zur] Integration dieser Themen in bestehende Unternehmensnetzwerke [...]“² verfolgt die BGF-KS das Ziel, die sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit aktiv umzusetzen und auszubauen. Die BGF-KS weisen auf die Angebote der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie den Firmen-

service der Deutschen Rentenversicherung hin und bieten auf ihren Bundeslandseiten unter den Buttons „Kooperationen“ entsprechende Informationen an.

Ein Schwerpunkt zur Bekanntmachung der regionalen BGF-KS ist zudem die Organisation, Durchführung und Beteiligung an regionalen Veranstaltungen, Medienkampagnen, Netzwerkarbeit und weiteren Kooperationsprojekten. Hierzu sei exemplarisch ein Beispiel benannt, weitere Beispiele sind auf dem Informations- und Beratungsportal nachzulesen:

¹ Vgl. Nationale Präventionskonferenz. (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V (erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018, S. 26 f.).

² Ebd., S. 27

Als eine Maßnahme im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen fand am 8. Juli 2021 eine digitale und interaktive Informationsveranstaltung „**Pflege stärken. Chancen der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen.**“⁴³ der BGF-KS Niedersachsen statt mit insgesamt 270 Teilnehmenden.

Fazit und Ausblick

Das Informations- und Beratungsportal der BGF-KS hat sich durch den zusätzlichen niedrighschweligen Zugang zu einer BGF-Beratung für Kleinunternehmen neben der unmittelbaren Begleitung und Unterstützung durch die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen etabliert. Damit sich mehr KMU mit den Rahmenbedingungen zum Erhalt und zur Förderung der Beschäftigtengesundheit auseinandersetzen, braucht es das Engagement vieler Akteure und vor allem das BGF-Interesse und die entsprechenden Ressourcen bei den Unternehmen. Um die Potenziale der verschiedenen Multiplikatoren zu heben und BGF in die Unternehmen zu bringen, sollen die überbetriebliche Netzwerkarbeit fokussiert in den Blick genommen und die Zusammenarbeit intensiviert werden. Weitere Informationen zu den BGF-KS finden Sie unter dem folgenden Link:
www.bgf-koordinierungsstelle.de.

3 <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/niedersachsen/>

Sozialversicherungsträgerübergreifende Unterstützung im Rahmen der Informationsoffensive Pflege



Autor:
Werner Winter,
AOK-Bundesverband

Die im Jahr 2018 von der damaligen Bundesregierung gestartete Konzertierte Aktion Pflege (KAP) verfolgt das Ziel, mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern und die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Zu den am 4. Juni 2019 verbindlich vereinbarten Zielen und konkreten Maßnahmen gehörte u. a. die Verpflichtung der Pflegeverbände, der Pflegekammern, des Deutschen Pflegerats und von ver.di, ihre Mitglieder im Rahmen der Informationsoffensive Pflege zu folgenden Themen zu informieren¹:

- Gefährdungsbeurteilung als Instrument zur Umsetzung des Arbeitsschutzes und entsprechende Informations- und Beratungsangebote der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie der Unfallkassen
- Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention für die Beschäftigten und Informations- und Beratungsangebote der Krankenkassen und der regionalen Koordinierungsstellen.

Dass ein sicheres und gesundheitsförderlich gestaltetes Arbeitsumfeld dazu beiträgt, die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu fördern und zu erhalten, ist unbestritten. Die gesetzlichen Krankenkassen, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Unfallkassen unterstützen diese Informationsoffensive mit einem eigenen Service-Angebot: Mit einer online abrufbaren Artikelserie erhalten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen komprimierte Informationen zu den Leistungsangeboten der Sozialversicherungsträger in Sachen Gesundheits- und Arbeitsschutz.

Die modular aufgebaute Artikelserie informiert praxisnah über die wichtigsten Informations- und Beratungsangebote der Sozialversicherungen mit direkter Verlinkung zur Vertiefung und Nutzung

der Angebote. Dabei werden insbesondere der Mehrwert für die Unternehmen, Angebote der Organisations- und Prozessberatung sowie der gesundheitsgerechten Führung und die Implementierung eines strukturierten und systematischen Prozesses vorgestellt.

Die Artikel können im Ganzen oder auch in Auszügen für die interne und externe Kommunikation genutzt werden. Ein Übersichtsartikel führt in die Leistungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz ein und stellt die Beiträge zu folgenden weiteren Themen vor:

- Gefährdungsbeurteilung
- Betriebliche Gesundheitsförderung der Krankenkassen
- Informations- und Beratungsangebot der BGF-Koordinierungsstellen
- Umgang mit Gewalt in der Pflege
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Selbstfürsorge und aktive Beteiligung der Pflegekräfte am Arbeits- und Gesundheitsschutz

Seit Beginn der Veröffentlichung im Oktober 2020 wurden die Artikel mehr als 10.000 Mal angeklickt und ca. 1.500 Beiträge heruntergeladen. Aufgrund der aktuellen Datenschutzverordnung können dabei nur Nutzerinnen und Nutzer gezählt werden, die der Verwendung der Daten für statistische Zwecke explizit zustimmen. Darüber hinaus setzen einige Browser mittlerweile eine sogenannte Do-not-track-Kennzeichnung als Standardkonfiguration ein. Beides legt die Vermutung nahe, dass die tatsächlichen Nutzerzahlen deutlich höher sind.

Zwei Erfahrungsaustausche mit Verbänden der Pflegeeinrichtungen, der Deutschen Krankenhausesellschaft, mit Pflegekammern, dem Deutschen Pflegerat, ver.di und dem Bundesministerium für Gesundheit ergaben ein positives

¹ Bundesministerium für Gesundheit. (2019). Konzertierte Aktion Pflege. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3_Auflage.pdf, zugegriffen: 13.05.2022

Feedback zur Artikelserie. Weitere Anregungen zur Verbreitung der Artikelserie wurden erarbeitet.

Die Artikelreihe ist online abrufbar unter:
<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/bgw-im-ueberblick/aktionen-und-kampagnen/konzertierte-aktion-pflege/informationsoffensive-pflege-22830>

Bestandteil des Maßnahmenpakets der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) ist u. a. auch die Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für Pflegepersonal in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (s. S. 139 ff.) werden anhand von Praxisbeispielen konkrete BGF-Aktivitäten für das Pflegepersonal vorgestellt. Ergänzend wird über Angebote insbesondere in vollstationären Pflegeeinrichtungen berichtet, bei denen die BGF für das Pflegepersonal mit Präventionsangeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen verknüpft wird.

Vier Jahre Kommunales Förderprogramm – eine Zwischenbilanz



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

Mit dem Kommunales Förderprogramm unterstützt das GKV-Bündnis für Gesundheit Kommunen, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention engagieren. Für mehr als 100 Vorhaben wurde seit 2019 eine Zuwendung bewilligt, insgesamt stellte das GKV-Bündnis für Gesundheit hierfür rund 15 Mio. Euro zur Verfügung. Trotz erschwelter Startbedingungen und besonderer Herausforderungen infolge der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie konnte schon einiges erreicht werden.

Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes definiert die Schaffung einer „gesundheitsförderlichen Struktur“ als Ziel. Dazu sollen „der Gesundheit dienliche verhältnisbezogene Regelungen und Handlungsrouinen“ etabliert werden. Das GKV-Bündnis für Gesundheit unterstützt Kommunen beim Aufbau solcher Strukturen. Die Förderung in Höhe von maximal 250.000 Euro erfolgt im Sinne einer Anschubfinanzierung, verteilt auf bis zu fünf Jahre. Diese Förderung soll auch für den Aufbau personeller Ressourcen in den Kommunen verwendet werden. Aufgabe der kommunalen Koordinatorinnen und Koordinatoren ist es, das Gesamtvorhaben zu steuern und den kommunalen Strukturaufbau voranzubringen.

Kinder und Familien im Blick

Mit der Förderung von lebensweltbezogenen Projekten für besonders vulnerable Gruppen soll

ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden. Das GKV-Bündnis für Gesundheit unterstützt hier Vorhaben mit maximal 110.000 Euro je Projekt, verteilt auf bis zu vier Jahre. Das Spektrum ist vielfältig, sowohl in Bezug auf die gesundheitsförderlichen Themen als auch bezüglich der adressierten Zielgruppen. Besonders viele Projekte richten sich an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten bzw. psychisch belasteten Familien (KpsE). Ein Beispiel, stellvertretend für 24 weitere geförderte Interventionen für diese Zielgruppe, ist das Projekt des Kyffhäuserkreises in Thüringen. Im Mittelpunkt stehen hier Kinder aus psychisch belasteten Familien. Das Gesamtkonzept umfasst ein ganzes Bündel sich ergänzender Maßnahmen wie Einzelgespräche für die Eltern, Familiennachmittage, ein Kursangebot für Kinder sowie Schulungen für Netzwerkpartner.

Programmbüros als Anlaufstellen im Kommunales Förderprogramm

Die Kommunen werden begleitet von den Expertinnen und Experten der Programmbüros, die das GKV-Bündnis für Gesundheit in jedem Bundesland eingerichtet hat. In der Anfangsphase haben diese v. a. über das Förderprogramm informiert und Antragstellende beraten. 2021 rückten vermehrt die Begleitung der bereits laufenden Vorhaben und die allgemeine Beratung in den Fokus. Seit Einrichtung der Programmbüros im Jahr 2019 haben sich diese als wichtige Struktur in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung etabliert. Neben den kommunalen Projekten haben die Programm-

„Als familiengerechter Landkreis nehmen wir Familien besonders in den Blick. Wir wollen sie auch in schwierigen Situationen unterstützen und dazu förderliche Rahmenbedingungen anbieten. Dabei spielt die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im unmittelbaren Lebensumfeld eine bedeutende Rolle. Mit der Förderung des GKV-Bündnisses für Gesundheit sind wir in der Lage, in der Altersgruppe von 7 bis 11 Jahren ein besonderes Angebot unter dem Motto ‚Sei du selbst, alle anderen gibt es schon‘ zu gestalten. Im Gruppenangebot ‚AHOI‘ wollen wir Kinder stärken, deren Selbstbewusstsein ausbauen und dabei auch die Eltern informieren und einbeziehen.“

Elke Schnabel,

Netzwerkkoordinatorin „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ des Kyffhäuserkreises

büros in enger Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbänden in den Bundesländern eine Vielzahl weiterer Vorhaben auf den Weg gebracht. Einen Einblick hierzu liefern die Beiträge zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen ab Seite 33.

Kompetenzaufbau mit Schulungen und professioneller Beratung

Flankierend zur finanziellen Förderung werden die verantwortlichen kommunalen Akteure mit Schulungen, prozessbegleitender Beratung und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch bedarfsbezogen und mithilfe externer Expertise unterstützt. Viele Kommunen haben diese Angebote bereits wahrgenommen. An den bisher fünf Schulungsreihen „Werkstatt kommunaler Strukturaufbau“ haben insgesamt 87 Vertreterinnen und Vertreter aus 79 Kommunen teilgenommen. Die bisher vier Weiterbildungen „Kommunale Gesundheitsmoderation“ haben 64 Akteure aus insgesamt 61 Kommunen absolviert. Beide Angebote sind darauf ausgerichtet, kommunalen Akteuren Impulse für die Praxisarbeit zu geben und

sie optimal bei der Umsetzung ihrer Vorhaben zu unterstützen. So vermittelt die Werkstatt z. B. Kompetenzen, um kommunale Handlungsbedarfe zu ermitteln, Strategien zu entwickeln und die Beteiligung relevanter Akteure in der Kommune zu organisieren. Schwerpunkte der Weiterbildung „Kommunale Gesundheitsmoderation“ sind u. a. Management- und Kommunikationskompetenzen sowie Themen wie „Netzwerke managen“, „Gesunde Lebenswelten gestalten“ und „Netzwerkprozesse moderieren“.

Eine externe Prozessbegleitung beim Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen nehmen derzeit 58 geförderte Kommunen in Anspruch. Expertinnen und Experten aus sechs Institutionen begleiten die kommunalen Koordinatorinnen und Koordinatoren durch individuelle, am spezifischen Bedarf der Kommune ausgerichtete Beratungsleistungen. Diese erfolgen telefonisch, per E-Mail und auch in Gesprächen vor Ort.

Das Kommunale Förderprogramm wird begleitend durch die Prognos AG evaluiert.

„Seit dem Start der begleitenden Prozessberatung Ende 2020 lässt sich feststellen, dass diese ein wirksames Instrument ist, um Kommunen bedarfsgerecht beim Aufbau der Strukturen für die kommunale Gesundheitsförderung zu unterstützen. Dabei variieren die Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Kommune zu Kommune und beinhalten u. a. die Prozessplanung, die Gründung und Begleitung von Steuerungs- und Lenkungsgruppen, die Mitwirkung in kommunalen Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Auswahl und Nutzung von Instrumenten zu Ist- und Bedarfsanalysen. Mithilfe der Prozessberatung lassen sich zudem kommunenübergreifende Herausforderungen identifizieren, auf deren Grundlage die Gesundheitsförderung und Prävention in den Städten, Landkreisen und Gemeinden zukünftig weiter verbessert werden kann.“

Gerhard Stein,

DSPN GmbH & Co. KG

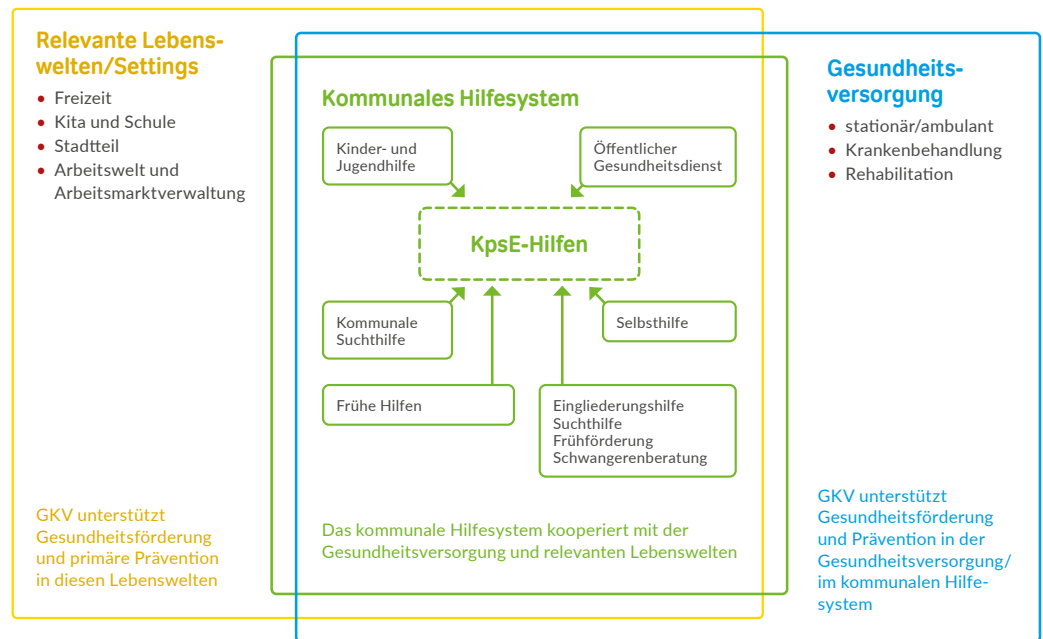
„Das Kommunale Förderprogramm gibt uns erstmals die Möglichkeit, unser kommunales Handlungskonzept ‚Präventionskette‘ gut strukturiert und wirklich als Querschnittsaufgabe anzugehen. So konnten wir im ersten Jahr belastbare Strukturen wie unsere Gesundheitskonferenz, einen Steuerungskreis und das Team Gesund in Vorpommern-Rügen aufbauen. Außerdem haben wir die Bestandsaufnahme erweitert und eine Internetseite zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention gestartet. All dies hätte ohne die Förderung und die begleitende externe Beratung nicht in diesem Tempo und nicht in diesem Umfang stattfinden können. Wir sind froh über die Unterstützung – dies gibt dem Prozess den notwendigen Schwung.“

Jörg Heusler, Leiter des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Vorpommern-Rügen

Kommunale Gesamtstrategie für Kinder psychisch oder suchtkrankter Eltern

Geschätzt jedes vierte Kind wächst in einer Familie mit einem psychisch oder suchtkranken Elternteil auf. Diese Kinder sind häufig mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert. Das Risiko, dass sie selbst eine psychische Störung entwickeln, ist deutlich erhöht. Um Kindern in diesen Familien ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, kommt Gesundheitsförderung und Prävention, bei denen alle relevanten Akteure gemeinsam Hand in Hand arbeiten, eine besondere Bedeutung zu.

Das kommunale KpsE-Hilfesystem



Quelle: Kölich, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchtkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für kommunale Akteurinnen und Akteure (S. 19). Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Wie sich die gesetzlichen Krankenkassen an kommunalen Gesamtstrategien im Handlungsbereich KpsE beteiligen können, ist Thema eines Handlungsrahmens, der von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Fachkräften der gesetzlichen Krankenkassen, der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erstellt wurde. Er bündelt die Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf KpsE. Der Handlungsrahmen zeigt die Bedeutung einer übergreifenden Zusammenarbeit der Akteure sowie die Wichtigkeit multiprofessioneller und interdisziplinärer Ansätze auf. Zwei Handreichungen bieten als Ergänzung detaillierte Handlungsempfehlungen zur Umsetzung für Kommunen und Krankenkassen. Handlungsrahmen und Handreichungen finden Sie unter:

<https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/kinder-psychisch-und-suchtkrankter-eltern-handlungsrahmen-fuer-eine-beteiligung-der-krankenkassen/>

Herausforderung Klimawandel – auch eine Aufgabe für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention?

Die Herausforderungen werden immer deutlicher: Wiederkehrende Hitzewellen, Waldbrände und Sturzfluten zeigen, dass der Klimawandel uns heute und in Zukunft fordert, Lösungen zum Umgang mit seinen Folgen zu suchen und zu finden. Auch die Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen sind eklatant: Nicht nur vermehrte und neuartige physische Gesundheitsprobleme wie Infektionen, Allergien, Verletzungen oder hitzebedingte Todesfälle sind zu verzeichnen, sondern auch soziale und psychische Belastungen können Folgen sein.¹ Klimaschutz und Anpassung an den Klimawandel sind deshalb in Lebenswelten wie Kommunen, Schulen, Betrieben und in allen Lebensbereichen als wichtige Aufgaben zu verankern und umzusetzen. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen in Form eines gesamtgesellschaftlichen und politikfeldübergreifenden Ansatzes sowie eines breiten bürgerschaftlichen Engagements, um erfolgreich zu sein.

Klimawandel und Gesundheit – 2022 Thema der Nationalen Präventionskonferenz

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat sich 2022 intensiv dem Thema Klimawandel und Gesundheit gewidmet. Ziel ist es, in Deutschland für Gesundheitsförderung und Prävention Verantwortliche und Zuständige für die Gesundheitsgefahren des Klimawandels zu sensibilisieren und zu einer Intensivierung präventiver Anstrengungen beizutragen.

In einem partizipativen Prozess entwickelt die NPK ein Diskussions- und Forderungspapier mit dem Titel „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“. Darin

werden, basierend auf einer Problemanalyse, die lebensweltbezogenen Aufgaben und Unterstützungsbeiträge der Krankenkassen und anderer Sozialversicherungsträger zur Verhinderung und Verminderung klimawandelbedingter Gesundheitsgefährdungen beschrieben.²

Das Papier zeigt sowohl den Handlungsbedarf als auch die Maßnahmen in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf, die notwendig sind, um sich auf die Herausforderungen des Klimawandels einzustellen bzw. diesen frühzeitig zu begegnen. Das NPK-Papier beschreibt exemplarisch folgende Maßnahmen:

- Erarbeitung und Umsetzung von Hitzeaktionsplänen in allen deutschen Kommunen entsprechend den Empfehlungen der vom Bundesumweltministerium geleiteten Bund-Länder-AG³
- Gestaltung von gesundheitsgerechten Lebens- und Arbeitsbedingungen durch die Arbeitgebenden auf Basis einer Gefährdungsbeurteilung, die die Herausforderungen des Klimawandels einbezieht
- Förderung eines flächendeckenden Angebots klimagerechter Gemeinschaftsverpflegung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung
- Förderung klimagerechter Mobilität (insbesondere Radverkehr, ÖPNV-Nutzung) in Lebenswelten und Betrieben
- Aus- und Fortbildung von Fachkräften und ehrenamtlich Tätigen in Einrichtungen und Betrieben zur Verhütung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren
- Stärkung persönlicher Kompetenzen durch bevölkerungsbezogene gesundheitliche Aufklärung



Autorinnen:
Dr. Monika Kücking,
GKV-Spitzenverband
Victoria Bogedain,
GKV-Spitzenverband

1 Wolf, M., Ölmez, C., Schönthaler, B. et al. (2021). Klimawirkungs- und Risikoanalyse 2021 für Deutschland. Teilbericht 5: Risiken und Anpassung in den Clustern Wirtschaft und Gesundheit (S. 149). www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/kwra2021_teilbericht_5_cluster_wirtschaft_gesundheit_bf_211027.pdf

2 Perspektivisch soll das NPK-Klimapapier im Internetauftritt der NPK unter <https://www.npk-info.de> veröffentlicht werden.

3 Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit. (2017). Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit (Version 1.0). Bonn. www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaschutz/hap_handlungsempfehlungen_bf.pdf

Chancenungleichheit im Fokus

Der Klimawandel bedroht die Gesundheit aller – aber meist nicht gleich stark. Er trifft besonders hart jene Menschen, die über geringe (Schutz-) Ressourcen verfügen. Besonders gefährdet sind deshalb z. B. Säuglinge und Kleinkinder, Menschen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen, Menschen, die sich vorrangig im Freien aufhalten (müssen), und Menschen, die in Ballungsräumen oder in Kessel- bzw. Tallagen leben. Sämtliche Aktivitäten und Strategien zur Verhütung bzw. Begrenzung der mit dem Klimawandel einhergehenden Gesundheitsgefahren müssen die Unterstützung dieser Risikogruppen deshalb mit Priorität angehen.

Geteilte und gemeinsame Verantwortung

Die Maßnahmenplanung und -umsetzung liegt in den Händen vieler Beteiligter. Eine herausragende Rolle haben hier insbesondere die für die Lebenswelten Verantwortlichen wie Einrichtungsträger, Betriebe (im Zusammenwirken mit den gesetzlichen Mitbestimmungsorganen) sowie die Gebietskörperschaften (Länder und Kommunen). Unterstützung können diese durch externe Ressourcen wie z. B. Fördermittel und -programme sowie Informationen und Bildungsmaterialien erhalten.

Die gesetzlichen Krankenkassen können in diesem Prozess wichtige Beiträge leisten: Sie unterstützen Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen oder Betriebe bei der Umsetzung und Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und tragen durch ihr Engagement insbesondere auch zum Aufbau und zur Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Strukturen bei (z. B. im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit). Hieran kann sinnvollerweise angeknüpft werden, beispielsweise durch die bedarfsbezogene Beratung, Fortbildung und durch gesundheitliche Aufklärungsmaßnahmen. Den Krankenkassen ist es ein besonderes Anliegen, dass gesundheitsfördernde Aktivitäten so gestaltet werden, dass sie auch zum

Klimaschutz beitragen. Sie können dabei helfen, das Thema Klima und Gesundheit als Querschnittsthema beispielsweise in Kitas oder Betrieben zu verankern. Durch die aktive Mitwirkung in Steuerungs- und Koordinationsgremien, z. B. zur Hitzeaktionsplanung, können sie die Planung und Umsetzung von Maßnahmen aktiv unterstützen und ihr Know-how einbringen. Bei allen genannten Aufgaben sollten die Bedarfe der Zielgruppen berücksichtigt werden, beispielsweise durch das aktive Einbeziehen von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen.

Die NPK wird sich dem Thema Klimawandel und Gesundheit auch in Zukunft weiter widmen, eine Plattform bieten und Impulse setzen, z. B. im Rahmen des jährlichen Präventionsforums.⁴

⁴ <https://www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum>

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK)¹ wurde mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)“ eingerichtet. Sie hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie² zu entwickeln und fortzuschreiben. Die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen als zentraler Baustein der nationalen Präventionsstrategie erfolgt in den 16 Bundesländern kontinuierlich auf Basis der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung (LRV). Seit Abschluss der LRV wurden in den Bundesländern gemeinsam mit den beteiligten Partnern Arbeitsstrukturen aufgebaut. Daraus entstanden vielfältige – häufig trägerübergreifende – Vorhaben der Prävention und Gesundheitsförderung. Auf den folgenden Seiten wird in alphabetischer Reihenfolge über die Umsetzung der LRV in den Bundesländern berichtet. Zum Teil erfolgt dies durch die exemplarische Darstellung eines ausgewählten Vorhabens oder eines Schwerpunktthemas (z. B. Kinder und Jugendliche aus psychisch bzw. suchtbelasteten Familien), in anderen Fällen wird über die gemeinsame Arbeit der Partner der LRV und die Herausforderungen durch die Corona-Pandemie berichtet.

Eine Vielzahl der Aktivitäten, über die hier berichtet wird, wird unter dem gemeinsamen Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit umgesetzt. Die Beiträge verdeutlichen die Vielfalt des gemeinsamen Engagements vor dem Hintergrund landesspezifischer Schwerpunktlegungen und Bedarfe.

Alle Autorinnen und Autoren haben, sofern sie einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband angehören, den jeweiligen Beitrag im Namen aller GKV-Partner der LRV verfasst. An einigen Beiträgen waren auch weitere Akteure als Autorin oder Autor beteiligt.

Über die Aktivitäten der NPK auf Bundesebene im Themenfeld Klima und Gesundheit wird auf den Seiten 31-32 berichtet.



1 <https://www.npk-info.de/>

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

Baden-Württemberg

Gesundheitslotsen als Brückenbauer für Menschen mit Flucht- und Zuwanderungserfahrung

Autorinnen und Autor:

Maritta Goll,
IKK classic

Michael Untiet,
BKK Landesverband Süd

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Silke Marzluff,
Refugium - Psychosoziale
und medizinische Beratung
und Koordinierung für
Geflüchtete

Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem? Wann gehe ich zum Arzt und wann ins Krankenhaus? Welche Beratungsstellen gibt es? Was kann ich selbst für meine Gesundheit tun? Dies sind Fragen, die sich für neu nach Deutschland kommende Menschen stellen. Mit dem Gesundheitslotsen-Projekt wird gesundheitliche Chancengleichheit für Menschen mit Flucht- und Zuwanderungserfahrung gefördert. Es vermittelt speziell geschulte Gesundheitslotsinnen und -lotsen in Initiativen oder Gruppen, die sich im Bereich geflüchtete bzw. zugewanderte Menschen engagieren.

Das Projekt wird über die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg und aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen für insgesamt vier Jahre gefördert. Die seit September 2019 bestehende Regionale Koordinierungsstelle zum Gesundheitsdialog und zur gesundheitlichen Prävention für Menschen mit Fluchterfahrung wird vom Caritasverband Freiburg-Stadt e. V. und den Refudocs Freiburg e. V. getragen. Partner des Projekts sind das Amt für Migration und Integration der Stadt Freiburg und der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald.

Im ersten Förderjahr standen die Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung sowie die Vernetzung von Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung aus verschiedenen Sektoren in Baden-Württemberg (Kommune, Krankenkassen, soziale und medizinische Dienste) sowie insbesondere mit Akteuren aus Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald im Mittelpunkt.

Regionale Koordinierungsstelle mit Schlüsselfunktion

Für die Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung wurden Mitarbeitende sozialer und medizinischer Dienste und Einrichtungen schriftlich und mündlich befragt. Zudem wurden Interviews mit Menschen mit Fluchterfahrung geführt. Es hat sich gezeigt, dass die regionale Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Prävention für Menschen

mit Fluchterfahrung“ eine Schlüsselfunktion einnimmt: Bei Akteuren im Gesundheitswesen sind Menschen mit Fluchterfahrung nur eine Zielgruppe unter vielen. In sozialen Einrichtungen mit Tätigkeitsschwerpunkt „Menschen mit Fluchterfahrung“ ist Gesundheit wiederum nur ein Unterthema. Durch die Vernetzungsarbeit der Koordinierungsstelle werden diese meist getrennt agierenden Sektoren stärker zusammengebracht und Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention von Menschen mit Fluchterfahrung in den Mittelpunkt gerückt.

Auf Basis der Daten wurde als praktische Maßnahme ein Multiplikatorenkonzept entwickelt, bei dem Menschen mit Fluchterfahrung als Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen geschult werden. Sie vermitteln im Rahmen von Infoveranstaltungen und Workshops Grundlagenwissen über das deutsche Gesundheitssystem sowie über die Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung. Darüber hinaus fungieren sie als Brückenbauerinnen und -bauer und informieren über Angebote und Beratungsstellen zu gesundheitlichen Themen. Ab dem zweiten Schulungsdurchgang wurde das Projekt für Menschen mit Migrationshintergrund erweitert. Bisher wurden 27 Menschen geschult und bieten Veranstaltungen in 13 verschiedenen Sprachen an. Eine weitere Schulung ist für Anfang 2023 geplant. Zusätzlich wird die Vernetzung wichtiger Akteure weiter vorangetrieben.

Der Abschlussbericht ist unter folgendem Link abrufbar: <https://www.refugium-freiburg.de/wp-content/uploads/2020/10/abschlussbericht-koordinierungsstelle.pdf>

Bayern

Pflegende Angehörige im Netzwerk „Gemeinde stärken“

Drei Viertel aller Pflegebedürftigen in Bayern werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Dabei sind diese pflegenden Angehörigen regelmäßig hohen Belastungen ausgesetzt. Mit dem Ziel, die Pflegenden hinsichtlich ihrer psychischen, körperlichen und weiteren Herausforderungen zu unterstützen, hat die Gemeinde Flintsbach gemeinsam mit dem Christlichen Sozialwerk (CSW) und in Kooperation mit der Technischen Hochschule (TH) Rosenheim ein Handlungskonzept entwickelt. Das Präventionsprojekt wurde in Bayern von allen sechs gesetzlichen Krankenkassenarten sowie von der gesetzlichen Unfallversicherung bei einer Laufzeit von einem Jahr über die Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention gefördert. In der oberbayerischen Region bei Flintsbach und Brannenburg wird das Projekt seit 2021 umgesetzt.

Pflegende Angehörige sind besonders belastet

Pflege findet überwiegend im häuslichen Umfeld statt: Laut Statistischem Bundesamt wurden in Bayern im Jahr 2019 mit rund 380.000 Menschen 77 % aller Pflegebedürftigen zu Hause und zum großen Teil von ihren Angehörigen gepflegt.¹ Dabei sind pflegende Angehörige massiven psychischen und anderen Belastungen ausgesetzt, wie verschiedene Untersuchungen zeigen.² Betroffen sind vor allem Frauen, da sie in den meisten Fällen die Pfl egetätigkeit übernehmen und damit häufig nur eingeschränkt einer eigenen Erwerbstätigkeit nachgehen können.

Stärke bewegen – Bewegung stärken

Im Rahmen eines Forschungsvorhabens mit der TH Rosenheim wurden über eine qualitative Untersuchung das Belastungsspektrum der pflegenden Angehörigen in der Region und die gesundheitlichen Auswirkungen eruiert. Frei nach dem Motto „Stärke bewegen – Bewegung stärken“ wurden Bewältigungs- und Entlastungsstrategien

herausgearbeitet sowie Faktoren, die regional unterstützend oder erschwerend wirken. Schließlich konnten aus diesen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Methodisch wurden neben einer systematischen Literaturrecherche als wesentliche Erhebungsstrategie Interviews geführt mit pflegenden Angehörigen als zentrale Zielgruppe sowie mit Sachkundigen aus dem hausärztlichen und pflegerischen Bereich. Im Gespräch mit den Beteiligten konnten die konkreten Problemlagen und Herausforderungen in der Alltagsbewältigung der pflegenden Angehörigen ermittelt und Unterstützungsbedarfe herausgearbeitet werden. Besonders hervorzuheben ist, dass die Teilnehmenden allein schon über die Interviews ihre Arbeit als Pflegenden reflektieren und zudem eine hohe Wertschätzung ihrer Arbeit erfahren konnten.

Ausblick

Das Ziel des Forschungsvorhabens war es, konkrete Empfehlungen für lebensweltorientierte Angebote in Flintsbach, Brannenburg und Umgebung zu formulieren, die pflegende Angehörige dabei unterstützen, gesund zu bleiben. Das daraus entstandene Handlungskonzept soll mit der Umsetzung in die Projektgemeinden einfließen. Dabei wird die Region von einer großen Fachkompetenz und einem guten Netzwerk unterstützt. Zentrale Eckpfeiler sind das Mehrgenerationenhaus und das Christliche Sozialwerk, in die wiederum viele Fachleute aus den Bereichen Pflege, Seniorenarbeit und Gesundheitsförderung eingebunden sind.

Autorin:

Manuela Osterloh,
BKK Landesverband Bayern
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

1 Statistisches Bundesamt. (2020). Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002199004.pdf?__blob=publicationFile

2 Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2019). Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. Deutsches Ärzteblatt 116(46), 20–24. DOI: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04

Berlin

Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Berlin

Autorin:
Rebecca Zeljar,
vdek Landesvertretung
Berlin/Brandenburg
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Insgesamt zeigte sich für Berlin, dass trotz wiederholter pandemiebedingter Einschränkungen eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Vorhaben erfolgreich aufgenommen sowie umgesetzt werden konnte. Die Entwicklung und Implementierung neuer Vorhaben und die praktische Umsetzung vor Ort wurden jedoch weiterhin, in nicht unerheblichem Maße, durch die Corona-Pandemie erschwert.

Das 2021 gestartete Landesprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ verfolgt das Ziel, sozial belasteten Quartieren in der gesamten Stadt den Einstieg in die Gesundheitsförderung zu erleichtern. Zu diesem Zweck werden Finanzmittel aus unterschiedlichen Landesressorts, aus dem Bundesförderprogramm „Soziale Stadt“ und aus dem Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zusammengeführt. Erfreulicherweise konnten bereits neun von zwölf Stadtteilen angesprochen und erste Maßnahmen sowie Projekte implementiert werden. Die Handlungsfelder und Themenschwerpunkte sind dabei so facettenreich wie die Bezirke selbst.

Seit 2019 verfolgen die Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) die Initiative des Landes Berlin zur Bewegungsförderung „Berlin bewegt sich“. Ziel der Initiative ist es, in mindestens einer bezirklichen Grün- und Parkanlage spezifisch angeleitete Bewegungsangebote zu schaffen und nachhaltige Sportgeräte zu installieren. Aufgrund der pandemischen Lage verzögerte sich die Projektentwicklung aufseiten des Landes mit der Folge, dass die Initiative nicht wie geplant umgesetzt werden konnte. Seit Herbst 2021 werden die ersten baulichen Maßnahmen in Grün- und Parkanlagen durch das Land Berlin umgesetzt.

Eine weitere Schwerpunktaktivität der Partner der LRV ist das qualitätsgesicherte Landesprogramm „Gute gesunde Kita“, welches mit dem Ziel, die erreichten Kitas substanziell zu steigern, ab 2020 auf alle Berliner Bezirke ausgeweitet wurde. Durch die pandemiebedingte Priorisierung von

Ressourcen standen jedoch bereits eingestellte Haushaltsmittel des Landes nicht mehr wie geplant zur Verfügung. Derzeit ist die Realisierung des Vorhabens gefährdet. Die von der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Mittel konnten bislang nicht eingesetzt werden.

Die Abstimmungsprozesse der LRV-Partner innerhalb des Gremiums konnten 2021 in digitaler Form weiter aufrechterhalten werden. Der zu Pandemiebeginn erschwerte Austausch sowie die Arbeitsdynamik wurden vollständig wiederhergestellt.

Im Gremium der Landesgesundheitskonferenz (LGK) konnte trotz pandemiebedingter Einschränkungen am 22. November 2021 die 18. LGK unter dem Motto „Bewegung, Mobilität und soziale Teilhabe“ als digitale Veranstaltung stattfinden. Weiterhin fanden am 28. Juni 2022 das geplante Gesundheitsforum „Ambulante Gesundheitsversorgung und Prävention weiterdenken“ statt sowie am 10. November die 19. LGK. Beide Veranstaltungen wurden digital abgehalten und werden auch in den kommenden Jahren fortgeführt.

Generell lässt sich festhalten, dass gerade die Implementierungs- und Umsetzungsphasen gesundheitsförderlicher Aktivitäten unter den notwendigen Kontaktbeschränkungen zeitweise stark beeinträchtigt waren. Nachteilig wirkte sich ebenso das Defizit an personellen und finanziellen Ressourcen bei den zuständigen Handlungsakteuren auf Landes- und Kommunalebene aus. Es bleibt zu befürchten, dass zumindest die finanziellen Engpässe im Doppelhaushaltsjahr 2022/2023 fortbestehen werden.

Brandenburg

selbstbestimmt – Kindeswohl im Blick



Im ersten Pandemiejahr war die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie ins Stocken geraten. 2021 konnte die Brandenburger Präventionskonferenz dagegen neue Impulse setzen. Zum einen wurde die Fachtagung „Kindeswohl im Blick“ nachgeholt. Zum anderen startete 2021 das landesweite Projekt „selbstbestimmt“ zur Suchtprävention mit einem Fokus auf Kinder aus suchtbelasteten Familien. Beide Aktivitäten erfolgten in Abstimmung mit den nach der Landesrahmenvereinbarung (LRV) für die Gesundheitszieleplanung vorgesehenen Gremien, dem „Bündnis gesund aufwachsen“ und der „Landessuchtkonferenz“. Sie leisten einen Beitrag zum Fokusthema der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“.

„Kindeswohl im Blick – Die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen & ihren Familien als ganzheitliche Aufgabe (weiter-) entwickeln!“

Mit einer Fachveranstaltung nahm die Brandenburger Präventionskonferenz die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Blick. Dabei wurde auch die Verknüpfung mit den Empfehlungen der „AG Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ sowie zum GKV-Handlungsrahmen „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ (s. S. 28–30) hergestellt. Einen weiteren Schwerpunkt bildete der praxisbezogene Austausch zwischen Praktikerinnen und Praktikern sowie Expertinnen und Experten. Ziel war es, die interdisziplinären Perspektiven der Fachkräfte in die Weiterentwicklung von Handlungsstrategien im Land einzubeziehen.

Die Impulse aus der Fachtagung werden von den Gesundheitszielegremien „Bündnis gesund aufwachsen“ und „Landessuchtkonferenz“ weiterverarbeitet. Sie leiten daraus Empfehlungen an die Landesregierung sowie an die weiteren LRV-Partner ab, welche Anforderungen an eine gemeinsame Landesinitiative zum Kindeswohl in Brandenburg zu stellen sind. Bei der Brandenburger Präventionskonferenz 2022 wurden diese

Empfehlungen im September vorgestellt; sie werden die Grundlage bilden für die weiteren Aktivitäten der LRV-Partner zum NPK-Fokusthema in den kommenden Jahren.

Darüber hinaus wurde eine Folgestudie im Rahmen der bundesweiten Studie „CORONA und PSYCHE“ (COPSY) im Auftrag der Landesregierung und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Die Ergebnisse zu den Folgen der Pandemie auf die psychische Gesundheit von Brandenburger Kindern werden ebenfalls bei der Präventionskonferenz 2022 präsentiert.

„selbstbestimmt – Suchtprävention für vulnerable Zielgruppen im Land Brandenburg“

Suchterkrankungen können von Generation zu Generation weitergegeben werden. Suchtbelastete Familien sind daher mit Blick auf die Gesundheit der Kinder eine wichtige Zielgruppe – die Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte sowie von Mitarbeitenden der Jugend- und Gesundheitsämter stellt dabei einen wesentlichen Meilenstein dar. Seit Projektstart schulte das Team der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen im ersten Jahr im Auftrag der Landesregierung und der GKV 440 Personen zu den Themen Sucht sowie Sucht in der Familie.

Fachkräfte in den Kommunen beraten und begleiten die Landesstelle für Suchtfragen bei der Entwicklung und der Umsetzung von Präventionsprojekten für die Zielgruppe. Teil der Begleitung ist die landesweite Vernetzung der Fachkräfte, die an diesem Thema arbeiten. Das Projekt unterstützt die Brandenburger Kommunen dabei, Förderangebote für entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu identifizieren und in Anspruch zu nehmen. Es leistet damit im Auftrag der LRV-Partner einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Städten und Gemeinden Brandenburgs.

Autor und Autorin:

Werner Mall,
AOK Nordost –
Die Gesundheitskasse

Ulrike Beyer,
Programmbüro Brandenburg
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Bremen

Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende

Autorin und Autor:

Birgit Pharao,
AOK Bremen/Bremerhaven

Daniel Rosenfeldt,
Programmbüro Bremen
des GKV-Bündnisses für
Gesundheit

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Das Projekt „Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen“ baut auf Ergebnissen des bereits abgeschlossenen Projekts „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen“¹ auf und berücksichtigt gleichzeitig die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie. Das Projekt läuft noch bis 31. Dezember 2024 und wird durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert. Seit dem Beginn der Pandemie ist es noch deutlicher geworden, dass neue, digitale Formate eingeführt werden sollten, um alltagsnahe gesundheitsförderliche Informations- und Vernetzungsangebote für und mit alleinerziehenden Frauen zu schaffen.

Das Hauptziel des Projekts ist die partizipative Förderung der Gesundheitskompetenzen von alleinerziehenden Frauen im Hinblick auf die Handlungsfelder gesundheitsförderliche Ernährung und Medienkompetenz.

Folgende Unterziele wurden innerhalb des Projekts definiert:

- Verbesserung des Zugangs zu digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz der Zielgruppe

- Partizipative Entwicklung von passgenauen, frauengerechten digitalen Angeboten (z. B. Online-Befragungen, Video-Workshops) und deren Erprobung im Handlungsfeld Ernährung – z. B. werden die Frauen beim Urban Gardening und beim Kochen mit der Kamera begleitet, die Videos werden mit Rezeptbeschreibungen und Erklärungen (auf Basis der Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und mithilfe einer Ökotrophologin) auf dem Projekt-Blog <https://blog.frauengesundheitintenever.de> veröffentlicht und über Social Media verbreitet
- Stärkung der Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen gesundheitsförderlichen Ernährung
- Berücksichtigung der konkreten Bedingungen der alleinerziehenden Frauen im Hinblick auf das angestrebte „Digital Empowerment“ – dies betrifft sowohl die Verfügbarkeit von Endgeräten (zumeist Smartphones) als auch die Förderung digitaler Kompetenzen (Workshops mit kompetenten und erfahrenen Partnern wie dem FabLab Bremen e. V.)

Die Nachhaltigkeit der initiierten Aktivitäten ist ebenfalls ein wichtiges Projektziel. Dies geschieht zum einen durch den digitalen Kompetenzerwerb der Frauen – bezogen auf gesundheitsförderliche Informationen und Angebote – und zum anderen durch die Verstetigung bedürfnis- und bedarfsgerechter (digitaler und analoger) Gesundheitsförderungsangebote im Themenfeld gesunde Ernährung für alleinerziehende Frauen in Bremen. Als Beispiele können hier die Weiterführung des Blogs sowie die im Projekt entstandenen Videos und Beiträge auf Instagram genannt werden. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil des Nachhaltigkeitskonzepts ist die „Handreichung für passgenaue bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen“².



© Frauengesundheit in Tenever

¹ Dieses Projekt hatte 2019–2020 das Ziel, den Zugang zu und die Beteiligung an – insbesondere bewegungs- und entspannungsbezogenen – Gesundheitsförderungsangeboten in der Kommune für alleinerziehende Frauen zu verbessern. Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen sind in der Handreichung für passgenaue bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen (2020) publiziert.

² Die Handreichung ist unter folgendem Link als Download verfügbar:
<https://www.frauengesundheitintenever.de/assets/Uploads/Handreichung.pdf>

Hamburg

Partizipativ, vernetzt, gesund: Lokale Vernetzungsstellen Prävention

Insgesamt 14 „Lokale Vernetzungsstellen für Prävention“ (LVS) gibt es derzeit in Hamburg. Das zentrale Ziel: Mit niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Angeboten gleiche Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger herstellen. Dafür sollen bestehende Angebote und Akteure untereinander vernetzt und der Gedanke der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auch in andere Beratungsinstitutionen im Quartier transportiert werden. Lokale und übergeordnete Steuerungskreise mit Beteiligung der Stadt Hamburg, der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hamburg, der gesetzlichen Krankenkassen und des Koordinierungsgremiums Landesrahmenvereinbarung (KG LRV) verbessern die Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten. So werden gesundheitsförderliche Angebote für vulnerable Zielgruppen im jeweiligen Stadtteil beteiligungsorientiert umgesetzt.

Vom Koordinierungsbaustein zur Lokalen Vernetzungsstelle

Den Grundstein für die LVS legte das Strategieforum Prävention im Jahr 2017. Die Mitglieder verständigten sich auf ein sozialräumliches Vorgehen: Ziel sollte es sein, Menschen mit schlechterer Gesundheit bzw. hohen Gesundheitsrisiken durch gesundheitsförderliche Aktivitäten direkt in ihrem Lebensumfeld zu erreichen. Ein Jahr später verabschiedete das Strategieforum Leitlinien für die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie, darunter auch die Einrichtung von „Lokalen Vernetzungsstellen in allen vom Strategieforum 2017 beschlossenen Stadtteilen der regionalen Schwerpunktsetzung bis 2020“. Für diese Struktur wurde auf die bereits bestehenden und seit 2007 etablierten Koordinierungsbausteine zurückgegriffen. Mit dem Bezirksamt Mitte wurde im Jahr 2017 eine ähnliche lokale Vernetzungsstruktur in den Stadtteilen Billstedt, Horn und Mümmelmannsborg initiiert und umgesetzt. Diese Strukturen wurden GKV-seitig und in Kooperation mit der Stadt auf weitere benachteiligte Stadtteile ausgeweitet. Finanziert werden die LVS durch die Stadt Hamburg, die das Personal vorhält, und die

gesetzlichen Krankenkassen, die regionale Fonds für die Aktivitäten vor Ort zur Verfügung stellen.

Konkrete Umsetzungsempfehlungen wurden im Jahr 2021 im Auftrag des KG LRV erarbeitet. Damit einher ging eine Vereinheitlichung in der Namensgebung zu „Lokale Vernetzungsstellen Prävention“. Im vergangenen Jahr organisierten und begleiteten die LVS trotz der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie insgesamt knapp 100 Mikroprojekte.

Nachhaltige Strukturen und partizipative Ansätze fördern

Die LVS stellen für die Gesundheitsförderung vor Ort eine Kernstruktur dar. Sie fördern die Vernetzung und pflegen Netzwerke. Durch ihre profunden Kenntnisse im Stadtteil unterstützen die Koordinatorinnen und Koordinatoren Akteure und interessierte Bürgerinnen und Bürger dabei, Bedarfe zu erheben und Maßnahmen zu entwickeln. Begleitet werden die LVS durch das kommunale Gesundheitsförderungsmanagement der Bezirksämter, die gesetzlichen Krankenkassen, die KGC Hamburg und die Sozialbehörde.

Bedarfe qualitätsorientiert entwickeln

Ein wichtiger Baustein bei der Umsetzung ist auch die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität. Ein Beispiel ist die Standortanalyse – ein von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. und der Hochschule Esslingen entwickeltes Instrument zur Planung einer integrierten kommunalen Gesundheitsstrategie. Dieses Beratungsinstrument kommt für die Bedarfsanalyse zum Einsatz. Darüber hinaus dienen Austauschtreffen, Werkstätten und Fortbildungsangebote der KGC sowie ein einheitliches Berichtswesen der Qualitätsentwicklung.

Autorinnen:

Katharina Hauschildt,
AOK Rheinland/Hamburg

Maja Jaeger,
IKK classic

Luise Zink, Techniker
Krankenkasse

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Hessen

Novellierung der Landesrahmenvereinbarung

Autorin und Autor:

Kerstin Roth,
AOK – Die Gesundheitskasse
in Hessen

Dr. Axel Kortevoß,
vdek-Landesvertretung
Hessen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Die Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) Hessen haben am 21. Dezember 2021 als bundesweit Erste eine novellierte LRV Prävention unterzeichnet. Als neuer Partner ist der Hessische Städte- und Gemeindebund der LRV beigetreten. In dem ergebnisoffen angelegten Novellierungsprozess hatten die LRV-Partner den Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf für die LRV Hessen im vergangenen Jahr erarbeitet. Die neue LRV soll v. a. eine größere Flächenwirkung erzielen. Im Rahmen der Überarbeitung der LRV Prävention flossen dabei auch die Hinweise der vorherigen Bundesregierung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes ein.

Kern der novellierten LRV Prävention ist die Betonung einer deutlich intensiveren Zusammenarbeit vieler Akteure, um dauerhafte Netzwerkstrukturen aufzubauen. Das bereits etablierte gemeinsame Dialogforum der Partner wurde um lebensphasenorientierte Arbeitsstrukturen ergänzt. Die Strukturen sollen den Rahmen für die Netzwerkbildung auf Landesebene setzen. Für die regionale und lokale Ebene sieht die neue LRV darüber hinaus eine Beteiligung der LRV-Partner an bereits bestehenden bzw. entstehenden Strukturen und Netzwerken vor. Die Formate der Zusammenarbeit, die Bildung von zusätzlichen, z. B. themenbezogenen Netzwerken usw. werden dabei ganz bewusst dem Engagement der Akteure und der Dynamik in den Strukturen überlassen.

Lebensphasenorientierte Arbeitsstrukturen

Zunächst wurden die Fachforen „Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben“, „Gesund im Betrieb“ und „Gesund älter werden“ gegründet. Sie sind nach dem Lebensphasenmodell gegliedert und umfassen sowohl betriebliche als auch nichtbetriebliche Lebenswelten. Sie sollen dabei lediglich den Ausgangspunkt einer sich entwickelnden dynamischen Netzwerkstruktur bilden. Neben den Akteuren mit gesetzlichen Aufträgen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung werden auch jene Akteure mit institutionellem Auftrag bzw. mit operativer Umsetzung

eingeladen, um sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und Schwerpunkten zu engagieren. Jedes Fachforum wird koordiniert von einem Tandem bestehend aus zwei Partnern der LRV. Sie werden bei Bedarf ergänzt um Fachforen zu spezifischen Settings (z. B. Setting (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen) oder zu besonderen Themen (z. B. Klima, Umwelt).

Ausblick

Mit der Novellierung der LRV soll eine nachhaltige Netzwerkbildung und Aktivierung vieler Akteure erreicht werden. Die gegründeten Fachforen bieten dabei Plattformen für den Austausch zwischen Organisationen mit einem gesetzlichen Auftrag zur Prävention und Akteuren, die Präventionsmaßnahmen durchführen, sowie möglichen Projektträgern.

Aus Sicht der GKV in Hessen wurden nun neue strukturelle Möglichkeiten eröffnet, um viele verschiedene Akteure in Hessen auf Landesebene zu vernetzen. Die GKV erwartet sich davon neue bedarfsgerechte Konzepte für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebensbereichen, in denen dringender Handlungsbedarf besteht.

Mecklenburg-Vorpommern

Kinder aus psychisch und/oder suchtblasteten Familien nachhaltig stärken

Angesichts der positiven Erfahrungen mit der Zusammenarbeit entschieden sich die Partner der „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in Mecklenburg-Vorpommern“ (LRV M-V) im Herbst 2021 dafür, die bis dahin befristete LRV zu entfristen. Die gemeinsame Arbeit an der Erreichung der Gesundheitsziele, die sich Mecklenburg-Vorpommern (MV) gesetzt hat, steht damit weiterhin auf einem stabilen Fundament der Kooperation.

Bereits seit 2021 arbeiten die Partner in MV am aktuellen Fokusthema der Nationalen Präventionskonferenz „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“. Die von den Ressorts für Jugend und Gesundheit der Landesregierung MV getragene „Landeskoordination: Kinder aus psychisch und/oder suchtblasteten Familien“ (LaKo KipsFam)¹ vernetzt Fachkräfte in den Kommunen ressortübergreifend und erarbeitet u. a. ein interdisziplinäres Fortbildungskonzept.

Durch die thematische Verknüpfung der Fördermittel des Landes mit denen der gesetzlichen Krankenkassen sind deutlich erkennbare Synergieeffekte entstanden: Bereits mehrere Kommunen haben die Chance ergriffen, im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit gesundheitsförderliche Projekte für die Zielgruppe aufzusetzen. Weitere Kommunen bereiten solche Projekte vor. Im Sinne lebensphasenübergreifender kommunaler Strategien sollen möglichst Kinder und Jugendliche in allen Altersklassen erreicht werden und von den Angeboten profitieren. Neben dem Einsatz erprobter Programme werden auch neue, erlebnispädagogische Angebote, wie z. B. Theaterstücke, entwickelt, die für das Thema „Psychische Gesundheit“ sensibilisieren und die psychische Gesundheit und Resilienz der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen stärken sollen.

Darüber hinaus dient die LaKo KipsFam als übergreifende Klammer zwischen Präventions- und

Versorgungsthemen in Bezug auf die Zielgruppe, Vernetzung und ressortübergreifende Zusammenarbeit spielen dabei eine zentrale Rolle. Pädagogische Fachkräfte sollen beispielsweise als Lotsinnen und Lotsen fungieren und in weiterführende Hilfesysteme vermitteln. Erreicht werden kann das Ziel durch Qualifizierungsformate für Fachkräfte, die mit Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche, z. B. in Schulen, kombiniert werden. Unter dem Dach der LaKo KipsFam entsteht so ein strukturell wirksamer, ganzheitlicher Beitrag zur Verbesserung der Situation von Kindern aus belasteten Familien in den Regionen des Landes.

Dabei beherrscht die Corona-Pandemie nach wie vor den Alltag – auch der Gesundheitsförderung: Die Pandemie hat das Ausmaß psychischer Belastungen in der Bevölkerung vergrößert und dabei auch die soziale Ungleichheit weiter verschärft. Am Beispiel der Kinder aus psychisch und suchtblasteten Familien zeigt sich, wie Synergien zwischen den Beiträgen der LRV-Partner hergestellt werden können. Maßgeblich für das Erreichen der Gesundheitsziele in MV wird sein, ob sich die hier erfolgreich etablierte Verbindung einer aus Landesmitteln finanzierten Landeskoordination mit Projektmitteln der gesetzlichen Krankenkassen und weiterer Partner auf andere Schwerpunktfelder der Gesundheitsförderung, wie z. B. Bewegungsförderung oder die Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen, übertragen lässt.

Autorinnen und Autor:
Antje Bastian,
IKK – Die Innovationskasse
Werner Mall,
AOK Nordost – Die
Gesundheitskasse
Rebecca Aust,
Programmbüro MV des
GKV-Bündnisses für
Gesundheit
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ <https://sozialpsychiatrie-mv.de/kindheit-und-jugend/lako-kipsfam-2/>

Niedersachsen

Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“

Autorinnen und Autor:

Hanna Bauke,
Programmbüro
Niedersachsen des GKV-
Bündnisses für Gesundheit

Janika Meyer,
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Björn Sassenhausen,
AOK Niedersachsen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Ein Schwerpunkt bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Niedersachsen liegt weiterhin auf der Stärkung gesundheitsfördernder und präventiver Rahmenbedingungen mit und für ältere Menschen. Unter der gemeinsamen Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“ konnten mehrere Projekte, die die Gesundheit und Mobilität von älteren Menschen bis ins hohe Alter erhalten sollen, in verschiedenen Regionen Niedersachsens auf den Weg gebracht werden. Die Projekte werden kassenartenübergreifend unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert und durch das niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung unterstützt.

Miteinander gesund leben

Ein Projekt dieser Initiative ist das Projekt „Miteinander gesund leben – Aufsuchende Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Wiesenau“, das durch den Quartierstreff Wiesenau des Vereins „win e. V. – Wohnen in Nachbarschaften“ bei der KSG Kreissiedlungsgesellschaft Hannover GmbH umgesetzt wird. Hier liegt der Fokus auf älteren Menschen, die in der Region bisher nicht mit gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen erreicht wurden und von Einsamkeit bedroht oder betroffen sein können. Ziel ist es, die Teilhabe an Angeboten der Gesundheitsförderung und die individuellen gesundheitsfördernden Ressourcen durch einen niedrigschwelligen Zugang zu stärken sowie die Vernetzung mit der Nachbarschaft zu fördern. Die Menschen werden direkt in ihren Hausgemeinschaften angesprochen und durch verschiedene Beteiligungsformate unter Hinzuziehung von Kooperationspartnerschaften zur Teilnahme motiviert. So werden beispielsweise regelmäßige Haustürgespräche und Versammlungen der Hausbewohnerinnen und -bewohner etabliert, durch die Aktivitäten sowie Themen rund um die Gesundheit erarbeitet und verankert werden sollen. Bereits bestehende Angebote werden aufsuchend im Quartier oder direkt im Wohnhaus umgesetzt. Ein Helfernetzwerk mit Ehrenamtlichen jeden Alters aus der Nachbar-

schaft sorgt für eine enge Vernetzung und gegenseitige Unterstützung. Für die Übertragbarkeit auf weitere Quartiere und Hausgemeinschaften wird ein Leitfaden entwickelt.

Übergreifende Zusammenarbeit

Die Einbindung der im Bereich Gesundheitsförderung tätigen Akteure war durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie weiterhin erschwert und Beratungen zur Projekt(weiter-)entwicklung mussten teilweise verschoben werden. Dadurch hat sich eine Anpassung des Starts der Förderung und damit der Umsetzung der Initiative ergeben. Der Bedarf ist jedoch nach wie vor hoch, sodass alle Beteiligten die Umsetzung trotz aller Widrigkeiten weiter vorangetrieben haben.

Zusätzlich wurden die Planungen für das Dialogforum als Austauschgremium für die LRV-Beteiligten aufgenommen. Dieses fand am 23. Juni 2022 erstmalig wieder in Präsenz statt.

Nordrhein-Westfalen

Landesprogramm „KIPS Prävention NRW: Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“

Das Land NRW und das GKV-Bündnis für Gesundheit fördern mit dem zunächst auf vier Jahre angelegten Landesprogramm „KIPS Prävention NRW: Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“ seit Mai 2021 die konkrete Umsetzung nachhaltiger Angebote zur Stärkung der Resilienz von Kindern, die mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern aufwachsen.

Das übergeordnete Ziel des Landesprogramms ist die Entwicklung und Implementierung einer Angebotsstruktur in NRW, die eine langfristige und kontinuierliche Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern, die in besonders belasteten Familien aufwachsen, gewährleistet und gesundheitliche Chancengleichheit ermöglicht. Für die Schaffung der hierfür erforderlichen Bedingungen in den Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe und der Gemeindepsychiatrie sowie für die Konzipierung und Umsetzung von Angeboten stehen im Rahmen des modular aufgebauten Landesprogramms finanzielle Mittel und Beratungsangebote zur Verfügung. Unter anderem sollen verbindliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Akteuren der verschiedenen Hilfesysteme entwickelt werden, um die Unterstützung für die Kinder und ihre Familien bedarfsorientiert aufeinander abzustimmen.

Für die Kinder und Jugendlichen werden in den Einrichtungen regelmäßige Gruppenaktivitäten, inklusive flankierender Elternarbeit, angeboten: Hierbei stehen die Stärkung der Resilienz und die Bildung tragfähiger, verlässlicher Beziehungen im Vordergrund.

Neun Monate nach dem Start des Landesprogramms wurden 15 Anträge aus Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe sowie Gemeindepsychiatrie verteilt über ganz NRW bewilligt. Beraten und begleitet werden die teilnehmenden Einrichtungen von der Koordinationsstelle des Landesprogramms, die bei der Landesfachstelle Frauen und Familie BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW in Essen angesiedelt ist. Die Anträge der Ein-

richtungen werden nach einer Beratungsphase an dieser Stelle geprüft, besprochen und, sofern die Kriterien erfüllt sind, bewilligt.

Die Angebote der bisher teilnehmenden Einrichtungen reichen von bindungsfördernden Aktivitäten für Mütter mit ihren Kleinkindern, über kunst-, musik- oder bewegungstherapeutische Angebote für Grundschulkindern bis hin zu erlebnispädagogischen Aktivitäten für Jugendliche. Zum 1. Oktober 2021 z. B. ist der Eltern-Kind-Treff „Mini-KiZ“ der Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss gestartet, ein niedrigschwelliges Angebot zur Unterstützung psychisch kranker und suchtkranker Eltern und ihrer Kleinkinder im Alter von 0 bis 3 Jahren. In wöchentlichen Treffen gibt es die Möglichkeit für die Mütter und Väter, Kontakte zu knüpfen, sich auszutauschen und von ihrem Familienalltag zu berichten. Durch gemeinsame Spiel-, Bewegungs- und Entspannungsangebote wird die Bindung zum eigenen Kind gefördert.

Die Finanzierung des Landesprogramms ist derzeit bis 30. April 2025 sichergestellt. Eine Fortsetzung von KIPS Prävention NRW wird aufgrund des hohen Bedarfs angestrebt.

Auf der Internetseite <https://kips.nrw> finden sich detaillierte Informationen u. a. zu den genauen Fördervoraussetzungen sowie die Antragsunterlagen.



Autorinnen:

Julia Straube,
BKK Landesverband
NORDWEST

Claudia Winter,
IKK classic

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Michaela Gerritzen,
Landesfachstelle Frauen und
Familie BELLA DONNA der
Suchtkooperation NRW

Rheinland-Pfalz

BEWARE – Bewusstsein. Aufklärung. Resilienz

Autorin:
Martina Ebener,
AOK Rheinland-Pfalz/
Saarland -
Die Gesundheitskasse
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

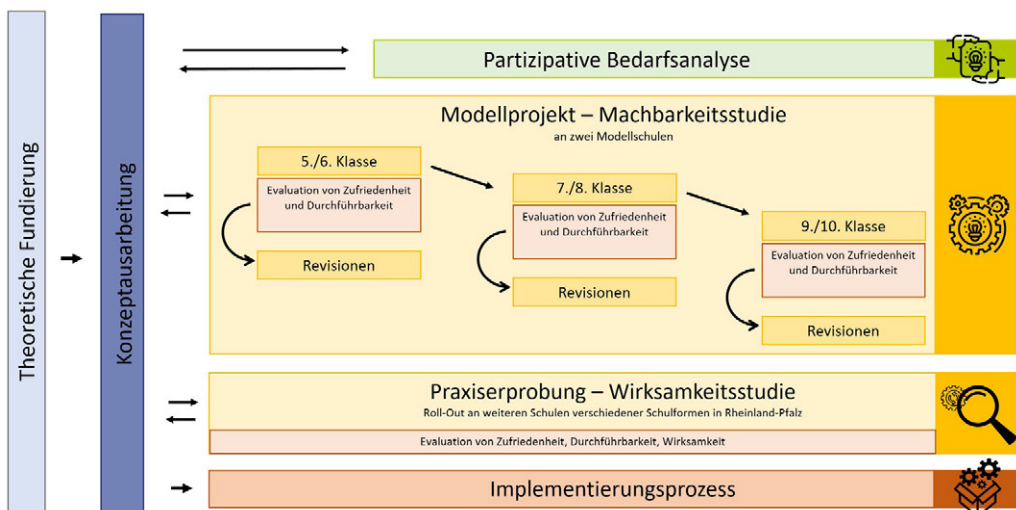
Seit Jahren steigt die Zahl der psychischen Erkrankungen bei Kindern. Die Corona-Krise hat diese Entwicklung noch einmal deutlich verschärft. Hier gibt es dringenden Handlungsbedarf. Daher haben das GKV-Bündnis für Gesundheit in Rheinland-Pfalz zusammen mit dem Ministerium für Bildung und dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz ein Kooperationsprojekt mit dem Namen „BEWARE“ gestartet. Der Name steht als Abkürzung für die Oberbegriffe Bewusstsein, Aufklärung und Resilienz. Im Programm „BEWARE“ erlernen Schülerinnen und Schüler, wie sie Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und ihr persönliches Wohlbefinden positiv beeinflussen können.

Bis Ende 2025 werden Mitarbeitende des LIR gemeinsam mit Lehrerinnen und Lehrern sowie Vertreterinnen und Vertretern des Schulleiterbeirats und der Schülerschaft das Schulprogramm sowie begleitende Maßnahmen für Lehrkräfte entwickeln und auf ihre Machbarkeit, die Akzeptanz in den Schulen sowie ihre Wirksamkeit überprüfen. Das Programm richtet sich an Schülerinnen und Schüler der Klassen 5 bis 10. An jährlichen

Projekttagen beschäftigen diese sich mit altersgerecht aufbereiteten Informationen, alltagsnahen Beispielen und Übungen zu den Themen „Psychische Gesundheit“, „Krankheit“ und „(Selbst-)Hilfemöglichkeiten“. Durch die Einbeziehung des gesamten Lehrerkollegiums und wiederholtes Thematisieren von Resilienz und psychischer Gesundheit über sechs Schuljahre hinweg wird sich auch die Schulkultur nachhaltig verändern und zu einem offenen und sensiblen Umgang mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“ führen. Darüber hinaus kommt das Programm so auch den Lehrerinnen und Lehrern zugute: Sie werden physisch und psychisch entlastet und können sich deshalb wirksamer ihrer pädagogischen Arbeit widmen.

Hinsichtlich Struktur und Aufbau passt das Programm „BEWARE“ gut in die Präventionslandschaft in Rheinland-Pfalz und unterstützt die Empfehlungen aus dem [nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz](#)¹, wonach das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzt werden soll, „die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“.

Abb. 2: Grafische Darstellung der gesamten Programmentwicklung „BEWARE“



Quelle: Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR)

¹ Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken (Empfehlung 1, S. 31). Berlin: KomPart. www.nap-gesundheitskompetenz.de

Saarland

Gesund in allen Lebensphasen

Bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) im Saarland wurden gemeinsam Projekte identifiziert, um Angebote für jede Lebensphase bereitzuhalten. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die Projekte in den einzelnen Lebensphasen. Im Weiteren wird das Projekt „FAMoS“, welches das Präventionsziel „Gesund älter werden“ bedient, näher vorgestellt.

Gesund älter werden im Saarland - FAMoS
 Abnehmende Mobilität im Alter erhöht das Risiko der Entwicklung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Somit ist es von besonderer Wichtigkeit, Seniorinnen und Senioren Maßnahmen anzubieten, die körperliche Aktivität fördern und so gesundheitliche Risiken minimieren. Insbesondere im Saarland, welches in Bezug auf die Lebenserwartung mit 82,14 Jahren bundesweit auf dem letzten Platz und mit einem Anteil an pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren von 4,6 % deutlich über dem Bundesschnitt liegt¹, scheinen die „Intensivierung vorbeugender, auf Minderung gesundheitlicher Belastung und die

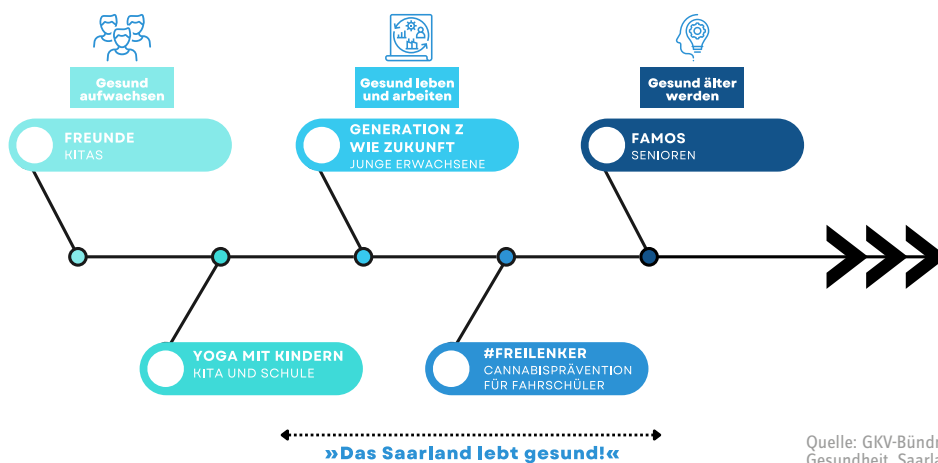
Stärkung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen gerichteter Strategien und Interventionen“² von besonderer Wichtigkeit zu sein.

Mit **„Fit im Alter - Mobil im Sozialraum FAMoS“**³ wurde durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ein Präventionskonzept entwickelt, welches speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingeht und dauerhaft eine Angebotslücke für diese Zielgruppe im eigenen Wohnumfeld schließt. Durch Bewegungsförderung und soziale Teilhabe sollen dem zunehmenden Mobilitätsverlust, der Vereinsamung und damit einhergehend der Entwicklung chronischer Krankheiten und Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden.

Das Projekt wird in den Landkreisen Neunkirchen, Saarlouis, St. Wendel und im Regionalverband Saarbrücken angeboten. Der DRK-Landesverband Saarland e. V. erhält durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit über einen Zeitraum von drei Jahren Fördermittel in Höhe von insgesamt 441.000 Euro.

Autor:
 Dirk Hertgen,
 IKK Südwest
 im Namen der GKV-seitigen
 Partner der LRV

Abb. 3: Übersicht Projekte, LRV Saarland, Stand 01.06.2022



1 Statistisches Bundesamt. (2018). Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2017. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.html>
 2 GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, S. 6). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de
 3 www.lv-saarland.drk.de/angebote/gesundheits/fit-im-alter-mobil-im-sozialraum-kurz-famos

Sachsen

Partner finden sich – Leistungsangebote entstehen



Autorinnen:

Simone Schubert,
IKK classic

Silke Heinke, vdek-
Landesvertretung Sachsen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Gesundheit im Betrieb – Starke Partner für gesunde Arbeit

In der Initiative „P. SACHSEN – Prävention auf den Punkt“ arbeiten auf Basis der Landesrahmenvereinbarung (LRV) die Partner des Präventionsgesetzes bereits seit 2017 erfolgreich zusammen. Gemeinsam setzen sie sich dafür ein, insbesondere kleine und mittlere Unternehmen (KMU) für das Thema „Gesundheit im Betrieb“ zu sensibilisieren und Unterstützungsangebote vorzustellen. Gerade KMU öffnen sich dem Thema noch zögerlich. Mit der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sowie der Informationsstelle „Gesundheit in der Arbeitswelt für kleine und mittlere Unternehmen“ und der **BGF-Koordinierungsstelle Sachsen¹** kann eine passgenaue Unterstützung zu den jeweiligen personellen und finanziellen Betriebsressourcen realisiert werden.

Im Jahr 2021 fanden zwei digitale **Informationsveranstaltungen für KMU²** statt. Die Online-Seminare hatten zum Ziel, Unternehmen Chancen und Möglichkeiten für das Thema „Gesundheit in der Arbeitswelt“ aufzuzeigen. Ein Fachtag der Arbeitsgruppe Betrieb am 14. Oktober 2021 gab über 50 Teilnehmenden die Möglichkeit, sich trägerübergreifend auszutauschen und die Zusammenarbeit zu intensivieren. Mit einem weiteren Online-Seminar im Februar 2022 zum Thema **„Die Welt ändert sich und wir mit ihr – Betrieb und Gesundheit in schwierigen Zeiten“³** wurden erneut über 50 Teilnehmende erreicht. Ziel war es, mit dieser Veranstaltung nach den zurückliegenden beiden Pandemie Jahren insbesondere KMU Wege aufzuzeigen, Krisen und Stresssituationen zu bewältigen.

Darüber hinaus wurde die **Broschüre „Gesundheit im Betrieb – Starke Partner für gesunde Arbeit“⁴** entwickelt. Diese informiert über An-

gebote sowie Unterstützungsmöglichkeiten aller Institutionen und stärkt die Akteure in ihrer Lotsefunktion. Ergänzend entstand ein beratungsunterstützendes **Poster⁵**, das die Kerninformationen der Broschüre verständlich und übersichtlich abbildet.

GKV-Bündnis für Gesundheit – kommunale Angebote entstehen

Unterstützt wird „P. SACHSEN“ durch die Angebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Insgesamt konnten bis 2021 14 Projektförderungen realisiert werden. In vier Kommunen werden gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut, fünf Projekte schaffen gesundheitsförderliche Angebote für vulnerable Zielgruppen und weitere fünf Projekte nehmen landesweit die Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung in die Hand.

Die geförderten Vorhaben richten sich an Kinder und Jugendliche aus psychisch oder suchtbelasteten Familien sowie deren Eltern und an andere vulnerable Gruppen. Die Projekte sollen die individuelle Gesundheit sowie die Gesundheitskompetenz insbesondere von sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen stärken. Beim Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen spielen die Vernetzung vor Ort und die Zusammenarbeit mit lokalen Sportvereinen, Beratungsstellen oder Nachbarschaftseinrichtungen eine wichtige Rolle.

Trotz der Corona-Pandemie und den daraus resultierenden Herausforderungen in der Antragstellung konnten die Kommunen und Akteure eine sehr zufriedenstellende Anzahl an Projekten initiieren und durchführen.

1 <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/sachsen/>

2 <https://www.p-sachsen.de/aktuelles/erfolgreicher-auftakt-fuer-online-veranstaltung-gesunde-beschaefigte-starke-betriebe-gemeinsam-fuer-gesunde-arbeit-in-dresden/>

3 <https://www.p-sachsen.de/aktuelles/resilienz-fuer-klein-und-mittelstaendische-unternehmen-kmu/>

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

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

Sachsen-Anhalt

PAF@Home - Pflegebedürftige in der Häuslichkeit AKTIV fördern



Seit dem 1. Januar 2021 profitieren in Sachsen-Anhalt im Rahmen des Projekts PAF@HOME auch pflegebedürftige Menschen, die zu Hause wohnen, sowie deren Angehörige von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Das digitale Bewegungsangebot PAF@Home umfasst ein zwölfwöchiges Trainingsprogramm mit individuellen Übungsvideos zur Stärkung von Kraft, Balance und Beweglichkeit. Mit diesen Videoeinheiten werden die Teilnehmenden durch ausgebildete Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler angeleitet und unterstützt. Eine optimale Betreuung findet durch regelmäßige Coachings statt. Diese dienen neben der motivationalen Komponente auch der individuellen Anpassung der Trainingsinhalte an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen.

Zielsetzung

Seniorinnen und Senioren möchten selbstbestimmt leben und dabei möglichst lange zu Hause zu wohnen. Jedoch führen vor allem chronische Krankheiten und starker Bewegungsmangel zu vielfältigen Einschränkungen der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit. Zahlreiche Studien zeigen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen auch im hohen Alter und trotz bereits vorhandener gesundheitlicher Einbußen noch zu einem Gewinn an Gesundheit und Lebensqualität führen. Allerdings besteht das Problem, dass die Gesundheitssituation der Betroffenen eine selbstständige Inanspruchnahme von präventiven Angeboten oft nicht möglich macht. Genau hier setzt das Projekt PAF@Home an.

Das Bewegungsprogramm zielt darauf ab, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit zu erhalten und zu fördern. Durch die regelmäßige Durchführung der per Video angeleiteten Übungen erhalten und verbessern die Pflegebedürftigen ihr Gleichgewicht, ihre Muskelkraft und ihre Gedächtnisleistungen, um die Anforderungen des täglichen Lebens eigenständig bewältigen zu können.

Inhalt und Ablauf

PAF@Home beinhaltet ein digitales Bewegungsangebot über zwölf Wochen, welches Pflegebedürftige allein oder gemeinsam mit ihren Angehörigen durchführen können. Dabei werden sie Schritt für Schritt von den PAF@Home-Trainerinnen und -Trainern angeleitet und unterstützt:

1. Schritt: Persönliche Vorstellung und Besuch in der Häuslichkeit: Das erste Kennenlernen zwischen Pflegebedürftigen und PAF@Home-Trainer/-in findet in der Häuslichkeit statt. Gemeinsam werden der aktuelle Gesundheitszustand besprochen und mithilfe alltagsnaher Übungen das körperliche Allgemeinbefinden getestet. Abschließend findet die erste Übungseinheit gemeinsam mit dem/der PAF@Home-Trainer/-in statt.
2. Schritt: Zwölfwöchiges digitales Bewegungsprogramm: Unter Anleitung der individuell zusammengestellten Übungsvideos trainiert der/die Pflegebedürftige mindestens einmal pro Woche für 30 Minuten. Damit werden die Bereiche Kraft/Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit und Dual-Task gefördert.
3. Schritt: Telefonberatung zur Trainingsbegleitung: Begleitend zu seinem/ihrer digitalen Bewegungsprogramm wird der/die Pflegebedürftige betreut. Der/Die Teilnehmer/-in und der/die Trainer/-in können sich austauschen, und der Trainingsplan wird individuell an die Bedürfnisse und Fortschritte angepasst.
4. Schritt: Abschluss- und Feedback-Gespräch: Im Abschlussgespräch erfolgt die Auswertung des PAF@Home-Bewegungsprogramms. Der/die Teilnehmer/-in berichtet über seine/ihre Erfahrungen, die er/sie während der Anwendung des zwölfwöchigen digitalen Bewegungsprogramms gewonnen hat. Das PAF@Home-Team motiviert dazu, das Bewegungsprogramm eigenständig fortzuführen.

Gefördert wird das Projekt im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Mit der Durchführung des Projekts ist die EUMEDIAS Social Business gGmbH beauftragt.

Autor und Autorin:

Gerriet Schröder,
AOK Sachsen-Anhalt
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Jeanette de la Barré,
EUMEDIAS Social Business
gGmbH

Schleswig-Holstein

„Alle mit ins Boot“ – gemeinsam die psychische Gesundheit von Kindern im Blick

Autorin:
Kerstin Berszuck,
AOK NordWest
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Kinder und Jugendliche aus Familien mit psychisch und suchterkrankten Angehörigen stehen in Schleswig-Holstein im besonderen Fokus der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention.

Komplexe Herausforderungen

Das Thema wirft viele Fragen auf: Wie und wo können die betroffenen Kinder und Jugendlichen erreicht werden? Wie kann ein gemeinsames Wirken trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen gelingen? Wie können Kita und Schule die Begleitung betroffener Kinder und Jugendlicher anbahnen und Schutzfaktoren aufbauen? Besondere Herausforderungen ergeben sich, weil in Schleswig-Holstein die Entscheidungshoheit zum Wirken des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ausschließlich kommunal verankert ist und es in jeder Kommune unterschiedliche Strukturen und Akteure gibt.

Verstehen und gemeinsam regional handeln

Ein komplexes Thema, dem sich das Land von verschiedenen Seiten nähert. So beschäftigte sich ein durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) aufgebautes Netzwerk aller relevanten Akteure im Land schon vor der Corona-Pandemie mit der Frage: Welche Angebote und Strukturen gibt es schon, welche braucht es noch? Regionale Netzwerke, die das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit betroffenen Angehörigen im Blick haben, wurden so zusammengeführt. Gleichzeitig haben sich – unter dem gemeinsamen Dach der Landesrahmenvereinbarung (LRV) – zwei Landkreise auf den Weg gemacht, gesundheitsförderliche Aktivitäten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu etablieren: Im Kreis Stormarn hat die AWO, begleitet durch die beteiligten Krankenkassen, bestehende Strukturen genutzt, um bedarfsgerechte, gesundheitsförderliche Gruppenaktivitäten für betroffene Kinder und Jugendliche „beherzt“

durchzuführen. Durch den ÖGD konnten im Kreis Segeberg die „Heldenherzen“ ihre Arbeit aufnehmen, begleitet durch das Programmbüro Schleswig-Holstein des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Hier wurden erforderliche Akteure zusammengeführt, Lehrkräfte an Grundschulen geschult, erste Kurse für die Kinder durchgeführt und deren Familien begleitet.

Expertinnen und Experten sowie Betroffene vermittelten in einem von der KGC organisierten landesweiten Fachtag eindrucksvoll Hintergrundwissen, um mehr Verständnis auch im sozialen Umfeld der Betroffenen zu erreichen. Mit den Teilnehmenden wurden erste Ansätze für eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen erarbeitet. Je besser Menschen verstehen, was hinter psychischen Erkrankungen steckt, umso eher können sie Betroffene und deren Kindern mit Empathie begegnen und zu einem für das gesunde Aufwachsen so wichtigen sozialen Netz beitragen. Wichtige Impulse im Land haben auch die Autorinnen und Autoren des **Handlungsrahmens¹** zum Aufbau gesundheitsförderlicher und präventiver Strukturen und Maßnahmen für betroffene Kinder und Jugendliche im Rahmen der erweiterten Steuerungsgruppe der LRV gegeben.

Der Handlungsrahmen war auch Thema eines Workshops für alle relevanten Akteure aus dem landesweiten Netzwerk im Sommer 2022. Das Ziel war, gemeinsam eine Basis zu entwickeln und zu erproben, mit der es gelingen kann, in unterschiedlich strukturierten Kommunen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für unterschiedliche Fragestellungen auf lokaler Ebene zu finden.

Wenn „alle im Boot“ sind, ihre Erfahrungen einbringen und diese synergetisch verzahnen, besteht eine große Chance, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein bedürfnisorientiert regional zu stärken.

¹ <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/kinder-psychisch-und-suchterkrankter-eltern-handlungsrahmen-fuer-eine-beteiligung-der-krankenkassen/>

Thüringen

KOBAGS – Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen

Mit Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2016 sowie der nationalen Präventionsstrategie wurde die Grundlage für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Ebene der Länder geschaffen. Unter Berücksichtigung dessen und der im Land individuell formulierten Gesundheitsziele haben die Mitglieder der [Landesrahmenvereinbarung Thüringen¹](#) (LRV), bestehend aus den gesetzlichen Krankenkassen, Renten- sowie Unfallversicherung und dem Freistaat Thüringen, im Bereich „Gesund aufwachsen“ ein konkretes Vorhaben im Setting Schule initiiert. Als eines der ersten bundesweiten Projekte der LRV entwickelten die Akteure in Thüringen 2017 die Idee, eine zentrale Plattform für schulische Gesundheitsförderung zu schaffen, die sowohl Schulen als auch Maßnahmenträgern und Unterstützern einen Mehrwert bietet.

Daraus entstand 2017 das Programm [KOBAGS²](#), das sich in Thüringen das Ziel setzte, eine qualitative Beratung für Schulen und qualitätsgeprüfte Maßnahmen für alle Schulformen und innerschulischen Zielgruppen anzubieten sowie schulunterstützende Einrichtungen zu vernetzen. Seit dem Beginn des Programms wurde ein umfassender Maßnahmenkatalog entwickelt, der sich mit seinen derzeit 90 geprüften Angeboten an alle Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern aller Schulformen in Thüringen richtet.

Unterstützung und Förderung erfährt das KOBAGS-Programm durch das Entscheidungsgremium der LRV sowie deren Geschäftsstelle bei der [AGETHUR³](#). Darüber hinaus leistet der von der AGETHUR seit vielen Jahren ausgerichtete Schulunterstützerkreis, zu denen neben den oben genannten Kooperationspartnern das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien, die Schulpsychologischen Dienste der Schulämter sowie Vertreterinnen

und Vertreter von Trägern und Vereinen gehören, einen wichtigen Beitrag. Darüber hinaus finden sich all die genannten Akteure auch im gesundheitspolitischen Beschluss- und Arbeitsgremium der [Landesgesundheitskonferenz \(LGK\)⁴](#) wieder.

Mit KOBAGS wurde ein wissenschaftlich evaluiertes Programm geschaffen, das trotz erschwerender Pandemiebedingungen in den letzten Jahren ein wertvoller Baustein der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung geworden ist. Als Mitglied in der LRV und der LGK beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von KOBAGS dabei als ein verlässlicher Partner und finanzieller Förderer.

Gerade in komplexen Programmen wie KOBAGS mit vielen beteiligten Akteuren ist es notwendig, langfristige und verlässliche Strukturen zu schaffen. Mit der Ernennung von Gesundheitsbeauftragten an den Thüringer Schulen im Jahr 2022 sowie der Möglichkeit, das Programm ab 2023 unabhängig von der Förderung der gesetzlichen Krankenkassen über das Land zu unterstützen, wird KOBAGS und seinen Akteuren eine langfristige Perspektive gegeben. Im vertrauensvollen Austausch aller Partner untereinander wurden die verschiedenen Programm-Bausteine auf Grundlage eines Qualitätsentwicklungskonzepts 2022 weiterentwickelt. Damit steht Thüringer Schulen in den nächsten Jahren ein verlässliches Angebot der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Autorin:
Inga Werneburg,
AOK PLUS
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

1 <https://lrv.thueringen.de/>

2 Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen, <https://www.kobags.de/ueber-kobags/>

3 <https://agethur.de/>

4 <https://lgk-thueringen.de/>

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.

Im Vorjahr war aufgrund der Corona-Pandemie ein deutlicher Rückgang der Ausgaben in allen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung zu verzeichnen. 2021 konnte diese Lücke zum Ausgabenniveau der Vor-Pandemie-Jahre in weiten Teilen wieder aufgeholt werden, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und BGF.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2021. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

Abb. 4: Zahlen im Überblick



Im Berichtsjahr 2021 konnten 5.961.940 Menschen direkt mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erreicht werden. Von den insgesamt 40.650 erreichten Lebenswelten waren über die Hälfte Kitas und Grundschulen.

Die Krankenkassen investierten 147.509.502 Euro in die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, das entspricht 2,01 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr konnten die Ausgaben mit einer Steigerung von 44 % deutlich erhöht werden. Dabei waren die Ausgaben 2020 mit Beginn der Corona-Pandemie stark gesunken.¹ 2019 lagen die Ausgaben noch bei 2,27 Euro je Versicherten, 2020 bei 1,40 Euro je Versicherten. Somit konnte ein großer Teil der durch die Pandemie entstandenen Ausgabenlücke wieder aufgeholt werden. Trotzdem wurde die für 2021 nach § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V vorgesehene Ausgabenhöhe von 2,27 Euro je Versicherten nicht erreicht.

¹ Für das Jahr 2020 wurden mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 der gesetzliche Orientierungswert und die Mindestausgabenwerte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ausgesetzt (§ 20 Abs. 6 SGB V und § 5 Abs. 7 SGB XI).



Mit BGF-Maßnahmen konnten 1.768.604 Menschen in 18.437 Betrieben erreicht werden. Die Ausgaben der Krankenkassen für BGF lagen 2021 bei 246.897.000 Euro, das entspricht 3,37 Euro je Versicherten. Die Ausgaben enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 36,4 Millionen Euro (Stand 20.10.22), die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist nichtverausgabte Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

Die Krankenkassen haben aus den Gesamtausgaben 0,76 Euro je Versicherten in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für BGF in der Pflege, aufgewendet. Das Ausgabensoll für die BGF in der Pflege (1,06 Euro je Versicherten) konnte nicht erfüllt werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Ausgaben im Vergleich zu 2020 um 55 % gestiegen sind (2020: 159.407.107 Euro).

2021 förderten die Krankenkassen 796.595 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei waren 80 % der Kursteilnehmenden weiblich. Es zeigen sich in diesem Bereich der Prävention auch 2021 noch deutlich die Auswirkungen der Corona-Pandemie, da Gruppenangebote im Präsenzformat zeitweise stark eingeschränkt blieben.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 143.272.215 Euro auf. Die Ausgaben sind im Vergleich zu 2020 um 6 % gesunken.

GKV-Ausgaben gesamt
(§§ 20 ff. SGB V)

Abb. 5: GKV-Ausgaben 2021



Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - im Berichtsjahr 2021 537.678.717 Euro aus. Durchschnittlich wurden 7,34 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind 30 % mehr als im Vorjahr (5,66 Euro).

Während 2020 (414.259.853 Euro) im Vergleich zu 2019 (630.802.920 Euro) ein Rückgang in den Gesamtausgaben um 34 % verzeichnet worden war, konnte die Differenz im Berichtsjahr 2021 zu

einem großen Teil aufgeholt werden. Die Steigerung ist auf ein höheres Ausgabenvolumen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und BGF zurückzuführen. Die Ausgaben im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention konnten gegenüber 2020 hingegen nicht gesteigert werden.

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

Abb. 6: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen



Im Vergleich zum Vorjahr konnten die Ausgaben der Pflegekassen für die Gesundheitsförderung und Prävention mit 16.289.401 Euro¹ (2020: 15.344.376 Euro) leicht gesteigert werden. Es wurden 0,22 Euro pro Pflegeversicherten ausgegeben (2020: 0,21 Euro). Insgesamt konnten die Pflegekassen mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention 92.046 pflegebedürftige Menschen in 1.859 stationären Pflegeeinrichtungen erreichen. Das sind 7 % mehr erreichte Pflegebedürftige im Vergleich zum Vorjahr (2020: 86.255). Zusammenfassend bleiben im zweiten Jahr der Corona-Pandemie die umgesetzten Präventionsleistungen und Aufwendungen der Pflegekassen im Vergleich zum Vorjahr auf stabilem Niveau, ohne jedoch an den starken Leistungsanstieg im Jahr 2019 vor der Corona-Pandemie anknüpfen zu können.

¹ Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ1-Statistik 2021 der Pflegekassen zugrunde.

Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

Mit den drei Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 20 Abs. 4 SGB V - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - werden Männer und Frauen zu unterschiedlichen Anteilen erreicht.

Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden zu einem Großteil von Frauen in Anspruch genommen. So zeigt sich, dass **80 %** der Kursteilnehmenden weiblich sind.

Mit den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können Männer und Frauen in etwa zu gleichen Teilen erreicht werden. 52 % der Teilnehmenden sind Mädchen und Frauen, **48 %** Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind Bildungseinrichtungen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

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

Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt- oder Settingansatz will die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld ansprechen und erreichen. Lebenswelten als „abgrenzbare soziale Systeme“ können sowohl durch formale Institutionen (z. B. Kita oder Schule) als auch über einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug (z. B. Stadtteil, Quartier) definiert werden.

Lebenswelten haben großen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten der Menschen, indem sie sowohl gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen als auch gesundheitsförderliche Aktivitäten, die auf das gesundheitsbewusste Verhalten der einzelnen Menschen ausgerichtet sind, bedarfsbezogen und niedrigschwellig vorhalten können. Weil Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten an den Gewohnheiten und Werten der Menschen ansetzt und die Betroffenen umfassend mit einbindet, gilt sie als besonders erfolgversprechend. Menschen unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichem sozialem Status und/oder unterschiedlichen gesundheitlichen Bedarfen können erreicht, sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen kann damit entgegengewirkt werden. Durch die Auswahl der Settings, z. B. Kommunen/ Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf, können gezielt sozial schlechtergestellte Menschen ohne Stigmatisierung mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung erreicht werden.

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten ist in § 20a SGB V festgeschrieben. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sind die Kriterien für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten festgelegt. Dem Präventionsbericht liegt der Leitfaden in der jeweils

zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

Insgesamt wurden im Jahr 2021 3.942 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet. Die Arbeitswelt bildet ein Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 79 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“). Im Berichtsjahr 2021 haben die Krankenkassen insgesamt 147.509.502 Euro in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten investiert, was 2,01 Euro je Versicherten¹ entspricht. Im Jahr 2020 lagen die Ausgaben bei 1,40 Euro. Der starke Rückgang der Ausgaben, der im Vorberichtsjahr vor allem coronabedingt zu verzeichnen war, wurde damit zu einem Teil wieder ausgeglichen. Es ist davon auszugehen, dass der Umgang mit den Herausforderungen der Pandemie im Jahr 2021 ein Stück weit zur Normalität geworden ist. Exemplarisch lässt sich dies in den 16 Beiträgen zur Umsetzung der LRV nachlesen (s. S. 33 ff.).

Die Aktivitäten im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit gehen wie auch in den Vorjahren nicht in die quantitative Auswertung ein; sie werden im Schwerpunktteil beschrieben (s. S. 28-30).

Nachfolgend werden die im Jahr 2021 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben.

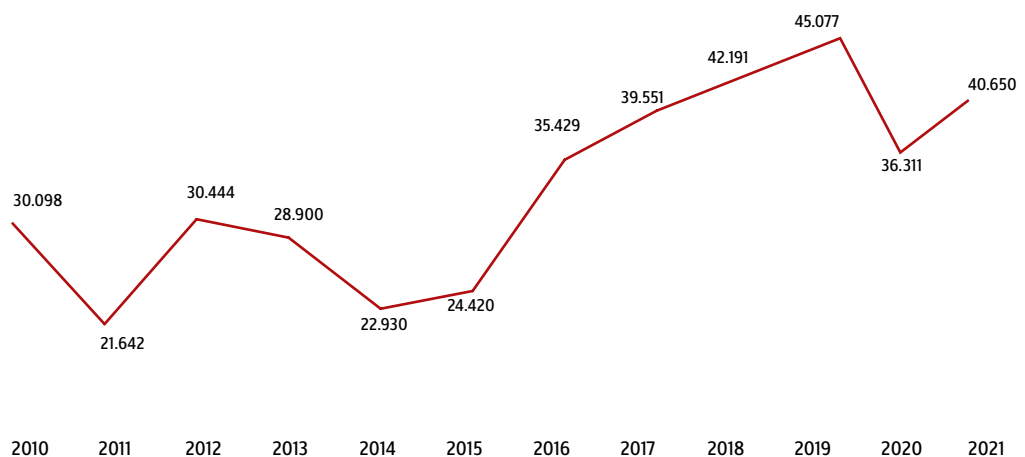
§ 20a Absatz 1 SGB V

„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 [...] 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. [...]“

¹ Nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V beauftragt der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Der GKV-Spitzenverband stellt der BZgA die gesetzlich vorgesehenen Finanzmittel (0,51 Euro je Versicherten im Jahr 2021) aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten quartalsweise zur Verfügung. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2021 im Rechtsstreit um die Finanzierung der BZgA als staatliche Behörde durch Beitragsgelder der GKV hat der GKV-Spitzenverband die Zahlungen seit dem 3. Quartal 2021 ausgesetzt, die Aufgaben jedoch fortgeführt. In den oben genannten Ausgaben in Höhe von 2,01 Euro je Versicherten sind entsprechend nur die BZgA-Ausgaben für das 1. Halbjahr 2021 enthalten.

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 7: Anzahl der Lebenswelten



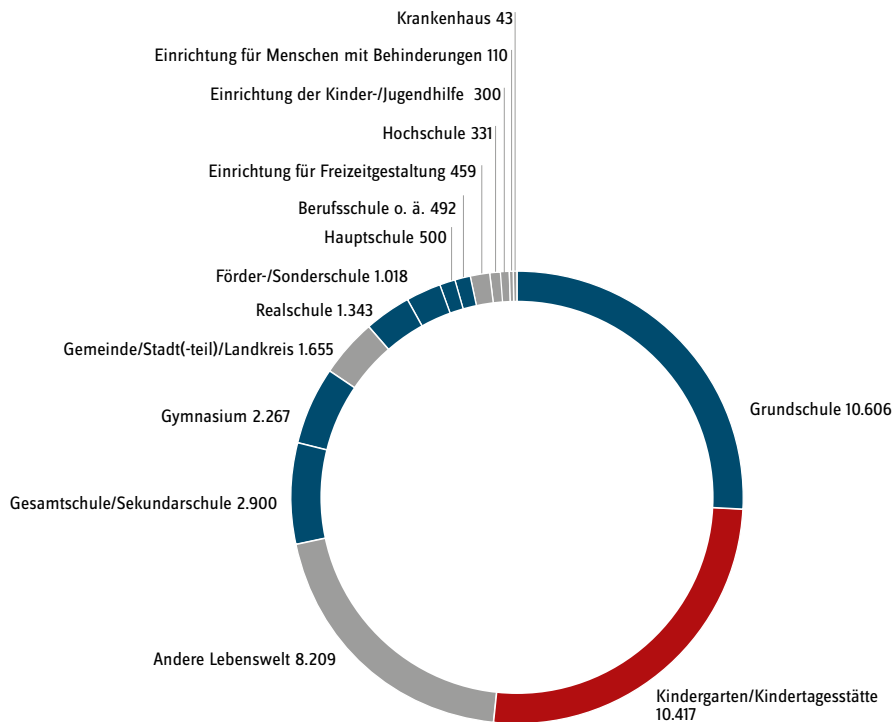
Die Krankenkassen erreichen mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention Menschen in verschiedenen Lebenswelten. Die Aktivitäten zielen sowohl darauf ab, die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten, als auch darauf, niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote zu etablieren. Letztere sind darauf ausgerichtet, den Menschen Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln.

2021 konnten die Krankenkassen 40.650 Lebenswelten mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen. Nachdem 2020 die Anzahl der erreichten Lebenswelten aufgrund der Corona-Pandemie um 19 % zurückgegangen war, konnte ein Teil des Rückgangs im aktuellen Berichtsjahr mit 12 % mehr erreichten Lebenswelten als im Vorjahr wieder ausgeglichen werden. Mit den Aktivitäten konnten insgesamt 5.961.940 Kinder/Jugendliche und Erwachsene in Lebenswelten erreicht werden. Der Wert liegt dabei

13 % unter dem Wert von 2019.¹ 2021 waren die Bedingungen für die Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention nach wie vor erschwert, sodass davon auszugehen ist, dass die Aktivitäten wie auch im Jahr 2020 teils mit Einschränkungen oder in veränderter Form stattfanden.

¹ Im Berichtsjahr 2020 wurde die Anzahl der erreichten Personen aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Einschränkungen nicht ausgewiesen.

Art und Anzahl der Lebenswelten

Abb. 8: Art und Anzahl der Lebenswelten

Kitas¹ und Schulen sind bedeutende Lebenswelten für Gesundheitsförderung und Prävention. Gerade in der Kita und der Grundschule können Kinder schon früh und auf spielerische Art und Weise an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden. 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.

Die Bedeutung dieser Lebenswelten zeigt sich auch in den dokumentierten Aktivitäten: Wie in den Vorjahren haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2021 am häufigsten in Kitas und Schulen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt. In Kitas und Grundschulen fanden jeweils 26 % der Aktivitäten statt und in weiterführenden Schulen (einschließlich Förder-/

Sonderschulen) 20 %. Es wurden 10.606 Grundschulen und 10.417 Kitas erreicht. Dabei ist die Anzahl der erreichten Grundschulen im Vergleich zum Vorjahr um 2 % und die der erreichten Kitas um 6 % gesunken (2020: 10.845 erreichte Grundschulen und 11.087 Kitas).

20 % der Aktivitäten fanden in der Kategorie „andere Lebenswelt“ statt. Bereits 2020 stieg der Anteil dieser Kategorie im Vergleich zu 2019 an (2020: 11 %, 2019: 6 %). Diese Entwicklung zeigt, dass das dem Präventionsbericht zugrunde liegende Dokumentationsinstrument (s. Anhang: Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, S. 160-161) an dieser Stelle einer Erweiterung bedarf. In regelmäßigen Abständen entwickeln der GKV-Spitzenverband und der MD Bund in Abstimmung mit den Krankenkassen die Dokumentation weiter.

¹ Im Folgenden werden zur Vereinfachung Kindergärten und Kindertagesstätten unter dem Begriff „Kita“ zusammengefasst.

Laufzeit

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

Die im Berichtsjahr 2021 abgeschlossenen Projekte dauerten im Durchschnitt deutlich länger als 2020. Die durchschnittliche Laufzeit der abgeschlossenen Aktivitäten betrug 2021 27 Monate, während sie 2020 18 Monate betrug.

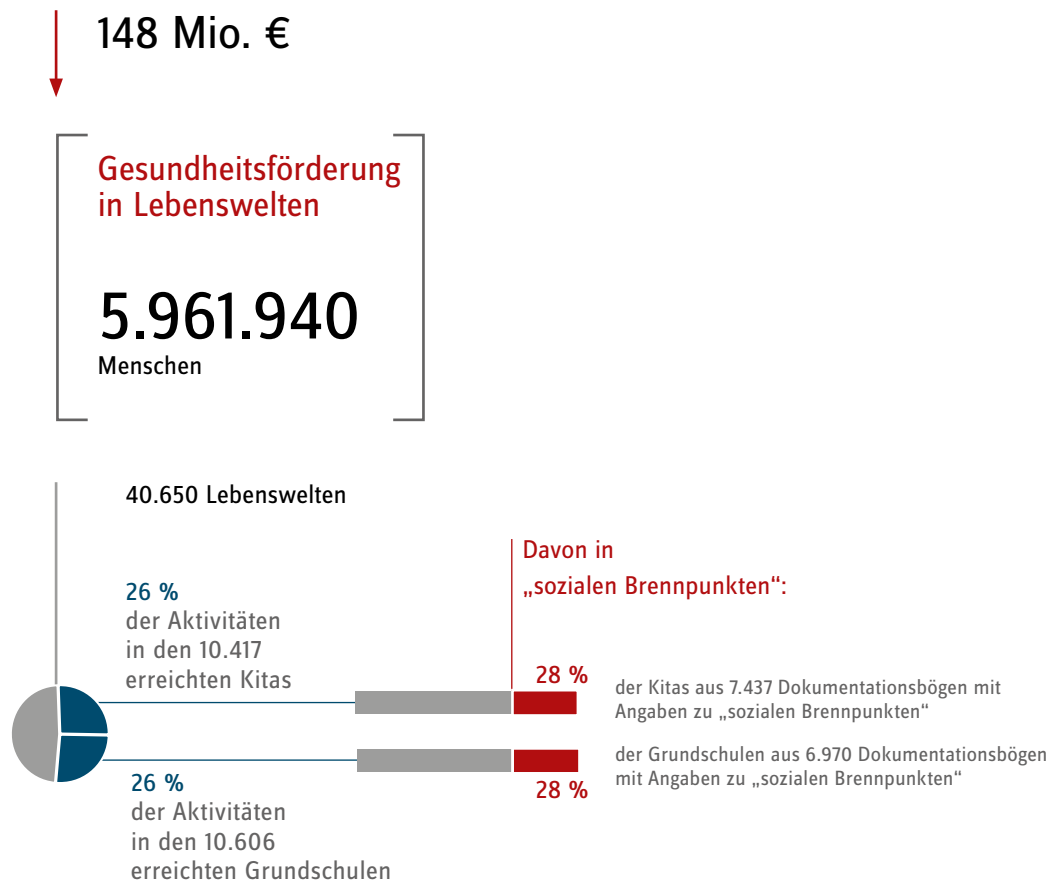
Zudem ist 2021 der Anteil der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten auf 76 % gestiegen. Bereits 2020 zeigte sich im Vergleich zu 2019 ein höherer Anteil an Aktivitäten, die über das Berichtsjahr hinausgingen (2020: 69 %, 2019:

64 %). Die durchschnittliche Laufzeit der über das Berichtsjahr hinausgehenden Projekte blieb 2021 mit 29 Monaten in etwa auf dem Vorjahresniveau (2020: 28 Monate).

Die beschriebenen Entwicklungen führen dazu, dass die durchschnittliche Laufzeit über alle Projekte hinweg angestiegen ist (2021: 28 Monate; 2020: 25 Monate). Da auch für das Berichtsjahr 2021 pandemiebedingt zeitweise weiterhin Kontakteinschränkungen vorlagen, kam es vermutlich bei den Projekten zu zeitlichen Verzögerungen bzw. Auswirkungen auf die Abläufe. Auch die Auswirkungen von 2020 können hier noch sichtbar sein.

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 9: Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“



§ 20 Abs. 1 SGBV gibt vor, dass krankenkassen-geförderte Präventionsmaßnahmen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen“ einen Beitrag leisten sollen. Im Rahmen des Präventionsberichts wird hilfsweise als ein Indikator für die Erreichung sozial Benachteiligter erhoben, wie viele der erreichten Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“ liegen.

Als „**soziale Brennpunkte**“¹ 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.

28 % der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 28 % der mit Aktivitäten erreichten Grundschulen lagen 2021 nach dieser Definition schätzungsweise in „sozialen Brennpunkten“. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der erreichten Kitas in „sozialen Brennpunkten“ leicht gestiegen (2020: 25 %), während der Anteil der erreichten Grundschulen „in sozialen Brennpunkten“ in etwa gleich geblieben ist (2020: 27 %).

¹ Deutscher Städtetag. (1987). Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten, Köln 1987, S. 15.

Zielgruppen

Abb. 10:

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



*GKV-Präventionsziele 2019-2024

Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention können auf die spezifischen Bedarfe von ausgewählten Zielgruppen ausgerichtet sein. 2021 waren 41 % der Projekte auf besondere Personengruppen innerhalb der jeweiligen Lebenswelt ausgerichtet. 59 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an alle Menschen im Setting.

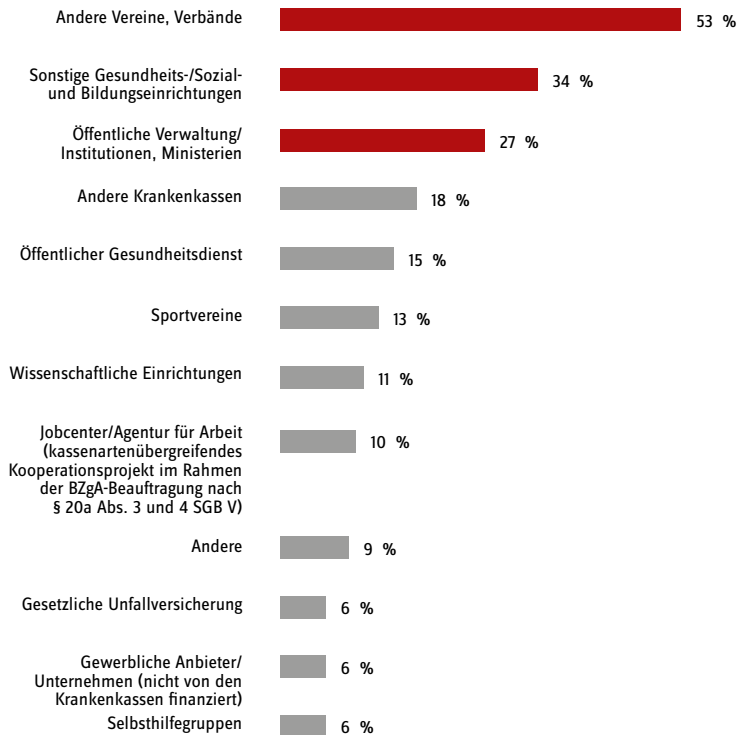
Über die Hälfte (54 %) der Aktivitäten für besondere Zielgruppen waren auf pädagogisches Personal ausgerichtet. Diese gestalten die Strukturen in den Lebenswelten wie z. B. Kitas und Schulen maßgeblich mit und haben eine Vorbildfunktion für Kinder und Jugendliche. Im Hinblick auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten wirken sie auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 10-15 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 11:

Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)

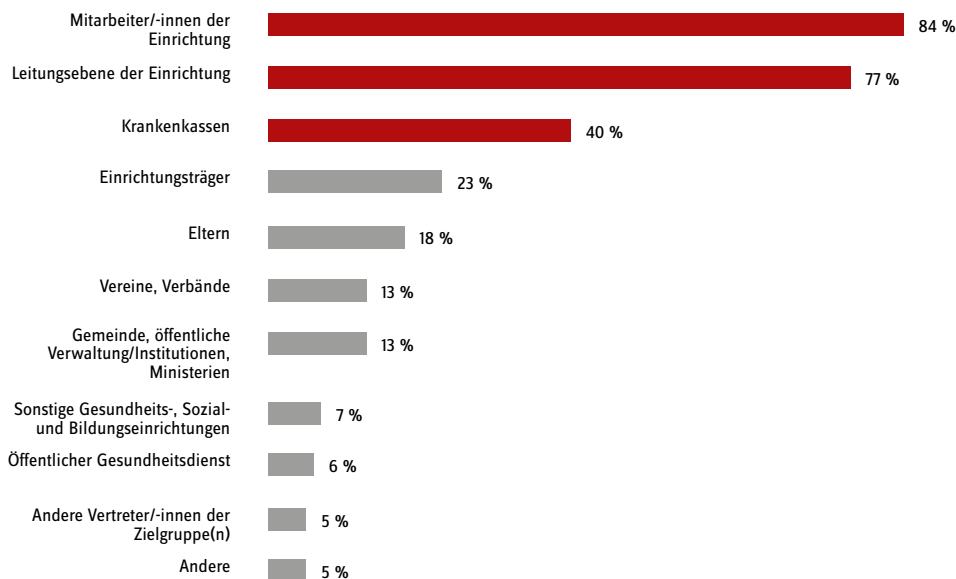


In den Abbildungen 11-13 werden Kategorien mit Werten unter 5 % nicht angezeigt.

Um bedarfsgerechte Angebote zu schaffen und die Menschen in den Lebenswelten zu erreichen, kann es hilfreich sein, geeignete Kooperationspartner heranzuziehen. Im Berichtsjahr 2021 waren bei 61 % der Aktivitäten neben den Krankenkassen und den Lebensweltbeteiligten weitere Kooperationspartner eingebunden. Häufig waren andere Vereine (ohne Sportvereine), Verbände und sonstige Gesundheits-/Sozial- und Bildungseinrichtungen eingebunden. Andere Krankenkassen waren zu 18 % als Kooperationspartner beteiligt.

Koordination und Steuerung

Abb. 12: **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Der Koordination und Steuerung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention kommt eine wichtige Bedeutung zu, da diese eine zentrale und verlässliche Planung und die nachhaltige Verankerung der Maßnahmen in der jeweiligen Lebenswelt fördert.

Gemäß dem Leitfaden Prävention soll eine solche Steuerungsstruktur (z. B. ein zentrales Gremium) den gesamten **Prozess**¹ von der Bedarfsanalyse und Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen begleiten und mit strukturieren.

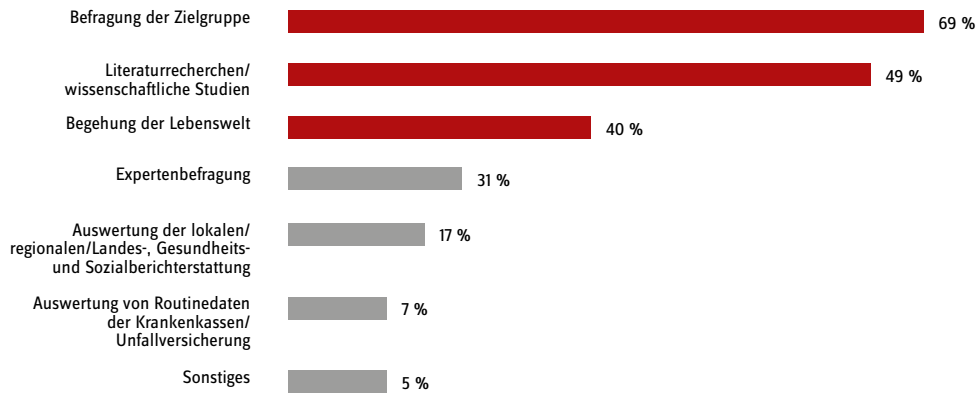
Bei fast allen Aktivitäten wurden Steuerungsstrukturen etabliert (zu 91 %). Am häufigsten waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung selbst beteiligt (zu 84 %). Häufig war auch die Leitungsebene in den Steuerungsstrukturen vertreten (zu 77 %). Zu 40 % waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen vertreten.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Bedarfsermittlung

Abb. 13:

Methoden der Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)

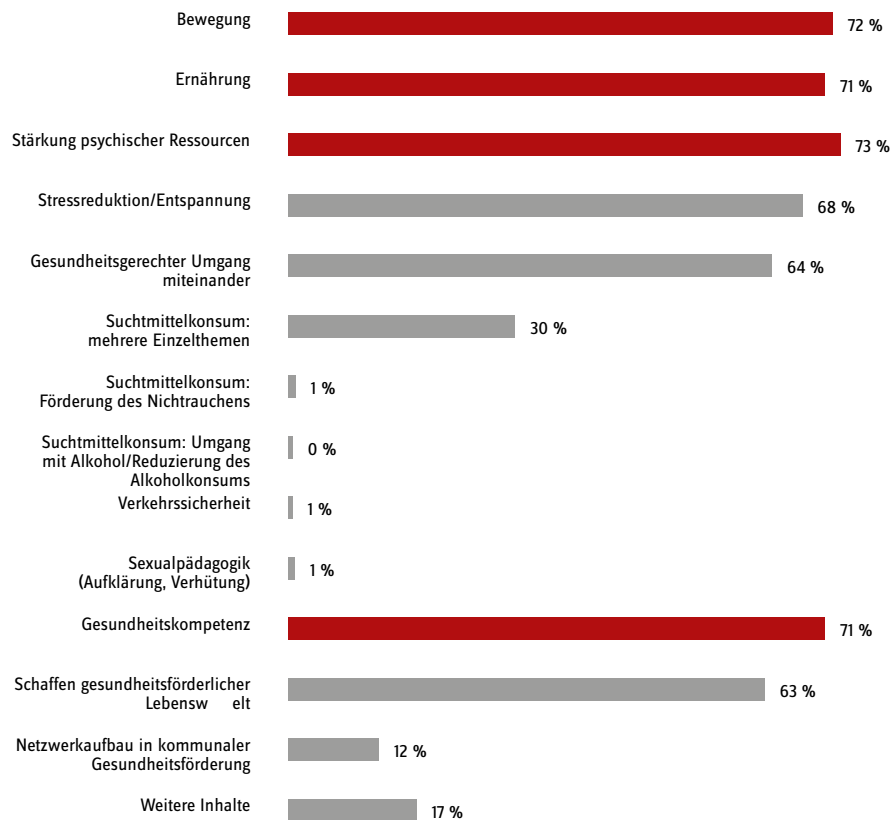


Die Bedarfsermittlung ist bedeutsam für die Entwicklung bedarfs- und zielgerichteter Aktivitäten. Die Ermittlung von Bedarfen kann grundsätzlich durch unterschiedliche Methoden erfolgen. Im Berichtsjahr 2021 wurden am häufigsten Befragungen der Zielgruppe (69 %) sowie Literaturrecherchen (49 %) gemeldet.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 14:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind je nach den Bedarfen in der jeweiligen Lebenswelt und bei den adressierten Zielgruppen auf verschiedene Inhalte ausgelegt. Diese sollen, wie im [Leitfaden Prävention¹](#) beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten. Oft werden mehrere Inhalte miteinander kombiniert.

Mit etwa je 70 % konzentrierten sich die Maßnahmen am häufigsten auf die Themen Stärkung psychischer Ressourcen, Bewegung, Ernährung und

Gesundheitskompetenz. Dabei wurde das Thema Gesundheitskompetenz im Vergleich zum Vorjahr häufiger als Schwerpunkt gewählt. 2021 war die Gesundheitskompetenz zu 71 % inhaltliche Ausrichtung der Interventionen, 2020 zu 64 %.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

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. 2021 war der überwiegende Anteil der Aktivitäten (78 %) sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet. 18 % 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 (75 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (61 %) im Fokus struktureller Umgestaltungen.

Erfolgskontrollen

Bei 71 % der Projekte in Lebenswelten wurde der Erfolg der Maßnahmen analysiert bzw. war dies geplant. Dabei wurden Inhalte verschiedener Erfolgsfaktoren abgefragt. Am häufigsten wurden die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (80 %), die Akzeptanz der Maßnahme bei den Zielgruppen (58 %) und Prozesse/Abläufe (48 %) ermittelt.

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Seit 2016 wird im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit das Kooperationsprojekt zur **Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt**¹ 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. Von 224 Projektstandorten liegen für 2021 Dokumentationsbögen vor.

Projektorganisation

Bei allen Projekten in diesem Rahmen wurde ein Steuerungsgremium etabliert. 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 (eine Krankenkasse oder ein Krankenkassenverband) oder einen im GKV-Auftrag agierenden Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit).

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

72 % der Kooperationsprojekte richteten ihre Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse in der kommunalen Lebenswelt als auch auf das Verhalten der Menschen aus. Im Vorjahr waren es 59 % der Aktivitäten, bei denen beide Arten von Maßnahmen miteinander kombiniert wurden. Somit konnte dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. 27 % der Interventionen waren ausschließlich darauf ausgerichtet, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 1 % der Aktivitäten konzentrierte sich 2021 ausschließlich auf die Verhältnisprävention, z. B. im Sinne von Veränderungen der Informations- und Kommunikationsstrukturen.

Erfolgskontrollen

Bei 198 der insgesamt 224 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.

¹ <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung/>

In zehn Schritten Sorgen angehen und Kraft gewinnen

„Werde ruhig und mach weiter“ – so lautet die Übersetzung des Online-Trainings „get.calm and move.on“, das das GKV-Bündnis für Gesundheit von Sommer 2020 bis Ende 2021 den Menschen an den Standorten des Kooperationsprojekts Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt zur Verfügung gestellt hat. Denn die Corona-Pandemie hat bei vielen Menschen Angst um die eigene Gesundheit und die von Angehörigen sowie Sorgen und Zukunftsängste ausgelöst, die die Belastung einer bestehenden Arbeitslosigkeit oft noch verstärkt haben. Gleichzeitig war die Teilnahme an herkömmlichen Gesundheitsförderungsangeboten pandemiebedingt eingeschränkt.

Das Online-Training in zehn Einheiten wurde von der Leuphana Universität Lüneburg unter Nutzung bewährter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Übungen zur Reduktion von Sorgen und Ängsten sowie zur Stärkung von Zuversicht in der Coronazeit entwickelt und evaluiert. In einer randomisiert kontrollierten Studie konnten eine signifikante Reduktion der Sorgen sowie Verbesserungen u. a. in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität und allgemeines Wohlbefinden auch noch sechs Monate nach dem Training festgestellt werden.¹

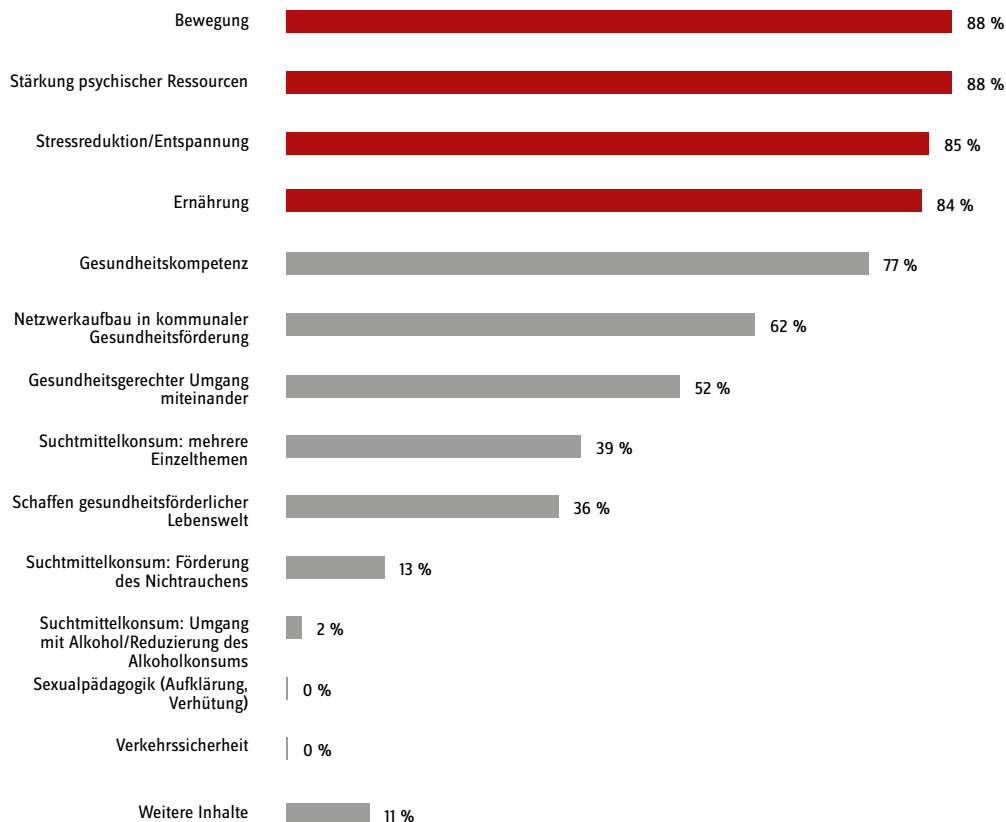
Für das GKV-Bündnis für Gesundheit hat die Leuphana Universität das Training spezifisch an die Bedarfe arbeitsloser Menschen angepasst, indem Identifikationspersonen mit Arbeitslosigkeitserfahrung entwickelt wurden.

¹ Heckendorf, H., Lehr, D. & Boß, L. (2022). Effectiveness of an Internet-Based Self-Help Intervention versus Public Mental Health Advice to Reduce Worry during the COVID-19 Pandemic: A Pragmatic, Parallel-Group, Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-13. <https://www.karger.com/Article/Abstract/521302>

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Abb. 15:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen lagen im Berichtsjahr 2021 am häufigsten auf den Themen Bewegung (88 %), Stärkung psychischer Ressourcen (88 %), Stressreduktion/Entspannung (85 %) oder Ernährung (84 %). 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 2021](#).¹ Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventionsbericht dokumentiert.

Im letzten Bericht wurde aufgrund der Corona-Pandemie auf die Schätzung der erreichten Personen verzichtet. Aus diesem Grund konnten auch Teile der GKV-Ziele nicht bewertet werden. Im aktuellen Bericht wird die Schätzzahl der erreichten Personen wieder vollständig ausgewiesen. Da bei einigen Zielen der Vergleichswert vom Vorjahr fehlt, wird in diesen Fällen die Zielerreichung 2021 mit der Zielerreichung 2019 in Beziehung gesetzt. Dies betrifft Ziel 3 und Teile von Ziel 4. Das lebensweltbezogene Engagement der Krankenkassen wird quantitativ im Präventionsbericht nicht vollständig abgebildet; so gehen die Aktivitäten des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit (s. S. 28-30) nicht in die Messung der Ziele ein. Dies bedeutet, dass die Zahlen zu den Zielen 1 und 4 deutlich unterschätzt werden.

Die Zielerreichung im Jahr 2021 fällt heterogen aus. Viele Ziele konnten nicht erreicht werden. Dies betrifft insbesondere die Ziele bzw. Teilziele zur Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen, bei denen das Berichtsjahr 2019 als Vergleichsjahr zugrunde gelegt wurde. Dieser Befund deutet auf die pandemiebedingten Einschränkungen und die damit verbundene erschwerte Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen im Jahr 2021 hin. Es zeigen sich aber auch Ausnahmen: So konnten 2021 mehr Alleinerziehende und mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreicht werden. Auch die Zielerreichung zum Aufbau intersektoral zusammengesetzter Steuerungsgremien in Kommunen fällt positiv aus.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 3, S. 15 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
 - Behinderte
 - Menschen mit Migrationshintergrund
 - Alleinerziehende
 - Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

Abb. 16: Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen

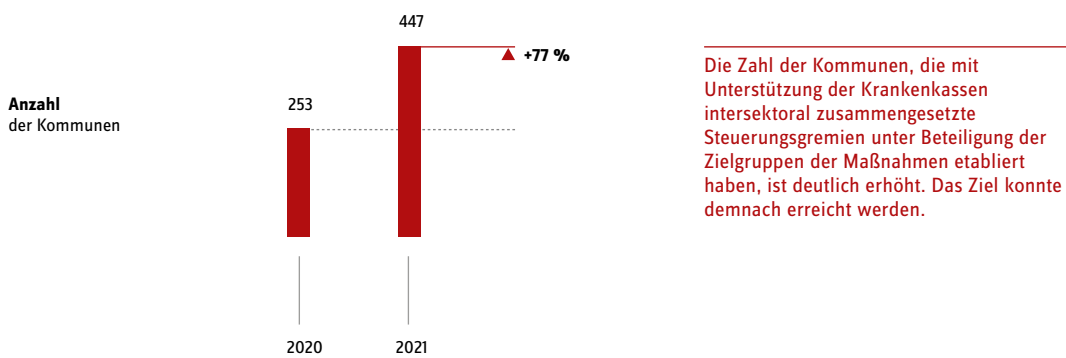


Abb. 17: Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert

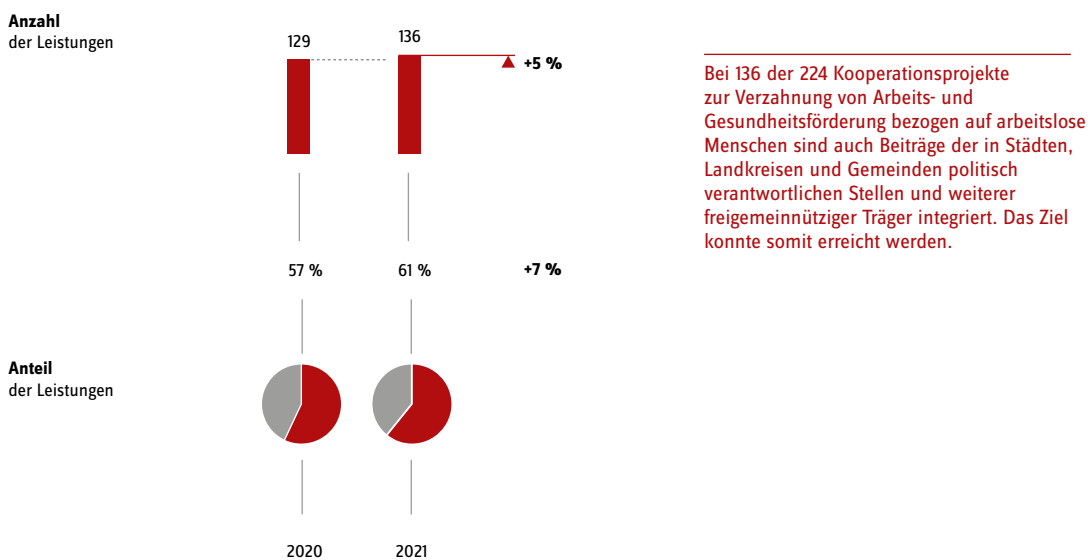


Abb. 18: Ziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen

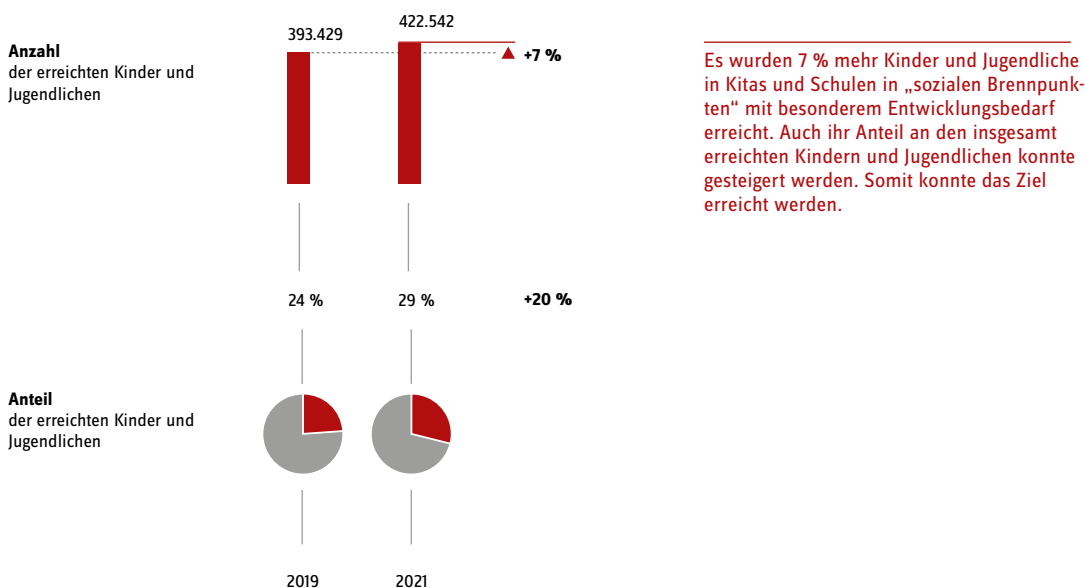


Abb. 19: Ziel 3.2: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung

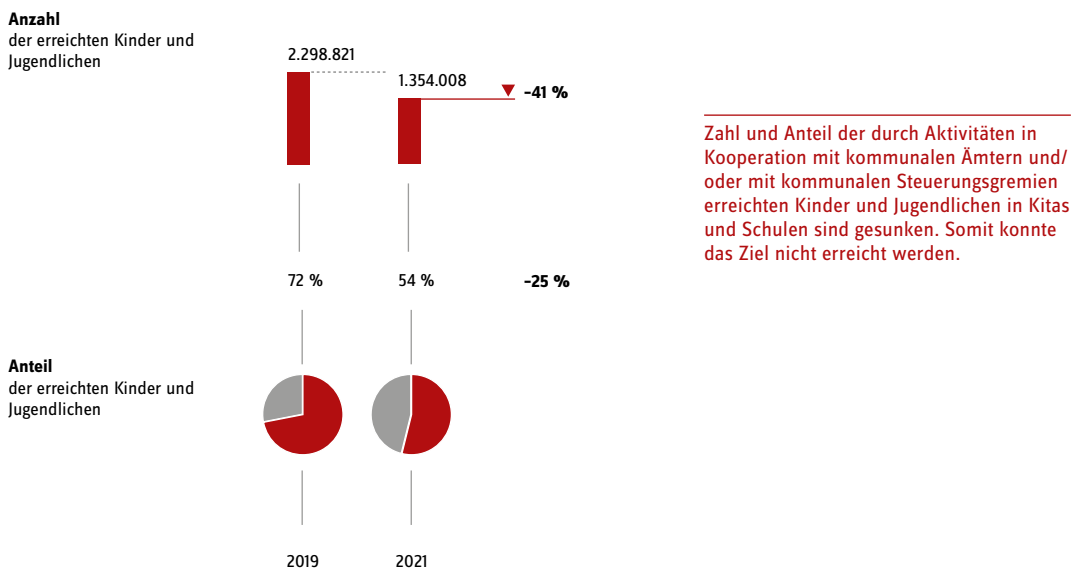


Abb. 20: Ziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern

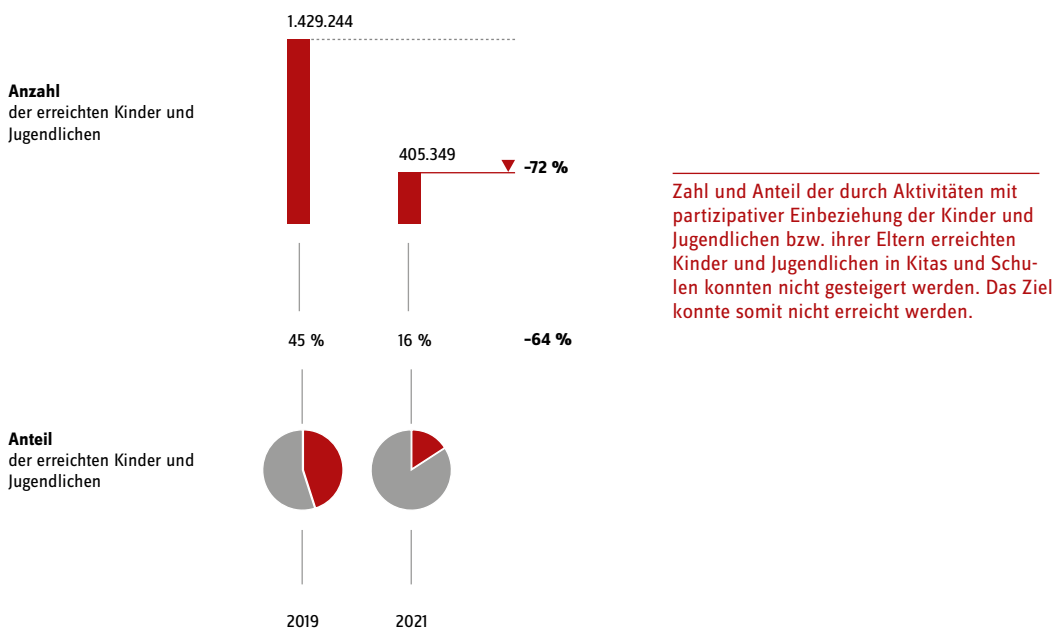


Abb. 21: Ziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

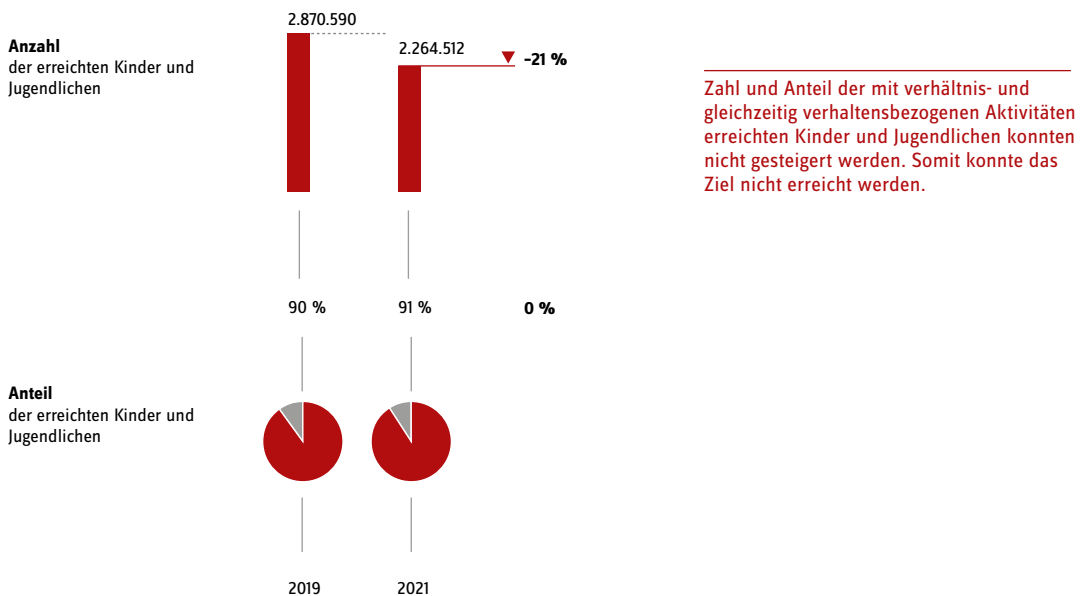


Abb. 22: Ziel 4.1 a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen

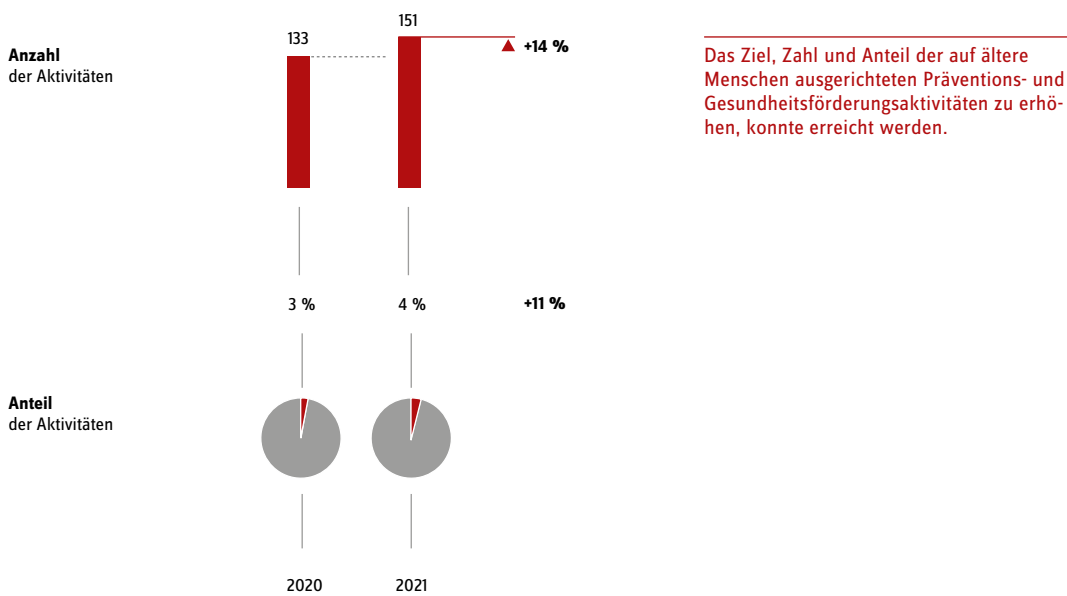


Abb. 23: Ziel 4.1 b: Mehr ältere Menschen erreichen

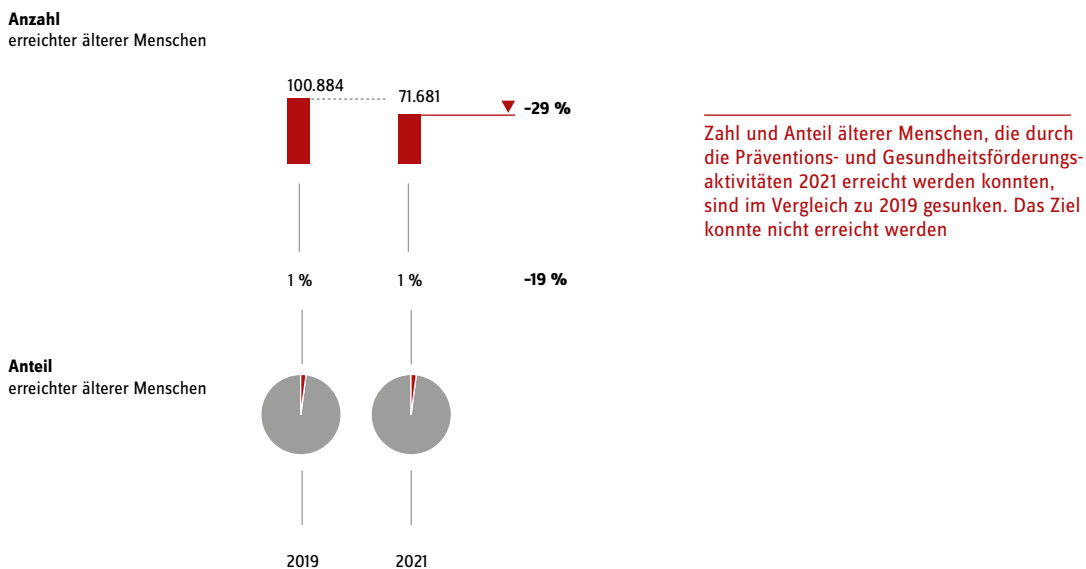
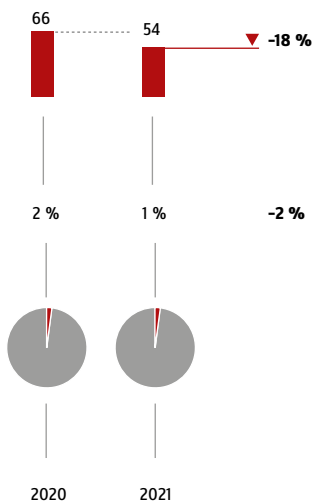


Abb. 24: Ziel 4.2 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen

Anzahl der Aktivitäten



Das Ziel, Zahl und Anteil der auf Menschen mit Behinderungen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhöhen, konnte nicht erreicht werden.

Anteil der Aktivitäten

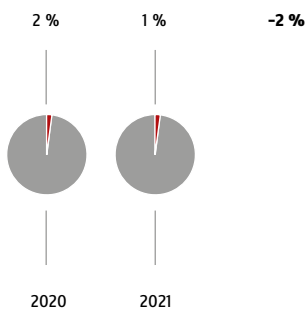
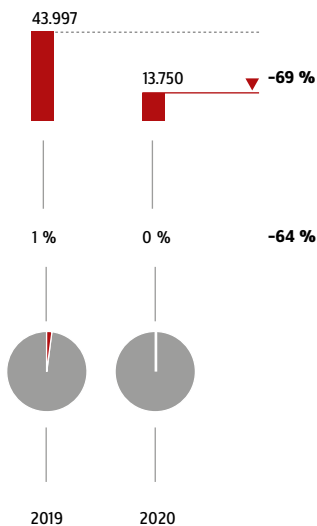


Abb. 25: Ziel 4.2 b: Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen

Anzahl der erreichten Menschen mit Behinderungen



Das Ziel, Zahl und Anteil der durch Maßnahmen erreichten Menschen mit Behinderungen zu erhöhen, konnte nicht erfüllt werden.

Anteil der erreichten Menschen mit Behinderungen

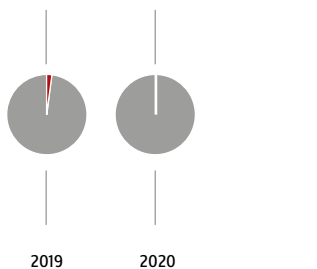


Abb. 26: Ziel 4.3 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund

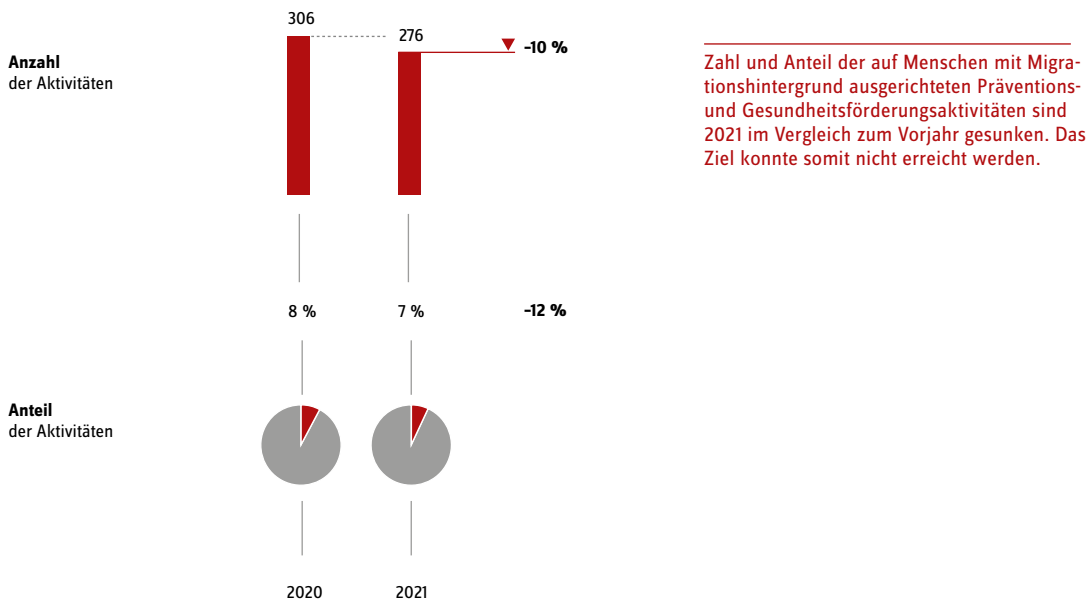


Abb. 27: Ziel 4.3 b: Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen

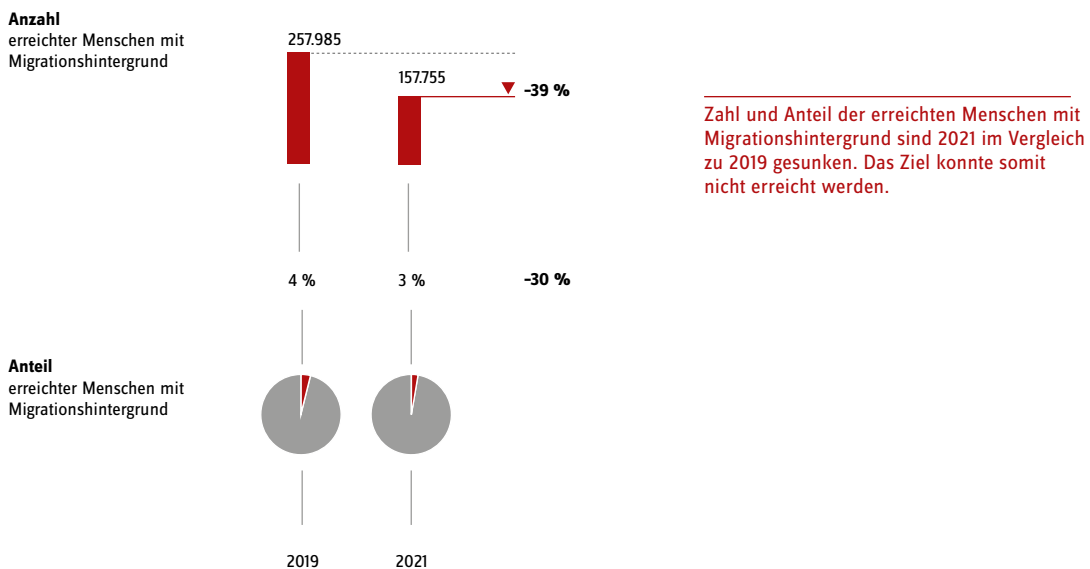


Abb. 28: Ziel 4.4 a: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende

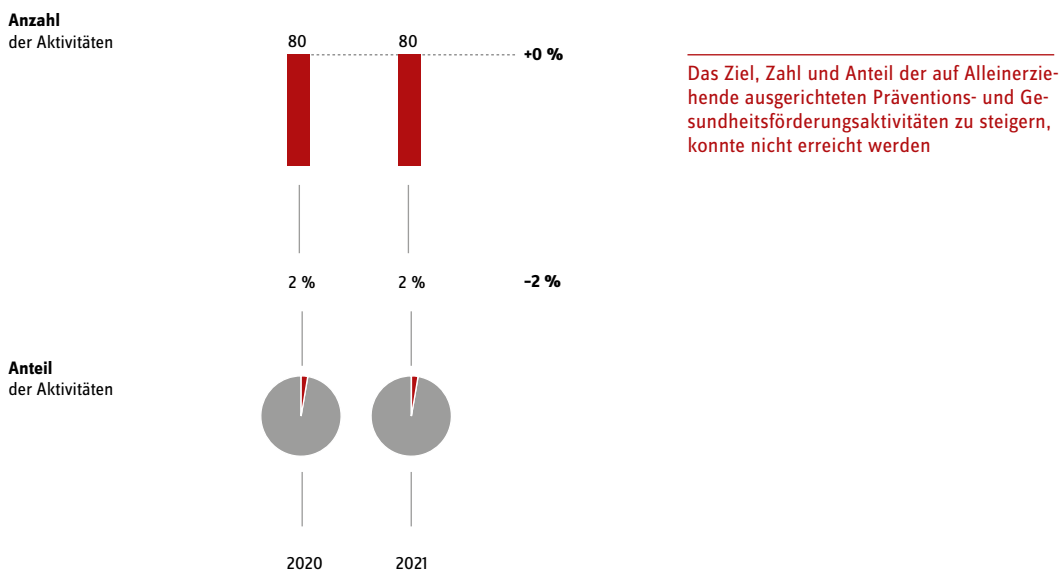


Abb. 29: Ziel 4.4 b: Mehr Alleinerziehende erreichen

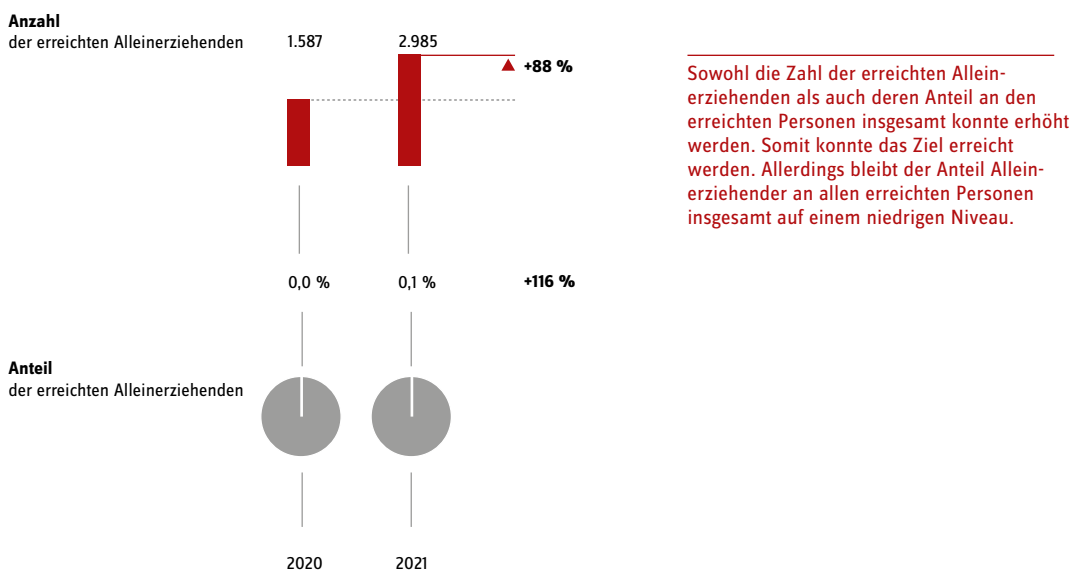


Abb. 30: Ziel 4.5 a: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

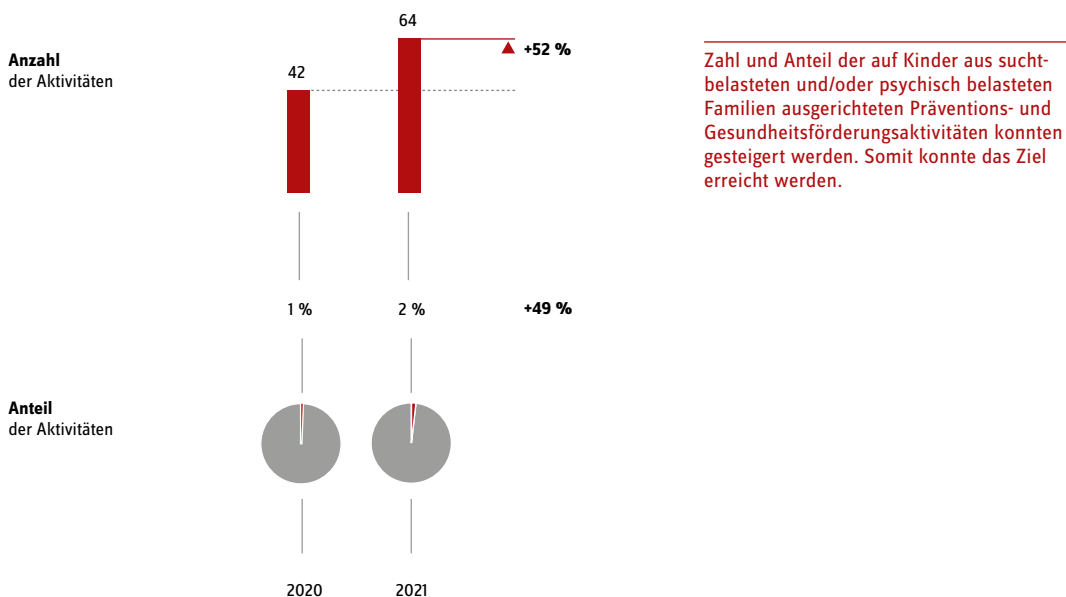
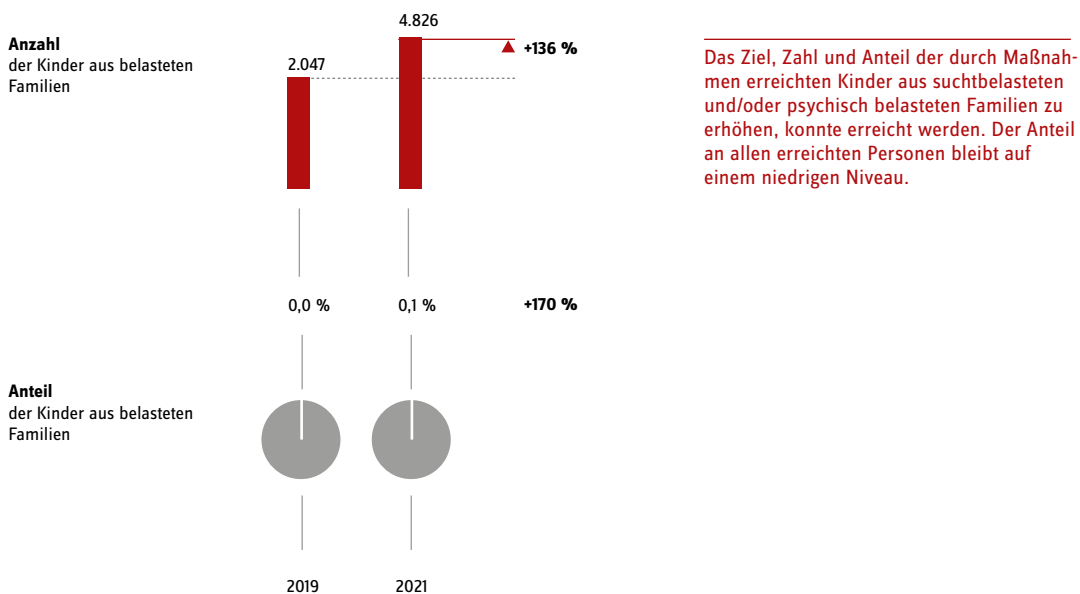


Abb. 31: Ziel 4.5 b: Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen



Betriebliche Gesundheitsförderung

Unternehmen aller Branchen und Größen müssen sich auf die Herausforderungen einer sich wandelnden Arbeitswelt (z. B. demografischer Wandel, Digitalisierung) einstellen. Globale Krisen wie die Corona-Pandemie und der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine haben auch die Arbeitswelt stark beeinflusst und vor neue Herausforderungen gestellt. Um diesen vielfältigen Anforderungen aus betrieblicher Sicht zu begegnen, braucht es eine gesunde und motivierte Belegschaft. Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen Betriebe hierbei auf vielfältige Weise. Im Mittelpunkt steht die Unterstützung beim Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Krankenkassen arbeiten im Themenfeld BGF mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen.

Seit ein paar Jahren arbeiten Betriebe im Rahmen der BGF vermehrt in Netzwerken zusammen. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen diesen Ansatz. 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 (s. S. 23-25).

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen in der BGF findet sich in § 20b SGB V. Insgesamt wurden im Jahr 2021 8.302 Dokumentationsbögen zur BGF sowie 146

Dokumentationsbögen zur überbetrieblichen Vernetzung/Kooperation ausgewertet. Im Berichtsjahr 2021 haben die Krankenkassen insgesamt 246.897.000¹ Euro in BGF investiert; dies entspricht 3,37 Euro je Versicherten. Darin enthalten sind 0,76 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 hierzu konkrete Umsetzungsbeispiele beschrieben (s. S. 139 ff.).

Die Gesamtausgaben sind im Vergleich zum Berichtsjahr 2020, welches stark durch die Corona-Pandemie geprägt war, angestiegen.

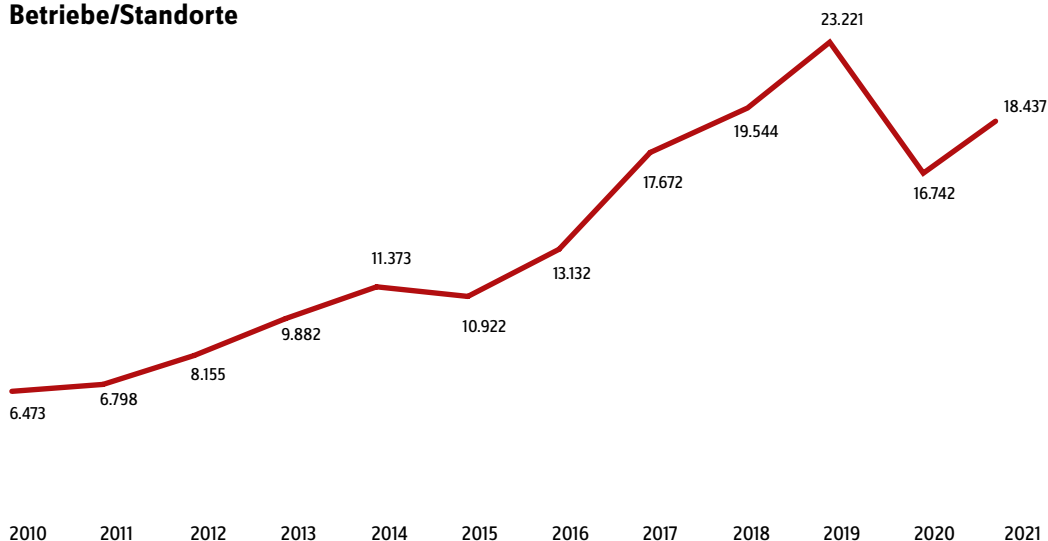
Auf den folgenden Seiten werden die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Betrieben sowie zur Unterstützung überbetrieblicher Vernetzung und Kooperationen beschrieben.

¹ Die Ausgaben enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 36,4 Millionen Euro, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist die nichtverausgabten Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

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

Abb. 32:

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



2021 konnten 18.437 Betriebe direkt erreicht werden. Davon waren 61 % Mehrfachstandorte und 39 % Einzelstandorte. Im Vergleich zu 2020 ist die Anzahl der erreichten Betriebe um 10 % gestiegen (2020: 16.742 Betriebe).¹

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Die Grenzziehung „Betriebe mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ soll Betriebe mit einem hohen Anteil an „**ungelernten**“ Beschäftigten² identifizieren. 2021 lag der Anteil dieser Betriebe an den erreichten Betrieben insgesamt bei 7 %.

Laufzeiten der Aktivitäten

Bei der Laufzeit der dokumentierten Aktivitäten wird zwischen abgeschlossenen und über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten unterschieden. Während die abgeschlossenen Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr zugenommen haben

(2021: 59 %, 2020: 46 %), lässt sich bei den über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten eine Abnahme feststellen (2021: 41 %, 2020: 54 %).

Die abgeschlossenen Aktivitäten dauerten im Durchschnitt kürzer als im Vorjahr (2021: 6 Monate, 2020: 15 Monate). Die mittlere Laufzeit der Aktivitäten, die über das Berichtsjahr hinausgehen, lag unverändert wie im Vorjahr bei 38 Monaten. Über alle Aktivitäten hinweg ergibt sich somit eine im Durchschnitt deutlich kürzere Laufzeit als im Vorjahr (2021: 21 Monate, 2020: 32 Monate).

Ein Ziel der zeitlich 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.³

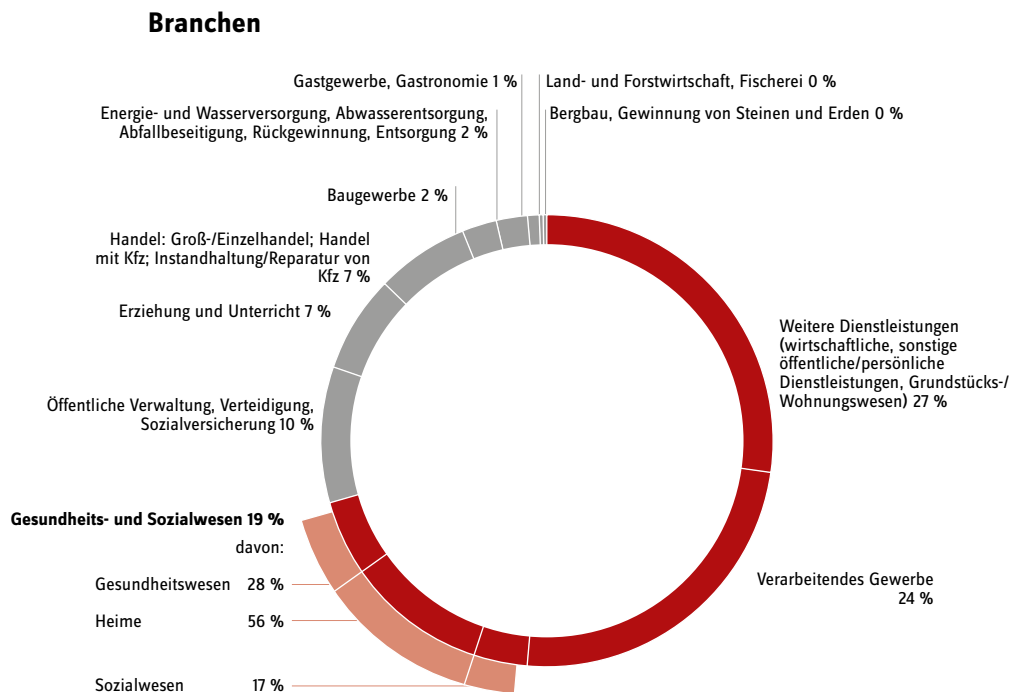
¹ Dies ist vor allem bedingt durch eine Umstellung des Datenlieferungsverfahrens einer Krankenkasse, wodurch deutlich mehr Aktivitäten dokumentiert werden konnten, die teilweise auch schon in den Vorjahren begonnen hatten.

² s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, s. S. 160-161

³ 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. 33:



Summen können rundungsbedingt abweichen.

2021 konnten mit 27 % die meisten Betriebe im Bereich „weitere Dienstleistungen“, wie z. B. freiberufliche, wissenschaftliche, technische und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen, mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der Krankenkassen erreicht werden. In den Vorjahren war stets das verarbeitende Gewerbe die meist erreichte Branche, welche im vorliegenden Berichtsjahr mit 24 % direkt hinter den „weiteren Dienstleistungen“ liegt. Darauf folgt das Gesundheits- und Sozialwesen mit 19 %, dessen Anteil im Vergleich zu 2020 (24 %) leicht gesunken ist.

Die Kategorien „Gesundheitswesen“, „Heime“ und „Sozialwesen“¹ werden seit 2019 differenziert erfasst. 2021 wurde folgende Anzahl an Aktivitäten hierzu durchgeführt:

Gesundheitswesen:

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

Heime:

- 727 BGF-Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen
- 71 BGF-Aktivitäten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- 87 BGF-Aktivitäten in anderen Heimen (z. B. Altenheime ohne Pflegeleistung)

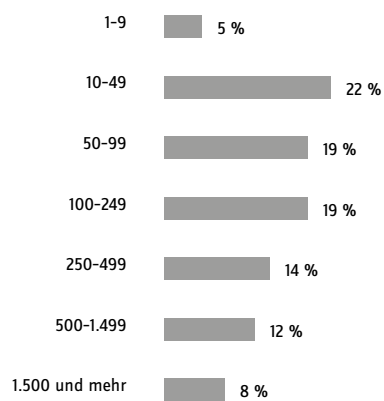
Sozialwesen:

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

¹ 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. 139 ff.

Betriebsgröße

Abb. 34: Betriebsgröße
(Anzahl der Beschäftigten)

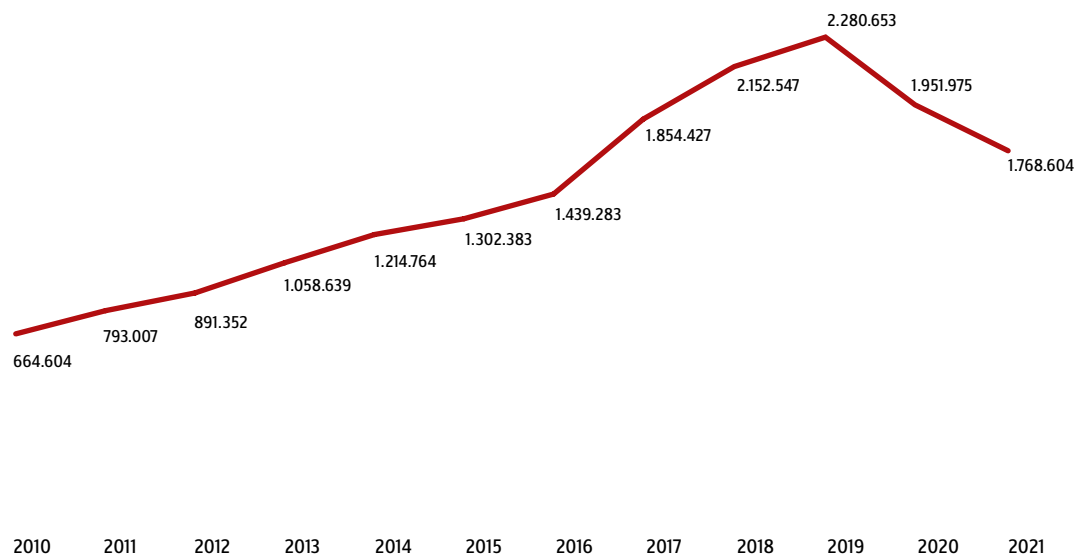


Summen können rundungsbedingt abweichen.

Am häufigsten wurden Betriebe/Standorte mit zehn bis 49 Beschäftigten erreicht (zu 22 %). Betriebe mit 50 bis 99 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten werden zu gleichen Anteilen von krankenkassengeförderten Maßnahmen erreicht (je zu 19 %). Kleinbetriebe mit bis zu neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind deutlich seltener vertreten (zu 5 %). Größere Betriebe mit 500 bis 1.499 Beschäftigten und Betriebe mit über 1.500 Beschäftigten waren 2021 mit insgesamt rund 21 % häufiger in die Maßnahmen der Krankenkassen miteinbezogen als im Vorjahr (2020: 15 %).

Erreichte Beschäftigte

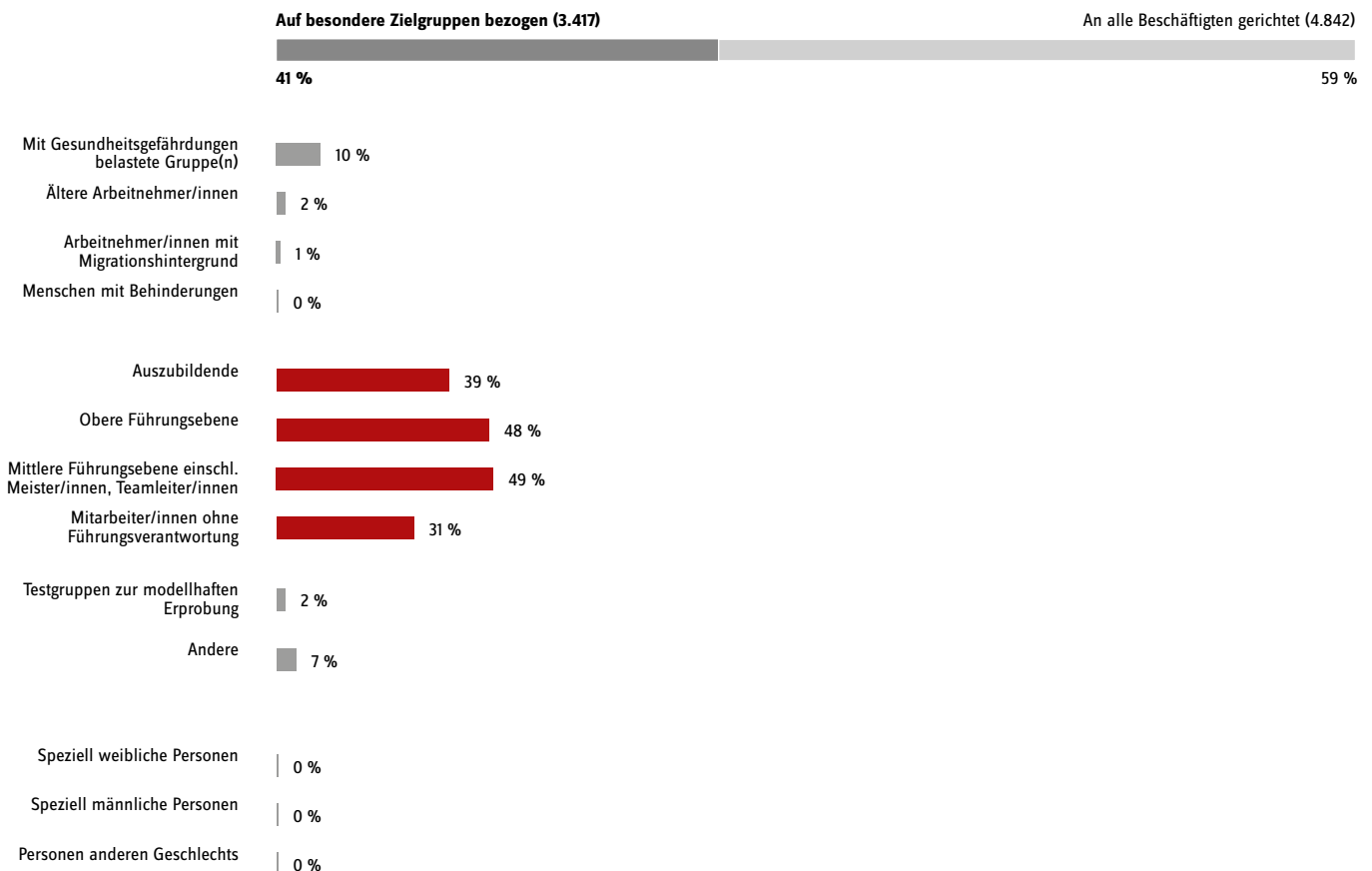
Abb. 35: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



2021 wurden 1.768.604 Beschäftigte durch BGF-Aktivitäten der Krankenkassen erreicht; dies sind 9 % weniger als 2020. Auffallend ist dabei für das Jahr 2021 die höhere Anzahl an Dokumentationsbögen mit fehlenden Angaben zu den erreichten Beschäftigten (2021: 34 % keine Angabe, 2020: 10 % keine Angabe), wodurch es vermutlich insgesamt zu einer Unterschätzung kommt. Auch ist davon auszugehen, dass die Erreichbarkeit von Beschäftigten durch BGF-Aktivitäten aufgrund der Corona-Pandemie weiterhin erschwert war.

Zielgruppen

Abb. 36: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



2021 waren 41 % der Projekte auf spezifische Zielgruppen und 59 % der Aktivitäten auf alle Beschäftigten gleichermaßen ausgerichtet. Dabei ist der Anteil der zielgruppenbezogenen Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (2020: 23 %).

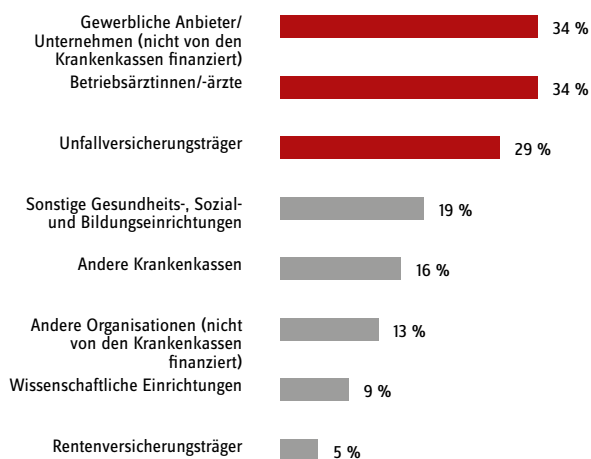
Am häufigsten richteten sich zielgruppenspezifische Aktivitäten an Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene. Der Führungsstil der Leitungsebene kann im Sinne der Gesundheitsförderung Ressourcen der Mitarbeitenden stärken, er kann sich aber auch negativ auf deren Gesundheit auswirken, beispielsweise durch ein unzureichen-

des Konfliktmanagement oder mangelnde Wertschätzung der Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Entsprechende Aktivitäten besitzen dementsprechend ein großes gesundheitsförderliches Potenzial.

Auszubildende (39 %) und Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung (31 %) wurden ebenfalls häufig durch gezielte Aktivitäten angesprochen.

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 37: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben (Mehrfachnennungen möglich)



Grundgesamtheit: 1.959 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner Ressourcen einbrachten

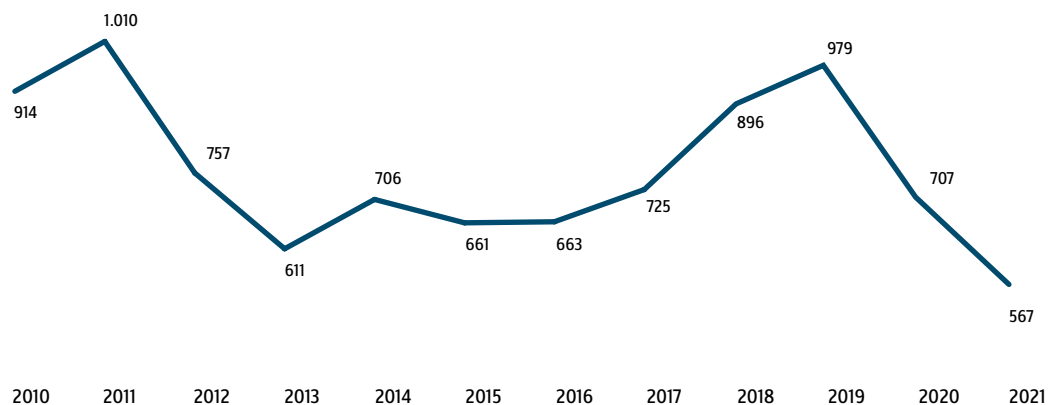
Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

Die Einbeziehung weiterer Akteure in krankenkassenunterstützte Aktivitäten kann je nach Ausrichtung sinnvoll sein. Bei 25 % der krankenkassenunterstützten Aktivitäten waren weitere außerbetriebliche Partner mit eingebunden. Dies sind weniger als im Vorjahr (2020: 36 %). Möglicherweise steht diese Entwicklung in Zusammenhang mit einem pandemiebedingten Rückzug von Kooperationspartnern.

Gewerbliche Anbieter/Unternehmen (34 %), Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (34 %) sowie Träger der Unfallversicherung (29 %) waren am häufigsten als Kooperationspartner in Aktivitäten der Krankenkassen eingebunden und brachten Ressourcen ein. Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen machten 19 % der Kooperationspartner aus. Die Einbindung der Unfallversicherung als wichtiger Partner der Krankenkassen im Themenfeld BGF wird im Folgenden differenziert dargestellt.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 38: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung



Die Unfallversicherung brachte 2021 bei 567 Aktivitäten BGF-Ressourcen ein; 2020 waren es 707 Aktivitäten. Somit ist die absolute Anzahl der Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung gesunken. Dies lässt sich auf den Rückgang der Aktivitäten mit Beteiligung von Kooperationspartnern insgesamt zurückführen (2020: 2.376 Aktivitäten, 2021: 1.959 Aktivitäten). Der Anteil der Aktivitäten mit der Unfallversicherung als Kooperationspartner gemessen an allen Aktivitäten mit Kooperationspartnern ist mit 29 % in etwa gleich geblieben. Die Kooperation mit der Unfallversicherung erweist sich als äußerst stabil.

Die seit Langem etablierte Zusammenarbeit zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der gesetzlichen Kranken-

versicherung bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz noch verbindlicher geregelt. Die jeweiligen gesetzlichen 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.

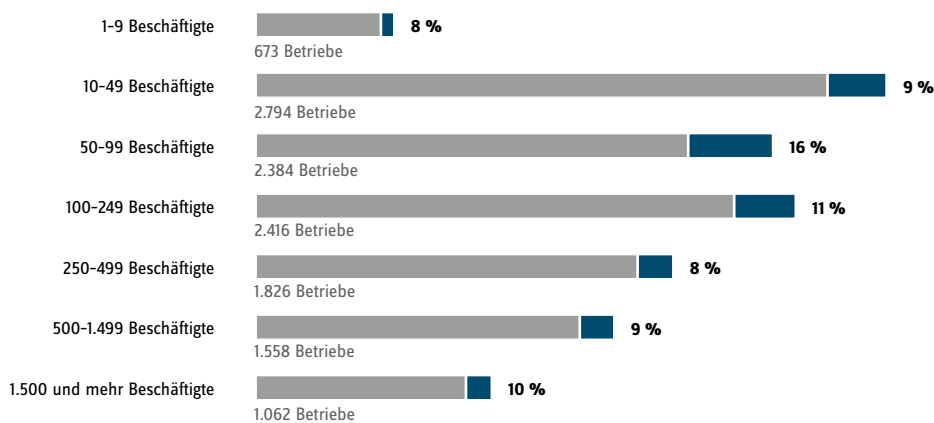
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 39:

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 2.416 Betriebe, davon 262 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 11 %.



Die Unfallversicherung ist am häufigsten in Betrieben mit 50 bis 99 Beschäftigten an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt (zu 16 %).¹ Bei den kleineren Betrieben mit einer bzw. einem bis neun Beschäftigten liegt der Anteil der Betriebe, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen einbrachte, bei 8 %.

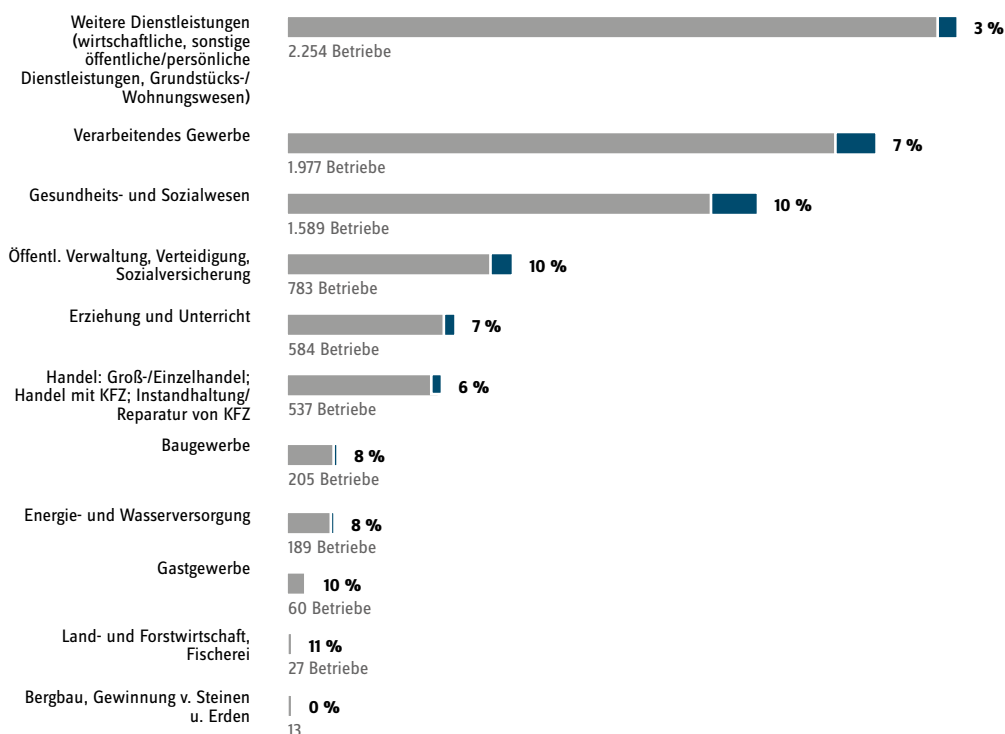
¹ Zu den Daten des vorigen Präventionsberichts 2021: Es wurde eine Korrektur an der Berechnung der Beteiligung der Unfallversicherung nach Betriebsgröße für das Berichtsjahr 2020 durchgeführt. Der Tabellenband 2021 wurde entsprechend korrigiert.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 40:

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 1.977 Dokumentationsbögen, davon 143 mit Beteiligung der Unfallversicherung; somit ist die Unfallversicherung bei 7 % der Betriebe im verarbeitenden Gewerbe an den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.

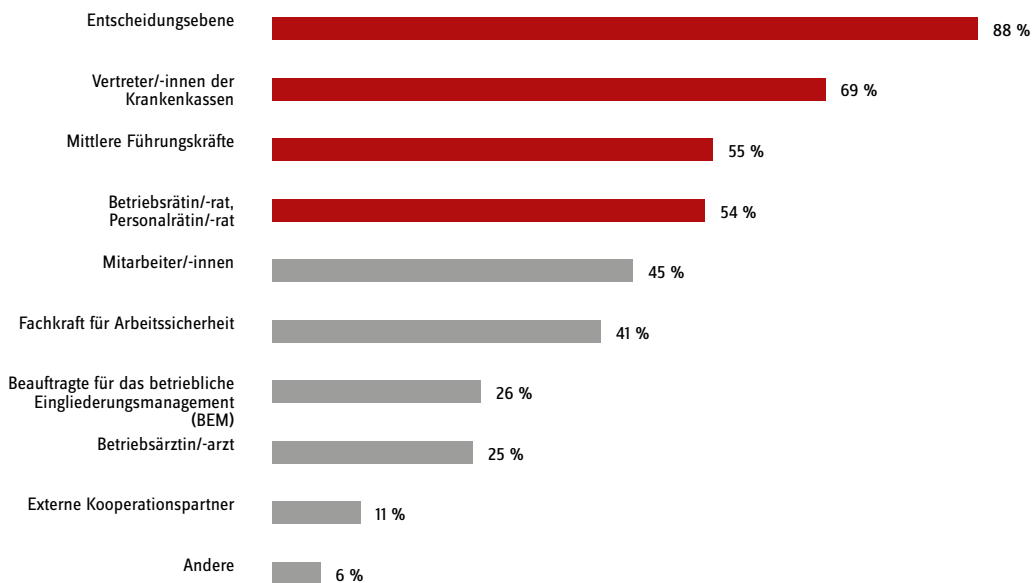


Die absolute Anzahl an Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung war im Gesundheits- und Sozialwesen (154 Aktivitäten) und im verarbeitenden Gewerbe (143 Aktivitäten) am höchsten.

Der relative Anteil der Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung an allen Aktivitäten in der jeweiligen Branche war in der Land- und Forstwirtschaft (11 %), im Gesundheits- und Sozialwesen (10 %), im Gastgewerbe (10 %) und in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (10 %) am höchsten.

Koordination und Steuerung

Abb. 41: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (Mehrfachnennungen möglich)



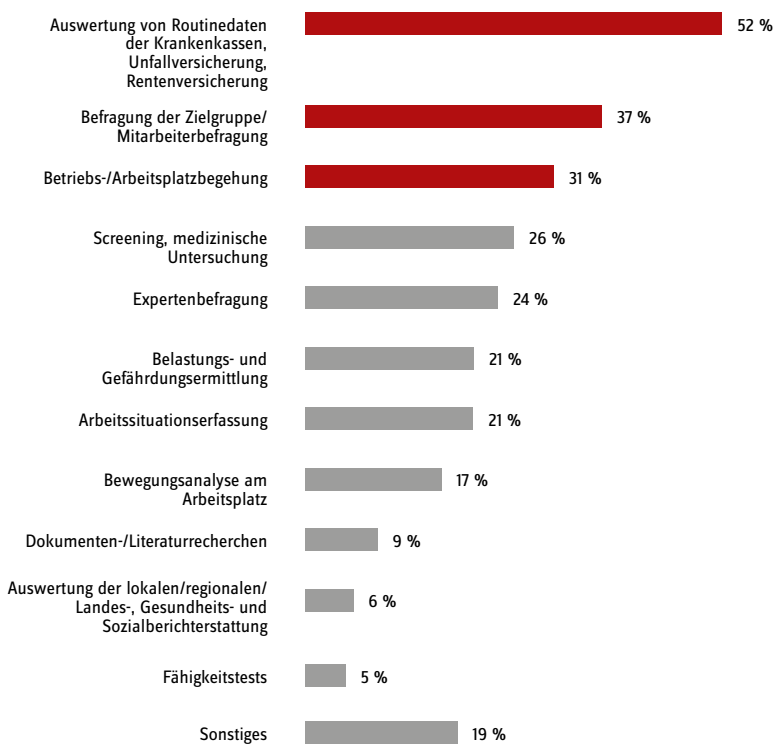
Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

2021 waren bei 46 % der Aktivitäten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (2020: 69 %). 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 (88 %) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (69 %) sind in den Steuerungsgremien am häufigsten beteiligt. Auch Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Personalrätinnen und Personalräte (54 %) sowie mittlere Führungskräfte (55 %) sind relativ häufig Mitglieder des Steuerungsgremiums.

Bedarfsermittlung

Abb. 42: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



Um bedarfsbezogene Angebote zu schaffen, ist eine Bedarfsermittlung mindestens zu Beginn eines jeden Vorhabens notwendig. Zu den am häufigsten gewählten Schritten der Bedarfsermittlung zählten die Auswertung von Routedaten der Krankenkassen, der Unfall- und der Rentenversicherung (52 %), die Befragung der Mitarbeitenden bzw. der Zielgruppe (37 %) oder die Durchführung einer Arbeitsplatzbegehung (31 %).

Formen der Mitarbeitendenbeteiligung

Die Einschätzung der Mitarbeitenden darüber, welche Strukturen und Verhaltensweisen im Unternehmen gesundheitsförderlich sind bzw. Risiken für die Gesundheit mit sich bringen, kann bei der Planung und Durchführung der Aktivitäten wertvoll sein. Zudem erfahren die Mitarbeitenden durch die direkte Partizipation Wertschätzung und Anerkennung. Bei 31 % der Aktivitäten fanden Ansätze zur Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung statt.

2021 kamen bei 31 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung **Gesundheitszirkel¹** 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.

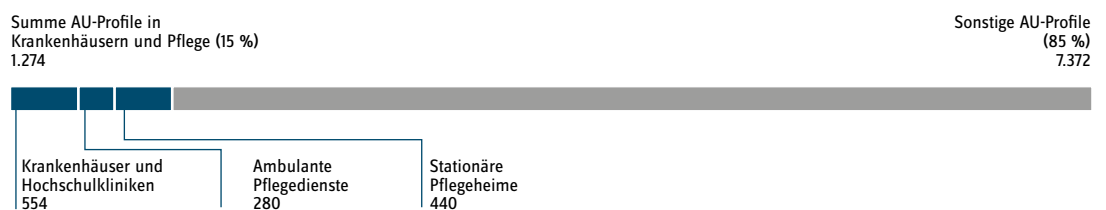
27 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung fanden in Form einer Arbeitssituationsanalyse statt. In diesem Rahmen werden moderierte Gruppendiskussionen durchgeführt, um einen Überblick über die Belastungs- und Beanspruchungssituation am Arbeitsplatz zu bekommen.

¹ Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 243-252). Bern: Hogrefe Verlag.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Abb. 43:

Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte



Die Krankenkassen bieten Unternehmen an, sogenannte Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profile) 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 2021 insgesamt 8.646 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und damit etwas weniger als im Vorjahr (2020: 8.847). In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden 1.274 AU-Analysen erstellt, dies sind rund 15 % aller durchgeführten AU-Analysen: Davon wurden in Pflegeheimen 5 % der AU-Profile erstellt, in Krankenhäusern und Hochschulkliniken 6 % und in Pflegediensten waren es 3 % der AU-Profile.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Verhältnisbezogene Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind darauf ausgerichtet, das räumliche Arbeitsumfeld sowie Abläufe und Kommunikationsstrukturen im Betrieb gesundheitsförderlich zu gestalten. Verhaltensbezogene Aktivitäten zielen darauf ab, Beschäftigte zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten anzuregen.

Optimalerweise werden beide Ansätze miteinander kombiniert. 62 % der Aktivitäten waren 2021 sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Der Anteil der Aktivitäten mit einer Kombination der beiden Ansätze ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (2020: 55 %).

Hinzu kommen 9 % der Maßnahmen, die rein auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtet waren. So können beispielsweise Veränderungen des

Führungsstils im Unternehmen Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren und Stress vorbeugen.

29 % 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.

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.

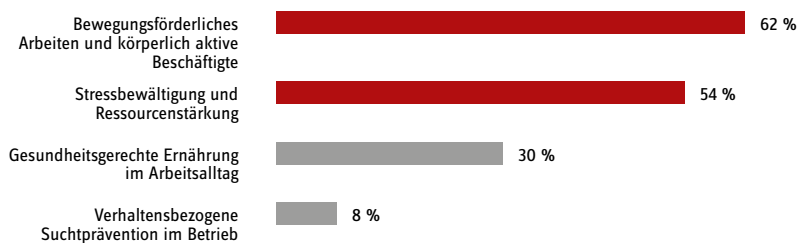
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 44: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Verhältnisbezogene Aktivitäten im Betrieb können unterschiedlich ausgerichtet sein. Am häufigsten bezogen sich die verhältnisbezogenen Aktivitäten im Jahr 2021 inhaltlich auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen (41 %) und auf die gesundheitsgerechte Führung (41 %). Weitere häufig genannte Inhalte waren die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Umgebung (36 %) und die Stärkung psychosozialer Ressourcen (35 %).

Abb. 45: **Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Ein Großteil der verhaltensbezogenen Aktivitäten war auf bewegungsförderliches Arbeiten bzw. die Förderung der körperlichen Aktivität der Beschäftigten und die Stärkung der eigenen Ressourcen zur Stressbewältigung ausgerichtet.

Erfolgskontrollen

Bei 80 % der BGF-Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren geplant. Am häufigsten wurden hierbei die Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention (75 %), die Zufriedenheit der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers mit der Intervention (67 %) sowie die Akzeptanz bei der Zielgruppe (59 %) ermittelt.

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 mittelständischen 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 Krankenkassen¹ ist.

Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Im Leitfaden Prävention werden überbetriebliche Netzwerke² definiert als „zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteurinnen und 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.

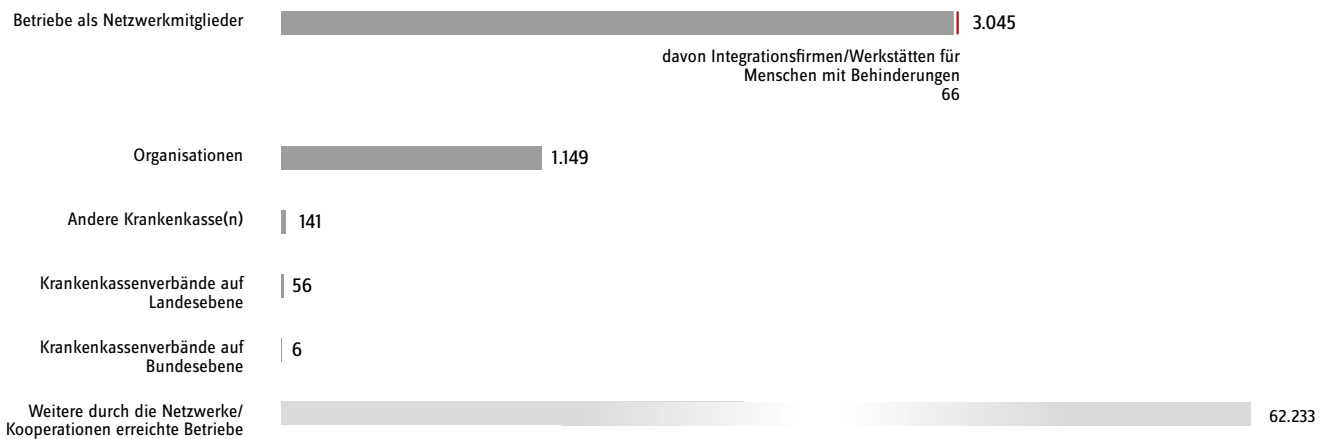
Für den Präventionsbericht dokumentiert jeweils nur eine der Kassen federführend die Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation. So werden Doppelzählungen vermieden.

¹ <https://bgf-koordinierungsstelle.de/>

² GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, S. 132). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 46: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2021 waren die Krankenkassen in 146 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF aktiv. Somit ist die Anzahl der Netzwerke und Kooperationen im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben (2020: 149). Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner lag bei 66 Netzwerken (49 %) vor.

Neben den Krankenkassen und Organisationen beteiligten sich 3.045 Betriebe direkt als Netzwerkmitglieder. Dies sind etwas weniger als im Vorjahr (2020: 3.320). Unter den Betrieben waren 66 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Über die Netzwerke hinaus wurden weitere 62.233 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl stark gestiegen (2020: 5.413). Das liegt insbesondere daran, dass sich einige neue Netzwerke zusammenschlossen 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 (2020: 8.733, 2021: 65.278).

Abb. 47: Organisationen als Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



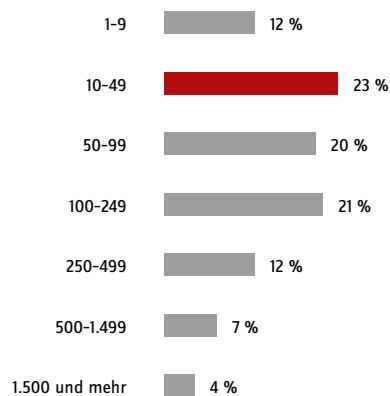
Kategorien mit Werten von rund 0 % werden nicht angezeigt.

Innerhalb der Netzwerke waren neben den Krankenkassen und den Betrieben am häufigsten die Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungsträger vertreten (zu 15 %). Diese sind Mitglieder des Spitzenverbandes der [Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung \(DGUV\)](#)¹.

Darüber hinaus waren unter den Mitgliedern des Netzwerks/der Kooperation zu 9 % sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und zu 8 % Kommunen vertreten. Außerdem waren Arbeitgeberverbände, Innungen, andere Organisationen und die Deutsche Rentenversicherung Bund in den Netzwerken beteiligt.

¹ www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp

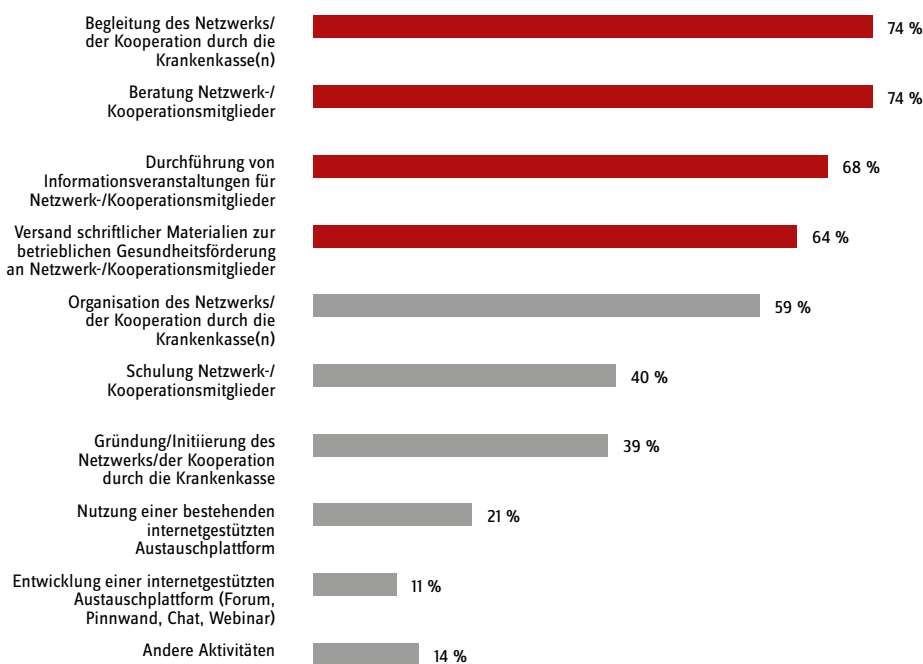
Abb. 48: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)



Mit 35 % (1.091) wurden am häufigsten Klein- und Kleinstbetriebe mit eins bis 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 27 %). Dies ist insofern 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 20 % in den Netzwerken/Kooperationen vertreten; Betriebe mit 500 und mehr Mitarbeitenden hingegen deutlich seltener (zu 11 %).

Abb. 49: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)

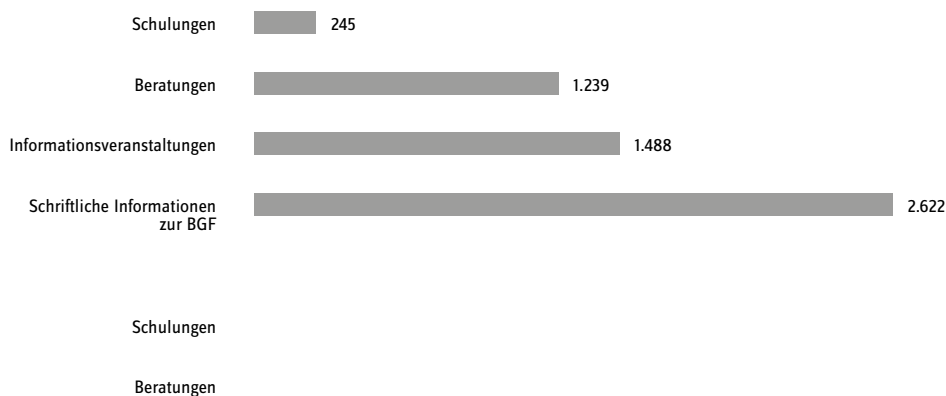


Zur Verbreitung und Implementierung von BGF-Maßnahmen haben bei jeweils 74 % der überbetrieblichen Netzwerke im Berichtsjahr 2021 die Krankenkassen das Netzwerk/die Kooperation begleitet, und es wurden Beratungen der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder durchgeführt. Weiterhin standen die Durchführung von Informationsveranstaltungen (68 %) und der Versand von schriftlichen Materialien zur BGF (64 %) im Vordergrund. In 59 % der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen erfolgte eine Organisation durch die Krankenkasse(n). Dieser Anteil nahm im Vergleich zum Vorjahr leicht zu (2020: 55 %).

Weitere Aktivitäten waren in 66 % der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit. Außerdem führten insgesamt 7 % der Netzwerke/Kooperationen Wissenstransferprojekte oder Forschungsprojekte durch.

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Abb. 50: **Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation**
(Mehrfachnennungen möglich)



In den durch Sensibilisierungsmaßnahmen erreichten weiteren Betrieben außerhalb der Netzwerke/Kooperationen (62.233) wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Schulungen: 245 Betriebe
- Beratungen: 1.239 Betriebe
- Informationsveranstaltungen: 1.488 Betriebe
- Schriftliche Informationen zur BGF: 2.622 Betriebe

Schulungen in Betrieben wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich weniger durchgeführt (2020: 712). Auch bei der Beratung der Betriebe (2020: 1.524) und Durchführung von Informationsveranstaltungen (2020: 1.582) war eine Abnahme zu verzeichnen. Der Versand von schriftlichen Materialien zur Information über und Sensibilisierung für BGF nahm allerdings, im Vergleich zum Vorjahr, etwas zu (2020: 2.398).

Evaluation

Im Berichtsjahr 2021 führten 32 % der Netzwerke eine Evaluation durch, 21 % der Netzwerke haben eine Evaluation für die Zukunft geplant.

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](#)¹.

2021 konnte die Hälfte der Ziele der GKV erreicht werden. Auch wurden im Vergleich zu 2020 mehr Ziele erreicht. Diese Entwicklung legt nahe, dass die Krankenkassen, die Betriebe und weitere Beteiligte in der Gesundheitsförderung mittlerweile ihre Maßnahmen auf die Situation anpassen konnten, was 2020 – im ersten Jahr der Corona-Pandemie – noch erschwert möglich war.

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 ² 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.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 3, S. 15 ff.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

² Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Abb. 51: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM

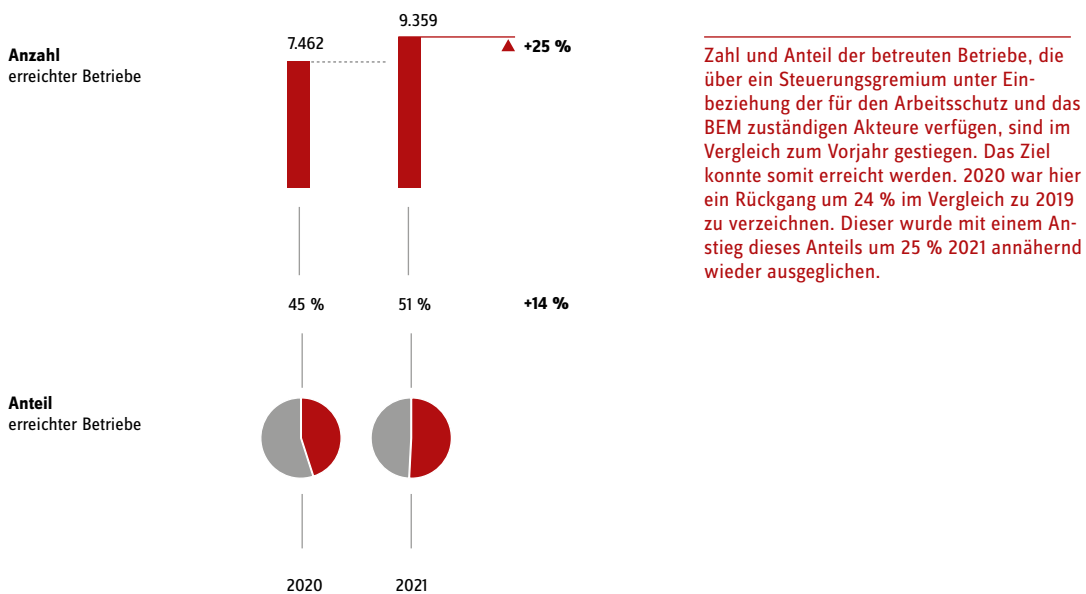


Abb. 52: Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung

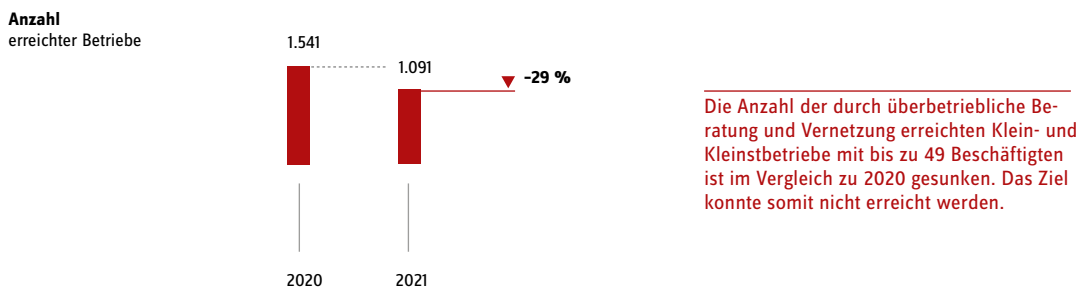


Abb. 53: Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses

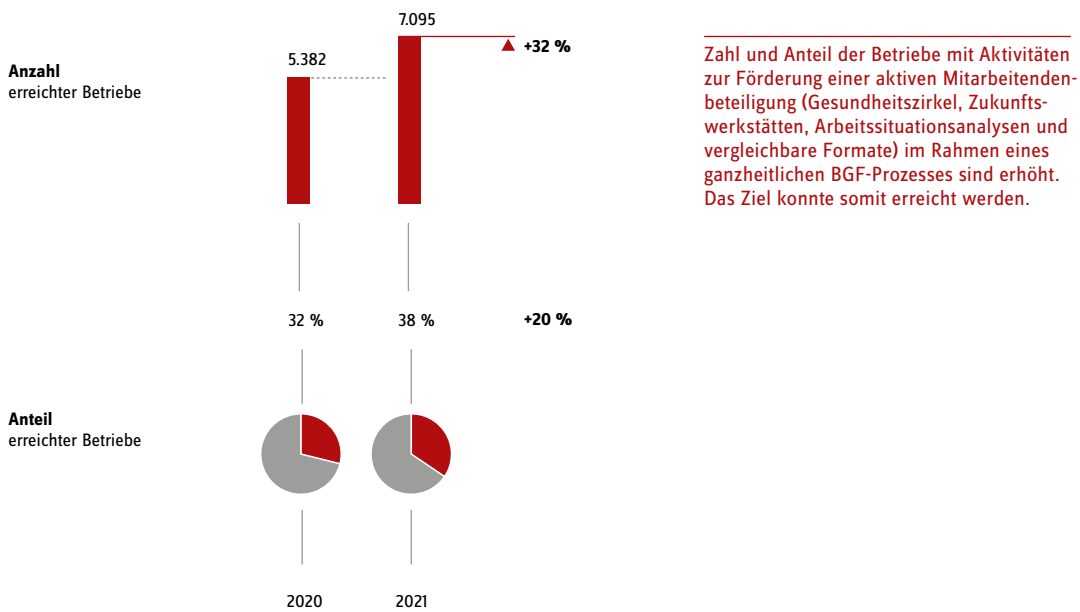


Abb. 54: Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen

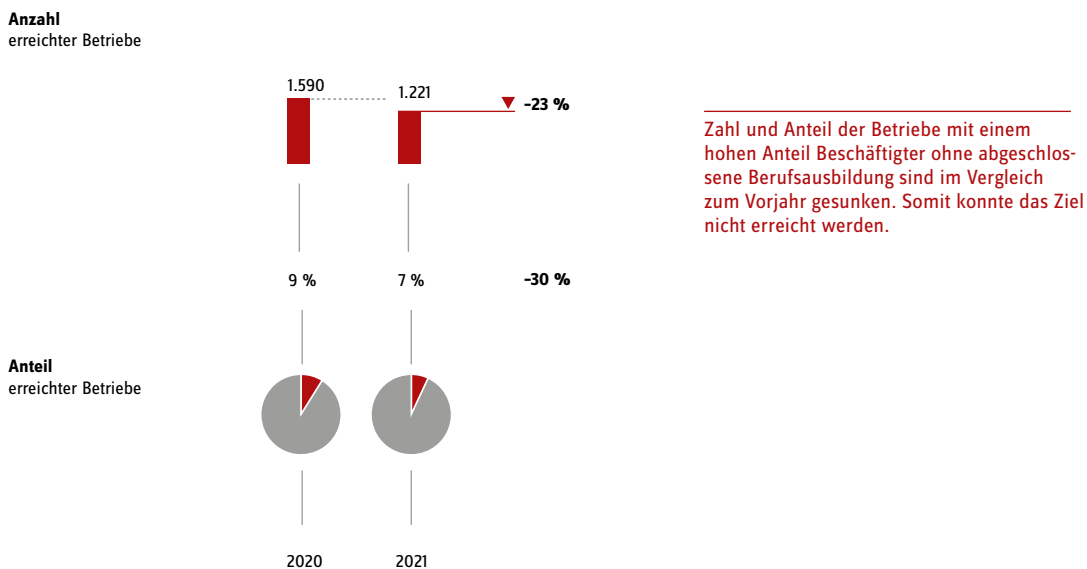


Abb. 55: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen

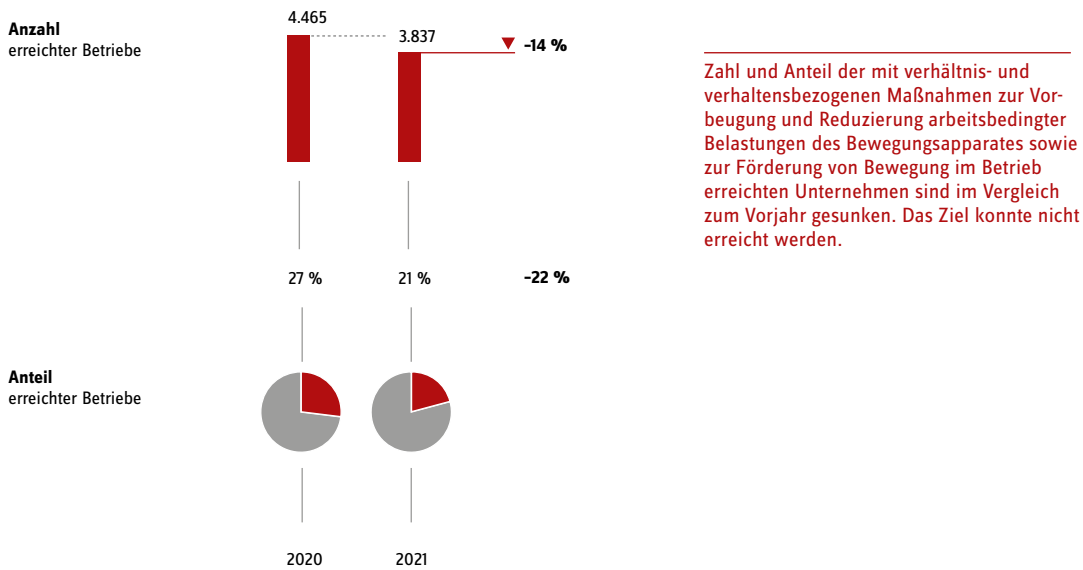
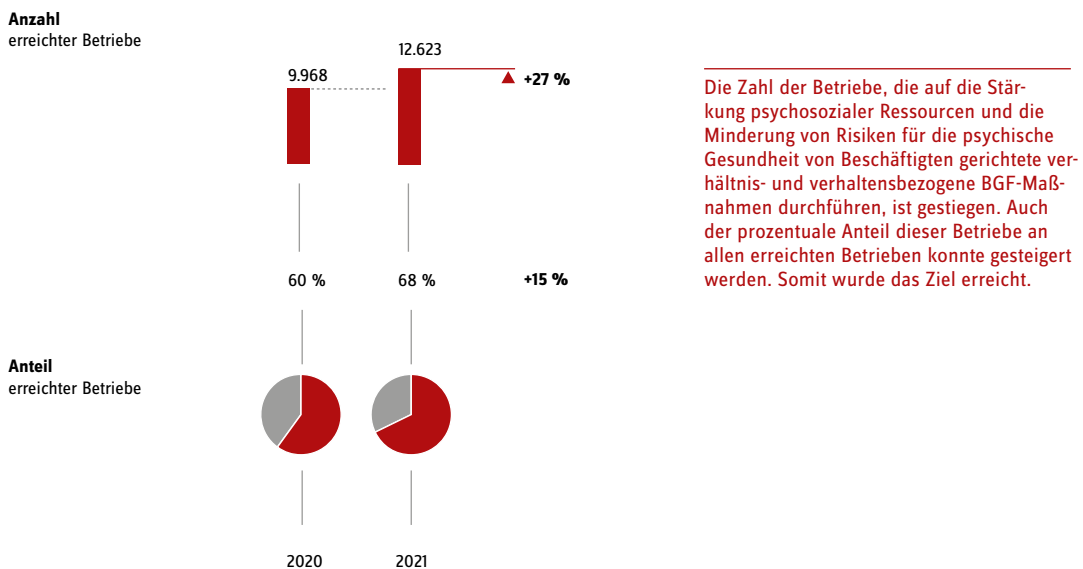


Abb. 56: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten



Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Verhaltensbezogene primärpräventive Maßnahmen der Krankenkassen sind an einzelne Versicherte gerichtet und sollen zu einer gesunden Lebensführung motivieren und befähigen. Grundsätzlich sind diese Maßnahmen als Gruppenangebote organisiert.

Ziel der Präventionsleistungen ist die Reduktion der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden verhaltensbedingten Risikofaktoren und die gleichzeitige Stärkung **gesundheitsfördernder Faktoren bzw. Ressourcen**.¹ Darüber hinaus wird angestrebt, dass Versicherte das Gelernte nach Kursende selbstständig weiter anwenden und in den (beruflichen) Alltag integrieren.

Bezuschussungsfähige Kurse werden von der **Zentrale Prüfstelle Prävention**² im Auftrag der Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention zertifiziert.

Mit Beginn der Pandemie 2020 waren reguläre Präventionskursangebote über viele Monate nicht möglich. Daher haben die Krankenkassen über Sonderregelungen ermöglicht, dass die Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention stattfinden und neue Kurse gestartet werden konnten. Sofern es die Kursleitung ermöglichte, konnte ein als Präsenzkurs zertifizierter Kurs auch online durchgeführt werden unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), ohne die für IKT-Kurse ansonsten üblichen Anforderungen. Durch diese Ausnahmeregelung sollte für viele Menschen der Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten in allen Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention gewährleistet bleiben. Diese Regelung gilt noch für das gesamte Jahr 2022. Bereits vor diesem Datum begonnene Kurse dürfen zu Ende geführt werden. Kurse, die 2023 starten, müssen bei Anwendung von IKT eine Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention vorweisen. Ab dem Jahr 2023 gelten insbesondere für live übertragene Kurse erleichterte Bedingungen bei der Zertifizierung als regulärer IKT-Kurs.

Aufgrund der Corona-Pandemie musste die Einführung des vorgesehenen stichprobenartigen Evaluationssystems zur kontinuierlichen Qualitätssicherung der Kurse im Routinebetrieb auf das Jahr 2023 verschoben werden.

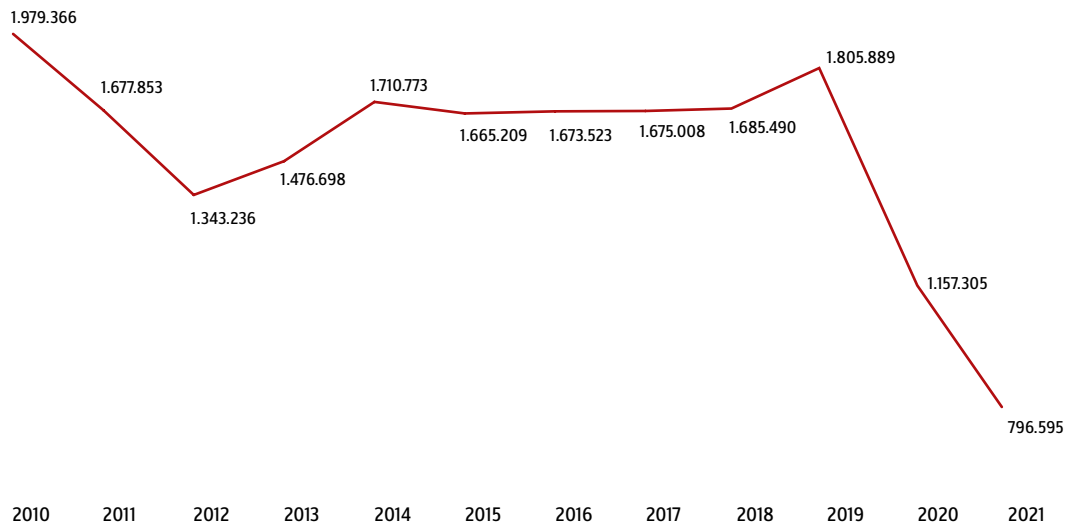
¹ Vgl. GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, S. 54). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

² www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Inanspruchnahme

Abb. 57:

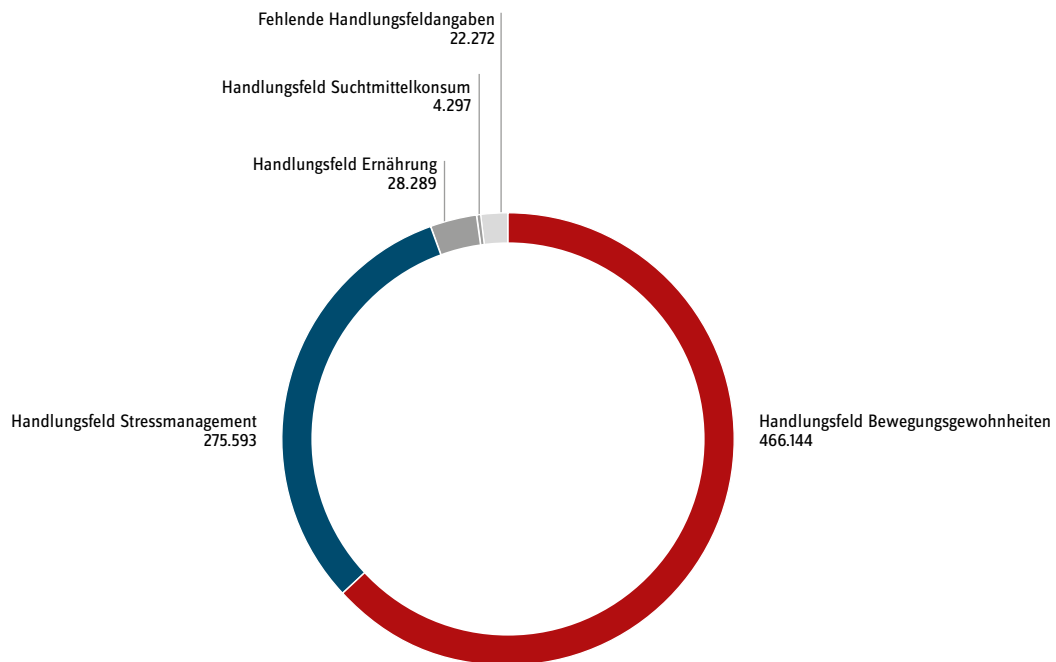
Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Teilnahmen an individuellen Präventionskursen über die letzten Berichtsjahre. Im Berichtsjahr 2021 wurden insgesamt 796.595 Kursteilnahmen dokumentiert, was eine Abnahme um 31 % im Vergleich zu 2020 bedeutet (2020: 1.157.305 Kursteilnahmen). Dies hängt auch in diesem Berichtsjahr damit zusammen, dass aufgrund der durch die Corona-Pandemie auf Länderebene verordneten Kontaktbeschränkungen Gruppenangebote zeitweise nicht erlaubt und durchführbar waren. Aufgrund der „COVID-19-Sonderregelungen“ konnten zwar viele normalerweise vor Ort stattfindende Kurse umgestellt und in digitaler Form angeboten werden. Dies hat den Rückgang jedoch nicht vollständig ausgleichen können.

Neben diesen nur ausnahmsweise digital durchführbaren Präsenzkursen gibt es informations- und kommunikationstechnologie-basierte (IKT-) Kurse, die gemäß Leitfaden Prävention als solche von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifiziert werden und auch in der Gesamtzahl der Teilnahmen enthalten sind. Unter Berücksichtigung der in der Pandemie gesammelten Erfahrungen wird die gesetzliche Krankenversicherung die Regelungen für eine Zertifizierung als IKT-Kurs weiterentwickeln, damit die Versicherten auch nach Auslaufen der „COVID-19-Sonderregelungen“ von den digitalen Möglichkeiten und Flexibilitätsspielräumen profitieren können.

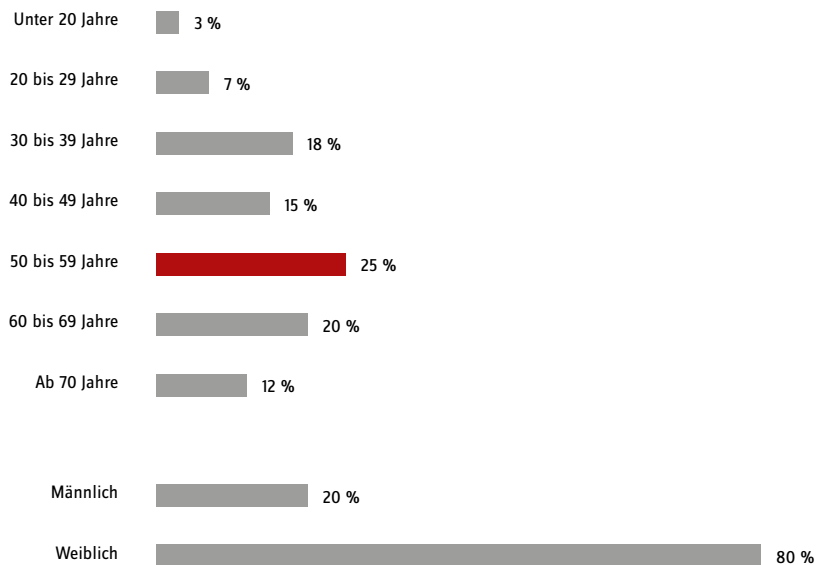
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 58: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern

Mit 60 % wurden am häufigsten Kursangebote aus dem Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen, gefolgt von Kursteilnahmen aus dem Handlungsfeld Stressmanagement mit 36 %. Hingegen wurden Kurse zu den Themen Ernährung (4 %) und Suchtmittelkonsum (0,6 %) zu einem geringeren Anteil nachgefragt (Summen können rundungsbedingt abweichen).

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 59: Inanspruchnahme nach Alter



Die Prozentangaben in den Abbildungen 59 bis 61 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Insgesamt wurden 796.595 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Angaben sind gerundet.

Die Nachfrage nach Präventionskursen variiert je nach Alter. Dabei ist zu berücksichtigen, dass verschiedene **Altersgruppen¹** auch unterschiedlich über die Gesamtbevölkerung verteilt sind. Unter 20-Jährige machen in Deutschland einen Bevölkerungsanteil von 18 % aus. Auf diese Altersgruppe entfallen nur 3 % der Kursteilnahmen. Somit werden Angebote individueller Verhaltensprävention von dieser Altersgruppe deutlich unterproportional zu ihrem Bevölkerungsanteil nachgefragt.

25 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten entspricht in dieser Altersgruppe fast ihrem Bevölkerungsanteil von 24 %. Auch die 40- bis 49-Jährigen sind mit

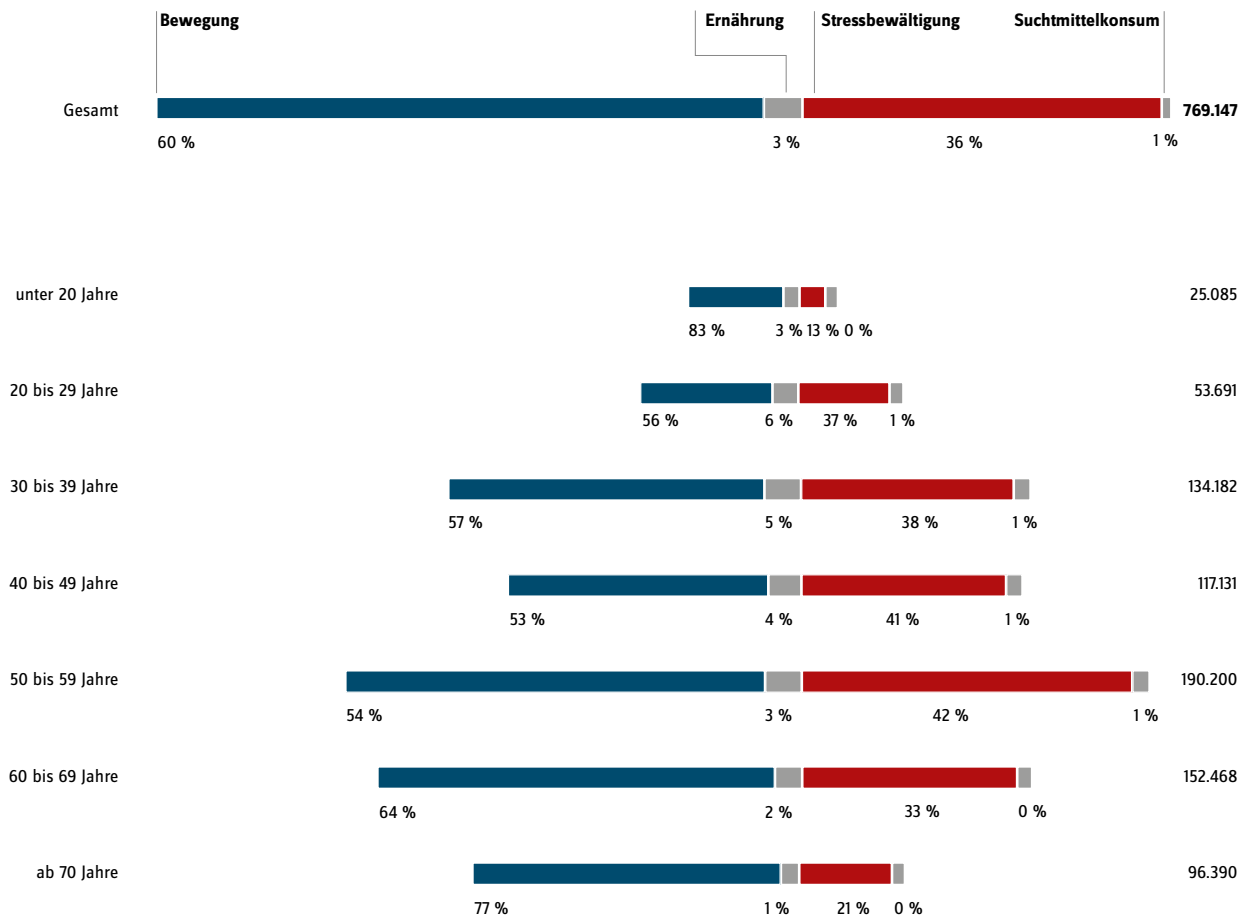
15 % in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 12 % vertreten.

Überproportional nehmen die 50- bis 59-Jährigen verhaltenspräventive Angebote in Anspruch. Diese machen mit 25 % den insgesamt höchsten Anteil der verschiedenen Altersgruppen an den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern insgesamt aus. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt mit 16 % deutlich darunter.

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

¹ Errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005, Stand 31.12.2020.

Abb. 60: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter



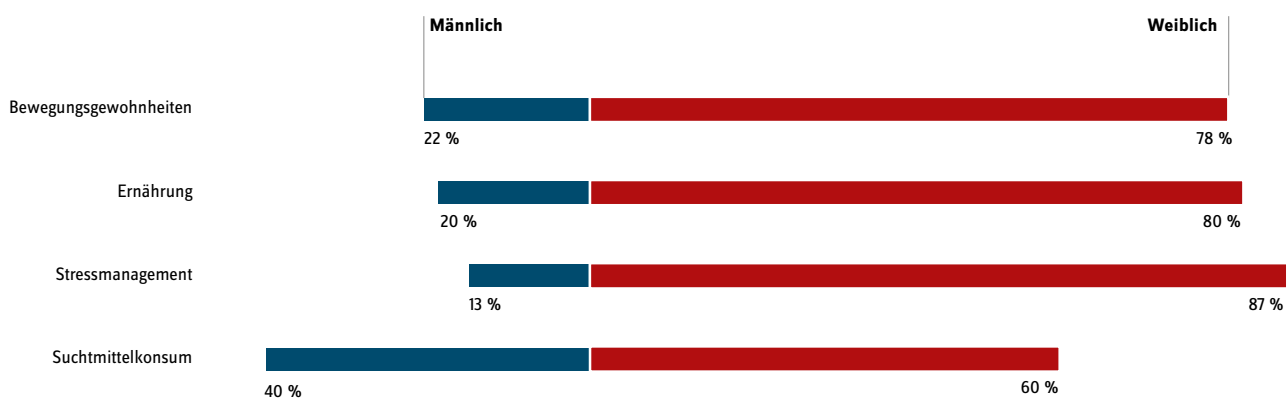
Summen können rundungsbedingt abweichen.

Bewegungsangebote werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, durchschnittlich zu 60 %. Die unter 20-Jährigen (mit 83 %) und die Versicherten ab 70 Jahren (mit 77 %) wählen aus dem Kursangebot überdurchschnittlich häufig Bewegungskurse.

Lebensphase 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.

Menschen zwischen 20 und 59 Jahren nehmen häufiger Angebote zum Stressmanagement wahr als jüngere oder ältere Menschen. In dieser

Abb. 61: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Kursangeboten verschiedener Inhalte nach Geschlecht lässt sich feststellen, dass die Kurse zu allen Themen deutlich häufiger von Frauen belegt werden. Lediglich Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum stoßen bei Männern und Frauen annähernd auf gleiches Interesse. Diese werden zu 40 % von Männern wahrgenommen. Am geringsten ist der Männeranteil hingegen bei Kursen zum Thema Stressmanagement (13 %).

Zentrale Prüfstelle Prävention Komplexe Anforderungen nutzerfreundlich in die Praxis umgesetzt

In den letzten Jahren wurde der Leitfaden Prävention intensiv durch den GKV-Spitzenverband sowie die beteiligten Krankenkassen und ihre Verbände weiterentwickelt. Im Mittelpunkt der Entwicklungstätigkeit standen dabei u. a. die geänderten Anforderungen an die Qualifikation der Kursleitungen und die Umsetzung eines Bestandsschutzes. Für die Prüfstelle resultierte daraus die Aufgabe, die neuen Anforderungen im System der Prüfstelle nachvollziehbar, einfach und rechtssicher abzubilden. Zeitgleich bewirkte die Corona-Pandemie, dass mehr digitale Angebote zur Prüfung eingereicht und zertifiziert wurden. Digitale Angebote wurden kurzzeitig zum neuen Standardformat und zur Lösung der Stunde.

Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ steht für Qualität

Seit 2014 sichert die Zentrale Prüfstelle Prävention die Qualität von Präventionsangeboten im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. Seither wurden über 800.000 Präventionskurse geprüft und über 320.000 mit dem Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet. Das Zertifikat ist seit Jahren stark nachgefragt und gibt Orientierung in einem wachsenden und zunehmend digitalen Angebotsmarkt. Grundlage der Prüfung ist der Leitfaden Prävention mit den vier Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Das Antragsverfahren ist vollständig digital: Sämtliche Unterlagen zum Kurskonzept und zur Zielsetzung des Angebots werden von den Anbietern über das Qualitätsportal der Prüfstelle eingereicht. Mit der Zertifizierung ist gesichert, dass den Versicherten nur qualitativ hochwertige Angebote zur Auswahl stehen. Die Krankenkassen wiederum bezuschussen ausschließlich zertifizierte Kurse.

Neue Verwaltungsstruktur: Kursleitungen mit eigenem Account im IT-System

Seit Oktober 2020 müssen angehende Kursleitungen zusätzlich zu ihrem Abschlusszeugnis auch die Inhalte ihrer Ausbildung anhand von Curricula

und Prüfungsordnungen nachweisen, um die fachlichen Anforderungen des Leitfadens Prävention zu erfüllen. Die Umstellung war notwendig, weil durch die zunehmende Differenzierung der Bildungsabschlüsse durch den Bologna-Prozess viele neue Bachelor- und Masterstudiengänge etabliert worden sind, bei denen aus der Bezeichnung allein nicht mehr ersichtlich ist, inwieweit sie auf eine Tätigkeit als Präventionskursleiterin oder -leiter adäquat vorbereiten. Die einzureichenden Dokumente sind umfangreich und erforderten eine Neustrukturierung des Prüfprozesses sowie umfangreiche Anpassungen am IT-System. Den Antragstellenden stehen nun übersichtliche Eingabemasken zur Verfügung, die dafür sorgen, Prüfstelle eingehen und schnell bearbeitet werden



Autorin:
Melanie Dold,
Geschäftsführender Verband
vdek

Abb. 62: Alle Unterlagen online einreichen (Erklärfilm-Sequenz)



Abb. 63: Anbieter setzt geprüfte Kursleitung im Kurs ein (Erklärfilm-Sequenz)



können. Während die Prüfstelle das neue Verfahren mit über 10.000 abgeschlossenen Qualifikationsprüfungen bereits mit einer gewissen Routine ausführt, müssen sich die Antragstellenden noch an die neuen und komplexeren Anforderungen gewöhnen. Zur Unterstützung des Prozesses wurden Erklärfilme erstellt, die alle Regeln der Prüfung Schritt für Schritt kurz und verständlich erläutern.

Der Vorteil des Neusystems ist auch, dass die Kursleitungen ihre sensiblen Daten zu ihrer Ausbildung nun selbst verwalten. Damit sind die Kursleitungen „Herren ihrer Daten“, was auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten sehr wichtig ist. Zudem wird die Arbeitswelt der Kursleitungen realitätsnäher abgebildet, denn jede Kursleitung kann sich mit verschiedenen Anbietern verbinden und für diese tätig sein, wird aber nur einmal in der Datenbank gelistet. Damit setzt die neue Struktur die Anforderungen des Leitfadens Prävention effizient und ressourcensparend um.

Immer mehr digitale Angebote

Digitale Präventionsangebote werden bereits seit 2016 als sogenannte informations- und kommunikationstechnologie-basierte Kurse (IKT-Angebote) in der Zentrale Prüfstelle Prävention nach einschlägigen Qualitätsstandards geprüft. Die Prüfung ist komplex. Der Nachweis zur Einhaltung des Datenschutzes gehört ebenso zu den Unterlagen wie Evidenznachweis, Kurskonzept und Test-Link zur Simulation des digitalen Angebots. Geprüft werden Online-Seminare, Online-Kurse und Blended Learnings als hybride Mischform. Seit Mitte 2021 können auch flexible und individualisierbare Anwendungen zertifiziert werden.¹

Aufgrund der Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie konnten viele Versicherte ihre Präventionsangebote nicht in gewohnter Weise in Anspruch nehmen. Um die Teilnahme an den zertifizierten Angeboten zu erleichtern, ermöglichten die gesetzlichen Krankenkassen durch

eine Sonderregelung, dass als Präsenzkurs zertifizierte Angebote im Livestream an die Teilnehmenden übertragen werden können. Dadurch konnten die Versicherten zu Hause an einem Gruppenkurs teilnehmen, vorausgesetzt datenschutzrechtliche Aspekte wurden durch den Anbieter erläutert und von den Teilnehmenden akzeptiert. Noch bis zum 31. Dezember 2022 gilt die Sonderregelung. Danach muss jedes digitale Angebot regulär nach den einschlägigen IKT-Kriterien für Streamingangebote (vereinfachtes Verfahren) oder gemäß Kapitel 7 Leitfadens Prävention als flexibles bzw. individualisierbares Format zertifiziert sein, um weiterhin von den Krankenkassen erstattet zu werden.

Fazit

Die Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie haben auch in der Individualprävention dazu geführt, dass digitale Möglichkeiten stärker genutzt wurden als zuvor. Die Anbieter haben sich schnell darauf eingestellt: Während 2019 lediglich 94 IKT-Konzepte geprüft wurden, stieg die Zahl im Jahr 2020 um das Zehnfache auf 936 Prüfungen an und steigerte sich 2021 weiter auf 1.600 IKT-Konzeptprüfungen. Zwischen 2020 und 2021 wurden doppelt so viele Angebote zertifiziert wie 2019. Damit die erfreulich hohe Zahl von derzeit ca. 1.500 zertifizierten digitalen Angeboten (Stand: Mai 2022) erhalten bleibt, sind die geltenden Prüfkriterien vor allem für Streamingangebote nochmals vereinfacht worden.

¹ Vgl. GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021, Kap. 7 „Digitale Prävention und Gesundheitsförderung“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Auf den folgenden Seiten werden die Aktivitäten der Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, anknüpfend an die Darstellung der letzten Jahre, anhand von ausgewählten Parametern und erreichten Zielen beschrieben. Sie belegen stabile Investitionen der Pflegekassen mit dem Zweck der Fortführung bereits geplanter und laufender Projekte. In die Vorbereitung neuer Projekte haben die Pflegekassen weniger investieren können, da pandemiebedingt bereits die Fortführung der geplanten und laufenden Vorhaben für alle Beteiligten eine große Herausforderung bedeutete. Im Vergleich zu den Jahren vor der Corona-Pandemie konnte der noch 2019 erkennbare starke Leistungsanstieg in der Gesundheitsförderung und Prävention daher nicht fortgeführt werden. Die Aktivitäten zur Umsetzung von Präventionsangeboten konnten jedoch im Vergleich zum ersten Pandemiejahr stabilisiert werden.

Unabhängig von den Auswirkungen der Pandemie auf das aktuelle Leistungsgeschehen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen verfügen die gesetzlichen Pflegekassen und ihre Verbände inzwischen über eine mehrjährige Erfahrung bei der Umsetzung der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI. Um diese Erfahrungen zu bündeln und neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Grundlagen der Leistungsförderung aufzugreifen, hat der GKV-Spitzenverband Ende 2020 in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene die wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI ausgeschrieben. Den Zuschlag für diesen Auftrag erhielten die Prognos AG und die Fachhochschule (FH) Münster. Durch die Evaluation werden Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Umsetzung präventiver Angebote aus Sicht der Pflegekassen und ihrer Verbände und – im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes – auch aus Perspektive der Pflegeeinrichtungen und ihrer

Verbände sowie der Pflegebedürftigen aufbereitet und bewertet. Ergänzt werden diese Untersuchungen durch eine systematische Literaturanalyse zu den aktuellen Erkenntnissen der (im besten Fall evidenzbasierten) Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting stationäre Pflege. Der Abschlussbericht der Evaluation der präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI wurde auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.¹ Die Prognos AG und die FH Münster stellen wesentliche Ergebnisse dieser Evaluation in einem Beitrag voran.

Erkenntnisse aus der Evaluation sollen in die Weiterentwicklung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ einfließen. In regelmäßigen Abständen wird der Leitfaden aktualisiert, um neuen Erkenntnissen, Erfahrungen und Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen gerecht zu werden. Die nächste Weiterentwicklung ist für 2023 vorgesehen.



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

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflege/praevention_stationaere_pflege.jsp

Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI – zentrale Evaluationsergebnisse



Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes wurde die wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI durch die Prognos AG und die FH Münster von Mai 2021 bis August 2022 durchgeführt. Pflegekassen(-verbände), Pflegeeinrichtungen und deren Träger(-verbände), Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, Dienstleister sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wurden beteiligt. Abbildung 64 zeigt die Aufgabenstellungen und Methoden sowie die einbezogenen Akteure.



Der Präventionsauftrag führt zu intensiver Kooperation

Die Evaluation ergibt, dass die Pflegekassen(-verbände) ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahrnehmen. Seit Einführung des Präventionsgesetzes 2015 hat sich – wie in § 5 Abs. 3 Satz 1 SGB XI und im Leitfaden Prävention¹ vorgesehen – ein vielfältiges Kooperationsgeschehen unter den Kassen(-arten) und den weiteren Beteiligten entwickelt: Pflegekassen verantworten in der Regel Konzeptions-, Koordinations- sowie Informations- und Beratungsaufgaben. Dienstleister werden in unterschiedlichem Maße mit den genannten Aufgaben der Pflegekassen sowie mit der Umsetzung und Begleitung der präventiven Angebote in den Pflegeeinrichtungen beauftragt. Forschungseinrichtungen evaluieren oftmals die präventiven Angebote, sind im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten aber auch aktiv an der Umsetzung beteiligt. Träger(-verbände) der Pflegeeinrichtungen bringen sich vorwiegend durch die Information, Motivation und Vernetzung von Einrichtungen ein. Die Pflegeeinrichtungen sind im gesamten Gesundheitsförderungsprozess aktiv, d. h. bei der Angebotsauswahl und -beantragung, den Bedarfsanalysen, den strukturellen Vorbereitungen (z. B. in Steuerungsgremien) und ggf. bei der individuellen Anpassung, Durchführung, Qualitätssicherung und Evaluation der Angebote.



Autor und Autorinnen:
Janko Vollmer,
Prognos AG
Prof. Dr. Annett Horn,
FH Münster
Gwendolyn Huschik,
Prognos AG

Informations- und Beratungsangebote der Pflegekassen sind vielfältig, erreichen aber nicht alle Pflegeeinrichtungen

Die bisherige Information und Beratung durch die Pflegekassen bietet vielfältige Zugangswege und wird durch die befragten Pflegeeinrichtungen größtenteils positiv bewertet. In den Interviews und Workshops teilten viele Beteiligte die Ansicht, dass der Grad der Informiertheit über Optionen der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Pflegeeinrichtung teilweise gering ist.

Eine bundesweite Informations- und Aufklärungsstrategie zu den Leistungen nach § 5 SGB XI könnte die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege noch weiter verbreiten. Die Strategie sollte idealerweise unter Beteiligung von Pflegekassen(-verbänden), Einrichtungsträgern und ihren Verbänden, Forschenden und auch Pflegebedürftigen bzw. deren Interessenvertretungen erarbeitet und umgesetzt werden.

Der Setting-Ansatz und die Handlungsfelder setzen die richtigen Ziele und werden mit unterschiedlicher Intensität bearbeitet

Dem Präventionsauftrag nach § 5 SGB XI liegt der Gedanke zugrunde, das Setting Pflegeeinrichtung ganzheitlich zu betrachten und dabei sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen zu fördern. Das Oberziel, die gesundheitsfördernden Potenziale der Pflegeeinrichtungen zu stärken, wird von etwa der Hälfte und das Teilziel zum Aufbau von Steuerungsgremien von etwa einem Drittel der Pflegekassen als leicht oder eher leicht zu erreichen eingeschätzt. Einem Teil der Pflegekassen gelingt die Erreichung dieser beiden Ziele jedoch noch nicht zufriedenstellend (s. Abb. 65). Das zeigt sich auch daran, dass jeweils weniger als die Hälfte der 101 erfassten Präventionskonzepte von Pflegekassen die Unterstützung von Steuerungsgremien, Organisations- oder Partizipationsprozessen beinhalten. Vor diesem

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Fassung vom August 2020). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Abb. 64: Auftrag und Vorgehen der wissenschaftlichen Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI

Instrumente	Literaturanalyse	Online-Befragung	Interviews	Workshops
Auftrag				
Aufbereitung des Forschungsstands zu Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	59 Publikationen		WS: 6 Interviews	
Erstellung einer Übersicht über Maßnahmen und Projektaktivitäten der Pflegekassen		PK: n = 108 (erfasste präventive Konzepte der PK: n = 101)	PK, PE: 12 Interviews	
Untersuchung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung	ausgewählte Publikationen	PK: n = 108 PE: n = 186 (davon PE, die Angebote nach § 5 SGB XI umsetzen: n = 107)	PK, PE, DL, WS: 24 Interviews zu 6 ausgewählten Präventionsangeboten	PK, PE, IV, WS: 4 Workshops
Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Leistungsumsetzung und des Leitfadens Prävention				

Legende
 DL: Dienstleister
 IV: Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen
 PE: Pflegeeinrichtungen und deren Träger(-verbände)
 PK: Pflegekassen(-verbände)
 WS: Wissenschaft

Hintergrund sollten weiterhin insbesondere Umsetzungskonzepte für verhältnispräventive Maßnahmen gestärkt werden.

Nach dem Setting-Ansatz sollen alle relevanten Akteursgruppen in die Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen werden. Neben präventiven Angeboten für die Pflegebedürftigen nutzt bisher jede fünfte befragte Pflegeeinrichtung die Kombinationsmöglichkeit mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. Empfohlen werden deshalb weitere Investitionen in die Entwicklung von Konzepten, die gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeitende und Pflegebedürftige kombinieren.

Die Wichtigkeit der im Leitfaden Prävention formulierten fünf Handlungsfelder für die Versorgung pflegebedürftiger Personen in Pflegeeinrichtungen wurde bestätigt. Aus Perspektive der Pflegekassen sind die Teilziele zu den Handlungsfeldern körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit leichter zu erreichen als die Teilziele zu Ernährung und Prävention von Gewalt (s. Abb. 65). Auch die Literaturrecherche ergibt, dass bislang vor allem Forschung und Konzeptentwicklung für die Handlungsfelder körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit durchgeführt wurden und hier mittlerweile differenzierte Erkenntnisse vorliegen. Das Handlungsfeld Ernährung wird in wissenschaftlichen Untersuchungen bisher kaum adressiert. Prävention von Gewalt ist zwar oft Gegenstand von Publikationen, es liegen derzeit aber nur wenige evidenzbasierte Erkenntnisse zu präventiv wirksamen Interventionen vor. Die Handlungsfelder sollten daher auch zukünftig regelmäßig geprüft und bei Bedarf weiterentwickelt werden, um die präventiven Angebote nach § 5 SGB XI stets am aktuellen Stand der Forschung ausrichten zu können.

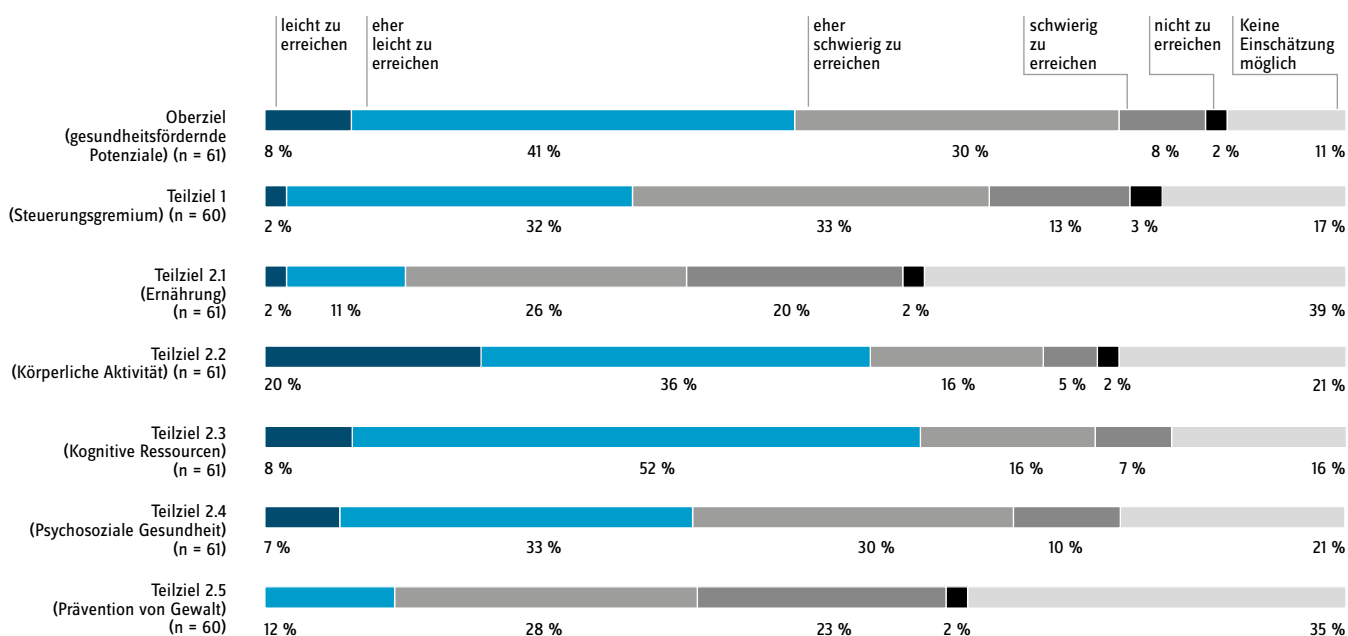
Ein Trend, der bei gesundheitsbezogenen Interventionen seit Längerem besteht, wurde auch auf die stationäre Pflege übertragen: Maßnahmen

zu unterschiedlichen Handlungsfeldern werden schon bei der Entwicklung und Erprobung von Konzepten miteinander kombiniert. Am häufigsten wird die Förderung der körperlichen Aktivität mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver und/oder psychosozialer Ressourcen oder zur gesunden Ernährung verknüpft. Die kombinierten Angebote entsprechen stärker der vielschichtigen Lebenswirklichkeit von pflegebedürftigen Menschen und sollten daher in Zukunft fokussiert werden.

Bei der Entwicklung und Implementierung von Angeboten sollte zudem die heterogene Zielgruppe „pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen“ differenziert betrachtet werden. Insbesondere für Pflegebedürftige mit sehr hohem Pflegebedarf und jüngere Pflegebedürftige wurden vergleichsweise weniger spezifische Konzepte identifiziert als für an Demenz erkrankte pflegebedürftige Menschen. Generell gilt es insbesondere aus Sicht der beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Interessenvertretungen Pflegebedürftiger, zielgruppenspezifische Konzeptentwicklungen zu fördern (z. B. geschlechterspezifisch, kultursensibel) und Mitarbeitende in den Einrichtungen bei der adäquaten Implementierung und ggf. zielgruppenspezifischen Anpassung zu unterstützen. Digitale Anwendungen und Formate können ebenfalls zielgruppenspezifisch umgesetzt werden. In über der Hälfte der befragten Pflegeeinrichtungen werden diese bereits bei präventiven Angeboten genutzt (vorrangig Videokonferenzen, mobile Endgeräte sowie Online-Schulungen).

Der Großteil der 101 erfassten präventiven Konzepte von Pflegekassen ist für vollstationäre Einrichtungen ausgelegt. Für die Tagespflege existieren bisher wenige Konzepte, weshalb dieser Bereich zukünftig stärker berücksichtigt werden sollte.

Abb. 65: Wie gut können die im Leitfaden Prävention vorgegebenen Präventionsziele in der Praxis erreicht werden? – Einschätzung der Pflegekassen



Quelle: Online-Befragung von Pflegekassen im Dezember 2021. Von 100 % abweichende Summen sind rundungsbedingt.

Die Rahmenbedingungen sind für eine nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention ausschlaggebend

Die Förderung von Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI ist zeitlich begrenzt und soll die Verstärkung der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen erreichen. Dies wird aus Sicht aller einbezogenen Akteursgruppen als zentrale Herausforderung gesehen. 37 % der befragten Pflegekassen geben an, dass die dauerhafte Implementierung und kontinuierliche Anwendung der Maßnahmen in den Einrichtungen zumeist problemlos gelingen.

Im Evaluationszeitraum war die Lage in den Pflegeeinrichtungen stark durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie geprägt. Diese bremsten die Umsetzung der präventiven Leistungen insgesamt aus, wenngleich rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen die Angebote auch unter Pandemiebedingungen weiterführten – zumeist mit Einschränkungen und in angepasster Form (z. B. mithilfe digitaler Formate). Dennoch konnten folgende Gelingensfaktoren für (nachhaltige) Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen identifiziert werden:

- Eine gute Zusammenarbeit der beteiligten professionellen Akteure (insbesondere Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungsträger, Dienstleister) wirkt unterstützend. Die bisherige Zusammenarbeit und die Kooperationsbereitschaft werden von allen Seiten positiv bewertet.
- Ein hohes Engagement und die Unterstützung des Präventionsgedankens durch die Leitungen und Mitarbeitenden in den stationären Pflegeeinrichtungen sind aus Sicht vieler Interviewter entscheidend für das Gelingen. Insgesamt bedarf es in den Pflegeeinrichtungen eines Pflegeverständnisses, das grundsätzlich auch Gesundheitsförderung und Prävention umfasst.
- Die fachliche Qualifikation der Einrichtungsmitarbeitenden wurde in mehreren Interviews als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung beschrieben. Zahlreiche Konzepte setzen daher bereits auf Schulungen für Mitarbeitende und ihre Rolle als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Auch ihre Beteiligung im gesamten Gesundheitsförderungsprozess ist relevant und findet oft statt.
- Kommunikation und Sprache sind laut zahlreicher Akteure, die an der praktischen Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beteiligt sind, ein wichtiger Kompetenzbereich. Auf Mitarbeitende - und auch Pflegebedürftige - mit geringen deutschen Sprachkenntnissen könnte etwa durch mehrsprachige Konzepte eingegangen werden.
- Personalmangel und Personalfluktuation stellen aus Sicht aller befragten Akteursgruppen eine zentrale Hürde für die Verbreitung und Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen dar. So geben etwa 87 % der befragten Pflegekassen an, dass geringe Personalressourcen in den Einrichtungen eine Herausforderung bei deren Motivierung zur Leistungsumsetzung darstellen. Befragte Pflegeeinrichtungen, die bereits präventive Leistungen umsetzen, bewerten den Arbeitsaufwand für die Umsetzung der Angebote und die Kooperation während der Förderphase nach § 5 SGB XI hingegen als angemessen.
- Präventive Konzepte müssen passgenau für den jeweiligen Versorgungsschwerpunkt der Einrichtung und die Pflegebedürftigen sein. Die Vielfalt der Pflegebedürftigen (z. B. bezüglich Bedarfe, Fähigkeiten, Einschränkungen), häufige individuelle Veränderungen (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustands) sowie kurze Verweildauer in den Einrichtungen stellen u. a. aus Sicht von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besonders hohe Anforderungen an die Konzeptentwicklung und Umsetzung. Hilfreich könnte daher eine engere Vernetzung zwischen denjenigen, die Konzepte entwickeln, und denen, die die praktische Implementierung verantworten, sein. Anbieten würde sich eine digitale Plattform für Konzepte mit dem jeweiligen Entwicklungs- und Umsetzungsgrad, um einen Überblick herzustellen und den Austausch zu befördern.

Die Partizipation der Pflegebedürftigen ist essenziell für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch besonders herausfordernd

Die Partizipation der Pflegebedürftigen im gesamten Gesundheitsförderungsprozess wird im Leitfadens Prävention als zentraler Bestandteil präventiver Leistungen dargestellt. Wissenschaftliche Studien belegen deren große Relevanz für die Wirksamkeit präventiver Angebote. Aus Sicht aller befragten Akteursgruppen stellt die konzeptionelle und praktische Umsetzung der Partizipation der Pflegebedürftigen eine zentrale Herausforderung dar. Als Grund dafür wird aus Sicht aller Akteursgruppen die eingeschränkte Mitwirkungsfähigkeit vieler Pflegebedürftiger (z. B. aufgrund von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen) gesehen, aber auch ein Mangel an Erfahrungswissen seitens der umsetzenden Akteure, wie die Partizipation von pflegebedürftigen Menschen gut gelingen kann.

Für die künftige Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher präventiver Angebote wird empfohlen, alle Adressatengruppen stärker einzubinden. Dies gilt auch für pflegebedürftige Menschen und

ihre Angehörigen. Beispielhaft werden hierzu bereits geeignete Vorgehensweisen und Formate umgesetzt, deren Bekanntheit gesteigert werden sollte. Partizipation und soziale Teilhabe können dadurch als wichtige Merkmale der Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

Die Evaluation und Qualitätssicherung der präventiven Konzepte sollten systematisch ausgebaut werden

Der Leitfaden Prävention empfiehlt die Umsetzung qualitätsgesicherter präventiver Angebote in Pflegeeinrichtungen. Alle beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bekräftigen diese Zielsetzung: 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.

Etwa der Hälfte der 101 erfassten präventiven Konzepte der Pflegekassen liegen Forschungs- und Entwicklungsprojekte mit wissenschaftlicher Beteiligung zugrunde. Die Wirksamkeit dieser Konzepte wird laut den Befragungsergebnissen durchschnittlich häufiger in Studien geprüft, während andere Konzepte öfter auf Praxiserfahrungen basieren und nicht wissenschaftlich evaluiert werden. In wissenschaftlich begleiteten Konzepten sind auch Qualitätssicherungsmaßnahmen häufiger vorgesehen als in anderen erfassten Konzepten. Generell beinhaltet jedes zweite erfasste Konzept qualitätssichernde Maßnahmen; die Einbindung von Qualitätsmanagement-Beauftragten in den Pflegeeinrichtungen ist seltener vorgesehen.

Zu empfehlen sind daher der Aufbau von Strukturen und die Einplanung angemessener Ressourcen, die langfristig dazu beitragen, Evaluations- und Qualitätssicherungsaufgaben im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege zu konzeptualisieren und zu implementieren.

Ausblick: Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen weiter stärken durch ganzheitlichen Blick und gemeinsam getragene Strategien

Die Evaluation verdeutlicht, dass die Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI eine ganzheitliche Betrachtung des Settings Pflegeeinrichtung ermöglicht. Die Einführung des § 5 SGB XI und der Leitfaden Prävention haben umfassende Aktivitäten der Pflegekassen und der weiteren beteiligten Akteursgruppen befördert, sodass vielfältige Angebote entwickelt und umgesetzt wurden. Gleichzeitig bestehen zentrale Herausforderungen, die eine systematische, ganzheitliche Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der präventiven Leistungen erfordern. Die Zusammenarbeit bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation präventiver Leistungen sollte vor allem auch unter enger Einbeziehung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Interessenvertretungen intensiviert werden. Ein gemeinsames Vorgehen aller Akteursgruppen könnte nach Einschätzung des Evaluationsteams entscheidende Fortschritte für eine Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen bringen und zum Erhalt oder zur Verbesserung der Gesundheit sowie der Lebens- und Arbeitsqualität in diesem Setting beitragen.

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

Im Folgenden werden die von den Pflegekassen erbrachten Leistungen in der Vorbereitung und der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen¹ dargestellt.

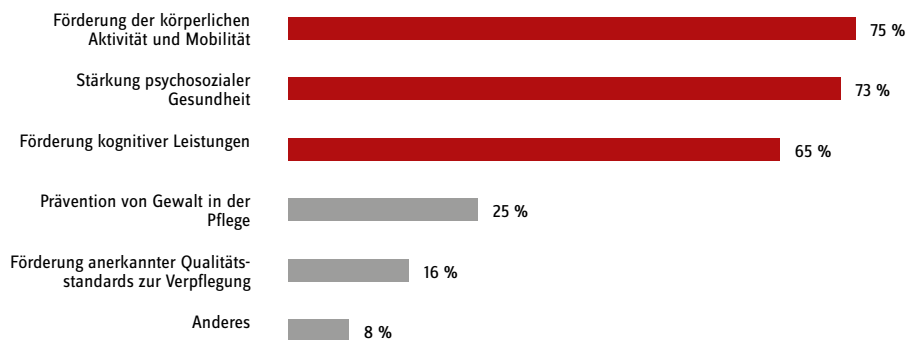
In der Vorbereitungsphase treten die Pflegekassen und die stationären Einrichtungen miteinander in Kontakt. Im gemeinsamen Austausch werden die in der Pflegeeinrichtung verantwortlichen Personen von den Pflegekassen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert und für das Thema sensibilisiert. Aber auch Pflegeeinrichtungen können den Kontakt zu Pflegekassen aufnehmen und so den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess selbst initiieren.

Entscheidet sich die Pflegeeinrichtung für den Eintritt in den Gesundheitsförderungsprozess, gilt die Vorbereitungsphase als abgeschlossen. Idealerweise verfügen sowohl die Pflegekassen als auch die Pflegeeinrichtungen zu diesem Zeitpunkt über gemeinsame Vorstellungen zu den Zielen und den gesundheitsfördernden bzw. präventiven Angeboten. Nach der Verständigung zur zukünftigen Auftrags- und Zielsetzung findet der Wechsel in die Umsetzungsphase statt.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Fassung vom August 2020, Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege“, S. 7 ff.). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Leistungen in der Vorbereitungsphase

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



Insgesamt haben die Pflegekassen im Berichtsjahr 2021 in 1.556 Fällen Pflegeeinrichtungen über Gesundheitsförderungs- und Präventionsmöglichkeiten informiert und beraten. Im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr mit 2.576 beratenen Einrichtungen ist die Anzahl um 40 % gesunken. Auch im Berichtsjahr 2021 hängt die Abnahme bei der Informationsvermittlung mit den pandemiebedingten Einschränkungen zusammen. Die Umsetzung, Aufrechterhaltung bzw. Neugestaltung von bereits geplanten und laufenden Aktivitäten war für alle Beteiligten mit hohem Aufwand verbunden, sodass vor diesem Hintergrund weniger in die Vorbereitung neuer Projekte investiert werden konnte.

Es wurde in unterschiedlichem Ausmaß über die Handlungsfelder informiert und beraten. Am häufigsten erfolgte die Vermittlung von Anregun-

gen und Konzepten durch die Pflegekassen in den Bereichen Förderung der körperlichen Aktivität (75 %) sowie Stärkung der psychosozialen Gesundheit (73 %), gefolgt von Angeboten in den Bereichen Förderung kognitiver Leistungen (65 %), Prävention von Gewalt in der Pflege (25 %) und Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung (16 %).

Der Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess wurde schließlich von etwa der Hälfte der beratenen Pflegeeinrichtungen (755) getroffen. Im Vergleich zum Vorjahr (2020: 847) bedeutet dies für das Berichtsjahr 2021 eine Abnahme der absoluten Anzahl an Pflegeeinrichtungen, die sich für einen Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess entschieden haben; der relative Anteil erhöhte sich allerdings von 33 % (Berichtsjahr 2020) auf 49 % (Berichtsjahr 2021).

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation

In der Umsetzungsphase werden vorliegende Strukturen und Ressourcen der Pflegeeinrichtungen sowie Bedürfnisse und Bedarfe der Pflegebedürftigen analysiert. Auf Grundlage dessen entwickeln die Pflegekassen gemeinsam und partizipativ mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen einen Maßnahmenplan. Dann folgt die Umsetzung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die entweder bereits begleitend oder aber abschließend evaluiert werden.

Im weiteren Verlauf 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

Vor der Corona-Pandemie (Berichtsjahr 2019) wurden in 2.023 stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention erbracht. Im Berichtsjahr 2020 wurden trotz Pandemiesituation in 1.866 Einrichtungen Leistungen dokumentiert, was eine Abnahme um 8 % bedeutet. Für das vorliegende Berichtsjahr 2021 blieb die Anzahl an dokumentierten Maßnahmen mit umgesetzten Präventionsangeboten in 1.859 Pflegeeinrichtungen auf einem stabilen Niveau. Dies entspricht, wie im Vorjahr, einem Anteil von 12 % aller 15.380 vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Tagespflegeeinrichtungen¹ in Deutschland, die mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden konnten.

Dass Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Umsetzung nicht weiter ausgebaut werden konnten, lässt sich auch im Berichtsjahr 2021 auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen. Trotz erster Impfungen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals in Pflegeeinrichtungen ab Januar 2021 wurde der dortige Arbeits- und Lebensalltag weiterhin von der Pandemie bestimmt, z. B. durch Besuchsbeschränkungen sowie Hygiene-, Schutz- und Testkonzepte.²

¹ Statistisches Bundesamt. (2020). Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. <https://www.destatis.de>

² Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., Gangnus, A., Kuhlmei, A. & Schwinger, A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.), Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (S. 3-20). Springer Berlin, Heidelberg.

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.

Fünf Handlungsfelder

Ernährung

Das Handlungsfeld Ernährung bietet den Pflegekassen die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen z. B. bei der Verbesserung des Ernährungsangebots und der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme insgesamt zu beraten und zu unterstützen. Die Umsetzung kann z. B. in Anlehnung an die DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen erfolgen.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist bei Pflegebedürftigen für die Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit, für 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 der Erhalt der kognitiven Ressourcen von hoher Relevanz. Die Präventionsangebote sollen dabei über reines Gedächtnistraining hinausgehen.

Psychosoziale Gesundheit

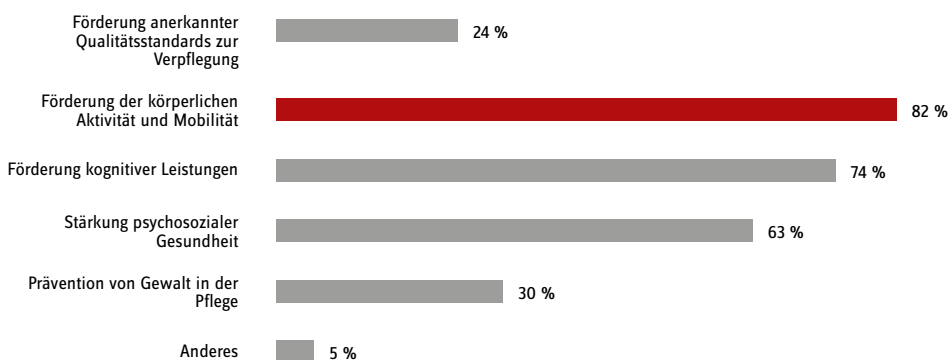
Die Erhaltung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege ist eine besondere Herausforderung. Die psychosoziale Gesundheit kann beispielsweise durch die Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozialen Aktivitäten gestärkt werden, wenn entsprechende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

Prävention von Gewalt in der Pflege

Die WHO¹ (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.

¹ 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 (Mehrfachnennungen möglich)



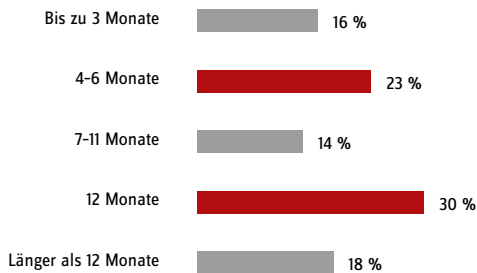
Auf Basis einer zuvor durchgeführten Analyse-Phase entscheiden sich die Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen gemeinsam für Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention und passen diese an die jeweiligen Wünsche und Bedürfnisse der in der Pflegeeinrichtung versorgten Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen an.

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Einrichtungen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen, die sich mit mehreren Handlungsfeldern befassen und diese kombinieren. Der Fokus lag im Berichtsjahr 2021 wie in den Jahren zuvor auf Konzepten zur Steigerung der körperlichen Aktivität (82 %). Auch die Implementierung von Konzepten in den Handlungsfeldern zur Stärkung der kognitiven Leistungen (74 %)

und der psychosozialen Gesundheit wurde häufig angegeben (63 %). Angebote zur Prävention von Gewalt in der Pflege (30 %) und zur Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung (24 %) wurden vergleichsweise weniger häufig umgesetzt.

Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 68: Laufzeit der Aktivitäten



Die Unterstützungsangebote der Pflegekassen finden in einem zeitlich begrenzten Rahmen statt. Wesentliches Ziel ist es, strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, um gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten nachhaltig und kontinuierlich in den Pflegeeinrichtungen zu verankern.

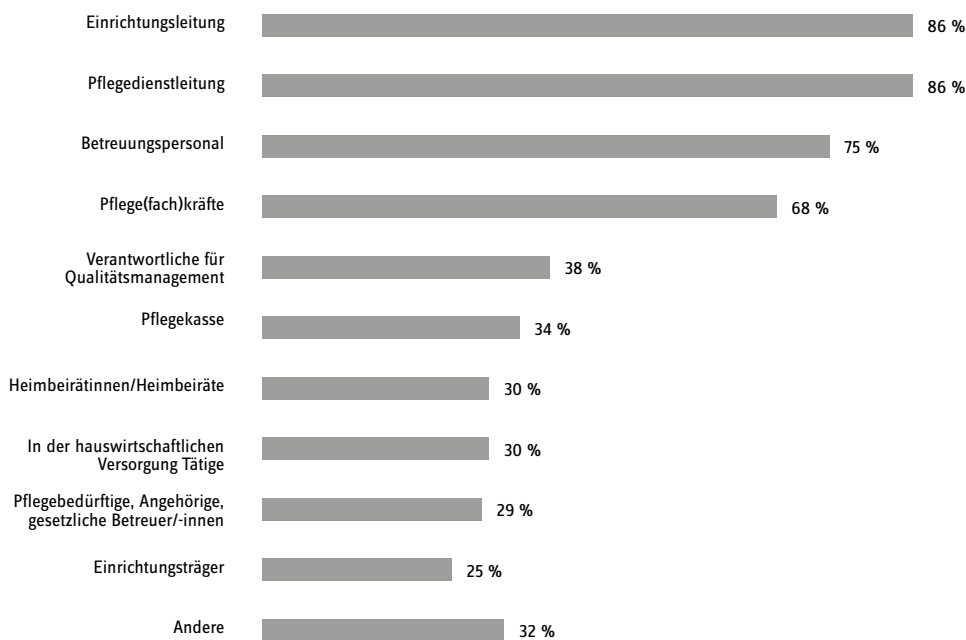
Im Berichtsjahr 2021 wurden über die Hälfte (53 %) der Aktivitäten in den Pflegeeinrichtungen abgeschlossen, was einer Zunahme im Vergleich zum Vorjahr entspricht (2020: 37 %). Somit liegt der Anteil der nicht abgeschlossenen Projekte bzw. der Projekte, die über das Berichtsjahr hinaus weitergeführt wurden, mit 47 % unter dem Vorjahreswert (2020: 63 %).

Die abgeschlossenen Projekte hatten am häufigsten eine Laufzeit von zwölf Monaten (30 %),

gefolgt von Projekten mit einer Laufzeit zwischen vier und sechs Monaten (23 %). Sieben bis elf Monate betrug die Laufzeit von 14 % der abgeschlossenen Projekte. Im Vergleich zum Vorjahr haben Projekte mit einer kurzen Laufzeit von bis zu drei Monaten von 11 % auf 16 % zugenommen.

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Abb. 69: **Mitwirkende im Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Zur Planung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten ist die Einrichtung eines Steuerungsgremiums angezeigt, in dem alle Beteiligten regelmäßig zusammenkommen. Eine erfolgreiche Etablierung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention bzw. die Entwicklung einer langfristigen Präventionsstrategie hängt maßgeblich von Strukturen ab, die den gesamten Prozess der Implementierung steuern. Dieses Gremium bildet auch die Basis für die weitere Vorgehensweise und die Initiierung von Erfolgskontrollen der Aktivitäten und kann – nicht nur in Zeiten der Pandemie – die Grundlage dafür bilden, dass Aktivitäten weitergeführt bzw. strukturell angepasst fortgeführt werden.

Dabei bietet es sich an, bereits bestehende Strukturen zu nutzen. Die Einrichtungleitung spielt im Steuerungsgremium eine wichtige Rolle, da sie für

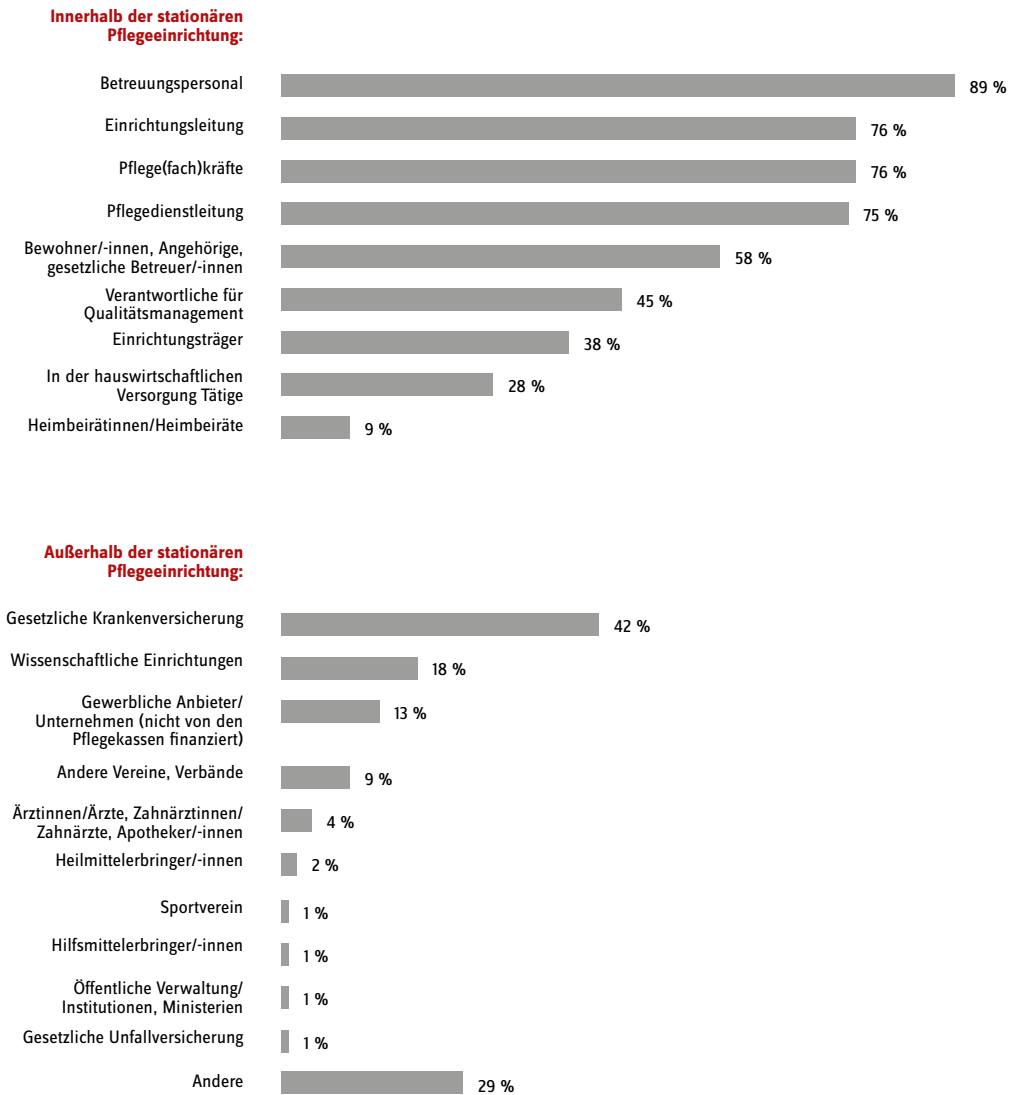
die nachhaltige Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen und für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen verantwortlich Sorge tragen muss. Weiterhin ist die Einbindung der Pflegedienstleitungen, der Qualitätsmanagementbeauftragten, der Pflege- und Betreuungskräfte sowie der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen von großer Bedeutung.

Die Einrichtungleitung sowie die Pflegedienstleitung waren im Berichtsjahr 2021 am häufigsten in Steuerungsgremien vertreten (86 %), gefolgt von dem Betreuungspersonal mit 75 % und den Pflege(fach)kräften mit 68 %. Die Beteiligung von Qualitätsmanagementbeauftragten erfolgte in 38 % und die der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in 29 % der Steuerungsgremien.¹

¹ Hierbei ist zu beachten, dass die Werte nicht mit den Vorjahreswerten verglichen werden können. Bezugspunkt der vorliegenden Berechnung sind Einrichtungen, die angeben, dass ein Steuerungsgremium vorhanden ist. In den Vorjahren bezogen sich die relativen Anteile auf die Anzahl aller gültigen Dokumentationsbögen.

Beteiligte Akteure

Abb. 70: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Kategorien mit Werten von rund 0 % werden nicht angezeigt.

Neben den Pflegekassen können weitere Akteure finanzielle und personelle Ressourcen oder Sachmittel bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsmaßnahmen einbringen. Differenziert werden kann zwischen den Akteuren innerhalb der jeweiligen Pflegeeinrichtung (z. B. Einrichtungsleitung und Betreuungspersonal) sowie externen Kooperationspartnern (z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Vereine und Verbände).

Bei Betrachtung der Akteure innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung ist festzustellen, dass, wie im vorherigen Berichtsjahr, das Betreuungspersonal am häufigsten (89 %) Ressourcen einbrachte. Mit jeweils etwa 75 % beteiligten sich die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung und die Pflege(fach)kräfte an der Umsetzung der präventiven Aktivitäten. Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Vertreterinnen und Vertreter von Heimbeiräten konnten sich insgesamt mit 67 % der Ressourcen in die Gestaltung der Präventionsmaßnahmen einbringen. Die Beteiligung der Pflegebedürftigen selbst sowie derjenigen, die ihre Interessen vertreten, ist für die tatsächliche Nutzung der Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig, da hierüber am besten sichergestellt werden kann, dass die Aktivitäten auch dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie der Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen entsprechen. Hier konnte im Vergleich zum Vorjahr (65 %) eine leichte Steigerung erreicht werden.

Unter allen externen Kooperationspartnern brachten am häufigsten die gesetzlichen Krankenkassen Ressourcen ein. Es zeigte sich erneut ein Anstieg von 36 % im Vorjahr auf nunmehr 42 %. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass zunehmend BGF-Maßnahmen nach § 20b SGB V mit Maßnahmen nach § 5 SGB XI verknüpft werden (s. S. 146).

Eine Steigerung erfolgte auch bei den wissenschaftlichen Einrichtungen: von 10 % im Vorjahr auf jetzt 18 %. Dies korrespondiert mit einer Zunahme an evaluierten Projekten (s. S. 132). Des Weiteren brachten gewerbliche Anbieter und Unternehmen (13 %), Vereine und Verbände einschließlich Sportvereine (10 %) sowie Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker (4 %) Ressourcen ein.

Ablauf der Umsetzungsphase

Abb. 71: 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

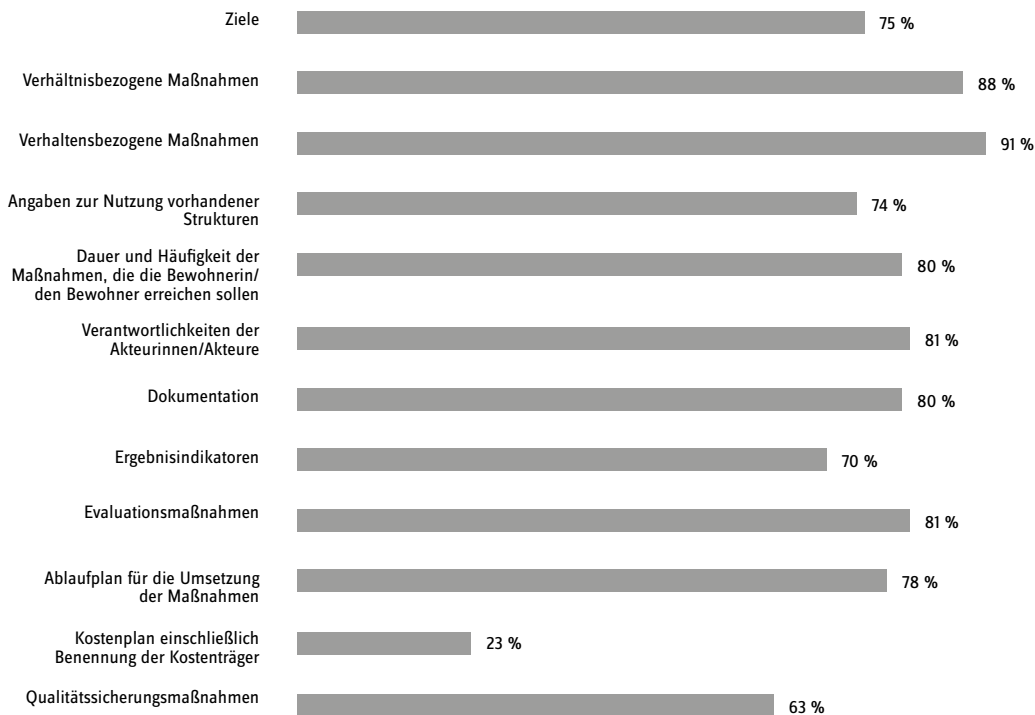
In der ersten Phase werden die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen in den einzelnen Handlungsfeldern analysiert. Die Bedarfs- und Bedürfnislage ist heterogen und variiert je nach Einrichtungsart und Zusammensetzung der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Weiterhin erfolgt eine Ermittlung der vorhandenen Strukturen in der Pflegeeinrichtung.

Auf Basis dieser Ergebnisse erfolgen schließlich die Maßnahmenplanung und die Umsetzung.

Die Pflegekassen führten im Berichtsjahr 2021 in 1.385 der 1.859 erreichten Pflegeeinrichtungen (75 %) eine Ermittlung durch. Dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr (58 %) einer Zunahme von rund 16 %.

Mit 92 % dieser Einrichtungen wurden anschließend, wie im Berichtsjahr 2020, die Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen vertiefend analysiert. Die Ermittlung und Analyse von Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nahm von 77 % im Jahr 2020 auf 80 % im Jahr 2021 leicht zu; ebenso die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse im Steuerungsgremium von 60 % (2020) auf 63 % (2021).

Abb. 72: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



2. Maßnahmenplanung

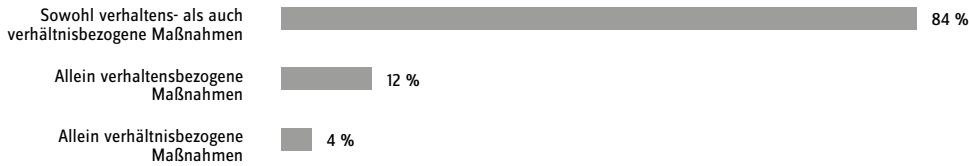
Auf Grundlage der durchgeführten Analyse erfolgt im nächsten Schritt die Maßnahmenplanung. Die gesammelten Informationen werden im Steuerungsgremium interpretiert und diskutiert. Aus den Ergebnissen werden Interventionsziele abgeleitet und priorisiert, die sich an verfügbaren Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflegeeinrichtung orientieren. Der Maßnahmenplan sollte mit seinen konkreten Aktivitäten sowohl auf verhaltensbezogene als auch auf verhältnisbezogene Interventionen abzielen. Weiterhin sind die Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Im Berichtsjahr 2021 haben 82 % der erreichten Pflegeeinrichtungen dokumentiert, einen Maßnahmenplan erarbeitet zu haben. Während jeweils etwa 90 % der entwickelten Maßnahmenpläne

Angaben zu verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen umfassten, enthielten jeweils etwa 80 % der Maßnahmenpläne die Dauer und Häufigkeit der Interventionen, die Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure, die Dokumentation, Evaluationsmaßnahmen und einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen.

Bei allen Indikatoren sind prozentuale Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies betrifft am deutlichsten die Folgenden: Ergebnisindikatoren (2020: 35 %, 2021: 70 %), Evaluationsmaßnahmen (2020: 47 %, 2021: 81 %), Verantwortlichkeiten der Akteure (2020: 49 %, 2021: 81 %), Angaben zur Nutzung vorhandener Strukturen (2020: 44 %, 2021: 74 %), verhaltensbezogene Maßnahmen (2020: 64 %, 2021: 91 %) und verhältnisbezogene Maßnahmen (2020: 63 %, 2021: 88 %).

Abb. 73: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen



3. Umsetzung

Die vom Steuerungsgremium beschlossenen Maßnahmen aus den bereits beschriebenen Handlungsfeldern (s. Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, S. 123) werden entsprechend dem Maßnahmenplan umgesetzt.

Im Berichtsjahr 2021 haben 1.609 Pflegeeinrichtungen (87 %) - unterstützt durch die Pflegekasernen - Maßnahmen umgesetzt und dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr (78 %) nahm damit der prozentuale Anteil an Pflegeeinrichtungen mit Dokumentation umgesetzter Maßnahmen zu. Die Aktivitäten waren zu 84 % eine Kombination aus verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen. Ausschließlich verhaltensorientiert waren 12 % der Aktivitäten und ausschließlich verhältnisorientiert 4 %.

Abb. 74: Durchgeführte Evaluationen

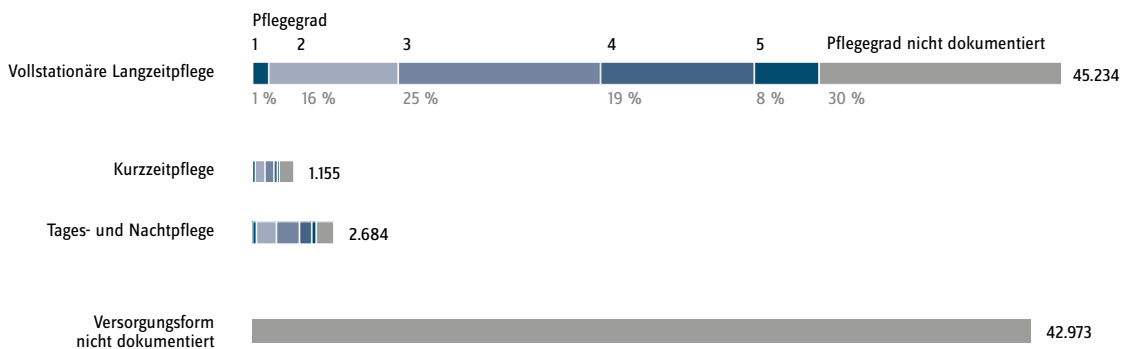


4. Evaluation

Die Evaluation sollte mindestens den Grad der Umsetzung der Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen umfassen. Im Berichtsjahr 2021 wurde in 73 % der Einrichtungen eine Evaluation dokumentiert; dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr (64 %) einer Zunahme. Die durchgeführten Evaluationen bezogen sich am häufigsten auf die Parameter Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen und Erreichen der Pflegebedürftigen (91 %). Bezogen auf die Parameter Umsetzung verhältnisbezogener Maßnahmen (2020: 66 %, 2021: 83 %) sowie Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen (2020: 76 %, 2021: 91 %) lassen sich deutliche Steigerungen feststellen.

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 75: Erreichte Pflegebedürftige



Im Berichtsjahr 2021 wurden insgesamt 92.046 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht.

Damit lässt sich nach der Abnahme der erreichten Pflegebedürftigen im Berichtsjahr 2020 um 20 % (2019: 110.767, 2020: 86.255) eine leichte Zunahme für das Berichtsjahr 2021 um 7 % (2020: 86.255, 2021: 92.046) identifizieren.

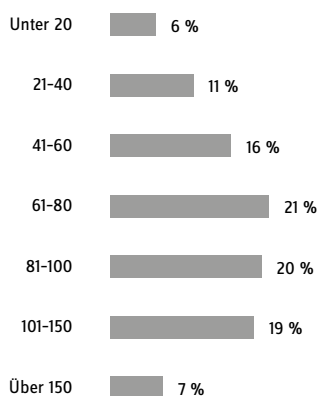
Von den Pflegebedürftigen, die von den Pflegekassen geförderte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erhielten, nahmen 45.234 (92 %) die vollstationäre Pflege, 2.684 (5 %) die Tages- und Nachtpflege und 1.155 (2 %) die Kurzzeitpflege in Anspruch. Bei knapp der Hälfte der erreichten Pflegebedürftigen (42.973) wurde keine Angabe zur Versorgungsform gemacht.

Der Pflegegrad war bei 34.760 der erreichten Pflegebedürftigen bekannt und verteilte sich mehrheitlich auf die Pflegegrade 2 bis 4. Bei einer erheblichen Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen (57.286) wurde keine Angabe zum Pflegegrad dokumentiert.

Neben den Pflegebedürftigen wurden darüber hinaus 44.346 weitere Personen in Präventionsmaßnahmen eingebunden. Darunter befanden sich 39.573 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen sowie 4.773 weitere Personen, z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 76: **Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**
Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner



Im Berichtsjahr 2021 handelte es sich bei über der Hälfte der Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention dokumentierten, um Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege (59 %). Etwa 32 % stellten Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen und 8 % Tagespflegeeinrichtungen dar.

Zudem versorgte die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen (60 %), die von den Pflegekassen bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt wurden, zwischen 61 und 150 Bewohnerinnen und Bewohner. Etwa ein Drittel (33 %) der Pflegeeinrichtungen versorgten bis zu 60 Pflegebedürftige und 7 % der Einrichtungen mehr als 150 Pflegebedürftige.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele¹ 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.

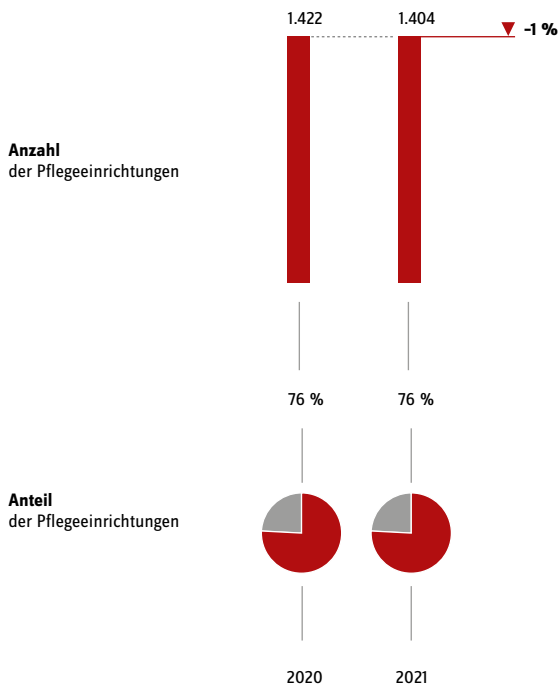
Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die einzelnen Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Dabei ist es das Ziel, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, welche Maßnahmen des Konzepts in den jeweiligen Handlungsfeldern umsetzen, zu erhöhen.

¹ 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

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

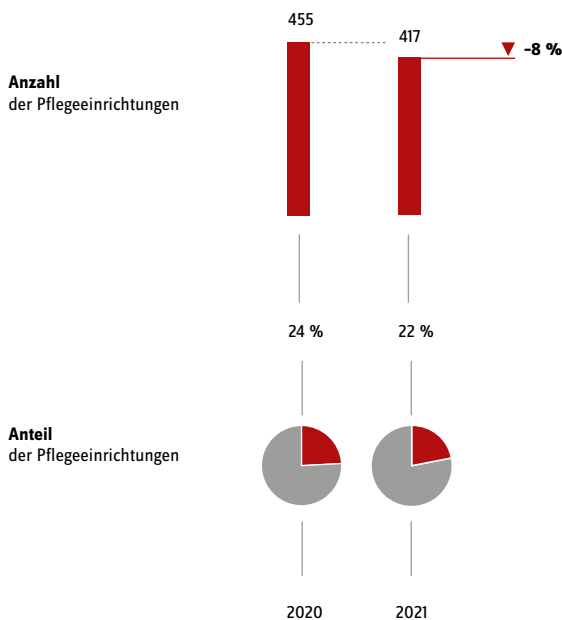
- Teilziel 1:** Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.
- Teilziel 2.1 Ernährung**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard 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.

Abb. 77: Teilziel 1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium



Das Ziel der Steigerung der absoluten Anzahl und des prozentualen Anteils der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium wurde im Berichtsjahr 2021 nicht erreicht, blieb im Vergleich zum Vorjahr jedoch in etwa stabil.

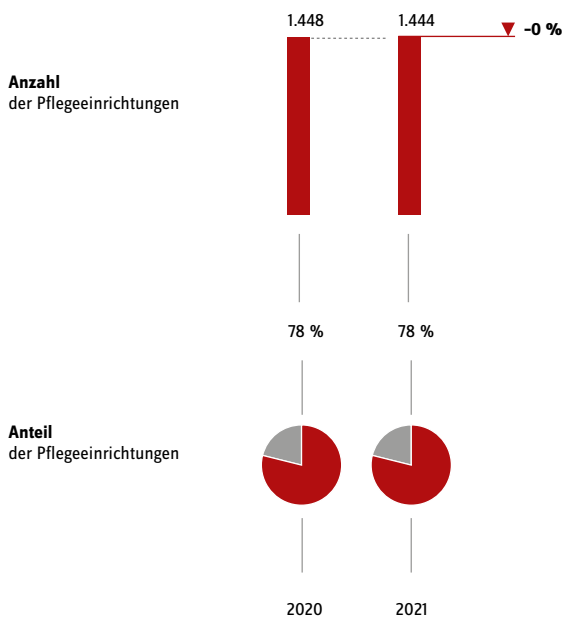
Abb. 78: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten



Das Ziel, die Anzahl an Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, die ein Konzept zur gesunden Ernährung umsetzen, wurde im Berichtsjahr 2021 nicht erreicht. Die absolute Anzahl und der prozentuale Anteil der Pflegeeinrichtungen mit einem Ernährungskonzept gingen im Vergleich zum Vorjahr leicht zurück.

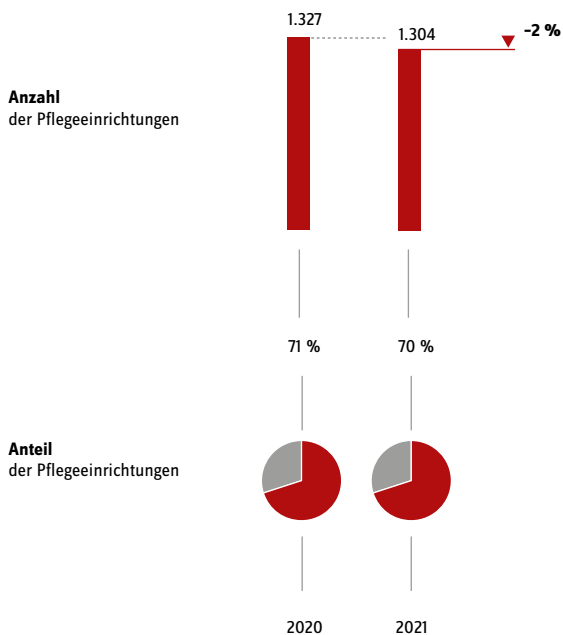
Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die Umsetzung von Maßnahmen in den fünf Handlungsfeldern. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich bei den Teilzielen 2.1 (Ernährung), 2.2 (Körperliche Aktivität) und 2.3 (Stärkung kognitiver Ressourcen) eine leichte Abnahme der absoluten Anzahl an Einrichtungen, welche Maßnahmen in den entsprechenden Handlungsfeldern realisierten, feststellen. Der relative Anteil dieser drei Teilziele blieb jedoch weitgehend stabil. Bei den Teilzielen 2.4 (Psychosoziale Gesundheit) und 2.5 (Prävention von Gewalt) ist dagegen eine leichte Steigerung zu verzeichnen. Hier erhöhten sich im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl sowie der Anteil an Einrichtungen, die ein Konzept zu dem jeweiligen Handlungsfeld umgesetzt haben.

Abb. 79: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität



Das Ziel der Steigerung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten im Handlungsfeld Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität konnte nicht erreicht werden. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen mit einem Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität blieb jedoch im Vergleich zum Vorjahr stabil.

Abb. 80: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen



Die Anzahl an Pflegeeinrichtungen mit Konzepten zur Förderung kognitiver Leistungen konnte nicht gesteigert werden. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen umsetzen, blieb im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleich. Somit konnte das Präventionsziel nicht erreicht werden.

Abb. 81: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit

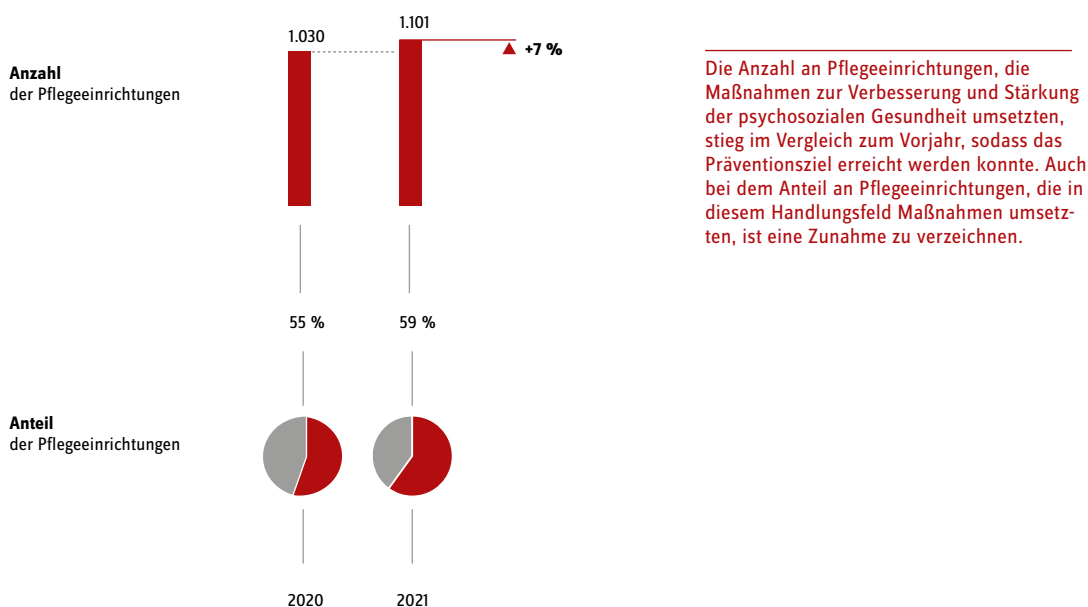
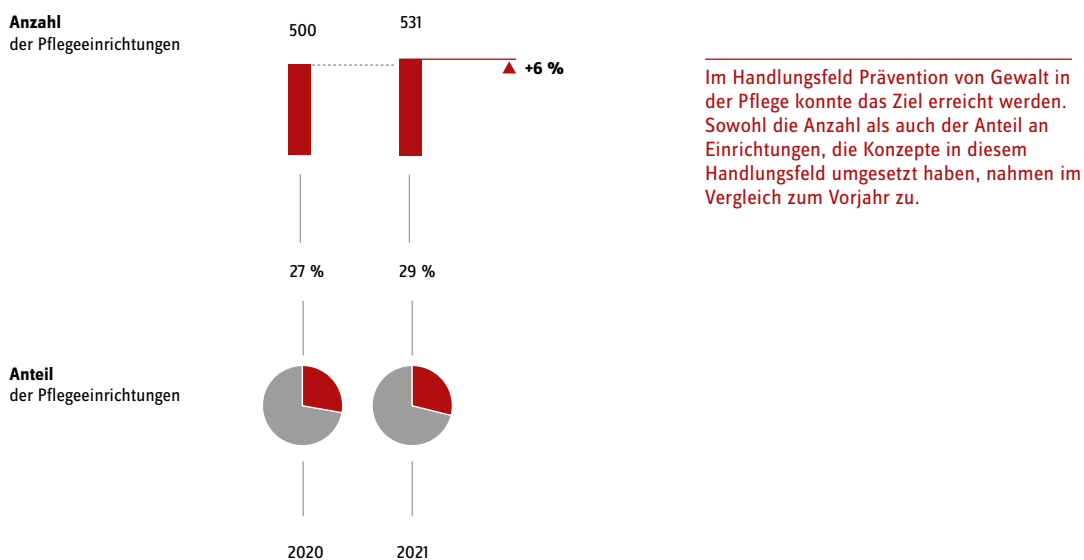


Abb. 82: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt










Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Mit der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) hat sich die Bundesregierung¹ 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 im Jahr 2019 auf ein Maßnahmenpaket verständigt. Hierzu zählt 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. 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.

Wie auch im vergangenen Jahr werden auf den folgenden Seiten anhand von Praxisbeispielen konkrete BGF-Aktivitäten für beruflich Pflegenden vorgestellt. Ergänzend wird über Angebote insbesondere in vollstationären Pflegeeinrichtungen berichtet, bei denen die BGF für das Pflegepersonal mit Präventionsangeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen verknüpft wird. 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 146. Wieder kann im Vergleich zum Vorjahr von einer Steigerung der verknüpften Aktivitäten berichtet werden. Dass die Kombination der zielgruppenübergreifenden Präventionsangebote von Kranken- und Pflegekassen eine sinnvolle Maßnahme darstellt, um stationäre Pflegeeinrichtungen zu erreichen, ist auch ein Ergebnis der Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI (s. S. 114 ff.).

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

Die Pflegeverbände, die Pflegekammern, der Deutsche Pflegerat und ver.di haben sich dazu verpflichtet, ihre Mitglieder über die Gefährdungsbeurteilung als Instrument zur Umsetzung des Arbeitsschutzes sowie über Möglichkeiten der BGF zu informieren. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die Unfallkassen und die Krankenkassenverbände auf Bundesebene unterstützen diese Informationsoffensive Pflege mit einer Artikelserie. Hierüber wird in einem gesonderten Beitrag berichtet (s. S. 26-27).

¹ Hier insbesondere das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Care4Care – Erste Erkenntnisse zur digitalen betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege

-
- 🕒 Gesund leben und arbeiten
 - 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Gesundheitsförderliche Führung
 - 🏠 Diverse Pflegeeinrichtungen
 - 👥 AOK-Bundesverband und Landes-AOKen, Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungspartner (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bundesministerium für Arbeit und Soziales) im Projektbeirat
 - 🌐 Berliner Hochschule für Technik, Leuphana Universität Lüneburg, Technische Hochschule Lübeck, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg
 - 👤 Pflegekräfte und Führungskräfte der Pflgeteilbranchen (Krankenhaus, stationäre Pflege und ambulante Pflege)
 - 📅 bundesweit, 2020–2023
-

Autoren und Autorin:
Dr. Thomas Lennefer,
AOK-Bundesverband
Prof. Dr. Antje Ducki,
Berliner Hochschule für
Technik
Prof. Dr. Dirk Lehr,
Leuphana Universität
Lüneburg

Das Care4Care-Projekt¹ ist ein Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit vier deutschen Hochschulen. Ziel des Projekts ist es, ein digital unterstütztes BGF-Instrument mit verschiedenen verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Angeboten zu entwickeln. Das Themenangebot reicht dabei von Trainings zur Stärkung der Resilienz bis zu Angeboten zur Verbesserung der Organisationskultur.

Digitale Gesundheitsförderung in der Pflege – Kann das funktionieren?

Erste Auswertungen zeigen, dass Pflegekräfte, welche die Online-Trainings von Care4Care nutzen, im Durchschnitt 44 Jahre (22–63 Jahre) alt sind. Dieses erste Ergebnis entkräftet bereits das gängige Vorurteil, dass digitale BGF-Angebote ausschließlich von jungen Mitarbeitenden genutzt werden. Gleichzeitig machen erste Analysen einen hohen Bedarf an Präventionsangeboten für die Pflege deutlich. So weist ein Großteil der befragten Pflegekräfte ein gegenüber der Gesamtbevölkerung überdurchschnittliches Stresslevel auf.

Obwohl der Bedarf sehr hoch ist, stellt die fehlende digitale Infrastruktur in Pflegeeinrichtungen noch immer eine Hürde für die Implementierung von digitalen Gesundheitsangeboten dar. Nichts-

destotrotz berichtet die Mehrzahl der teilnehmenden Pflegekräfte, dass sie gerne erneut an einem digitalen Programm zur Förderung ihrer Gesundheit teilnehmen würde.

Weitere Einsatzmöglichkeiten der Care4Care-Angebote

Care4Care bietet allerdings nicht nur digitale BGF, sondern verknüpft diese auch mit Präsenzangeboten. In sogenannten Themenwerkstätten können die vorab im Online-Training bearbeiteten Themen im Team noch einmal vertieft werden. Die begleiteten Workshops dienen dazu, konkrete teamspezifische Maßnahmen für die jeweiligen Themen zu entwickeln. Analoge teamfokussierte Angebote zur gesundheitsförderlichen Führung komplettieren das Care4Care Präsenzangebot.

Aktuell werden die verschiedenen Angebote des Care4Care-Projekts mit mehreren Pflegeeinrichtungen aus allen Pflgeteilbranchen erprobt und evaluiert. Nach dem Abschluss der Pilotphase im Jahr 2023 werden die im Projekt gewonnenen Daten in Bezug auf die Wirksamkeit der Care4Care-Angebote ausgewertet.

¹ Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://care4care-projekt.de/>

PENELOPE – Förderung der seelischen Gesundheit in der Pflege



Mit „PENELOPE“ werden drei Online-Trainings sowie ein Präsenz-Training zur Förderung der seelischen Gesundheit von beruflich Pflegenden entwickelt. Mithilfe verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen sollen Fehlbeanspruchungen durch Belastungen am Arbeitsplatz von Pflegenden reduziert werden. Zum einen sollen die individuellen Ressourcen von Mitarbeitenden und Führungskräften gestärkt werden, sodass Gesundheit und Leistungsfähigkeit – auch unter Einfluss umfangreicher Belastungen – langfristig gefördert werden. Zum anderen sollen Führungskräfte, die die Arbeitsbedingungen von Pflegenden wesentlich gestalten, in die Lage versetzt werden, diese gesundheitsförderlich zu gestalten.

Drei Trainingsschwerpunkte – online und in Präsenz

Im Rahmen der Betreuung von Einrichtungen im Pflegesetting wurden die Trainings zu verschiedenen Schwerpunkten entwickelt: Im Online-Training „Pausen und Erholung“ lernen die Teilnehmenden, Fehlbeanspruchungen durch optimale Pausen- und Erholungsstrategien zu reduzieren und neue Ressourcen aufzubauen. Das Online-Training „Emotionale Kompetenzen“ unterstützt Leitungskräfte und Mitarbeitende dabei, Emotionen besser zu verstehen, um gelassener mit emotional belastenden Situationen umzugehen. In Sekundenschnelle zu entspannen und diese Fähigkeit in stressreichen Situationen im Arbeitsalltag einzusetzen, wird im Online-Training „Entspannung im Arbeitsalltag“ vermittelt. Die Online-Trainings können in beliebiger Reihenfolge nacheinander oder einzeln absolviert werden. Zudem wird im Bereich der Entspannung eine Trainerinnen- bzw. Trainer-Ausbildung für Pflegekräfte angeboten.

Die Online-Trainings können zeit- und ortsunabhängig am Computer, Tablet oder Smartphone absolviert werden. Sie sind in kurze Lerneinheiten von fünf bis 20 Minuten untergliedert. Trainieren die Teilnehmenden wöchentlich, ist das Training (in Abhängigkeit vom gewählten Schwerpunkt)

- 🕒 Gesund leben und arbeiten
- 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 🏠 Krankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste
- 🔗 AOK PLUS
- 🎓 Technische Universität Dresden
- 👥 Pflegekräfte und Führungskräfte der Pflegebranche (Krankenhaus, Altenpflege, Behindertenpflege, stationäre Pflege und ambulante Pflege)
- 📅 Sachsen und Thüringen, 2020–2023

nach fünf bis zehn Wochen abgeschlossen. Am Ende erhalten die Teilnehmenden ein Zertifikat und je nach Trainingsschwerpunkt zehn bis zwölf Weiterbildungspunkte bei der Registrierungsstelle beruflich Pflegenden.

Autorin:
Lisa Beutler,
AOK PLUS

Um die Trainings an der Zielgruppe auszurichten, wurden diese gemeinsam mit Pflegenden entwickelt. In Design-Workshops und Einzelinterviews, pandemiebedingt digital durchgeführt, wurden die Bedarfe der Zielgruppe erhoben. Bis Ende des Jahres 2022 wurden Pflegekräfte akquiriert, um die Trainings zu testen. Auch bei der Akquise der Teilnehmenden mussten Informationsveranstaltungen pandemiebedingt in digitale Formate umgewandelt und zusätzliche Ressourcen einbezogen werden.

Bis Frühjahr 2023 werden die Trainings auf Basis des Feedbacks der Teilnehmenden angepasst und die Umsetzung evaluiert. Ziel ist ein bedarfsgerechtes und zielgruppenspezifisches BGF-Angebot. Dieses soll ab Sommer 2023 zur Verfügung stehen.

AusGleich - „Stressbewältigung digital“ für Pflegekräfte

-
- 🎯 **Gesund leben und arbeiten**
 - 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
 - 🏠 24 Einrichtungen (5 Krankenhäuser, 10 Senioren- und Pflegeheime, 9 ambulante Pflegedienste)
 - 🔗 BAHN-BKK, Mobil Krankenkasse, BMW BKK, Bosch BKK, vivida bkk, Novitas BKK, pronova BKK, R+V Betriebskrankenkasse, Salus BKK, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, VIACTIV Krankenkasse
 - 🔗 fitbase GmbH, corvolution GmbH, TU Berlin
 - 👥 Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte oder in Pflegeeinrichtungen tätige kaufmännische Angestellte aus drei verschiedenen Pflegesettings
 - 📅 bundesweit, 36 Monate (01.10.2019–30.09.2022)
-

Autor:
Jürgen Clemens,
VIACTIV Krankenkasse

Das Präventionsprojekt AusGleich¹ zielt darauf ab, stressbedingte Erkrankungen des Pflegepersonals mithilfe einer Stressbewältigungs-App zu verringern. Die Start-up-Unternehmen „fitbase“ und „corvolution“ wurden mit der Entwicklung und Pilotierung eines innovativen und komplett digitalen Angebots beauftragt, das speziell auf die besonderen Arbeitsanforderungen von Pflegekräften ausgerichtet sein soll. Die TU Berlin übernimmt die wissenschaftliche Begleitung.

Das Präventionsangebot ist für die Nutzerinnen und Nutzer zeit- und ortsunabhängig abrufbar und kann langfristig genutzt werden. Ziel ist es, stressbedingte Krankheiten zu vermeiden und die Mitarbeitenden dabei zu unterstützen, selbstbestimmt die eigene Gesundheit zu fördern.

Individualisierte Inhalte und Übungen

Die Basis der Plattform bildet die Biofeedback-Technologie „fitcor“. Herzstück ist ein EKG-Sensor, der kontinuierlich Vitalparameter aufzeichnet (z. B. Herzfrequenz, Herzratenvariabilität, Aktivität). Die Fitcor-Technologie bewertet, analysiert und visualisiert die gemessenen Daten in einer App. Anhand dieser Daten können dann individualisierte Inhalte und Übungen zur Stressbewältigung empfohlen werden. Den Effekt der

umgesetzten Übungen auf ihre Vitalwerte konnten die Pflegekräfte als Feedback unmittelbar in der App sehen.

Pandemie hatte erkennbaren Einfluss

Das Interesse der Einrichtungen war groß und die Notwendigkeit für digitale Angebote wurde im Kontakt immer wieder betont. Allerdings hatte die Corona-Pandemie einen großen Einfluss auf das Projekt: Zahlreiche Einrichtungen empfanden die Implementierung von „AusGleich“ während der Pandemie als nicht machbar und nahmen deshalb an der Pilotierung nicht teil. Pandemiebedingt waren keine Präsenzveranstaltungen (z. B. Kick-off) in den Einrichtungen möglich, bei den Teilnehmenden kam es zu Verzögerungen im Studienverlauf durch Quarantänebedingungen und COVID-19-Erkrankungen.

Die größere zeitliche und räumliche Flexibilität digitaler Interventionen im Vergleich zu traditionellen Maßnahmen wurde von den Pflegekräften jedoch sehr positiv aufgenommen. Die Pandemie hat ein Stück weit bisher bestehende Vorbehalte gegenüber digitalen Angeboten aufgebrochen.

Bei der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts durch die TU Berlin wurde die Zielgruppe aktiv eingebunden. Anonymisierte Auswertungen bieten Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Krankenkassen die Möglichkeit, BGF-Maßnahmen effizienter und bedarfsorientierter auszurichten. Mit dem Projekt „AusGleich“ wurde ein wertvoller Grundstein für zukünftige digitale Entwicklungsprojekte im Bereich Pflege gelegt.

¹ Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://pflege-ausgleich.de/>



Pilotprojekt Tandem – Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement aus einer Hand

Was passiert, wenn stationären Pflegeeinrichtungen die Expertise und Unterstützungsmöglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) von verschiedenen Sozialversicherungsträgern zur Verfügung stehen würden – aus einer Hand, vor Ort und bedarfsorientiert?

Genau an dieser Frage setzt das Pilotprojekt „Tandem“ an. Die Organisationsberatung zum Aufbau bzw. zur Weiterentwicklung eines strukturellen und nachhaltigen BGM wird gemeinschaftlich von den Akteuren der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung durchgeführt. So wird der in der betrieblichen Praxis oft noch vorhandenen Abgrenzung der beiden Sozialversicherungsleistungen begegnet und auf eine systematische Verzahnung der Unterstützungsmöglichkeiten beider Träger hingewirkt. Entscheidend ist die gemeinsame Zielrichtung, so der „Tandem“-Ansatz.

Als Rahmen für das Vorgehen und um die verschiedenen Leistungsaufträge zielführend miteinander zu kombinieren, wurde im ersten Schritt ein gemeinsames Beratungsverständnis erarbeitet. Die Umsetzung der Organisationsberatung ist bedarfsorientiert und partizipativ ausgestaltet. Auf Grundlage der Analyse der Ausgangssituation durch qualitative und/oder quantitative Befragungsinstrumente (z. B. Arbeitssituationsanalyse, Fokusgruppen, Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse) werden Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit der Mitarbeitenden abgeleitet und im Verlauf des Prozesses weiter angepasst. In der Umsetzung kann hierbei auch auf verschiedene bestehende, pflegespezifische Maßnahmen aus den Leistungs- und Angebots-Portfolios der beteiligten Akteure zurückgegriffen werden (z. B. Führungskräfte trainings, Teamcoachings, Stressmanagement-Workshops). Das Projektvorhaben wird abschließend sowohl auf Einrichtungsebene als auch übergeordnet evaluiert.

Nach dem „Tandem“-Ansatz können Pflegebetriebe mit Unterstützung der fachlichen Expertise des Beratungstandems ihre Projektvorhaben indivi-

- ☉ Gesund leben und arbeiten
- 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- 🏠 5 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- 🔗 Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK – Hanseatische Krankenkasse
- 👥 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- 👤 Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- 📅 Bayern, 2022 bis voraussichtlich 2024

duell gemäß den Rahmenbedingungen ihrer Organisation ausgestalten. In der Pilotierungsphase wird das Angebot in fünf Einrichtungen im Raum Augsburg/München umgesetzt, mit einer jeweiligen Projektdauer von ca. zwölf bis 18 Monaten.

Das Pilotprojekt „Tandem“ ermöglicht durch die ganzheitliche Organisationsberatung die gemeinsame Bearbeitung der Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Durch die praktische Umsetzung einer sozialversicherungsträgerübergreifenden Kooperation im BGM werden konkrete Formen der Zusammenarbeit auf betrieblicher Ebene identifiziert und erprobt, um Erkenntnisse über eine bessere Koordination der gesetzlichen Aufträge zu gewinnen und dies als Basis für die Weiterentwicklung von BGM-Angeboten für die Pflege zu nutzen.

Autorinnen und Autor:
 Karen Thümmel,
 Verband der Ersatzkassen
 e. V. (vdek)
 Stefanie Thees,
 Verband der Ersatzkassen
 e. V. (vdek)
 Oliver Siegrist,
 Berufsgenossenschaft für
 Gesundheitsdienst und
 Wohlfahrtspflege (BGW)

EMMA – Evidenzbasierte Maßnahmenentwicklung des BGM/BGF als Modellprojekt für Ambulante Pflegedienste



-
- 🎯 **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
 - 📍 TU München
 - 👥 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten
 - 📅 Bayern, Berlin und Brandenburg, Juni 2020–November 2023
-

Autorinnen:

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

Das Projekt EMMA befasst sich mit Gesundheitsförderung und Prävention für Mitarbeitende in der ambulanten Pflege. Diese sind auf physischer und psychosozialer Ebene stark gefordert, stellen jedoch bisher eine eher vernachlässigte Zielgruppe dar. Das Projekt wird in Bayern, Berlin und Brandenburg umgesetzt und hat eine Laufzeit von Juni 2020 bis November 2023. Ziele des Projekts sind (1) arbeitsbezogene Belastungen und Gesundheitsressourcen von ambulanten Pflegekräften multiperspektivisch zu untersuchen und (2) gesundheitsrelevante Outcomes positiv zu beeinflussen. Der Ablauf des Projekts folgt den vier Stufen des Public Health Action Cycles: Ist-Analyse, Maßnahmenentwicklung, -umsetzung und Evaluation.

Entwicklung von sechs Maßnahmen- Toolboxen

Basierend auf den Ergebnissen der Mixed-Methods-Ist-Analyse (Fragebögen, Job-Shadowing, Audiotagebücher, Partizipations-Workshops, Experteninterviews aus dem Fachbereich BGM/BGF) in sechs ambulanten Pflegediensten in Bayern wurden unter dem Einsatz partizipativer Entscheidungsprozesse sechs Themenschwerpunkte identifiziert:

1. Zusammenarbeit fördern
2. Arbeitsstrukturen neu denken
3. Selbstpflege leben
4. Zeitliche Balance gestalten
5. Körper stärken
6. Herausfordernde Situationen meistern

Diese Themen werden durch sechs evidenzbasiert entwickelte Toolboxen mit je vier bis sechs Einzelmaßnahmen in der Umsetzungsphase adressiert. Das Maßnahmenpaket wird für die an der Pilotierung teilnehmenden ambulanten Pflegedienste hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Bedarfe maßgeschneidert umgesetzt.

Umsetzbare und wirksame Maßnahmen

Aufgrund der spezifischen Arbeitsplatzsituation der ambulanten Pflegekräfte (z. B. Alleinarbeit, privates Umfeld der zu Pflegenden als Arbeitsumgebung) wird in der Pilotierungsphase zunächst die Umsetzbarkeit der Maßnahmen evaluiert. Dabei kommt ein umfassendes Mixed-Methods-Forschungsdesign zum Einsatz. Die Evaluationsergebnisse werden dabei laufend in den Entwicklungs- und Adaptierungsprozess der Maßnahmen einbezogen. Jene Maßnahmen, die sich in der Pilotierung als umsetzbar erwiesen haben, werden in der nächsten Projektphase in einem Roll-out in Berlin und Brandenburg nochmals durchgeführt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Nach der dreijährigen Projektlaufzeit soll ein Maßnahmenpaket vorliegen, welches sowohl im Berufsalltag von ambulanten Pflegediensten umsetzbar als auch gesundheitlich wirksam ist. Nach Projektende soll dieses Maßnahmenpaket im Rahmen des gemeinsamen Angebots der sechs Ersatzkassen „MEHRWERT:PFLEGE“¹ ambulanten Pflegediensten über eine Online-Plattform zur nachhaltigen Nutzung zur Verfügung gestellt werden.

Aktuell befindet sich das Projekt in der Pilotierungsphase. Durch die Corona-Pandemie zeichnet sich eine weitere Verknappung der Zeitressourcen in den ambulanten Pflegeeinrichtungen deutlich ab, welche es in der Maßnahmenplanung und -durchführung zu berücksichtigen gilt. Zudem gestalten sich Prozesse der Projektorganisation deutlich ressourcenintensiver, u. a. aufgrund mehrmaliger pandemiebedingter Terminverlegungen und -ausfälle.

¹ Weitere Informationen zum Projekt unter: www.mehrwert-pflege.com

PFLEGEprevent – Gesund im Pflegealltag

Immer mehr Pflegebetriebe erkennen, dass die Beschäftigten ihre wertvollste und schützenswerteste Ressource sind. Es gilt deshalb, die Gesundheit der Mitarbeitenden gerade im Hinblick auf das vielfältige Belastungsspektrum zu erhalten. Gemeinhin bekannt ist, dass dies am besten gelingt, wenn sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten als auch die Arbeitsbedingungen im Pflegebetrieb gemeinsam betrachtet werden.

Aufbauend auf den Erfahrungen von „PFLEGEprevent“ aus der ersten Förderphase als Projekt des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) mit dem Bayerischen Heilbäderverband wird in dem vorliegenden Kooperationsprojekt das Präventionsprogramm „RV Fit“ der Deutschen Rentenversicherung mit der gesundheitsfördernden Organisationsberatung des gemeinsamen Angebots der sechs Ersatzkassen „MEHRWERT:PFLEGE“¹ zusammengeführt. Damit steht ein umfassender Gesundheitsförderungsansatz speziell für Einrichtungen der Pflege zur Verfügung, der die Leistungen zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung sinnvoll miteinander verzahnt – in trägerübergreifender Zusammenarbeit.

Die Handlungsstränge im Überblick

„RV Fit“ ist ein Trainingsprogramm mit Elementen zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung für ein ganzheitlich verbessertes Lebensgefühl. Das Präventionsprogramm im Rahmen von „PFLEGEprevent“ ist abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse der Pflege-Beschäftigten und kombiniert eine intensive, mehrtägige stationäre Startphase mit berufsbegleitenden regelmäßigen Trainingseinheiten.

„MEHRWERT:PFLEGE“ unterstützt gesunde Arbeitsbedingungen im Pflegebetrieb durch eine Organisationsberatung, die auf den Aufbau und/oder die Weiterentwicklung eines systematischen BGM abzielt: Eine qualifizierte Beratungsperson

-
- © Gesund leben und arbeiten
 - § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
 - 25 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
 - Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - Deutsche Rentenversicherung, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
 - Beschäftigte in vollstationären Pflegeeinrichtungen
 - Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen und Hessen, November 2021-Mai 2024
-

begleitet die Einrichtungen im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. In der Umsetzungsphase können die Pflegebetriebe auf das breite Maßnahmenportfolio, den Gesundheitsbaukasten von „MEHRWERT:PFLEGE“, zurückgreifen.

Im Projekt werden die dargestellten Ansätze bewusst miteinander kombiniert: Beschäftigte setzen sich mit ihrer eigenen Gesundheit gezielt auseinander, während im Pflegebetrieb die Arbeitsbedingungen gesundheitsfördernd ausgerichtet werden. Im Rahmen eines Transfermoduls bringen die Beschäftigten ihre arbeitsplatzbezogenen Erkenntnisse aus „RV Fit“ in die gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ein. So wird eine Grundlage dafür geschaffen, dass die Mitarbeitenden die neu erlernten Verhaltensweisen und Praktiken auch im Arbeitsalltag anwenden können.

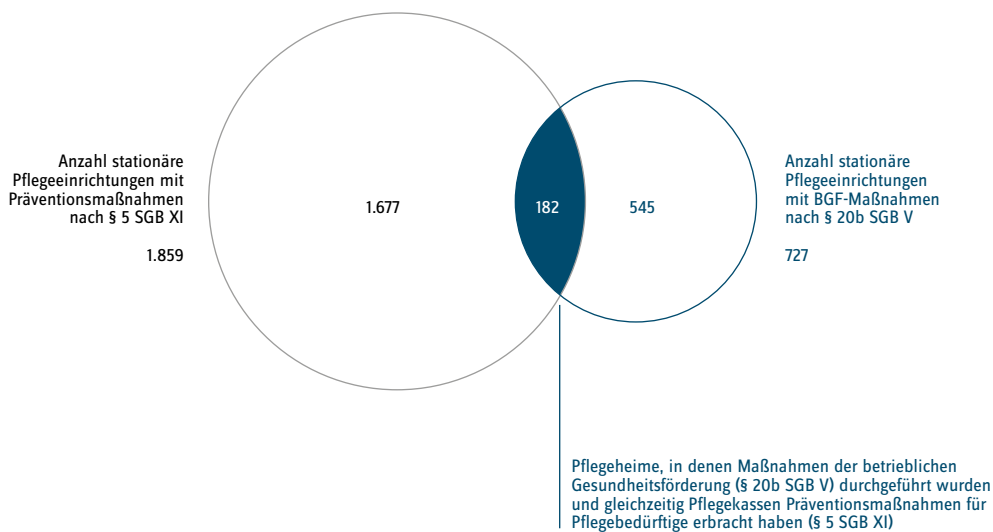
Die ersten Piloteneinrichtungen sind in das Projekt und damit in die Organisationsberatung von „MEHRWERT:PFLEGE“ gestartet. Aufgrund der pandemiebedingten Herausforderungen zeigen sich die Einrichtungen grundsätzlich verhaltener, neue Projektaktivitäten anzustoßen, sodass der Start in den jeweils am Projekt beteiligten Einrichtungen zeitversetzt beginnt – angepasst an die Rahmenbedingungen der jeweiligen Pflegeeinrichtung.

Autorinnen und Autor:
Ulrike Pernack,
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek)
Stefanie Thees,
Verband der Ersatzkassen
e. V. (vdek)
Karin Klopsch,
Deutsche
Rentenversicherung Bund
Johannes Keller,
Bundesverband privater
Anbieter sozialer Dienste
e. V. (bpa)

¹ Vgl. auch Präventionsbericht 2021, S. 126. Weitere Informationen zum Projekt unter www.mehrwert-pflege.com

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

Abb. 83: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen



Im Berichtsjahr 2021 fanden die BGF-Leistungen zu 19 % in Betrieben aus dem Gesundheits- und Sozialwesen statt (s. Abb. 33). Den größten Anteil machen dabei mit 9 % die Leistungen in Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI aus. Im Vergleich zum Vorjahr sind die BGF-Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen leicht gesunken (2020: 24 %), während die Leistungen in Pflegeeinrichtungen auf einem stabilen Niveau geblieben sind (2020: 9 %).

Eine Verknüpfung der BGF für beruflich Pflegende mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen wurde in 182 der 727 Pflegeheime mithilfe des Dokumentationsbogens „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erfasst. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich hier eine deutliche Steigerung feststellen (2020: 88

Pflegeheime). Weiterhin wurde in 17 Fällen dokumentiert, dass Einrichtungen über die Verzahnung von BGF für Pflegende und Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige informiert/beraten wurden (Erhebung „Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen“).

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

Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen

Das 2021 gestartete Projekt „Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen“ wird in Kooperation mit den beteiligten Pflege- und Krankenkassen sowie weiteren Partnern in einer Brandenburger Pflegeeinrichtung umgesetzt. Dabei verzahnt das Projekt Angebote der Gesundheitsförderung in einer (teil-)stationären Pflegeeinrichtung für die Mitarbeitenden und für die zu Pflegenden miteinander.

Der Fokus des Projekts liegt auf dem Thema „Gärtnern.“ So werden die geplanten Maßnahmen sowohl vor Ort als auch in digitaler Form in den präventiven Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen, Ernährung und körperliche Aktivität ganzheitlich mit den Themen Gärtnern, Beete und Natur verknüpft und unter Einbeziehung aller Beteiligten, insbesondere der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Mitarbeitenden, umgesetzt.

Mithilfe von analogen Materialien, Info-Aushängen in der Einrichtung sowie einer digitalen App können die Inhalte auch ohne direkten persönlichen Kontakt vermittelt bzw. jederzeit flexibel genutzt werden. Besonders während der pandemiebedingten Kontakteinschränkungen zeigte sich dies als hilfreiche Unterstützung, um das Projekt „WOHLFÜHLORT“ weiterzuführen. So fand beispielsweise die Kick-off-Veranstaltung zum ersten Saisonstart im April 2021 im virtuellen Raum statt. Die Verbindung von digitalen und analogen Angeboten zielt darauf ab, die Menschen vor Ort zu befähigen, anhand von partizipativen Formaten, wie z. B. Zukunftswerkstätten oder Multiplikatoren-schulungen, ihren eigenen „WOHLFÜHLORT“ gesundheitsförderlich zu gestalten, auszubauen und darüber immer wieder in den sozialen Austausch zu kommen. Die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung berichteten, wie das Gärtnern mit den zu pflegenden Bewohnerinnen und Bewohnern den Alltag, der durch die Corona-Pandemie stark beeinflusst wurde, positiv aufwertete und für abwechslungsreiche Erlebnisse sorgte. Beispielsweise zeigten die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung gemeinsam mit den Bewohnerinnen und

- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen
- 1 Pflegeeinrichtung in Brandenburg
- BKK VBU & Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) LV Berlin/Brandenburg
- AckerCompany GmbH, Motio GmbH Berlin
- Pflegebedürftige Menschen, Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen, Angehörige der pflegebedürftigen Menschen
- Brandenburg, 01.04.2021-31.03.2023

Bewohnern beim Erntedankfest im Herbst 2021 stolz ihr angeeignetes Wissen, die fotografisch festgehaltene Erntesaison sowie ihre Kreativität bei der Zubereitung der geernteten Lebensmittel. Mit der Kick-off-Veranstaltung zum Start der zweiten Erntesaison im Mai 2022 berichteten die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung, welche Obst- und Gemüsesorten sie im vergangenen Jahr für sich entdeckt und welche sich auch für ihren Alltag bewährt haben. Ziel der Pflegeeinrichtung ist es auch weiterhin, mehr Obst- und Gemüsesorten aus dem eigenen Garten zu verarbeiten sowie kleine Bewegungsübungen am Beet und im Alltag umzusetzen. Temporäre Wohlfühl-Blitzlichtrunden bei den Pflegekräften und den pflegebedürftigen Menschen werden weiter etabliert. Die stetige Kommunikation mit den Kooperationspartnern wird dabei als wichtig für den Erfolg des Projekts angesehen. So können Veränderungswünsche, Anregungen und Fragen schnell aufgegriffen und umgesetzt werden.

Autorinnen:
 Rebecca Zeljar,
 Verband der Ersatzkassen
 e. V. (vdek)
 Vivien Johl,
 Verband der Ersatzkassen
 e. V. (vdek)
 Babett Stäbler-Kirsten,
 BKK Verkehrsbau Union



© AckerCompany GmbH

gesaPfleger geht in die Verbreitung - Gesundheit fördern mit vereinten Kräften



- 🕒 Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- 📄 § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
§ 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt
- 🏠 bis zu 50 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in NRW
- 🔗 AOKs, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen, IKK classic, KNAPPSCHAFT (vollständige Liste siehe www.gesapfleger.de)
- 👥 Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
- 👤 Bewohnerinnen und Bewohner sowie Beschäftigte in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen
- 📅 NRW, Oktober 2021-Dezember 2024

Autorinnen:

Jana Erlenkötter, Team
Gesundheit GmbH
Alice Tesan, KNAPPSCHAFT
Claudia Winter, IKK classic
Anja Marcour, AOK
Rheinland/Hamburg - Die
Gesundheitskasse
Tanja Koch, BARMER
Landesvertretung Nordrhein-
Westfalen

Das Förderprogramm „[gesaPfleger - gesund alt werden in der stationären Pflege](#)“¹ ist ein Gemeinschaftsprojekt gesetzlicher Kranken- und Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen (NRW). Ziel ist es, mit Unterstützung einer kontinuierlichen, externen Beratung Prozesse und Strukturen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen systematisch zu betrachten und gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Handlungsleitend ist die Überzeugung, dass sich das Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern und die Gesundheit der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen gegenseitig bedingen. Aus diesem Grund werden sowohl die Lebens- als auch die Arbeitsbedingungen in den Blick genommen, um das Thema Gesundheit in der gesamten Einrichtung zu verfestigen.

Der Prozess orientiert sich maßgeblich am praxisorientierten Handlungsleitfaden „[Pflegeeinrichtungen gesünder gestalten](#)“², welcher in einer dreijährigen Modellphase (2018-2021) entwickelt wurde. Der Leitfaden dient einerseits als Richtschnur für die teilnehmenden Einrichtungen, andererseits kann er von allen weiteren interessierten Einrichtungen genutzt werden, um die darin enthaltenen gesundheitsförderlichen Ansätze in Eigenregie umzusetzen.

Von den gewonnenen Erkenntnissen aus der Modellphase profitieren nun weitere 50 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in NRW im Rahmen des Förderprogramms „gesaPfleger“ (2021-2024). Ein Ziel des Roll-outs ist es, die Inhalte und Handhabbarkeit des Handlungsleitfadens gemeinsam mit den Einrichtungen zu erproben und weiter zu optimieren.

Eine starke Zusammenarbeit auf allen Ebenen

Im Rahmen von gesaPfleger haben sich die Kranken- und Pflegekassen und ihre Verbände in NRW zusammengeschlossen, um die Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege voranzubringen. Mit der Durchführung des Programms hat die Kassengemeinschaft eine Projektgemeinschaft, bestehend aus der Team Gesundheit GmbH und dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, beauftragt. Die Qualität des Programms und die Kommunikation zwischen den Parteien wird über einen engen Austausch zwischen der Federführung der Kassengemeinschaft und der Gesamtprojektleitung (Team Gesundheit GmbH) fortlaufend sichergestellt. Regelmäßige Sitzungen, an denen die gesamte Kassengemeinschaft und die Gesamtprojektleitung teilnehmen, sowie halbjährliche Fortschrittsberichte sorgen zusätzlich für Transparenz zwischen allen Beteiligten und sichern eine fortlaufende Qualitätsentwicklung.

Die Projektgemeinschaft agiert als ausführendes Organ und ist zuständig für die Umsetzung des Programms in den Pflegeeinrichtungen. Durch Qualitätssicherungstreffen werden einheitliche Vorgehensweisen sowie eine fortlaufende Optimierung von Inhalten und Methoden sichergestellt. In diesem Rahmen erfolgt somit ein kontinuierlicher Austausch über Erfahrungen und Empfehlungen in der Prozessberatung. Auch die teilnehmenden Einrichtungen profitieren von diesem Austausch, da die hier gewonnenen Erkennt-

¹ Mehr Informationen zum Projekt unter: www.gesapfleger.de

² Leitfaden verfügbar unter: www.gesapfleger.de/#media

nisse die individuelle Prozessberatung um neue Impulse bereichern und das Programm damit noch zielführender gestaltet werden kann. Insgesamt kann mithilfe der Qualitätssicherungstreffen der Einsatz des Handlungsleitfadens optimal erprobt und bei Bedarf angepasst werden.

Qualitätssicherung und Evaluation

Das Förderprogramm sieht sowohl eine Qualitätssicherung als auch eine Evaluation in den Pflegeeinrichtungen vor. Ziel der Qualitätssicherung ist es, die Qualität der Maßnahmen sowie den reibungslosen Ablauf einzelner Prozessschritte innerhalb einer Einrichtung fortlaufend sicherzustellen. Darüber hinaus werden hiermit die Sinnhaftigkeit des Programms und die Zufriedenheit der Beteiligten mit „gesaPflege“ erfasst.

Mit der Evaluation wird hingegen das Ziel verfolgt, eine einrichtungübergreifende Weiterentwicklung des Handlungsleitfadens vorzunehmen. Zeitgleich soll hiermit die Befähigung der Pflegeeinrichtungen zu dessen nachhaltiger und eigenständiger Nutzung sichergestellt werden.

Sowohl bei der Umsetzung der Qualitätssicherung als auch bei der Evaluation werden die „gesaPflege“-Einrichtungen engmaschig durch eine individuelle Prozessberatung begleitet.

Entwicklungen seit Programmstart

Das Förderprogramm wurde in einer digitalen Auftaktveranstaltung im Dezember 2021 den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in NRW vorgestellt. In den darauffolgenden Monaten wurden unterstützende Medien und Konzepte zur Akquise, Qualitätssicherung und Evaluation gemeinsam von der Projekt- und Kassengemeinschaft entwickelt.

Im März 2022 startete die Projektgemeinschaft in die erste Akquise-Phase. Zum 1. Mai 2022 wurden die ersten Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassengemeinschaft und teilnehmenden Pflegeeinrichtungen geschlossen. Seitdem wird das

Programm in den ersten teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen in NRW umgesetzt.

Außerdem fanden bereits Qualitätssicherungstreffen innerhalb der Projektgemeinschaft sowie regelmäßige Austausche zwischen Kassen- und Projektgemeinschaft statt. Der konkrete Einsatz des Handlungsleitfadens in der Prozessberatung, einheitliche Vorgehensweisen sowie die Ausgestaltung der halbjährlichen Fortschrittsberichte und der Öffentlichkeitsarbeit konnten in diesem Zuge finalisiert werden.

Bekanntmachung von „gesaPflege“

Zur Ausgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit beabsichtigen die Partner, Erfahrungsberichte, Best-Practice-Beispiele und Besonderheiten von „gesaPflege“ verteilt über die gesamte Programmlaufzeit zu publizieren. Dies erfolgt u. a. in Form von Pressemitteilungen oder Beiträgen in Fachzeitschriften. Ebenso werden Zielsetzung und Status quo von „gesaPflege“ regelmäßig auf Kongressen oder Veranstaltungen bekanntgegeben. Zusätzlich werden die Social-Media-Kanäle und Websites der Kassen- und Projektgemeinschaft fortlaufend über das Programm berichten.

Handlungsbedarf zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Prävention von Gewalt
- 🏠 Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin, stationäre Pflegeeinrichtungen des Trägers Evangelisches Johannesstift Altenhilfe gGmbH, einzelne Einrichtungen anderer Träger
- 🔗 AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
- 🎓 Technische Universität Berlin
- 👥 Pflegekräfte sowie Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen
- 📅 Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, 01/2020-12/2021

Autor und Autorinnen:
Werner Mall, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Ute Anderssohn, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Dana Kadach, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

Das Forschungsprojekt „Handlungsbedarf zur Gesundheitsförderung und Prävention: Eine Ressourcen- und Belastungsanalyse für Pflegebedürftige und Mitarbeitende in stationären Pflegeeinrichtungen“ wurde durch das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin¹ im Zeitraum von Januar 2020 bis Dezember 2021 umgesetzt. Im Vordergrund stand die Entwicklung zweier Instrumente, welche auf der Basis digital erfasster Angaben von Pflegebedürftigen (ggf. Angehörigen) bzw. Mitarbeitenden Ressourcen und Belastungen aus der Perspektive beider Zielgruppen ermitteln und damit den Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf dieser Gruppen anzeigen. Eine standardisierte Darstellung der Ergebnisse und des Handlungsbedarfs ermöglicht den Einrichtungen eine bedarfsorientierte Maßnahmenplanung mit Beratung durch die Kranken- und Pflegekasse. Die Instrumente dienen der Implementierung eines ganzheitlichen Gesundheitsförderungsprozesses in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Entwicklung des Instruments für Pflegebedürftige orientierte sich an den fünf Handlungsfeldern nach § 5 SGB XI und für die Pflegekräfte an den

drei BGF-Handlungsfeldern nach § 20b SGB V. Dazu wurden geeignete validierte Instrumente zur Erfassung des Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarfs für beide Zielgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen identifiziert und kombiniert. Umweltbezogene Faktoren im Setting Pflegeheim fanden bei der Entwicklung stets Berücksichtigung.

Zur digitalen Anwendung der Instrumente entstand in Kooperation mit der Technischen Universität Berlin die BGF-Pflege-App, welche tabletbasiert in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt wurde. Die Programmierung erfolgte anwenderfreundlich, wobei insbesondere beim Instrument für Pflegebedürftige altersbedingte Veränderungen (z. B. Sehfähigkeit) gezielt kompensiert wurden.

An der Hauptuntersuchung nahmen bis Ende August 2021 sukzessive 18 stationäre Pflegeeinrichtungen teil. Die Durchführung der Befragung fand in einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen in den Einrichtungen statt. Eine telefonische sowie schriftliche Betreuung der Einrichtungen bei der Datenerhebung machte es auch unter Pandemiebedingungen mit einer risikoadaptierten Präsenzforschung möglich, auf Fragen und Herausforderungen in den Pflegeeinrichtungen einzugehen. Trotz dieser erschwerten Durchführungsbedingungen konnten 225 Mitarbeitende und 232 überwiegend auskunftsfähige Pflegebedürftige für die Teilnahme gewonnen werden. 185 Angaben zu den Pflegebedürftigen wurden durch die Pflegekräfte dokumentiert. Die Datenerhebung wurde gemäß Projektplanung Ende September 2021 abgeschlossen.

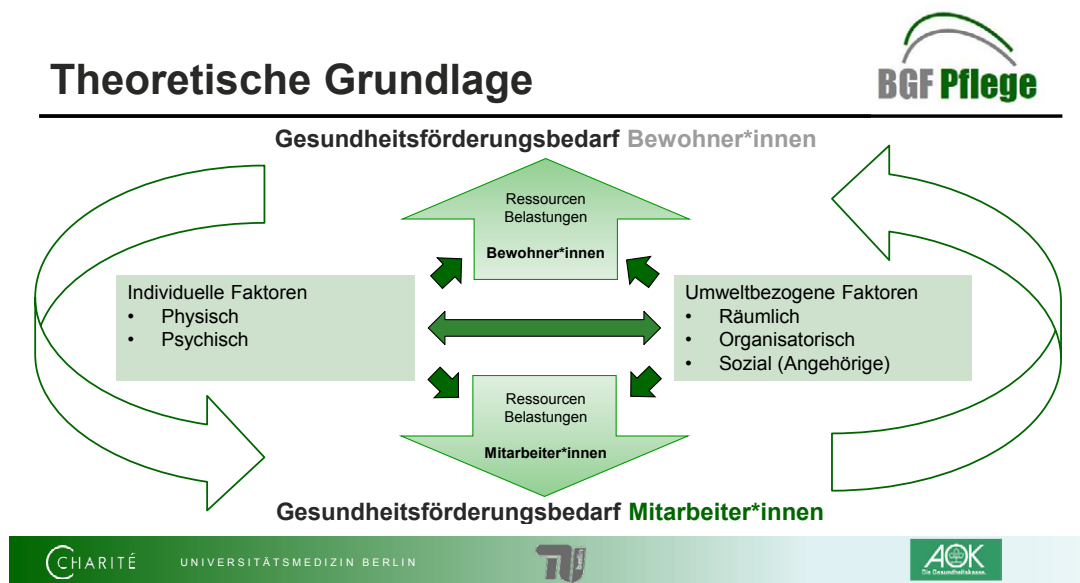
Die Ergebnisse zum App-basierten Einsatz beider Instrumente zeigen, dass diese die in den Einrichtungen vorkommenden Ressourcen und Belastungen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften standardisiert abbilden. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können entsprechend

¹ Projektleitung: PD Dr. Dagmar Dräger, Dr. Andrea Budnick; Projektmitarbeiterin: Arlett Wenzel - Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité-Universitätsmedizin Berlin

abgeleitet und erste Maßnahmen mit den beteiligten Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Eine Rangfolge der ermittelten Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden ermöglicht dabei die Priorisierung notwendiger Handlungsschritte. Die Ergebnisse in Bezug auf die Pflegebedürftigen zeigen, dass die präventiven Handlungsfelder Ernährung, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt für die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen besonders wichtig sind. Besonders bei den Handlungsfeldern körperliche Aktivität und Gewalt verzahnen sich die Bedürfnisse und Bedarfe beider Zielgruppen und sind deshalb für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention geeignet. Weiterführende Forschung auf Basis der Projektergebnisse zu Zusammenhängen zwischen dem Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf von Pflegebedürftigen und Pflegekräften erscheinen sinnvoll.

Mit dem Instrument für Mitarbeitende ist sowohl ein (anonymes) Benchmarking zwischen Einrichtungen als auch ein Vergleich von Ergebnissen innerhalb einer Einrichtung im zeitlichen Verlauf möglich. In der praktischen Anwendung haben sich die Aufklärung und Information der Zielgruppen, der verantwortlichen Gremien im Pflegeheim sowie aller relevanten Stakeholder in den Einrichtungen als unverzichtbar erwiesen. Nur durch die Transparenz über die Zielstellungen und den Nutzen für alle Beteiligten lässt sich die notwendige Teilnahmebereitschaft erreichen.

Abb. 84: Grafische Darstellung zur Erfassung des Gesundheitsförderungsbedarfs



Quelle: In Anlehnung an Kalinowski, S., Wulff, I. & Dräger, D. (2010). Ressourcenorientierung als Paradigma sportwissenschaftlicher Forschung. Sportwissenschaft, 40(3), 163-173.

Prävention in der Pflege (PiP) – Die Gesundheit der Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen zusammengedacht



-
- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
 - § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
 - § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Prävention von Gewalt
 - 🏠 63 stationäre Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg
 - 🔗 AOK Baden-Württemberg
 - 👥 Pflegebedürftige und Mitarbeitende stationärer Pflegeeinrichtungen
 - 📅 Baden-Württemberg, Pilotzeitraum 01/2020–06/2022
-

Autorin:
Dr. Christina Bürkert,
AOK Baden-Württemberg

Das Projekt „Prävention in der Pflege (PiP)“¹ unterstützt stationäre Pflegeeinrichtungen dabei, einen systematischen und ganzheitlichen Gesundheitsförderungsprozess aufzubauen. Ziel ist es, die Gesundheitspotenziale der Pflegebedürftigen zu nutzen, deren Wohlbefinden zu steigern und gleichzeitig die gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden zu stärken und ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Um dies zu erreichen, wird eine Organisationsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention angestrebt: Gesundheitsförderliche Strukturen werden aufgebaut und die Arbeits- und Lebensbedingungen werden gesundheitsförderlich gestaltet.

Die Pflegeeinrichtungen werden auf diesem Weg von einem Expertenteam fachlich unterstützt und begleitet. Sie bekommen die notwendigen Instrumente wie Vorlagen und Checklisten für die systematische Einführung der Prävention in Form einer Werkzeugkiste sowie finanzielle Unterstützung für die Umsetzung von Analyse-Instrumenten und gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Verfügung gestellt.

Um den Prozess in der Pflegeeinrichtung zu koordinieren, installiert die Einrichtung eine interne Gesundheitsmanagerin bzw. einen Gesundheitsmanager (GM). Hierfür wird für den Zeitraum des Projekts seitens der Pflegeeinrichtung bereits angestelltes Personal mit bis zu 20 % einer Vollzeit-

kraft frei- oder eine neue Person eingestellt. Die wichtigste Voraussetzung für die bzw. den GM ist Interesse am Thema Gesundheitsförderung. Die Kenntnisse und Fähigkeiten, die notwendig sind, um den Gesundheitsförderungsprozess nachhaltig umzusetzen, werden durch ein eigens für „PiP“ konzipiertes Qualifizierungsprogramm sowie ein „Training on the Job“ durch das Expertenteam vermittelt. Die GM managen den gesamten Prozess von der Durchführung der Bedarfsanalysen über die Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen und die ständige Kommunikation rund um das Thema Prävention bis hin zur regelmäßigen Überprüfung der Zielerreichung.

Neben der Benennung einer bzw. eines GM wird eine weitere wichtige Struktur in der Pflegeeinrichtung aufgebaut: Ein Steuerkreis Gesundheit wird eingerichtet. Der Steuerkreis setzt sich aus Personen verschiedener Hierarchieebenen und Arbeitsbereiche zusammen und dient als Entscheidungsgremium. Die Mitglieder fungieren als Sprachrohr aus ihren Arbeitsbereichen und in diese zurück.

Evaluationsergebnisse

Das Pilotprojekt wurde durch AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die teilnehmenden Einrichtungen den Themen Gesundheitsförderung und Prävention (auch während der Corona-Pandemie) große Bedeutung zuweisen. So bezeichnen fast alle Mitarbeitenden (89 %) und ausnahmslos alle Führungskräfte (100 %) diese als sehr wichtig oder wichtig.

Das Projektkonzept wurde als sinnvoll, gut umsetzbar und innovativ eingeschätzt:

„In der Pflege habe ich das noch nie gehört. Also, dass man da Gesundheitsförderung oder Gesundheitsmanagement [...] einführt, wow! Sehr innovativ, sehr fortschrittlich! Und das ist die Zukunft. Der Pflegenotstand, Fachkräftemangel und so weiter, ein wahnsinnig großes Thema, schon lan-

¹ Mehr Informationen zum Projekt unter: www.aok.de/fk/bw/pip

ge, und das wird immer brisanter. Da muss man reagieren meiner Ansicht nach. Und da wurde es allerhöchste Zeit. Die Mitarbeiter sind das größte Gut, und zu den Mitarbeitern gehören natürlich auch die Bewohner, in dem Fall in der Pflegeeinrichtung, die Beziehungsschleife, das bedingt sich alles gegenseitig.“ (Zitat eines/-r GM im Interview mit AGENON)

Besonders positiv bewertet wurde, dass der Strukturaufbau der Konzeption von Maßnahmen vorausgeht und diese bedarfsorientiert abgeleitet werden. Vor „PiP“ habe es Maßnahmen ohne vorherige Analyse-Phase gegeben, die dann nicht angenommen worden seien:

„Wir haben viel mehr Klarheit in den Dingen, die wir tun und die auch einzuordnen im Bereich BGM [...]. Vorher hat man einfach intuitiv ein bisschen was gemacht, das eine ging in die Richtung, das andere ging in jene Richtung, und jetzt ist es tatsächlich zielgerichtet und auch viel klarer von dem ‚Ich tue da was, und warum tue ich das‘.“ (Zitat eines/-r GM im Interview mit AGENON)

Die Handlungsfelder und Maßnahmen, die in den Pflegeeinrichtungen im Rahmen von „PiP“ identifiziert und umgesetzt wurden, lassen sich auf der Seite der Mitarbeitenden den Themenbereichen Kommunikation und Austausch, Arbeitsorganisation und konkrete Angebote zuordnen. Zudem wurden Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit berücksichtigt. Bei den Pflegebedürftigen lagen die Schwerpunkte der identifizierten Handlungsfelder vor allem auf der Ernährung, der sozialen Einbindung sowie auf der psychischen und körperlichen Gesundheit, wie z. B. Sturzprävention. Die Vielfalt der Maßnahmen zeugt von einem vertieften und erweiterten Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Dieses erweiterte Verständnis ist bei den GM teilweise erst durch das Projekt entstanden.

Als besonders hilfreich und wertvoll wurden die Beratungskompetenz, die Prozessbegleitung sowie

das „Training on the Job“ durch das Expertenteam empfunden.

Einfluss durch die Corona-Pandemie

Beeinflusst wurde der gesamte Pilotzeitraum durch die Corona-Pandemie. Vor allem die Kommunikation innerhalb der Einrichtungen konnte nicht wie geplant stattfinden, da beispielsweise Auftaktveranstaltungen und Maßnahmen abgesagt wurden und verstärkt auf schriftliche Kommunikation zurückgegriffen werden musste. Dies führte dazu, dass das Projekt erst nach einiger Zeit von den Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen wahrgenommen wurde. Den GM stand oftmals zu wenig Zeit für das Projekt zur Verfügung, und sie konnten geplante Aktivitäten pandemiebedingt nicht umsetzen. Zudem kam es durch viele Absagen der Steuerkreissitzungen zu deutlichen Verzögerungen im Projektverlauf. Diese konnten durch die Umstellung auf digitale Formate nur bedingt ausgeglichen werden, weshalb der ursprünglich auf zwei Jahre angelegte Pilotzeitraum um ein halbes Jahr verlängert wurde.

Ausblick

Der seit Projektbeginn verfolgte Aufbau von Strukturen und die zielgerichtete Integration in die bestehenden Prozesse der Pflegeeinrichtung erleichtern es den Einrichtungen, ihre Bemühungen nachhaltig fortzuführen. Auch der Kompetenzaufbau trägt zu einer erfolgreichen Verstetigung des Gesundheitsförderungsprozesses in den Einrichtungen bei. Einrichtungen, die das Projekt erfolgreich durchlaufen haben und die geforderten Prüfkriterien erfüllen, können sich das Siegel „Gesundes Wohnen und Arbeiten“ verleihen lassen und ihre Bemühungen nach außen sichtbar machen. Aufgrund des erfolgreichen Pilotzeitraums werden fortan alle zwei Jahre bis zu 60 neue Pflegeeinrichtungen aus Baden-Württemberg durch das Expertenteam begleitet.

Empfehlungen und Ausblick

Die Dokumentation für das Jahr 2021 zeigt, dass der im Jahr 2020 verzeichnete pandemiebedingte Rückgang sowohl der Aktivitäten als auch der Ausgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zum Teil wieder ausgeglichen werden konnte. Der Ausgabenanstieg ist insbesondere auf die Aktivitäten der betrieblichen und nicht-betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zurückzuführen. Die Strukturen und Formen der Zusammenarbeit haben sich als verlässlich und resilient erwiesen. Das stimmt positiv, jedoch wird die Notwendigkeit für niedrigschwellige und bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention in Zukunft weiter wachsen. Hierfür sprechen nicht nur die mittel- und langfristig zu bewältigenden Auswirkungen der Corona-Pandemie, sondern auch globale Herausforderungen wie der Klimawandel.

Bestimmte „vulnerable“ (= verletzte) Bevölkerungsgruppen sind von diesen Krisen stärker betroffen als andere: So gefährden die Auswirkungen des Klimawandels vor allem Säuglinge und Kleinkinder, Menschen mit Vorerkrankungen oder Behinderung oder Menschen, die in Ballungsräumen leben. Steigende Energie- und Lebensmittelpreise betreffen Menschen mit geringen Einkommen überdurchschnittlich stark. Für die Politik und für alle Akteure in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention heißt das, die gesundheitliche Chancengleichheit zukünftig noch stärker in den Blick zu nehmen und Angebote dort zu stärken und gezielt aufzubauen, wo die gesundheitlichen und sozialen Belastungen am größten sind. Prävention und Gesundheitsförderung kann soziale Ungleichheiten zwar nicht auflösen, aber sie kann dabei helfen, die negativen Folgen für Gesundheit und Wohlergehen zu begrenzen.

Es braucht dazu jedoch einen breiten gesamtgesellschaftlichen Ansatz, der über den Gesundheitssektor und das Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen hinausgeht. Essenziell sind verbindliche Kooperationen und verlässliche Zuständigkeiten – auch in finanzieller und struktureller Hinsicht. Begrenzte finanzielle Ressourcen erfordern es zudem, bestehende Angebote noch besser aufeinander abzustimmen und über Ressortgrenzen hinweg zu agieren. Das Thema Gesundheit muss – entsprechend dem Konzept Health in All Policies (HiAP) – noch mehr in Politikbereiche wie Städtebau, Bildung, Wohnen und Verkehr getragen werden und hier Entscheidungen maßgeblich beeinflussen. Nur so kann das Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihrer Partner auch seine volle Wirkung entfalten. Denn wie in anderen Lebensbereichen gilt auch hier: Die Herausforderungen lassen sich nur durch gemeinsames Handeln bewältigen.

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2019	2020	2021
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	4.301	3.853	3.942
Anzahl der Lebenswelten	45.077	36.311	40.650
Vorjahresvergleich	+7 %	-19 %	+12 %
Anzahl direkt erreichter Personen	6.837.280	- ¹	5.961.940
Vorjahresvergleich	+48 %	- ¹	-13 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,27	1,40	2,01 ²
Vorjahresvergleich	+4 %	-38 %	+44 %
Summe der Ausgaben (Euro)	165.563.391	102.550.223	147.509.502
Vorjahresvergleich	+5 %	-38 %	+44 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.805.889	1.157.305	796.595
Vorjahresvergleich	+7 %	-36 %	-31 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,08	2,08	1,95
Vorjahresvergleich	+5 %	-33 %	-6 %
Summe der Ausgaben (Euro)	225.327.955	152.302.523	143.272.215
Vorjahresvergleich	+5 %	-32 %	-6 %
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der erstellten Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profile)	11.050	8.847	8.646
Anzahl der Dokumentationsbögen	10.170	6.864	8.302
Anzahl der Standorte/Betriebe	23.221	16.742	18.437
Vorjahresvergleich	+19 %	-28 %	+10 %
Anzahl direkt erreichter Personen	2.280.653	1.951.975	1.768.604
Vorjahresvergleich	+6 %	-14 %	-9 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,74 Mio.	0,52 Mio.	0,43 Mio.
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	193	149	146
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe	13.502	8.733	65.278
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,28	2,18	3,37
Vorjahresvergleich	+39 %	-34 %	+55 %
Summe der Ausgaben (Euro)	239.911.574	159.407.107	246.897.000
Vorjahresvergleich	+39 %	-34 %	+55 %

	2019	2020	2021
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	14.471	10.717	12.244
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz)	10.923.822	- ³	8.527.139
Ausgaben je Versicherten (Euro)	8,64	5,65	7,34
Vorjahresvergleich	+15 %	-34 %	+30 %
Summe der Ausgaben (Euro)	630.802.920	414.259.853	537.678.717
Vorjahresvergleich	+16 %	-34 %	+30 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	49	119	63
Vorjahresvergleich	-16 %	+143 %	-47 %
Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen	3.078	2.576	1.556
Vorjahresvergleich	+5 %	-16 %	-40 %
Vorbereitungsphase: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	971	847	755
Vorjahresvergleich	108 %	-13 %	-11 %
Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	2.023	1.866	1.859
Vorjahresvergleich	+58 %	-8 %	0 %
Umsetzungsphase: Anzahl direkt erreichter Personen	110.767	86.255	92.046
Vorjahresvergleich	+100 %	-22 %	+7 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,24	0,21	0,22
Vorjahresvergleich	+77 %	-13 %	+5 %
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	158,45	177,90	176,97
Summe der Ausgaben (Euro)	17.550.723	15.344.376	16.289.401
Vorjahresvergleich	+77 %	-13 %	+6 %

1 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.

2 2021: In den oben genannten Ausgaben in Höhe von 2,01 Euro je Versicherten sind nur die Ausgaben für die Beauftragung der BZgA nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V für das erste Halbjahr 2021 enthalten (vgl. S. 55).

3 Der Wert der direkt erreichten Personen in Lebenswelten wird für das Berichtsjahr 2020 nicht ausgewiesen. Daher kann 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**¹. Eine beratende Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2021.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien**² 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 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 in der zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 27.09.2021). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

² Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens 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 XI¹ 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 (redaktionell überarbeitete Fassung vom September 2021).

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 ist 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 ungelernten 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

¹ GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. (Fassung vom August 2020). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV), nach der die Arbeitgeber die Daten verschlüsseln, keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in der Ausbildung befindlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Ausbildung vorsieht (s. Ausfüllhinweise zur Dokumentation der BGF).

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 Prüfroutrinen 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

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

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Lena Kaun,
MD Bund, Essen

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

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

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband, Berlin

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Waltraud Wagner,
IKK e. V., Berlin

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Vernetzungsstruktur der BGF-Koordinierungsstellen	24
Abb. 2:	Grafische Darstellung der gesamten Programmentwicklung „BEWARE“	44
Abb. 3:	Übersicht Projekte, LRV Saarland, Stand 01.06.2022	45
Abb. 4:	Zahlen im Überblick	50
Abb. 5:	GKV-Ausgaben 2021	52
Abb. 6:	Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	53
Abb. 7:	Anzahl der Lebenswelten	56
Abb. 8:	Art und Anzahl der Lebenswelten	57
Abb. 9:	Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“	59
Abb. 10:	Zielgruppen.....	60
Abb. 11:	Kooperationspartner.....	61
Abb. 12:	Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	62
Abb. 13:	Methoden der Bedarfsermittlung	63
Abb. 14:	Inhalte.....	64
Abb. 15:	Inhalte (auf Arbeitslose bezogene Angebote).....	68
Abb. 16:	Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen.....	71
Abb. 17:	In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert.....	71
Abb. 18:	Ziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen	72
Abb. 19:	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	72
Abb. 20:	Ziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern	73
Abb. 21:	Ziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten.....	73
Abb. 22:	Ziel 4.1 a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen	74
Abb. 23:	Ziel 4.1 b: Mehr ältere Menschen erreichen	74
Abb. 24:	Ziel 4.2 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen	75
Abb. 25:	Ziel 4.2 b: Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen	75
Abb. 26:	Ziel 4.3 a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund.....	76
Abb. 27:	Ziel 4.3 b: Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen	76
Abb. 28:	Ziel 4.4 a: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende.....	77
Abb. 29:	Ziel 4.4 b: Mehr Alleinerziehende erreichen	77
Abb. 30:	Ziel 4.5 a: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien.....	78
Abb. 31:	Ziel 4.5 b: Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen	78
Abb. 32:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	80
Abb. 33:	Branchen.....	81
Abb. 34:	Betriebsgröße	82
Abb. 35:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	83

Abb. 36:	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	84
Abb. 37:	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben	85
Abb. 38:	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung.....	86
Abb. 39:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	87
Abb. 40:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	88
Abb. 41:	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	89
Abb. 42:	Bedarfsermittlung.....	90
Abb. 43:	Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte	91
Abb. 44:	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen.....	93
Abb. 45:	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen	94
Abb. 46:	Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen	96
Abb. 47:	Organisationen als Kooperationspartner	97
Abb. 48:	Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße.....	98
Abb. 49:	Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	99
Abb. 50:	Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation.....	100
Abb. 51:	Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM	102
Abb. 52:	Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung	102
Abb. 53:	Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses	103
Abb. 54:	Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen	103
Abb. 55:	Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	104
Abb. 56:	Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten	104
Abb. 57:	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt.....	106
Abb. 58:	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	107
Abb. 59:	Inanspruchnahme nach Alter	108
Abb. 60:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	109
Abb. 61:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	110
Abb. 62:	Alle Unterlagen online einreichen (Erklärfilm-Sequenz)	111
Abb. 63:	Anbieter setzt geprüfte Kursleitung im Kurs ein (Erklärfilm-Sequenz)	111
Abb. 64:	Auftrag und Vorgehen der wissenschaftlichen Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI	115
Abb. 65:	Wie gut können die im Leitfaden Prävention vorgegebenen Präventionsziele in der Praxis erreicht werden? - Einschätzung der Pflegekassen	117
Abb. 66:	Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern.....	121
Abb. 67:	Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben	124
Abb. 68:	Laufzeit der Aktivitäten	125
Abb. 69:	Mitwirkende im Steuerungsgremium	126
Abb. 70:	Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten.....	127
Abb. 71:	Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase.....	129

Abb. 72: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase	130
Abb. 73: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen	131
Abb. 74: Durchgeführte Evaluationen	132
Abb. 75: Erreichte Pflegebedürftige	133
Abb. 76: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen	134
Abb. 77: Teilziel 1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium	136
Abb. 78: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten.....	136
Abb. 79: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität	137
Abb. 80: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen	137
Abb. 81: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit	138
Abb. 82: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt	138
Abb. 83: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen	146
Abb. 84: Grafische Darstellung zur Erfassung des Gesundheitsförderungsbedarfs	151



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