



## PRÄVENTIONSBERICHT 2018

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:  
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:  
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2017

## Impressum



### Autorinnen

Dr. Susanne Bauer  
Karin Römer  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

### Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)  
Theodor-Althoff-Straße 47  
45133 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
Telefax: 0201 8327-100  
E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)  
Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.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](mailto:kontakt@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft  
Gesellschaft für Kommunikation mbH

### Druck

Koffler DruckManagement GmbH

Dezember 2018

ISSN 2198-0004

### Bildnachweis

- S. 1 Tobias Vollmer/<http://tobiasvollmer.de>  
S. 2 Olaf Schwickerath (2)  
S. 5 Tom Maelsa/[tommaelsa.com](http://tommaelsa.com);  
Olaf Schwickerath  
S. 14 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>;  
Jessica Kuhne;  
Sauro Porta,  
Olga Kamlowski  
S. 18 Tom Maelsa/[tommaelsa.com](http://tommaelsa.com);  
Almut Gegenmantel, picture people;  
Sascha Domke arto-GRAPHIE  
S. 19 Jenny Sieboldt/GKV;  
Claudia Steinau/AOK;  
[www.steffi-rose.de](http://www.steffi-rose.de)  
S. 21 Phil Dera  
S. 23 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>  
S. 25 Günther Klemens; Petra Rogl  
S. 28 Sabine Kalkus  
S. 29-33 Cornelia Kolbeck  
S. 34 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>;  
Thomas Schmidt;  
Sabine Lengemann-Cimiotti; privat  
S. 67 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de> (2)  
S. 70 Tanja Koch

# PRÄVENTIONSBERICHT 2018

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:  
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:  
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2017

**GKV-Spitzenverband, Berlin**

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen, 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 Präventionsbericht 2018 dokumentiert das Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement der Krankenkassen und - erstmals - auch das der Pflegekassen für das Jahr 2017.

Die differenzierten Ergebnisse zeigen in erfreulicher Weise, dass die Krankenkassen nicht nur das finanzielle Soll für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention sowie die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht haben, sondern mit ihren Maßnahmen auch mehr Menschen in mehr Lebenswelten und in mehr Betrieben erreicht haben als in den Vorjahren. Dazu wurde das Angebotspektrum für Betriebe weiterentwickelt: Von der verstärkten überbetrieblichen Herangehensweise der Krankenkassen profitieren insbesondere die Klein- und Kleinstbetriebe; in diesen und den mittleren Betrieben arbeitet die Mehrzahl der Beschäftigten in Deutschland. Auch die niedrigschwellige Informationsbereitstellung durch die BGF-Koordinierungsstellen und die darüber mögliche Kontaktaufnahme von Betrieben mit einer Krankenkasse wurden im Startjahr 2017 bereits gut angenommen.

Der Aufbau der gesetzlich neu verankerten Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen schreitet voran. Erstmals liegen Erkenntnisse zur Umsetzung der von den Pflegekassen geförderten präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen vor. Aufgabe der Pflegekassen ist es, weitere Pflegeeinrichtungen zu erreichen und in die Qualität und wissenschaftlich fundierte Umsetzung der Maßnahmen und Angebote zu investieren.

Wir setzen große Hoffnung in die nationale Präventionsstrategie, in deren Rahmen wir uns bewegen, denn am besten können alle verantwortlichen Akteure die Lebensumgebung der Menschen gemeinsam gesundheitsförderlicher gestalten und deren Gesundheit stärken.

Die von den Krankenkassen in der Vergangenheit auch ohne gesetzliche Auflage bereits viele Jahre praktizierte Transparenz wird 2019 im ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) ihren Niederschlag finden - auch hinsichtlich der Leistungen der anderen stimmberechtigten Mitglieder der NPK und (auf freiwilliger Basis) der Leistungen der beratenden Mitglieder. Dies bedeutet aus unserer Sicht einen Meilenstein für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention.

Den Fachkräften in den Krankenkassen und Pflegekassen danken wir für ihr gesundheitsförderliches und präventives Engagement in Kitas, Schulen, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Betrieben und weiteren Lebenswelten, für ihre vielfältigen Vernetzungsaktivitäten und nicht zuletzt für die Dokumentation des Leistungsgeschehens.



Gernot Kiefer  
Vorstand  
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick  
Geschäftsführer  
MDS, Essen

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>10</b>
<b>Themenschwerpunkt:</b>	
<b>Strukturen für die gesundheitsförderliche Praxis</b> .....	<b>14</b>
Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz.....	14
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: das GKV-Bündnis für Gesundheit.....	17
Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern etabliert und personell verstärkt.....	19
BGF-Koordinierungsstellen gut angenommen .....	21
Förderprogramm für Kommunen in Vorbereitung.....	23
Trittsicher durchs Leben -	
Ein Programm zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen im ländlichen Raum .....	25
Reportage „Wer rastet, der rostet“ .....	28
Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz in Vorbereitung.....	34
<b>Zahlen im Überblick</b> .....	<b>38</b>
GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20, 20a-c SGB V).....	40
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung	
für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI).....	41
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht.....	42
<b>Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten</b> .....	<b>43</b>
Lebenswelten .....	44
Art der Lebenswelten .....	45
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ .....	46
Erreichte Personen .....	47
Laufzeit.....	49
Zielgruppen .....	50
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben .....	51
Koordination und Steuerung.....	52
Bedarfsermittlung.....	53
Gesundheitszirkel.....	54
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	55
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten.....	56
Erfolgskontrollen.....	57
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.....	58
Zielerreichungsgrad der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten .....	59
Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen .....	61
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen.....	64
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	65

<b>Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .....</b>	<b>66</b>
Ideenwettbewerb „Heimvorteil“ - aus der Praxis für die Praxis!.....	68
Praxisbeispiel: Mobilitätsförderung im Seniorenzentrum .....	70
Praxisbeispiel: Prävention von Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen .....	72
Vorbereitungsphase: Sensibilisierung und Motivierung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess.....	74
Vorbereitungsphase: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern .....	75
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation .....	76
Inhaltliche Ausrichtung und Laufzeit der Aktivitäten.....	77
Zusammensetzung der Steuerungsgremien .....	79
Beteiligte Akteure .....	80
Leistungen in der Umsetzungsphase .....	81
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen .....	84
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen .....	85
Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen.....	86
Zielerreichungsgrad der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	87
<b>Betriebliche Gesundheitsförderung .....</b>	<b>89</b>
Erreichte Betriebe.....	90
Branchen .....	91
Betriebsgröße .....	92
Laufzeiten der Aktivitäten .....	93
Erreichte Beschäftigte.....	94
Zielgruppen .....	95
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten.....	96
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung .....	97
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße.....	98
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen .....	99
Koordination und Steuerung.....	100
Bedarfsermittlung.....	101
Gesundheitszirkel.....	102
Arbeitsunfähigkeitsanalysen .....	102
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten.....	103
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen .....	104
Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen.....	105
Erfolgskontrollen .....	106
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	107
Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	108
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung.....	112
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe .....	113
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation .....	117

<b>Individuelle verhaltensbezogene Prävention.....</b>	<b>118</b>
Inanspruchnahme .....	119
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern .....	120
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht .....	121
Mindeststandards für die Anbieterqualifikation .....	125
<b>Empfehlungen und Ausblick .....</b>	<b>126</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>130</b>
Wichtige Kennziffern .....	130
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen .....	132
Gesetzliche Grundlagen für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .....	135
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention .....	136
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention.....	137
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .....	137
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen.....	138
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	139
Tabellenband.....	139
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht.....	140
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .....	140
Abbildungsverzeichnis.....	141



# Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2018 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2017.

Erstmals enthält der Bericht ein Kapitel über Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Zahlen in der Zusammenfassung sind gerundet. Die nicht gerundeten Werte sind dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2018 zu entnehmen ([www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)).

## Themenschwerpunkt: Strukturen für die gesundheitsförderliche Praxis

Ausgehend von den Vorgaben der Bundesrahmempfehlungen werden ausgewählte Initiativen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dargestellt. Unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden alle Aktivitäten zusammengefasst, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Namen und Auftrag der GKV im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten koordiniert. Hierzu gehört auch die personelle Aufstockung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, welche in den Bundesländern und Kommunen hierzu beraten. Die von den Krankenkassen gemeinsam vorgehaltenen BGF-Koordinierungsstellen stellen Erstinformationen und Beratung für den Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zur Verfügung. Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ist ein Förderprogramm für Kommunen in Vorbereitung. Als Praxisbeispiel wird ein lebensweltbezogenes Programm zur Sturzprophylaxe im ländlichen Raum beschrieben. Das Kapitel schließt mit dem Ausblick auf den ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) ab, der zum 1. Juli 2019 vorgelegt werden soll.

## Zahlen im Überblick

Die Krankenkassen erreichten 2017 mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (nichtbetriebliche Settings) - z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Stadtteilen/Orten - insgesamt 4,5 Mio. Menschen in 40.000 Settings. Dabei konnten 12 % mehr Settings und 36 % mehr Personen als im Vorjahr erreicht werden. Dafür wurden 153 Mio. Euro ausgegeben; d. h. 2,12 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 2,05 Euro). Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichten sie rund 1,9 Mio. Beschäftigte in 18.000 Betrieben. Dies sind 35 % mehr Betriebe und 29 % mehr Beschäftigte als 2016. Die Ausgaben für diesen Präventionsbereich beliefen sich auf 158 Mio. Euro; d. h. 2,19 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 2,05 Euro). In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention förderten die Krankenkassen rund 1,7 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen und damit ebenso viele wie im Vorjahr. Diese Interventionen kosteten 208 Mio. Euro.

Die Ausgaben für alle drei oben genannten GKV-Bereiche lagen bei knapp 520 Mio. Euro, das entspricht 7,18 Euro je Versicherten. Damit konnte der gemäß § 20 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2017 vorgesehene Orientierungswert von 7,17 Euro je Versicherten erreicht werden.

Der Ausgaben-Richtwert für die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2017 lag bei 0,31 Euro je Versicherten. Die Pflegekassen gaben 2017 0,12 Euro je Versicherten aus und investierten insgesamt 8,51 Mio. Euro in die Beratung der stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Unterstützung der Präventionsaktivitäten in den Einrichtungen.

## **Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

Das Ziel von Programmen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist es, die Verhältnisse im jeweiligen Setting gesundheitsförderlich zu gestalten und durch niedrigschwellige Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln. In allen Lebenswelten wurden dabei 4,5 Mio. Menschen erreicht. 28% der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen wurden in Grundschulen, 27% in Kitas und 27% in weiterführenden Schulen durchgeführt. In sozialen Brennpunkten lagen 27% der erreichten Kitas und 32% der erreichten Grundschulen.

Mit 80% weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf. Häufig sind die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Einrichtung beteiligt. Ein Großteil der Aktivitäten der Gesundheitsförderung in Lebenswelten findet zu den Themen Bewegung und Ernährung statt.

Im Berichtsjahr 2017 waren 68% der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet. 31% der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Die gesetzliche Krankenversicherung legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele fest. Die für 2017 geltenden Ziele fallen in die Zielperiode 2013 bis 2018. Beide lebensweltbezogenen Ziele wurden 2017 erreicht.

Arbeitslose Menschen werden im Rahmen einer modellhaften Erprobung der Zusammenarbeit von Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit und dem GKV-Bündnis für Gesundheit in der kommunalen Lebenswelt angesprochen.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer ersten Erprobung 2014 bis 2015 gelang bis Ende 2017 eine Ausweitung auf 115 Standorte in allen Bundesländern. Ein gemeinsames örtliches Steuerungsgremium der Arbeitsmarktseite und der GKV ist für die Projektplanung und -umsetzung zentral. Die Maßnahmen für die arbeitslosen Menschen hatten einen Schwerpunkt auf dem Handlungsfeld Stressmanagement.

## **Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**

Mit dem Präventionsgesetz wurde 2015 in § 5 SGB XI die Verpflichtung der Pflegekassen eingeführt, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert die Präventionsziele in der stationären Pflege. Folgende Handlungsfelder für Pflegekassen und die Einrichtungen werden definiert: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt.

Im Berichtsjahr 2017 haben die Pflegekassen in knapp 17.000 Fällen Informationen an einzelne Pflegeeinrichtungen weitergegeben und diese für die Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisiert bzw. dazu beraten. Über 1.400 stationäre Pflegeeinrichtungen sind 2017 unter Beteiligung der Pflegekassen in einen Gesundheitsförderungsprozess eingestiegen (Vorbereitungsphase).

Die Pflegekassen befanden sich 2017 in 721 Pflegeeinrichtungen in der Umsetzungsphase ihrer Präventionsaktivitäten. Die Umsetzungsphase umfasst die Analyse, die Maßnahmenplanung, die Umsetzung sowie die Evaluation.

Die Pflegekassen führten in 75 % der Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. Dabei ermittelten sie in 92 % der Fälle die Bedürfnisse der zu Pflegenden sowie in 78 % die vorhandenen Strukturen der Pflegeeinrichtungen. In 92 % der Pflegeeinrichtungen erstellten die Pflegekassen einen Maßnahmenplan. In ebenfalls 92 % der Einrichtungen unterstützten sie die Umsetzung. 61 % der realisierten Maßnahmen waren sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. In 52 % der Pflegeeinrichtungen führten die Pflegekassen Evaluationsmaßnahmen durch.

In den Pflegeeinrichtungen konnten über 14.400 Pflegebedürftige erreicht werden. Darüber hinaus wurden 33.500 weitere Personen erreicht, z. B. Personal der Einrichtung, Angehörige oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

Die Präventionsziele der Pflegekassen beziehen sich darauf, dass die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen zunimmt, die in den jeweiligen Handlungsfeldern sowohl ein Konzept vorweisen als auch Maßnahmen des Konzepts umsetzen. Im Berichtsjahr 2017 wurde zunächst die Ausgangsbasis erhoben. Je nach Handlungsfeld haben zwischen 5 % und 7 % der Einrichtungen sowohl ein Konzept vorgewiesen als auch umgesetzt. Ausgehend von dieser Datenbasis kann in den folgenden Jahren die Zielerreichung gemessen werden.

### **Betriebliche Gesundheitsförderung**

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen in 18.000 Betrieben 1,9 Mio. Beschäftigte direkt erreichen. Unter den erreichten Betrieben wiesen 10 % einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Bei diesen Betrieben ist von einem erhöhten Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung auszugehen.

Die mittlere Laufzeit aller Projekte beträgt bis zum 31. Dezember 2017 ein Jahr und fünf Monate, die der abgeschlossenen Aktivitäten in den Betrieben acht Monate. Bei über der Hälfte der Programme

zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfügten die Betriebe über Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.

Am häufigsten nutzten Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Krankenkassenunterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Fünftel vertreten.

Auch im Berichtsjahr 2017 wurde die Zielerreichung für die geltenden Ziele zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Zielperiode 2013 bis 2018 ermittelt. Im Präventionsbericht wird der Erreichungsgrad der Ziele im Einzelnen dargestellt.

Für das Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ dokumentierten die Krankenkassen 2017 ihre Tätigkeiten in 158 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen. 43 % der an den Netzwerken beteiligten Betriebe waren Klein- und Kleinstbetriebe (d. h. doppelt so viele wie in der nicht betriebsübergreifenden betrieblichen Gesundheitsförderung). 481 Organisationen waren eingebunden, darunter am häufigsten Kammern. Unter den Aktivitäten zur Sensibilisierung für die betriebliche Gesundheitsförderung und zur Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten standen die Informationsvermittlung durch Veranstaltungen, Materialversand, Beratungen und Schulungen im Vordergrund, darüber hinaus die Öffentlichkeitsarbeit. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich hier eine erhebliche Zunahme der Aktivitäten.

Insgesamt erreichten die Krankenkassen mit den überbetrieblichen Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung knapp 15.000 Betriebe.

### **Individuelle verhaltensbezogene Prävention**

Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen einzuüben und diese langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Von knapp 1,7 Mio. Teilnahmen an Kursmaßnahmen entfiel der Großteil auf Bewegungsangebote (70%). 26 % der Kursteilnahmen zielten auf Stressbewältigung ab. Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen fand zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum statt.

### **Empfehlungen und Ausblick**

2017 waren die Regelungen des Präventionsgesetzes, auch hinsichtlich der finanziellen Vorgaben, im zweiten Jahr wirksam; unter diesen Bedingungen konnte die GKV-unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention weiter ausgebaut werden. Für die künftige Weiterentwicklung werden der Netzwerkansatz und die Fokussierung auf besondere Förderschwerpunkte im Vordergrund stehen.

Die Krankenkassen haben 2018 Ziele für die nächste Zielperiode 2019 bis 2024 formuliert. Diese berücksichtigen die Vorgaben der nationalen Präventionsstrategie; sie werden im letzten Kapitel des vorliegenden Präventionsberichts aufgeführt.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass den Pflegekassen der grundlegende Einstieg in die Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen gelungen ist. Um die Anzahl mitwirkender Pflegeeinrichtungen in Zukunft zu erhöhen, ist die Stärkung eines partizipativen Herangehens eine wichtige Voraussetzung. Die Umsetzung der Maßnahmen soll wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Der „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ soll auf Basis der resultierenden Erkenntnisse weiterentwickelt werden.

Das Jahr 2017 ist Basisjahr für die quantitativen Daten, die seitens der Sozialversicherungsträger in den ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht der NPK 2019 einfließen werden. Die Krankenkassen werden hierfür die für den jährlichen Präventionsbericht erhobenen quantitativen Daten für 2017 zur Verfügung stellen.

# Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz



Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat am 29. August 2018 eine überarbeitete Fassung der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) beschlossen. Die BRE definieren gemeinsame Ziele, Handlungsfelder, einzubeziehende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Sie sind eine Hauptsäule der Nationalen Präventionsstrategie – die andere Säule ist der erstmals 2019 und dann alle vier Jahre erscheinende trägerübergreifende Präventionsbericht (s. S. 34), der die Präventionsstrategie zu einem lernenden System machen soll. Auf Grundlage der BRE schließen die Sozialversicherungsträger in den Ländern Landesrahmenvereinbarungen (LRV) mit den zuständigen Ministerien, die weitere Festlegungen entsprechend den landesspezifischen Bedarfen mit je eigenen Schwerpunkten und Strukturen enthalten. Mit der Unterzeichnung der Landesrahmenvereinbarung Berlin am 11. Juli 2018 haben nunmehr alle Bundesländer Strukturen und Prozesse für die Umsetzung der Präventionsstrategie definiert.



Die erste Weiterentwicklung der BRE wurde in zwei Arbeitsgruppen der stimmberechtigten und beratenden NPK-Mitglieder vorbereitet. Die Arbeitsgruppe „Kommunale Lebenswelten“ hat Vorschläge für Ergänzungen und Präzisierungen zu den Zielbereichen „Gesund aufwachsen“, „Gesund im Alter“ und innerhalb des Zielbereichs „Gesund leben und arbeiten“ für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen erarbeitet, die Arbeitsgruppe „Arbeitswelt“ hat dies zum Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“ für die große Gruppe der Erwerbstätigen entwickelt. In die Weiterentwicklung eingeflossen sind ferner Anregungen aus den Präventionsforen der Jahre 2016 und 2017.

Autorinnen und Autoren:

Dr. Volker Wanek,  
GKV-Spitzenverband

Nina-Tamara Moser,  
Deutsche  
Rentenversicherung Bund

Sieglinde Ludwig,  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung

Mathias Finis,  
Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau

## Vom Rahmen zur Empfehlung

Die beiden Bestandteile des Kompositums „Rahmenempfehlungen“ verweisen auf ihre beiden Funktionen:

- die deskriptive durch themen- und bereichsbezogene Zusammenstellung der Zuständigkeiten und Leistungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention und
- die orientierende durch Hervorhebung prioritärer Aktivitäten und Bereiche.

Während die Erstfassung der BRE noch stark deskriptive Züge trug, wird mit der Neufassung der orientierende Charakter gestärkt.

Die Weiterentwicklung geht von der Überlegung aus, dass lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nur dann erfolgreich sein können, wenn die Verantwortlichen vor Ort und auch die adressierten Zielgruppen sie zu ihrer eigenen Sache machen. Im Vorfeld konkreter Projekte muss daher die Bereitschaft und Motivation der Träger bzw. Verantwortlichen für die Lebenswelten vorhanden sein oder durch gezielte Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsangebote geschaffen werden. Ebenso ist eine partizipative Einbindung der Betroffenen zielführend. Die bereits in der ersten Fassung empfohlene „systematische Vorgehensweise“ wird entsprechend dem sogenannten Public Health Action Cycle mit den Schritten „Aufbau bzw. Nutzung von Strukturen“, „Analyse“, „Planung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“ konkreter beschrieben.

Basis jedes systematischen Vorgehens sind geeignete Strukturen für Steuerung und Koordination. Hierzu haben die Sozialversicherungsträger das folgende übergreifende Struktur- und Prozessziel definiert: „Die Träger der NPK unterstützen die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen dabei, verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren. Dies gilt insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkrei-

se und Gemeinden). Sie unterstützen dabei auch übergreifende Vernetzungsprozesse. Sie wirken auf die Verankerung dieser Strukturen und Prozesse in den Landesrahmenvereinbarungen hin.“ Die Neufassung weist in diesem Zusammenhang auf die besondere Rolle der kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. vergleichbarer Gremien auf der Grundlage der Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst für eine ressortübergreifend angelegte, koordinierte Gesundheitsförderung und Prävention hin.

### **Gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

In Anbetracht der Übergewichtsepidemie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind die Bewegungsförderung und die Förderung einer gesunden Gemeinschaftsverpflegung von zentraler Bedeutung. Zu beiden Themen wird konkreter ausgeführt, welchen Part welcher Träger übernehmen kann und wie sich die Beiträge der unterschiedlichen Verantwortlichen zu einem gesamtgesellschaftlichen Vorgehen ergänzen (sollten). Beispielsweise können die Länder für mehr Sportunterricht an Schulen sorgen, die Schul- und Kita-Träger Räumlichkeiten und Freiflächen bewegungsfreundlich gestalten, während Sozialversicherungsträger pädagogische Fachkräfte in Kitas und Schulen verstärkt zu sicherheits- und gesundheitsorientierter Bewegungsförderung qualifizieren und in Bildungseinrichtungen, Begegnungsstätten oder in Parks und Sportanlagen Konzepte zur Förderung der körperlichen Aktivität partnerschaftlich umsetzen.

### **Koordinierte Unterstützung der Betriebe**

Die Ausführungen zu den betrieblichen Leistungen und Aufgaben nehmen in den BRE den größten Raum ein, haben doch in der Arbeitswelt sowohl Kranken- als auch Renten- und Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag für die Betriebe und Beschäftigten. In der Neufassung werden die Zugangswege für Betriebe detaillierter beschrieben, z. B. über die neu geschaffenen **regionalen Koordinierungsstellen der GKV**, den

### **Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung Bund**

oder die regionalen Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger. Weiter werden zur freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung, zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) sowie zu den betrieblichen Aufgaben der Gefährdungsbeurteilung die möglichen Beiträge der Sozialversicherungsträger aufgabenbezogen zusammengestellt. Obwohl noch wenig bekannt, können nämlich auch Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger bei der ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung unterstützen. Umgekehrt bieten Unfallversicherungsträger Präventionsleistungen zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung und des BEM an. Dies heißt nicht, dass künftig dann die Krankenkasse für die Gefährdungsbeurteilung „verantwortlich ist“ oder diese gar „macht“, sondern dass durch koordiniertes Vorgehen die Ressourcen aller Sozialversicherungsträger für die Lösung betrieblicher Aufgaben gezielter genutzt werden können.

Die Träger haben sich in den neu gefassten BRE entsprechend dem Managementansatz zur Förderung koordinierter und abgestimmter Vorgehensweisen und zur Verbesserung der gegenseitigen Anschlussfähigkeit ihrer Angebote und Konzepte im Rahmen eines arbeitsweltbezogenen Prozessziels verpflichtet. Hierbei ist auch die verstärkte Betreuung über Netzwerke – vor allem für Kleinst-, Klein- und mittlere Betriebe – durch die Sozialversicherungsträger von Bedeutung. Inhaltlich fokussiert die Neufassung der BRE auf die beiden Ziele „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit“ und damit auf die gleichen Themen, die auch von der **Nationalen Arbeitsschutzkonferenz** als Schwerpunkte für die laufende und die kommende Zielperiode identifiziert worden sind.

Schließlich wurden auch die Inhalte der bilateralen Kooperationsvereinbarungen der NPK-Träger untereinander sowie mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Spitzenver-

[www.deutscherentenversicherung.de](http://www.deutscherentenversicherung.de)

[www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de)

[www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de) und „BGF-Koordinierungsstellen gut angenommen“, S. 21

bänden, die bereits vor dem Präventionsgesetz bestanden und bislang als Anlagen den BRE beigefügt waren, in den Haupttext der BRE integriert. Sie sind damit offiziell Bestandteil der nationalen Präventionsstrategie.

**Benehmensherstellung positiv**

Zum Entwurf der Neufassung wurde nach dem Beschluss der Nationalen Präventionskonferenz das sogenannte Benehmen mit den zuständigen Bundesressorts und den Ländern hergestellt. Hierbei wurden neben Lob für die gelungene Weiterentwicklung auch zahlreiche konstruktive Anregungen gegeben, die in der großen Mehrzahl bei der Aktualisierung berücksichtigt wurden.

# Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: das GKV-Bündnis für Gesundheit

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die gemeinsame Initiative der Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Die Aktivitäten des Bündnisses werden mit den Mitteln umgesetzt, die entsprechend der Regelung in § 20a Abs. 3 SGB V in die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung der Krankenkassen fließen.

Im GKV-Bündnis für Gesundheit erfolgte nicht nur die strukturelle **Stärkung der Koordinierungsstellen** Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern und die Ausweitung des Projekts **„Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“** auf derzeit 129 Standorte. Seit 2016 wurden auch Anstrengungen unternommen, um die empirische Basis für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Außerdem stehen vielfältige Praxisinformationen in Hinblick auf Unterstützungsmöglichkeiten durch Krankenkassen bereit.

## International verfügbare Evidenz für zielgruppenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zugänglich

So liegen zwischenzeitlich die Ergebnisse wissenschaftlicher Literaturrecherchen zu Gesundheitsförderung und Prävention für die folgenden Zielgruppen vor:

- alleinerziehende Menschen
- arbeitslose Menschen
- Menschen mit Behinderung
- ältere Menschen
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Kinder aus psychisch belasteten Familien
- Kinder aus suchtblasteten Familien

Auch empirisch geprüfte Strategien zur besseren Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen und damit zur Erhöhung der Reichweite von Präventionsprogrammen sind im Ergebnisbericht eines Scoping Review zusammengestellt. Damit steht den Kran-

kenkassen und allen anderen für Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlichen Akteuren eine einzigartige Wissensbasis für ihr lebensweltbezogenes zielgruppenorientiertes Engagement zur Verfügung, denn die Berichte werden auf dem **Portal** des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Download zur Verfügung gestellt. Die Aufbereitung internationaler Forschungsergebnisse zu verschiedenen Themen bzw. Fragestellungen der Prävention und Gesundheitsförderung wird kontinuierlich als Beitrag zur Qualitätsentwicklung fortgeführt und für die Fachpraxis zur Verfügung gestellt; die derzeit veröffentlichten Dokumente sind damit die ersten Berichte einer fortzusetzenden Reihe. Beauftragt sind u. a. internationale Literaturrecherchen zu Handlungsempfehlungen zur Prävention des Tabakkonsums und zur Förderung des Nichtrauchens sowie zu verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention. Nach dem Vorbild der auf Grundlage eines Bundestagsbeschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten **Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung** sollen so für weitere präventiv wirksame Handlungsfelder Empfehlungen abgeleitet werden.

## Praxishilfen für Akteure und Fachkräfte in Lebenswelten

Neben den wissenschaftlichen Expertisen finden Akteure und Fachkräfte aus den Lebenswelten Kommune, Kindergarten/Kindertagesstätte und Schule zentrale Informationen zum Gesundheitsförderungsprozess gemäß Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes, der das verbindliche Regelwerk für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention ist. Drei Wegweiser – spezifiziert für die Lebenswelten Kommune, Kita und Schule – führen durch den Prozess, der auch in den **weiterentwickelten Bundesrahmeneempfehlungen** der Nationalen Präventionskonferenz beschrieben ist. Praxishilfen für alle Schritte – von der Vorbereitung über die Umsetzung von Maßnahmen bis hin zur Evaluation – runden das Angebot ab. Nicht nur die Aufbereitung der



[www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

s. „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern etabliert und personell verstärkt“, S. 19

s. „Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen“, S. 61

Rütten, A., & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen. [www.bewegungsempfehlungen.de](http://www.bewegungsempfehlungen.de)

s. „Weiterentwicklung der Bundesrahmeneempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz“, S. 14



Themen erfolgte mit wissenschaftlicher Unterstützung, so z. B. durch die Autorinnen und Autoren der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung hinsichtlich des Transfers in die Bewegungspraxis, sowie durch langjährig erfahrene Praktikerinnen und Praktiker der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung. Auch die Wegweiser selbst sind durch Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelt worden.



Ergebnisberichte zu Bestandsaufnahmen zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten im deutschsprachigen Raum geben insbesondere in der Zusammenschau mit den entsprechenden Literaturrecherchen Anregungen für die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung.



### **Das GKV-Bündnis für Gesundheit in jedem Bundesland**

Das Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement der Krankenkassen leistet auch einen maßgeblichen Beitrag zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Unfall- und Rentenversicherungsträgern auf Landesebene und den zuständigen Stellen (Ministerien) in jedem Bundesland abgeschlossen wurden. Auf dem Portal des GKV-Bündnisses für Gesundheit sind deshalb landesbezogene Seiten ansteuerbar, die nicht nur Einblick in landesspezifische Gemeinschaftsaktivitäten geben, sondern auch eine einfache Kontaktaufnahme mit den Präventionsfachleuten der verschiedenen Krankenkassen ermöglichen. Die Landesseiten werden kontinuierlich weiterentwickelt.

Autorinnen:

Karin Schreiner-Kürten,  
GKV-Spitzenverband

Ulrike Pernack,  
vdek e. V.

Claudia Isabelle Menze,  
KNAPPSCHAFT

### **GKV-Bündnis stärkt lebensweltbezogene Alkoholprävention als partnerschaftliche Gemeinschaftsinitiative**

Neben den o. g. wissenschaftlichen Expertisen hat die BZgA für das GKV-Bündnis für Gesundheit auch Literaturrecherchen zur Evidenz der Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie der Evidenz schulbasierter Modelle zur Reduktion oder Verhinderung von riskantem Alkoholkonsum bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beauftragt. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse wird das kommunale Alkoholpräventionsprogramm für Kinder und Jugendliche **Hart am Limit - HaLT** ([www.halt.de](http://www.halt.de)) gemeinsam mit dem HaLT Service Center (Villa Schöpflin gGmbH - Zentrum für Suchtprävention) derzeit weiterentwickelt. Die in dem Programm verankerte Zusammenarbeit von Kommunen und dort aktiven Stakeholdern mit weiteren Partnern, insbesondere den Krankenkassen, ist Merkmal für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Die seit Jahren in den Bundesländern unterschiedliche Förderung der Aktivitäten durch die Krankenkassen wird mit einer erweiterten evidenzbasierten Programmkonzeption gleichzeitig auf eine einheitliche und nachhaltige Basis gestellt. In einem Begleitkreis wirken u. a. Landeskordinatoreninnen und -koordinatoren aus verschiedenen Bundesländern sowie Mitglieder des BZgA-Länderkooperationskreises Suchtprävention mit. Die das Programm HaLT kennzeichnende partnerschaftliche Gemeinschaft von der Konzeption bis zur Implementierung in den Kommunen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

# Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern etabliert und personell verstärkt

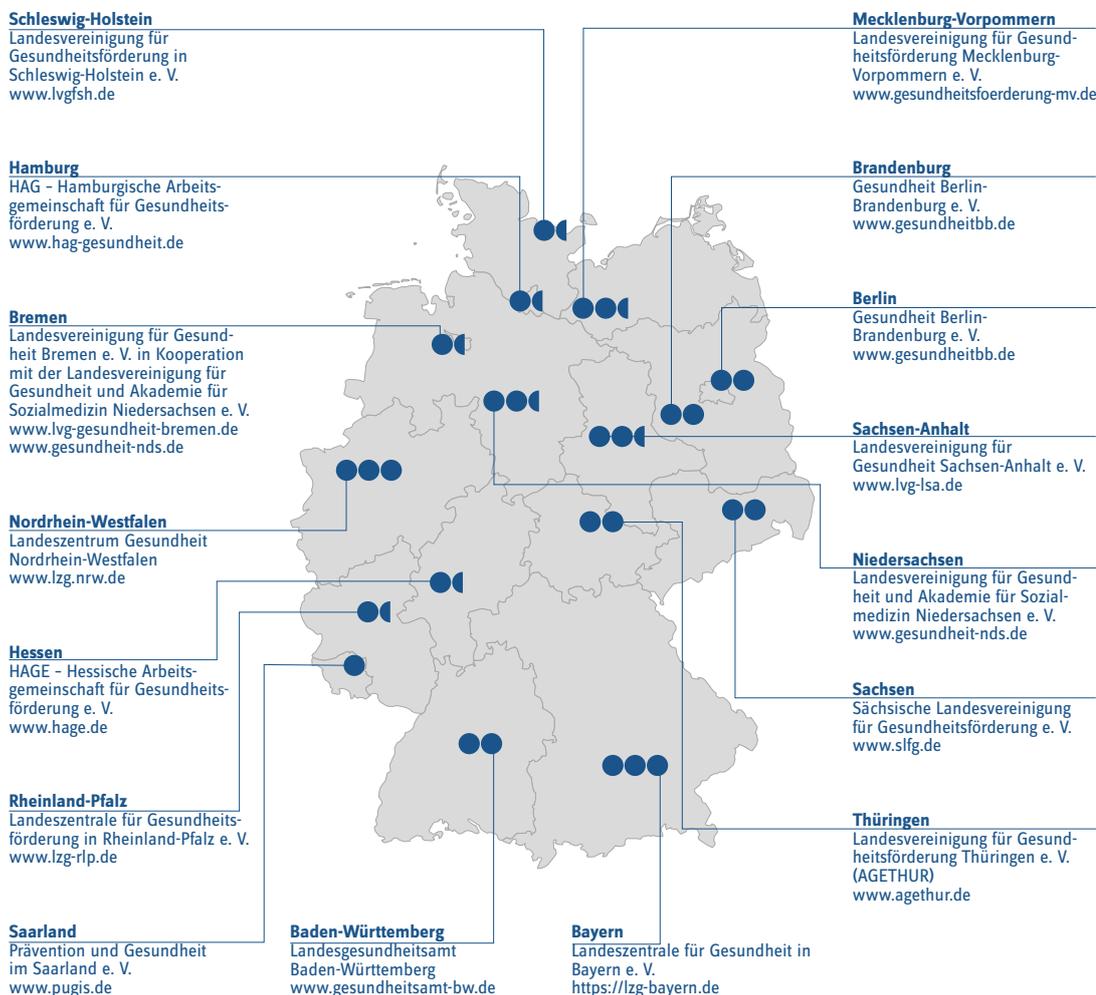
Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) leisten bereits seit vielen Jahren einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in den Bundesländern und Kommunen. Sie beraten u. a. Setting-Verantwortliche, tragen mit verschiedenen Instrumenten und Konzepten zur Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung bei und stoßen Vernetzungsprozesse in den Ländern und Kommunen an. Die Koordinierungs-

stellen waren in den vergangenen Jahren geprägt durch sehr heterogene Ausgangssituationen in den Bundesländern, wie u. a. die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und die damit verbundenen Möglichkeiten der Aufgabenwahrnehmung. Die Krankenkassen haben die Arbeit der KGC von Beginn an unterstützt und seit 2010 deren Struktur regelhaft mitfinanziert. Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit wurde Ende 2016 gemeinsam mit den gesetzlichen Kranken-



**Abb. 1: Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland**

Personalressourcen gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit (ein Kreis = eine ganze Personalstelle)



Autorinnen:  
 Merle Wiegand,  
 GKV-Spitzenverband  
 Anke Tempelmann,  
 AOK-Bundesverband  
 Waltraud Wagner,  
 IKK e. V.

GKV-Spitzenverband & MDS. (2017). Präventionsbericht 2017 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016 (S. 15 f.). Essen.

[www.univation.org](http://www.univation.org)

s. Abb. 1, S. 19

kassen und ihren Verbänden die **personelle Aufstockung des KGC-Fachpersonals** auf durchschnittlich zwei Personalstellen pro Bundesland beschlossen und auf den Weg gebracht. Durch diesen Prozess – der auch einhergeht mit einer inhaltlichen und qualitativen Weiterentwicklung der KGC – sollen langfristig verlässliche Strukturen für eine lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden. Dies ist in den Bundesländern besonders erfolgreich, in denen auch von Seiten der Länder eine gleichwertige Beteiligung erfolgt ist und gemeinsame Strategien entwickelt werden.

### **Unterschiedliche strukturelle Verankerung**

Der überwiegende Anteil der KGC war bereits vor der personellen Aufstockung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit etabliert und wurde im Rahmen der Aufstockung um zusätzliche Personalressourcen erweitert. In einigen Bundesländern mussten die KGC neu aufgebaut, inhaltlich ausgerichtet und institutionell verankert werden. Dieser Prozess ist nun abgeschlossen, sodass die Koordinierungsstellen als feste Struktur in allen Bundesländern präsent sind. In der Regel sind die Koordinierungsstellen bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder ähnlichen Institutionen angegliedert, in einigen Bundesländern jedoch bei einem Landesministerium (z. B. Nordrhein-Westfalen) oder einem Verein (z. B. Bayern, Saarland). Diese **unterschiedliche institutionelle Verankerung** spiegelt die Vielfalt in den gesundheitsförderlichen Strukturen auf Ebene der Länder wider.

### **Partizipative Qualitätsentwicklung**

In der Phase der Aufstockung des Fachpersonals konnten die KGC aus den Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit bedarfsbezogen auf externe Expertise im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung zurückgreifen. In die langfristig angelegte inhaltliche und qualitative Weiterentwicklung der KGC werden sowohl die KGC selbst und ihre Trägerorganisationen als auch die gesetzlichen Krankenkassen in den Bundesländern und

die zuständigen Landesinstitutionen – als weitere wichtige Förderer der KGC – kontinuierlich eingebunden. Ziel ist es, das Profil der Koordinierungsstellen partizipativ weiterzuentwickeln. Dies soll den Koordinierungsstellen eine qualitätsgesicherte Arbeitsgrundlage bieten und gleichzeitig auch die Bedarfe und Anforderungen der verschiedenen Stakeholder berücksichtigen.

### **Begleitende Evaluation**

Ein wichtiger Bestandteil der qualitativen Weiterentwicklung ist auch die Evaluation der 16 Koordinierungsstellen, mit deren Umsetzung das **Evaluationsinstitut Univation** im Frühjahr 2018 beauftragt wurde. Die Evaluation soll die laufenden Entwicklungsprozesse jeder einzelnen Koordinierungsstelle unterstützen und Weiterentwicklungspotenziale identifizieren. Neben der landesspezifischen Begleitung sollen auch bundeslandübergreifend Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen im Allgemeinen identifiziert und abgeleitet werden. Die Evaluationsergebnisse werden 2020 vorliegen.

# BGF-Koordinierungsstellen gut angenommen

Mit der zentralen Auftaktveranstaltung im Mai 2017 in Berlin sind die regionalen BGF-Koordinierungsstellen an den Start gegangen und arbeiten seitdem stetig an ihrer Etablierung als zentrale Einrichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Unterstützung von Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dass dieser niedrighschwellige und für die Unternehmen kostenfreie Zugangsweg zu Erstinformationen und die Vermittlung von Beratungsleistungen – insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) – in der Praxis bereits angenommen wird, zeigen erste Auswertungen der quantitativen Daten zur Inanspruchnahme. Knapp 70 % der anfragenden Unternehmen waren KMU mit bis zu 249 Mitarbeitenden.

## Niedrighschwelliger Zugang für Betriebe

Die Krankenkassen informieren und erreichen zahlreiche Unternehmen im Themenfeld betriebliche Gesundheitsförderung über verschiedene **Zugangswege**. Das **Online-Portal** der BGF-Koordinierungsstelle wurde in den ersten acht Monaten nach der Liveschaltung über 15.000 Mal besucht. Knapp 2.000 dieser Besucherinnen und Besucher entschieden sich dafür, mit einem Klick auf das entsprechende Krankenkassen-Logo eine Krankenkasse direkt auszuwählen. In weiteren 265 Fällen wurde die

Option genutzt, den unternehmensspezifischen Beratungsbedarf im bereitgestellten Kontaktformular einzugeben und sich so eine Krankenkasse zuweisen zu lassen, die sich anschließend mit dem Unternehmen in Verbindung setzt, um individuell zu beraten. Gestellt werden die Anfragen in einem Viertel der Fälle von den Führungskräften (Geschäftsführung, Inhaberin bzw. Inhaber), in etwa 20 % der Fälle durch die Verantwortlichen für die BGF und in weiteren 20 % der Fälle durch die Personalabteilungen.

## Breites Spektrum der Beratungsbedarfe

Grund für die Kontaktaufnahme ist bei neun von zehn Unternehmen der Bedarf an „Informationen über den Nutzen, Möglichkeiten und Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ (Mehrfachnennungen möglich). Über zwei Drittel der Anfragenden haben Beratungsbedarf bezüglich der „Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft“ sowie zu „Erhalt und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten“. In einem Drittel der Fälle wurden die Fehlzeiten als Beratungsanlass genannt und in einem weiteren Drittel die Intention, das Arbeitgeberimage zu stärken.



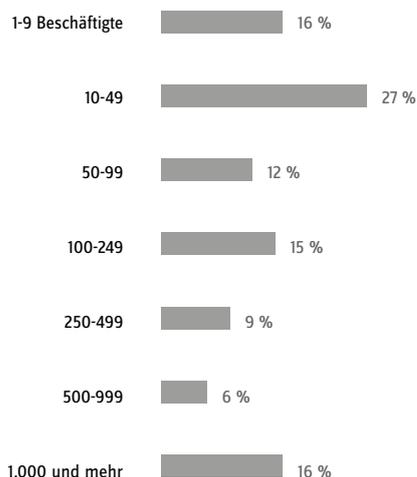
Autorin:

Dr. Julia Schröder,  
BKK Dachverband e. V.,  
im Namen der  
Kooperationsgemeinschaft  
BGF-Koordinierungsstellen  
auf Bundesebene

s. Infobox, S. 22

[www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)

**Abb. 2: BGF-Koordinierungsstellen: Anfragen nach Betriebsgröße (Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)**



### **Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen**

Um den Bekanntheitsgrad der regionalen BGF-Koordinierungsstellen weiter zu steigern, wurden in mehreren Bundesländern Veranstaltungen gemeinsam mit Unternehmensorganisationen durchgeführt. Bis Ende des Jahres 2017 konnten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 62 örtliche Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen (§ 20b Abs. 3 SGB V) einbinden, z. B. Industrie- und

Handelskammern, Handwerkskammern sowie Arbeitgeberverbände. Weitere Unternehmensorganisationen können beitreten. Damit möglichst viele Unternehmen von den Angeboten der BGF-Koordinierungsstellen erfahren und der Bekanntheitsgrad der regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgreich erhöht wird, sind die Unternehmensorganisationen als proaktiv mitwirkende Multiplikatoren wichtig. Sie werden daher in die weitere Öffentlichkeitsarbeit, die Kommunikationsstrategie und die Medienarbeit aktiv eingebunden.

### **Überblick über die Zugangswege und das Gesamtspektrum der GKV-Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2017**

- Krankenkassen erstellten 12.104 betriebliche Arbeitsunfähigkeits-Analysen bzw. betriebliche Gesundheitsberichte.
- In 17.672 Betrieben/Standorten führten die Krankenkassen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch.
- Die Krankenkassen waren in 158 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen aktiv, in denen sich 5.235 Betriebe als Netzwerkmitglieder beteiligten und weitere 9.676 Betriebe erreicht wurden.
- 265 Unternehmen stellten Beratungsanfragen über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen.

# Förderprogramm für Kommunen in Vorbereitung

Die Kommunen spielen in Deutschland eine zentrale Rolle bei der Organisation und Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention. Als „Dachsetting“ für Lebenswelten wie Kitas, Schulen oder Senioreneinrichtungen können sie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen maßgeblich gestalten.

## Gesundheitsförderung und Prävention in kommunaler Steuerung

Kommunen haben die Aufgabe, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und nachhaltig zu verankern. Die Basis für diesen Prozess können Strukturen der Koordination und Steuerung sein, die es bundesweit in vielen Kommunen bereits in unterschiedlicher Ausprägung gibt (z. B. in Form von Gesundheitskonferenzen, Steuerungsgremien oder themenbezogenen Arbeitsgruppen). Die gesetzlichen Krankenkassen arbeiten in diesen kommunalen Strukturen oftmals schon zielgruppenbezogen mit (z. B. in Bündnissen für Kinderge-sundheit auf Gemeindeebene). Schon 2007 – also lange vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes – haben sich die Kassen die Kooperation mit den Kommunen bei der Formulierung ihrer eigenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele zur Aufgabe gemacht.

In den **Bundesrahmenempfehlungen** (BRE) haben die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) die wichtige Rolle der Kommunen betont und sich ein entsprechendes Ziel gesetzt: „Die Träger der NPK unterstützen die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen dabei, verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren. Dies gilt insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden). Sie unterstützen dabei auch übergreifende Vernetzungsprozesse.“

Wie können die Träger der NPK nun zur Erreichung dieses Ziels beitragen? Die Förderung des Aufbaus und die Stärkung gesundheitsförderlicher

Strukturen in Lebenswelten ist in § 20a Abs. 1 SGB V als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschrieben. Dieser gesetzliche Auftrag umfasst mehr als die personelle Mitwirkung in kommunalen Steuerungsstrukturen und die bisherigen Aktivitäten der Kassen.

## GKV-Bündnis für Gesundheit bringt Förderprogramm auf den Weg

Ein Schwerpunkt des **GKV-Bündnisses für Gesundheit** ist die Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung. Ziel des Bündnisses ist es, entsprechende Strukturen aufzubauen und bestehende Strukturen zu stärken. Um dies zu erreichen, wurde ab Ende 2016 das Fachpersonal der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) deutlich aufgestockt. Diese Förderung löste die Personalunterstützung ab, die die Krankenkassen – in geringerem Umfang – bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes über viele Jahre paritätisch mit den Bundesländern geleistet hatten.

Im Jahr 2019 wird das GKV-Bündnis für Gesundheit ein von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordiniertes Förderprogramm zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention auflegen. Das Förderprogramm wird sowohl strukturelle Unterstützung für Kommunen als auch zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen ermöglichen.

## Strukturen stärken

Kommunen, die eine Basis für integrierte kommunale Gesundheitsförderung und Prävention schaffen wollen und noch nicht über entsprechende Strukturen verfügen, können künftig von der neuen Förderung profitieren. Die Förderung aus dem Programm ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: Sie wird Kommunen angeboten, die im bundesweiten Vergleich eine Einwohnerschaft aufweisen, die unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt gilt. Zusätzlich werden auch landesbezogene Kriterien berücksichtigt, damit



Autor:  
Jens Hupfeld,  
GKV-Spitzenverband

s. „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: das GKV-Bündnis für Gesundheit“, S. 17

s. „Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz“, S. 14

Kommunen aus allen Bundesländern die Möglichkeit der Förderung des Strukturaufbaus erhalten. Mit der Fokussierung auf sozial benachteiligte Menschen setzt das GKV-Bündnis für Gesundheit die gesetzliche Anforderung des § 20 Abs. 1 SGB V um, zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Es erfolgt eine mehrjährige, degressiv gestaltete Förderung von kommunalen Personalkapazitäten für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch diese Art der Förderung soll erreicht werden, dass die Infrastruktur in den Kommunen auch nach Förderende langfristig erhalten bleibt. Zusätzlich sollen bedarfsbezogene Unterstützungsleistungen wie z. B. Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

#### **Zielgruppen erreichen**

Während die Strukturförderung sich dezidiert an Kommunen richtet, die in Bezug auf die soziale Lage ihrer Bevölkerung benachteiligt sind, steht die Möglichkeit der Förderung zielgruppenbezogener Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch das GKV-Bündnis allen Kommunen offen, die bereits über eine entsprechende Steuerungsstruktur verfügen oder diese im Rahmen der Strukturförderung aufgebaut haben. Auf Basis der verfügbaren Evidenz für zielgruppenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention wird ein Spektrum an Angeboten für besondere vulnerable Zielgruppen bereitgestellt. Die Auswahl der Zielgruppen, für die in diesem Rahmen Angebote bereitgestellt werden, orientiert sich primär an den Inhalten der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung des Bundeslands. Ergänzend zu dieser Gemeinschaftsförderung können die verschiedenen Krankenkassen auch eigene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen bzw. innerhalb kommunaler Strukturen entfalten.

#### **Wirkungen feststellen**

Das Förderprogramm für Kommunen soll über einen Zeitraum von fünf Jahren wissenschaftlich begleitet und unter Nutzung der gewonnenen Erkenntnisse weiterentwickelt werden. Dabei gilt es, sowohl die Strukturwirkungen in den Kommunen als auch Verhaltens- und Gesundheitswirkungen bei den Menschen zu beachten.

# Trittsicher durchs Leben – Ein Programm zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen im ländlichen Raum

Ein Rückgang der Mobilität und der Gang- und Standsicherheit sind häufige Begleiter des Alters. Stürze und Frakturen wie z. B. des Schenkelhalses sind die Folge und stellen tiefgreifende Einschnitte in die Biografie älterer Menschen dar. Gezieltes Training und eine Verbesserung der Knochendichte können vorbeugen. Das Problem: Entsprechende Angebote fehlen im ländlichen Raum fast vollständig oder sind nur über weite Anfahrtswege erreichbar. Hier setzt das Programm „Trittsicher durchs Leben“ an.

## Das Programm

„Trittsicher durchs Leben“ umfasst Bewegungskurse zur Verbesserung der Standfestigkeit, eine Untersuchung der Knochengesundheit und eine Beratung zur Sicherheit rund um Haus und Hof.

Die Bewegungskurse finden einmal pro Woche statt und bestehen aus gezielten Kraft- und Balanceübungen. „Der Charme des Programms ist“, so Miriam Schreck vom Deutschen Turnerbund, „dass die Kurse in den vor Ort gerade verfügbaren Räumlichkeiten stattfinden. Das können Kindergärten, Feuerwehrhäuser oder auch Nebenräume von Gaststätten sein.“ Zusätzlich zum wöchentlichen Training erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Heimtrainings-Broschüre, mit der sie die Übungen selbstständig zu Hause fortführen. Zum Mitmachen sind keine Vorkenntnisse erforderlich. Gerade auch gebrechliche Personen profitieren von den Übungen. Die Finanzierung der Kurse erfolgt über den „Setting-Ansatz“. Dies bedeutet u. a., dass Kurse von allen Interessierten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit in Anspruch genommen werden können. Eine kostenlose Untersuchung der Knochendichte und eine vor Ort durchgeführte Beratung zur Sicherheit rund um Haus und Hof wurden hingegen nur ausgesuchten Versicherten während eines Zeitraums von zwei Jahren angeboten.

Der Versichertenbestand der das Projekt tragenden Krankenkasse wurde nach bestimmten Kriterien ausgelesen: Gesucht wurden Männer

und Frauen zwischen 70 und 85, die in den letzten fünf Jahren eine Fraktur erlitten hatten, sowie Frauen zwischen 75 und 80. Mehr als 10.000 Versicherte mit erhöhtem Risiko für Stürze und Frakturen wurden angeschrieben und über das Projekt informiert. Dieser Case-Finding-Ansatz unter Einbeziehung von Telezentren war im Zusammenhang mit Sturzgeschehen und Knochengesundheit in Deutschland neu. Das Programm wurde bisher in 47 zufällig ausgewählten Landkreisen in fünf Bundesländern implementiert. Ziel ist es, mittelfristig in allen ländlichen Regionen Deutschlands die Durchführung von „Trittsicher“-Bewegungskursen zu ermöglichen.

Weitere Partner des Programms sind der Deutsche LandFrauenverband (dlv) und der Deutsche Turnerbund (DTB). Diese Kooperation ist eine der Stärken des Programms. Dadurch lassen sich die strukturellen Schwierigkeiten des ländlichen Raums mehr als nur kompensieren. „Man kennt sich, weiß, wer Hilfe braucht, und weiß, wie man sich hilft“, so Agnes Witschen, Präsidiumsmitglied des dlv.

## Die Infrastruktur

Um „Trittsicher durchs Leben“ breitenwirksam zu implementieren, waren erhebliche Vorbereitungen erforderlich. So wurden 800 „Trittsicher“-Kursleiterinnen und -Kursleiter ausgebildet, und fast ebenso viele Landfrauen waren grundsätzlich bereit, sich am Programm zu beteiligen. Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Sozialversicherung besuchten zudem gezielt ältere Versicherte, berieten zur Sicherheit rund um Haus und Hof und motivierten zur Teilnahme an den Programmkomponenten.

Ein Herzstück des Programms stellen aber die drei Telezentren dar, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Programm koordinieren, Landfrauen sowie Übungsleiterinnen und Übungsleiter zusammenführen, Interessierte beraten, Kurse genehmigen und abrechnen, Materialien verschicken und Versicherte in die Kurse vermitteln. Wer

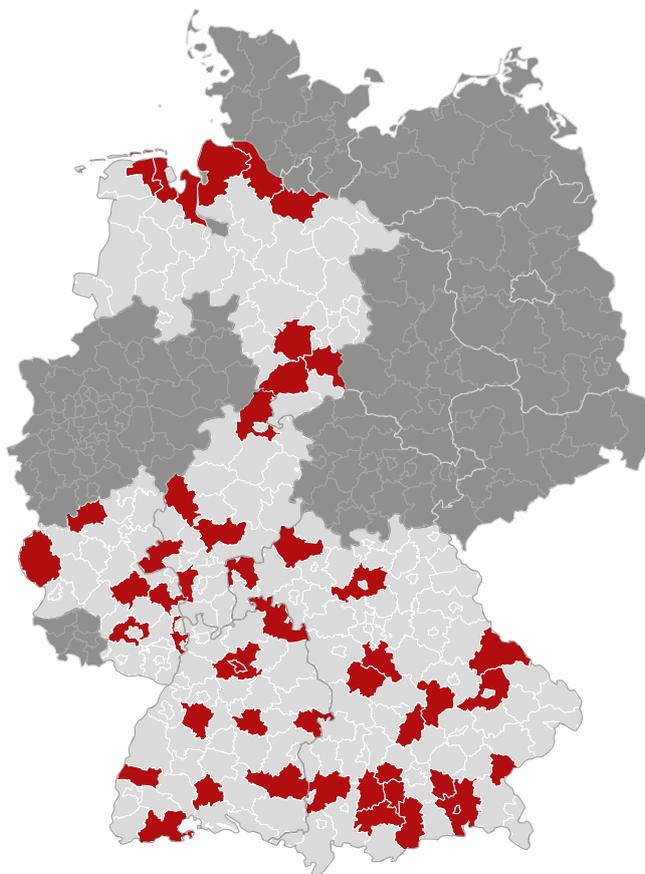


Autoren:

Prof. Dr. Kilian Rapp, MPH,  
Abteilung für Geriatrie und  
Geriatrische Rehabilitation,  
Robert-Bosch-Krankenhaus,  
Stuttgart

Daniel Stöger,  
Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau, Landshut

**Abb. 3:** 47 Landkreise der fünf Bundesländer, in denen das Programm implementiert wurde



Auskünfte zum Programm wünscht, erhält die Kontaktdaten über die „Trittsicher“-**Website**.

[www.trittsicher.org](http://www.trittsicher.org)

Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., ... Lord, S. R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(24), 1750-1758.

### Die Nachfrage

Seit Beginn des Programms im Oktober 2015 gab es eine Vielzahl positiver Rückmeldungen. Mittlerweile wurden über 2.300 Kurse durchgeführt und mehr als 25.000 älteren Menschen zu mehr Trittsicherheit verholfen. Die hohe Nachfrage ist u. a. durch die kurzen Wege begründet. So legte die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer weniger als 1,7 km zwischen Wohn- und Kursort

zurück, was gerade für den ländlichen Raum keine große Distanz darstellt.

### Wissenschaftlicher Hintergrund

„Trittsicher durchs Leben“ wurde zur Verbesserung von Balance und Knochengesundheit im ländlichen Raum entwickelt. Internationale Studien zur Sturzprävention belegen, dass Kraft- und Balancetraining das Sturzrisiko um 21 bis 39% verringern kann (**Sherrington et al., 2017**). Weiterhin hilfreich sind eine Umgebungsanpassung - d. h. Beseitigung von Stolperfallen und

eine adäquate Versorgung mit Hilfsmitteln (Chase et al., 2012). Ein dritter, wichtiger Faktor ist die Knochengesundheit; die medikamentöse Therapie einer Osteoporose kann Frakturen um ca. 40 % verringern, auch noch im fortgeschrittenen Alter (Nguyen, Eisman, & Ngyuen, 2006).

Die wissenschaftliche Beratung und Begleit-evaluation des Programms erfolgt durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Robert-Bosch-Krankenhauses (RBK) in Stuttgart und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Eine Erhebung zeigte, dass die überwiegende Zahl der Teilnehmenden sich im Anschluss an den Kurs sicherer fühlt. Letztlich soll das Programm aber auch dazu führen, dass die Anzahl an sturzbedingten Frakturen abnimmt. Hierfür werden Versicherte der Interventionslandkreise mit Versicherten der übrigen Landkreise verglichen (Rapp et al., 2016); Ergebnisse werden Ende 2019 erwartet.

### Vom Projekt zum Programm

„Trittsicher durchs Leben“ ist nachhaltig. Die Bewegungskurse können auch in Zukunft über den Setting-Ansatz in Anspruch genommen werden. Dass der Nutzen der Kurse über die Vermittlung von Kraft und Balance hinausgeht, zeigt die Rückmeldung einer LandFrau: „Für mich war es eine riesengroße Freude zu sehen, wie sich Gemeinschaft entwickelte, tolle Gespräche geführt wurden und man sich im Anschluss an den Kurs verabredete.“ Die Regionen werden im Jahr 2019 ausgedehnt. Außerdem wird derzeit geprüft, ob „Trittsicher“ um ein optionales Ernährungsmodul erweitert werden kann. Damit wären die zwei Basiskomponenten der Prävention, Bewegung und Ernährung, unter einem „Trittsicher“-Dach vereinigt. Letztlich soll „Trittsicher durchs Leben“ ältere Menschen darin unterstützen, noch möglichst lange die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind.

### Erste Evaluationsergebnisse

Befragungen von Teilnehmenden (über 50 % älter als 75 Jahre), Übungsleiterinnen und Übungsleitern, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Landfrauen haben Folgendes ergeben (Ergebnisse bis April 2018):

- 29 % aller direkt kontaktierten Personen haben an einem „Trittsicher“-Kurs teilgenommen.
- Fast alle Teilnehmenden haben während des Kurses zusätzlich zu Hause trainiert.
- 59 % haben zu Hause nach Ende des Kurses weiter trainiert (der überwiegende Anteil über Monate hinweg).
- Alle Teilnehmenden hatten Spaß (96 % vollkommen, 4 % teilweise).
- 97 % würden den Kurs weiterempfehlen (88 % vollkommen, 9 % teilweise) .
- 63 % fühlen sich sicherer, seit sie den Kurs absolviert haben.

Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*, 66(3), 284-91.

Nguyen, N. D., Eisman, J. A., & Nguyen, T. V. (2006). Anti-hip fracture efficacy of biophosphonates: a Bayesian analysis of clinical trials. *J Bone Miner Res*, 21, 340-9.

Rapp, K., Kampe, K., Roigk P, Kircheisen, H., Becker, C., Lindlbauer, I., ... Büchele G. (2016). The osteoporotic fracture prevention program in rural areas (OFRA): a protocol for a cluster-randomized health care fund driven intervention in a routine health care setting. *BMC Musculoskelet Disord*, 17, 458.

## Reportage „Wer rastet, der rostet“



Autorin:  
Cornelia Kolbeck, Berlin

Es ist Mittwoch, kurz nach neun Uhr. Im großen Raum der DRK-Begegnungsstätte „Treff am Sonneneck“ mitten in Wittmund bereitet Elisabeth Lampka vom Sonneneck-Team schon den Tisch für das „Schnacken“ vor. Sie stellt die kleinen Teegedecke auf den langen Tisch, auch Schälchen mit Kandiszucker und Kännchen mit Milch. Sie weiß, das gemeinsame Friesentee-Trinken – oder wie es auf Platt heißt, die Teetied – ist für die zu den „Trittsicher“-Bewegungskursen kommenden Seniorinnen und Senioren aus Wittmund und Umgebung immer eine schöne Gelegenheit, sich über Alltagserlebnisse und Erfahrungen auszutauschen – eben zu schnacken. Viele von ihnen haben bereits Partnerin oder Partner verloren, die Kinder leben entfernt. Zudem ist die Gegend um Wittmund ländlich geprägt. Es gibt zwar viele Gehöfte, die liegen aber oft weit auseinander. Das tägliche Gespräch über den Gartenzaun ist somit eher die Seltenheit.

### **Programm fördert Mobilität im Alter**

Marie Meentz gehört dem Vorstand des LandFrau-ervereins Wittmund an, ein Ortsverein innerhalb der 14 Vereine des KreislandFrauenverbands Wittmund. Sie ist heute erstmals im Sonneneck. Es sei schön, einige Seniorinnen und Senioren hier wiederzusehen, die sie in den Kurs vermittelt habe, sagt sie. Als LandFrau kennt sie viele der Älteren und deren Familien, Freuden, Sorgen, Krankheiten. Die Gemeinschaft beim und nach dem Kurs tut ihnen gut, weiß sie längst aus Gesprächen, aber vor allem die Bewegung.

Das „Trittsicher“-Bewegungsprogramm hilft den Seniorinnen und Senioren, mobil zu werden oder mobil zu bleiben. Die Kursteilnehmerinnen heute sind größtenteils an die 80, manche fast 90 Jahre alt. Die jahrzehntelange schwere Arbeit auf dem Feld und im Stall hat bei ihnen Spuren hinterlassen. Neben dem Stuhlkreis stehen deshalb vereinzelt Gehhilfe oder Rollstuhl. Die körperlichen Einschränkungen scheinen jedoch vergessen zu sein, als Kursleiter Heino Brüling pünktlich um 9:30 Uhr in die Runde tritt, die Teilnehmerinnen

begrüßt und die Kurseinheit eröffnet. Mit einem Kurs hat er Anfang 2016 begonnen, jetzt sind es sechs. Mittwochs sind es immer zwei hintereinander.

Gestartet wird im Sitzen. Die 15 Teilnehmerinnen konzentrieren sich auf den Übungsleiter, den alle freundschaftlich beim Vornamen nennen. Brüling ist mit 68 Jahren der Jüngste in der Runde. Der Trainer ermuntert zum Aufwärmen von Gelenken und Muskeln: Arme nach vorn strecken, Finger bewegen, Faust machen; Schultern hoch und runter und kreisen, Fäuste nach vorn wie beim Boxen. „Atmen nicht vergessen“, mahnt er lächelnd.

Die Frauen absolvieren ein für ihr Alter anspruchsvolles Programm. Eine Stunde Bewegung fordert ihren ganzen Körper. Auch Koordination ist gefragt, denn Brüling wechselt schnell die Übungen. Linke Hand – rechte Schulter, rechte Hand – linke Schulter. Ein geschärfter Blick ist nötig, als die Frauen bunte Hula-Hoop-Reifen quer durch den Kreis rollen sollen. Neben Konzentration kommt es jetzt auf Schnelligkeit an, denn es gilt, die Reifen aufzufangen, bevor sie anstoßen und umfallen.

Es wird mit Leidenschaft und manchmal auch mit Mühe geübt. Ehrgeiz ist zu spüren: Die Frauen sind voll bei der Sache. Sie wollen die Übungen schaffen – auch wenn der Körper den Erfolg gelegentlich nur widerstrebend gönnt oder gar versagt. Vor allem aber wird immer wieder herzlich gelacht – besonders, als der Übungsleiter die Gäste, neben LandFrau Meentz auch Eveline Richter und Ralf Neumann von der das Projekt tragenden Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, zum Mitmachen auffordert.

### **Gleichgewichts- und Kraftübungen**

Ein Schwerpunkt der Trainingseinheit liegt auf Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention. Die Menschen sollen auch ihren Alltag so lang wie möglich alleine bewältigen können, deshalb lässt



„Ich hätte nicht gedacht, dass ich meine Gleichgewichtsprobleme wieder in den Griff bekommen würde.“



**„Wir hatten immer die Hausaufgabe, das Training daheim in den Alltag zu integrieren. Das klappt meistens schon: Wir putzen jetzt nicht, wir machen Sport.“**

der Trainer entsprechende Bewegungen einfließen: „Ich halte hier keine großen Vorträge, ich flechte das Praktische immer mit ein. Knie heben hilft z. B. beim besseren Treppensteigen und um nicht am Bordstein zu stolpern. Übungen über dem Kopf helfen, zu Hause Sachen oben aus dem Schrank zu nehmen oder sich wieder die Halskette zumachen zu können.“ Die Reaktionen der Teilnehmenden zeigen ihm, dass er richtig liegt. Brüling: „Sie bestätigen die Hindernisse, die wir beseitigen wollen.“

Dann wird es schwieriger. Kraftübungen mit Fußgewichten zwischen 500 g und 1 kg Gewicht stehen auf dem Programm. Einmal linke, einmal rechte Seite. Knie heben, auf einem Bein stehen, Bein zur Seite – und der Trainer zählt

„eins, zwei, drei, vier, fünf“, jeweils bis zur Entspannung. Nun noch zusätzlich die Arme zur Seite. „Und immer lächeln, meine Damen!“. Das gemeinsame Lachen ist Beweis dafür, dass der Kurs Spaß macht.

Was sich für sportliche Menschen leicht anfühlt, wird für die Seniorinnen und Senioren zur Herausforderung. Es ist aber genau das, was die Muskulatur und das Gleichgewicht stärkt, weiß Brüling schon von seiner ehrenamtlichen Arbeit als Vorsitzender der Behinderten- und Reha-Sportgemeinschaft-Wittmund e. V. Er ist zudem erfahren im Üben mit Herz- und Lungenkranken. Mit jedem Kurs wird es für die Teilnehmenden ein klein wenig leichter, hat er gelernt. Und jeder noch so geringe Erfolg freut ihn.

### **Projektförderung durch Krankenkasse**

Eveline Richter arbeitet bei der Krankenkasse im Telezentrum Kassel und ist hier auch zuständig für die Landkreise Wittmund und Friesland. Sie berichtet über die Anfänge des äußerst innovativen Projekts: „Bei uns sind verhältnismäßig viele ältere Menschen versichert und mit ‚Trittsicher durchs Leben‘ konnten wir ihnen etwas Maßgeschneidertes anbieten. In den Kreisen Wittmund und Friesland haben wir gezielt 240 bzw. 160 Personen angesprochen. Entweder habe ich angerufen und am Telefon über das Projekt erzählt, oder ein Kollege vom Außendienst kam vorbei.“

Auch Ralf Neumann besucht heute ausnahmsweise den Kurs. Er ergänzt: „Wir haben das ‚Trittsicher‘-Programm vorgestellt und die Menschen zusätzlich vor Ort, zu Hause, beraten, wo Unfallrisiken lauern und wie man hier durch verschiedene Maßnahmen Stürzen vorbeugen kann.“ Er war und ist wie seine Kolleginnen und Kollegen für die das Projekt mittragende Unfallkasse im Bereich Prävention unterwegs, um Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und berufsbedingte Erkrankungen vermeiden zu helfen. Das umfasst auch das Identifizieren von Sturz- und Stolperfällen und Hinweise, wie die Gefahrenstellen zu vermeiden sind.

Neumann kennt die landwirtschaftlichen Betriebe in Ostfriesland von seinen Begehungen. Er erklärt: „Auch wenn in den Betrieben fortwährend modernisiert wird, gibt es nach wie vor Gefahrenstellen.“ Diese ließen sich aber in vielen Fällen leicht beseitigen. So empfehlen er und seine Kolleginnen und Kollegen z. B. vor Ort das Anbringen von Handläufen bei Treppen im Eingangsbereich, LED-betriebene Leuchten mit Bewegungsmelder für dunkle Wege in Haus und Hof oder auch das Tragen von Spikes unter den Schuhsohlen, um bei Glatteis nicht auszurutschen.

Wie geplant endete das Pilotprojekt im September 2017, die „Trittsicher“-Bewegungskurse mit ihrer Anreicherung durch Gemeinschaftsaktivitäten,

die der Vereinsamung vorbeugen – wie hier mit der Teetied –, gibt es aber auch weiter. „Jetzt fahren wir nicht mehr gezielt als Werber für das Projekt auf die Höfe, aber wir empfehlen natürlich immer noch ‚Trittsicher‘-Bewegungskurse“, sagt Neumann. Und organisiert werden sie nach wie vor über die Telezentren, die Landfrauen und die aufgebauten Verbindungen. Seniorinnen und Senioren melden mittlerweile aber auch von sich aus Interesse an. „2.300 Kurse sind inzwischen in den fünf Bundesländern bei unseren Telezentren gelistet. Das war auch das Ziel, dass es sich verfestigt und verstetigt. Das große Ziel ist, dass es ein bundesweites Angebot wird und in ein Dauerangebot der Sport- und Turnvereine vor Ort übergeht.“

### **Schwieriger Start**

Einfach sei der „Trittsicher“-Start in Wittmund nicht gewesen, erinnert sich Marie Meentz. Das hätte schon mit der Skepsis bei den Landfrauen selbst begonnen. „Wir dachten, wie sollen wir geeignete Übungsleiter und Räume finden und vor allem die Teilnehmer?“ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkasse konnten die Zweifel jedoch bei der Programmvorstellung auf den Kreisversammlungen der Landfrauen ausräumen. Inzwischen bieten alle LandFrauen-Ortsvereine Kurse an. Meentz wollte auch wissen, wie ein Bewegungskurs praktisch funktioniert. Sie meldete sich kurzerhand an und war begeistert. Es folgte mit Hilfe des Sportbundes die Suche nach einem Übungsleiter für Wittmund. Heino Brüling sagte sofort zu, nachdem er das Konzept genauer kennengelernt hatte.

„Dann habe ich Klinken geputzt, um die ersten Teilnehmenden zusammenzubekommen“, erinnert sich die LandFrau. Anfangs sei allerdings auch bei den Seniorinnen und Senioren die Skepsis groß gewesen. „Was soll ich da?“, hätten sie zu ihr gesagt, weil sie solche Kurse immer „nur für die Stadtleute“ kannten. Doch das Programm wurde immer bekannter. Inzwischen läuft die Teilnahmergewinnung vielfach über Mundpropaganda:

„Haste schon gehört, komm doch mal mit.“ Heino Brüling hat jetzt sogar eine Warteliste und steht kurz davor, den siebten Kurs zu eröffnen.

„Die Landfrauen und Kursleiter waren und sind uns als Multiplikatoren eine große Stütze, ohne ihr Engagement hätten wir es nicht geschafft“, betont Richter, diesmal an Frau Meentz gewandt. „Landfrauen wissen durch ihren engen Kontakt zu den Menschen, für welche Personen die ‚Trittsicher‘-Kurse vorteilhaft sind. Und mancher geht mit, weil der Nachbar auch hingehet. Das sind gewollte Effekte.“ Das bestätigt Neumann: „Die Landfrauen, die sehr gut vernetzt sind, haben uns unheimlich unterstützt, sie haben sogar bei Bedarf auch Fahrgemeinschaften organisiert für die Teilnehmer.“

Geworben worden sei anfangs für das „Trittsicher“-Bewegungsprogramm im direkten Kontakt sowie über Vorträge, z. B. bei den Landfrauen. Wer Nachfragen hatte, konnte bei der Krankenkasse anrufen und sich beraten lassen. Die Reaktion der Seniorinnen und Senioren war durchwachsen: „Wir hatten alles, von sofort Feuer und Flamme und direkter Zusage bis zu nicht so großem Andrang“, erinnert sich Neumann.

### **Zusammen hält gesund**

„Unser Ziel ist nicht nur, dass die Senioren aktiv werden, sie sollen es auch regelmäßig sein.“ Die Erfahrung zeige aber auch, dass die Menschen gern wiederkommen, weil ihnen die Bewegung beispielsweise hilft, wieder gut aus dem Auto aus- oder einsteigen zu können. „Ein Trainer hat einmal berichtet, dass Teilnehmer versehentlich mit Manschette und ohne Gehilfe wieder nach Hause

gehen wollten“, erinnert sich Eveline Richter. Und ein Teilnehmer habe sich angesichts der neuen Kommunikation untereinander erfreut geäußert: „Unser Dorf funktioniert wieder.“ Es sei also nicht nur das effektive Training, sondern auch der soziale Aspekt, der viele sich aufrufen lässt. „Das Tolle ist, dass heute noch Leute dabei sind, die wir schon vor zwei Jahren kontaktiert haben.“

Während im vorderen Teil des Raumes am langen Tisch die Seniorinnen aus dem ersten Kurs noch angeregt bei der fünften Tasse Tee Neuigkeiten austauschen, finden sich nach und nach die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des zweiten Kurses ein. Sie legen ihre Jacken ab, manche tauschen Straßen- gegen Sportschuhe. Um 11:45 Uhr schaltet Heino Brüling den Rekorder ein. Die Musik ruft zur nächsten Runde. Diesmal sind auch vier Herren dabei.

Heino Brüling lässt auch die zweite Gruppe mit hier und da eingeflochtenen Scherzen und Alltagsempfehlungen dem gewohnten Übungsablauf folgen, und wieder geben die Seniorinnen und Senioren ihr Bestes bei Übungen zum Muskelaufbau, beim Stehen auf dem Balancekissen, bei den Gleichgewichtsübungen mit und ohne Gewichtsmanschetten. Schnell sind danach aber die Trainingsschuhe wieder gegen Straßenschuhe getauscht und das Sportshirt gegen die Bluse. Das Schnacken lockt auch hier. Elisabeth Lampka hat den Tisch wieder neu eingedeckt und jemand hat selbstgebackenen Kuchen mitgebracht.

„Die Mobilität unserer älteren Menschen zu erhalten, ist eine wichtige Aufgabe und für uns Landfrauen eine Herzensangelegenheit. Sturzprävention kann dazu beitragen, diese Mobilität zu erhalten. Landfrauen haben mit ihrem Engagement maßgeblich zum Gelingen des Projekts sowie zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Lebensqualität älterer Menschen im ländlichen Raum beigetragen. Nun gilt es, das erfolgreiche Projekt gemeinsam zu verstetigen.“

**Brigitte Scherb, Präsidentin des Deutschen LandFrauenverbands**

## Ausgezeichnete Initiative

„Trittsicher durchs Leben“ erhielt ob seiner Erfolge im Mai 2018 beim 12. Deutschen Seniorentag die **„Wir sind IN FORM“-Plakette**. IN FORM ist eine bundesweite Initiative, die seit 2008 Projekte auszeichnet, die Ernährungs- und Bewegungsbildung vorbildlich umsetzen. Grundlage ist der Nationale Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, initiiert vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit.

[www.in-form.de](http://www.in-form.de)

„Innerhalb dieses Projekts ist es möglich, die Vereine des DTB (mit ihren qualifizierten Übungsleiterinnen und Übungsleitern) als vorhandene Struktur im ländlichen Raum zu nutzen und ihnen gleichzeitig Anstoß zu geben, im Bereich Sport der Älteren Bewegungsangebote zu initiieren. Für den DTB bietet sich zudem die Chance, hierüber Mitglieder zu gewinnen und das Profil des DTB als Bewegungsexperte in der öffentlichen Wahrnehmung zu schärfen.“

**Rainer Brechtken, Ehrenpräsident des DTB**



# Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz in Vorbereitung



Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) erstellt derzeit ihren ersten, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zukünftig alle vier Jahre zu übermittelnden Präventionsbericht. Mit dem Bericht wird 2019 erstmals eine trägerübergreifende Bestandsaufnahme zur lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention vorliegen, auf deren Grundlage ab dem zweiten Bericht (2023) Entwicklungen abbildbar sein werden.



## Konzeptentwicklung

Die Erstellung des Präventionsberichts geht auf das im Juli 2015 verabschiedete Präventionsgesetz zurück. Darin heißt es: „Der Bericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation“ - und weiter: „Er verschafft den Akteuren eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ (vgl. Gesetzesbegründung zu § 20d Abs. 4 SGB V). Zu welchen Aspekten der Bericht Auskunft geben soll, ist ebenfalls durch das Präventionsgesetz vorgegeben (**s. Kasten**).



Autorinnen und Autoren:

Dr. Stefanie Liedtke,  
GKV-Spitzenverband

Dr. Stefan Gravemeyer,  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung

Dr. Marion Baierl,  
Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau

Dr. Guy Oscar Kamga Wambo,  
Deutsche Rentenversicherung  
Bund

Basierend auf dieser Ausgangslage hat die NPK zunächst ein Grobkonzept für den Präventionsbericht entwickelt. In dem Konzept wurden die allgemeinen Ziele, Inhalte und Methoden skizziert und der Prozess zur Erstellung des Berichts beschrieben. Für die Konkretisierung der Aspekte wurde anschließend ein Feinkonzept erstellt.

In die Konzeptentwicklung waren folgende Akteure einbezogen:

- die NPK-Träger: GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund
- der seit Februar 2017 in der NPK stimmberechtigt mitwirkende Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- die beratenden NPK-Mitglieder: Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Sozialpartner, Bundesagentur für Arbeit, Patientenvertretungen, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. als Repräsentantin des Präventionsforums nach § 20e Abs. 2 SGB V
- das Robert Koch-Institut (RKI)
- ein wissenschaftlicher Beirat

Die NPK hat die gesetzliche Aufgabe, alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juli 2019, einen Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das BMG fügt dem Bericht eine Stellungnahme der Bundesregierung bei und leitet ihn an Bundestag und Bundesrat weiter (vgl. § 20 Abs. 4 SGB V).

In dem Bericht müssen sich insbesondere Angaben zu folgenden Aspekten wiederfinden:

- Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20–20g SGB V
- Ausgaben für die Leistungen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie von GKV, GUV, GRV, SPV und - bei stimmberechtigter Mitwirkung in der NPK, wie seit 2017 der Fall - der PKV
- Erreichung der gemeinsamen Ziele und Zielgruppen
- Zugangswege für die Leistungserbringung
- erreichte Personen
- Erfahrungen mit der Qualitätssicherung
- Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen
- relevante Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
- regionale Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder (gesetzliche Kann-Leistung)
- mögliche Schlussfolgerungen sowie Empfehlungen für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Ausgabenwerte für die Leistungen der Krankenkassen nach §§ 20–20c SGB V

Bei der Erarbeitung des Feinkonzepts erhielt die NPK zusätzliche Unterstützung durch das IGES Institut. Das IGES Institut wurde zudem mit der Umsetzung des Konzepts und der damit einhergehenden Erstellung des Präventionsberichts beauftragt.

### Inhaltliche Schwerpunkte

Angelehnt an § 20d Abs. 4 SGB V wird ein Schwerpunkt des Präventionsberichts darauf liegen, das Engagement der Sozialversicherungsträger und der PKV zur Umsetzung des Präventionsgesetzes und speziell der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) nach § 20d Abs. 3 SGB V darzulegen. Das Feinkonzept sieht vor, die entsprechenden Ausführungen in einen breiteren Kontext einzubetten und die Themen Gesundheitsförderung und Prävention aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive zu erörtern. Folglich wird der Blick nicht allein auf die Sozialversicherungen und die PKV gerichtet, sondern auch auf die beratenden NPK-Mitglieder und deren Mitgliedsorganisationen bzw. nachgeordnete Stellen.

Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, wird im Bericht als Querschnittsthema verankert.

### Struktur des Berichts

Nach aktuellem Stand ist für den Präventionsbericht folgende inhaltliche Struktur angedacht: Beginnend mit einer Einführung zum gesetzlichen Auftrag, zu den Zielen und Methoden des NPK-Präventionsberichts ist eine Übersicht zur Ausgangslage und den Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorgesehen. Im Fokus stehen folgende drei Fragestellungen:

- Wo liegen die zentralen **epidemiologischen Herausforderungen** und wie stellen sich die Präventionsbedarfe und Präventionspotenziale der in den BRE adressierten Zielgruppen dar?

- Wie gestaltet sich der Forschungsstand zu **Wirksamkeit und Nutzen** von lebens- und arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention?
- Welche Akteure (inter-)agieren in der Gesundheitsförderung und Prävention mit welchen (insbesondere gesetzlichen) Aufgaben?

Aufbauend auf dieser Übersicht soll dargelegt werden, welche Leistungen in den Systemen der NPK-Mitglieder zur Erreichung der in den BRE adressierten Ziele und Zielgruppen erbracht wurden, welche Erfahrungen die Akteure bei ihrer Zusammenarbeit und im Hinblick auf die Qualitätssicherung gesammelt haben und wie hoch ihre jeweiligen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention waren.

Informationen zum Umsetzungsstand der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V sind ebenfalls vorgesehen – einschließlich eines Überblicks, welche Kooperationsstrukturen in den Ländern und Kommunen existieren oder neu gebildet wurden und wie die Akteure die Strukturen bewerten.

Ergänzend wird der Präventionsbericht Informationen zur Umsetzung weiterer zentraler Aspekte des Präventionsgesetzes enthalten, insbesondere in Bezug auf:

- den GKV-Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V,
- die BZgA-Beauftragung nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V,
- die regionalen Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V,
- das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V,
- die Präventionsempfehlung nach §§ 25 Abs. 1 u. 26 Abs. 1 SGB V,
- den SPV-Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

Den Abschluss des Berichts wird ein Kapitel bilden, in dem alle zusammengetragenen Inhalte kritisch reflektiert und Schlussfolgerungen zur

Basierend auf Ergebnissen von wissenschaftlichen Beauftragungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des § 20a Abs. 3 und 4 SGB V sowie einer Aktualisierung des 28. iga. Reports.

Basierend auf Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Länderebene.

Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gezogen werden. Dabei sollen auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten von Dokumentations- und Evaluationspraktiken geprüft sowie Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele und zum Ausbau der Kooperation und Koordination im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V aufgezeigt werden.

#### **Methodik und Mitwirkende**

Als methodisches Kernelement des Präventionsberichts hat das IGES Institut von April bis Juni 2018 eine Online-Erhebung in den Systemen aller NPK-Mitglieder durchgeführt. Alle Beteiligten erhielten die Gelegenheit, in einem elektronischen Fragebogen ihre im Jahr 2017 durchgeführten lebens- und arbeitsweltbezogenen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu beschreiben, Einschätzungen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen beizusteuern, ihre Zusammenarbeit mit anderen Akteuren zu bewerten sowie Auskünfte zu geben, wie in ihren Systemen die Themen Qualitätssicherung und Evaluation umgesetzt werden. Zur Zusammenarbeit, Qualitätssicherung und Evaluation wurden ergänzend Telefoninterviews durchgeführt.

Von Juli bis September 2018 wurden die Fragebögen und Interviews ausgewertet, im Oktober fanden Sitzungen mit dem wissenschaftlichen Beirat und den beratenden NPK-Mitgliedern statt, um die Ergebnisse zu diskutieren. Daran anschließend hat das IGES Institut begonnen, einen ersten Berichtsentwurf zu erstellen.

Die Erstellung des Berichtsentwurfs beinhaltet für IGES nicht allein die Aufgabe, die Ergebnisse der Online-Erhebung und der Interviews aufzubereiten, sondern auch alle weiteren, zum Teil von Dritten eingebrachte Berichtsbestandteile in einem Gesamtbericht zusammenzuführen. Separate Beiträge werden z. B. beigesteuert vom RKI (zu Ergebnissen aus dem Gesundheitsmonitoring des Bundes), den Ländern (zu Erkenntnissen aus der

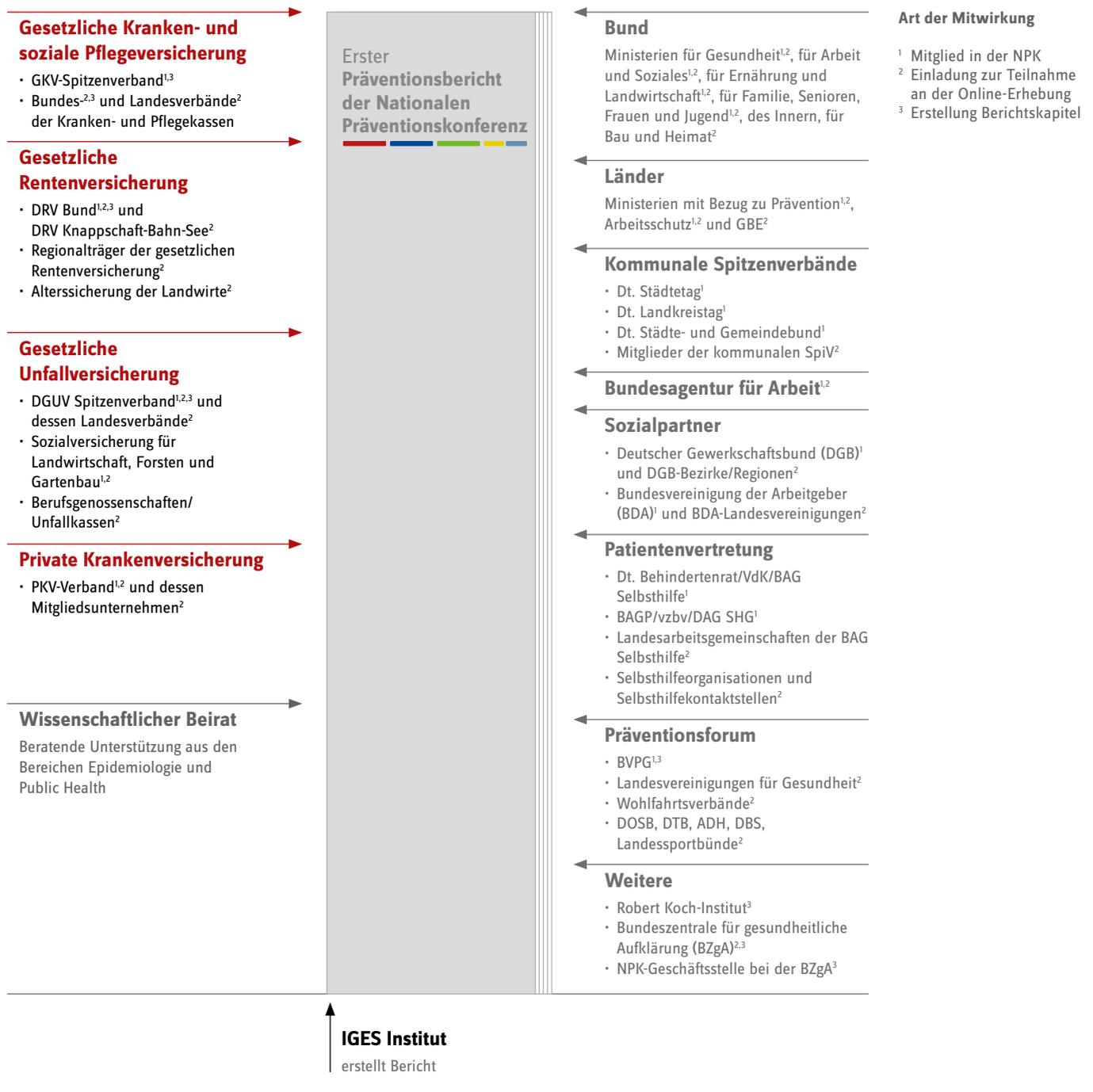
Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene) und der BZgA (zu Ausbau und Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit). Eine Beratung des Berichtsentwurfs in der NPK ist für März 2019 geplant.

Die Abbildung 4 gibt eine Übersicht über alle Akteure, die in die Erstellung des Präventionsberichts involviert sind – z. B. indem sie konzeptionell mitwirken, redaktionelle Beiträge leisten und/oder eingeladen wurden, an der Online-Erhebung teilzunehmen.

#### **Ausblick**

Mit der Erstellung des NPK-Präventionsberichts 2019 wird eine erste Bilanz zur Umsetzung des Präventionsgesetzes und insbesondere der von der NPK entwickelten und fortzuschreibenden nationalen Präventionsstrategie gezogen. Die Sozialversicherungsträger werden die in den Bericht einfließenden Informationen nutzen, um ihr Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement qualitätsgesichert weiterzuentwickeln. Gleichzeitig sollen Ansatzpunkte identifiziert werden, wie auch das Engagement aller anderen in der NPK vertretenen – und für die Gesundheitsförderung und Prävention ebenfalls in der Verantwortung stehenden – Akteure im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Handelns weiterentwickelt werden kann. Dabei wird auch hinterfragt werden, inwieweit der derzeitige gesetzliche Rahmen und die damit verbundenen Finanzierungsstrukturen die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe unterstützen.

**Abb. 4: Mitwirkende bei der Erstellung des NPK-Präventionsberichts 2019**



**Abkürzungen:**  
 ADH: Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband, BAG Selbsthilfe: Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, BAGP: BundesArbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen, BVPG: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, DAG SHG: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, DBS: Deutscher Behindertensportverband, DOSB: Deutscher Olympischer Sportbund, DTB: Deutscher Turner-Bund, GBE: Gesundheitsberichterstattung, VdK: Sozialverband VdK Deutschland, vzbv: Verbraucherzentrale Bundesverband

# Zahlen im Überblick

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

In den folgenden Kapiteln wird auf die Ergebnisse zu den einzelnen Ansätzen differenziert eingegangen. Das betrifft die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, die betriebliche Gesundheitsförderung einschließlich der Aktivitäten in Kooperationen und Netzwerken zur Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung und die individuelle verhaltensbezogene Prävention.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2017. Die Prozentzahlen zur Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2018 entnommen werden ([www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)). Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 153.258.190 Euro; das entspricht 2,12 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 30 % angestiegen.

Nach § 20a Abs. 3 SGB V beauftragt der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Hierfür erhielt die BZgA 2017 eine Pauschale in Höhe von 0,46 Euro je Versicherten aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten. In den oben genannten Ausgaben in Höhe von 2,12 Euro je Versicherten sind diese enthalten.

**Abb. 5: Zahlen im Überblick**



Das in § 20 Abs. 6 SGB V definierte Ziel, ab 2016 mindestens 2,00 Euro je Versicherten für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden, erforderte den Ausbau bestehender Projekte auf weitere Lebenswelten sowie den Aufbau neuer Projekte. Die Zahl der erreichten Settings steigerte sich im Vergleich zum Vorjahr um 12 %, die Zahl der erreichten Personen um 36 %. Die Krankenkassen bauten demnach ihr gesundheitsförderliches Engagement in Lebenswelten im Vergleich zum Vorjahr nochmals aus.

2017 konnte die gesetzlich vorgesehene Ausgabenhöhe von mindestens 2,05 Euro je Versicherten erreicht werden.

158 Mio. €

Betriebliche  
Gesundheitsförderung

1.854.427

Menschen

17.672 Betriebe



33 % verarbeitendes Gewerbe  
18 % weitere Dienstleistungen

Mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten 2017 im Vergleich zum Vorjahr 35 % mehr Betriebe und 29 % mehr Beschäftigte erreicht werden.

2017 gaben die Krankenkassen 158.123.580 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aus. Das entspricht 2,19 Euro je Versicherten. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 6,41%.

Damit konnte die gesetzliche Krankenversicherung das Ziel nach § 20 Abs. 6 SGB V erreichen, im Jahr 2017 je Versicherten mindestens 2,05 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren.

208 Mio. €

Individuelle  
Präventionsangebote

1.675.008

Kursteilnahmen



70 % Bewegung  
26 % Stressbewältigung

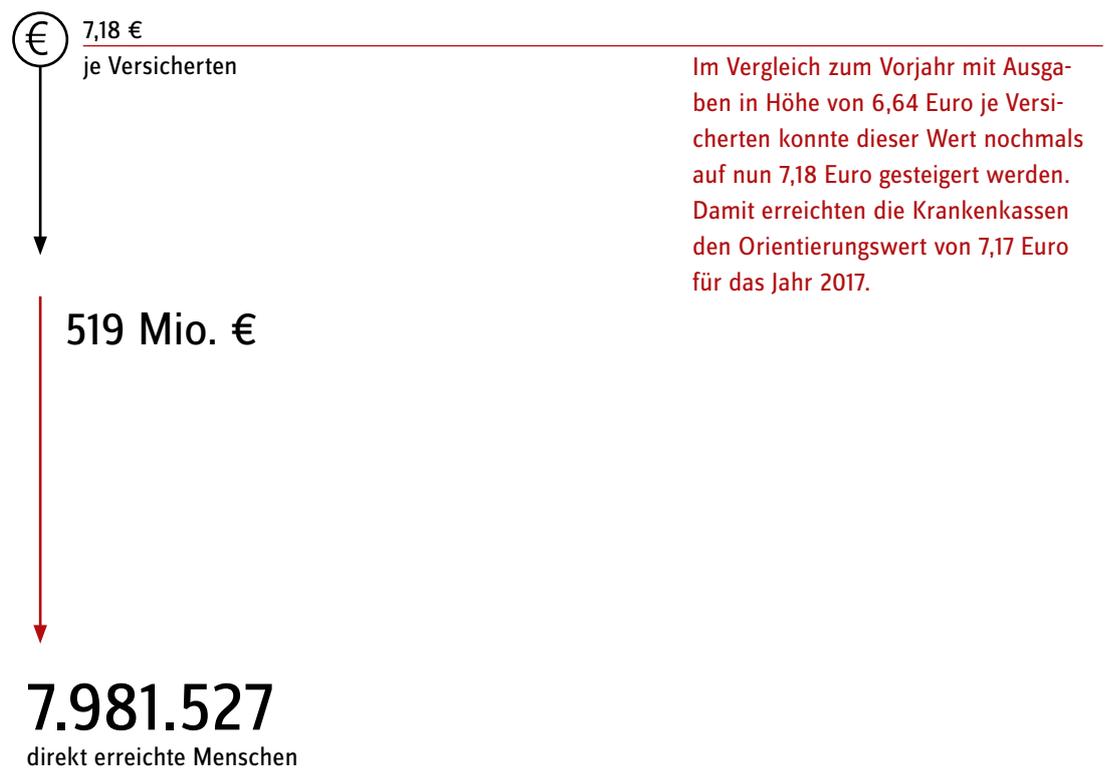
In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuweisen, wie sie das Erlernte im Alltag umsetzen können.

2017 förderten die Krankenkassen 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Anzahl der Kursteilnahmen im Vergleich zu 2016 in etwa gleich geblieben.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 207.630.505 Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabenminderung um 2 % im Vergleich zum Vorjahr.

## GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20, 20a-c SGB V)

**Abb. 6: GKV-Ausgaben 2017**



Die Ausgaben der Krankenkassen für die Aufgaben nach den §§ 20, 20a-c SGB V sollen im Jahr 2017 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Gesamtbetrag in Höhe von 7,17 Euro umfassen. Für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben sind davon jeweils mindestens 2,05 Euro je Versicherten zu verausgaben. Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention - 7,18 Euro je Versicherten aus.

Sie haben damit 2017 ihre Gesamtausgaben für primäre Prävention und Gesundheitsförderung um rund 10 % auf insgesamt 519.012.275 Euro gesteigert. Dadurch leisteten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

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

**Abb. 7: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**



Nach § 5 Abs. 2 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, für die Wahrnehmung ihrer Gesundheitsförderungs- und Präventionsaufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2017 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,31 Euro auszugeben. Das entspricht bei einer Anzahl von ca. 71,5 Mio. bei Pflegekassen Versicherten im Jahr 2017 einer Summe von ca. 22,1 Mio. Euro. Insgesamt investierten die Pflegekassen 8.507.272 Euro in die Beratung und Umsetzung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Im Vergleich zum Vorjahr – dem Jahr des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes –, in dem die Pflegekassen 4.356.354 Euro

aufwendeten, haben sich die Ausgaben nahezu verdoppelt. Die Ergebnisse zeigen, dass den Pflegekassen der systematische Einstieg in die Themen Gesundheitsförderung und Prävention zwar gelungen ist und die Strukturen kontinuierlich ausgebaut wurden, allerdings müssen weiterhin passgenaue Angebote sukzessive mit der Praxis entwickelt werden. In der praktischen Umsetzung zeigt sich aber auch, dass stationäre Pflegeeinrichtungen über die notwendigen Ressourcen (personell, strukturell) verfügen müssen, um langfristig eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung zu ermöglichen.

## Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

Die Anteile von Männern und Frauen in den drei Ansätzen der GKV-Leistungen gemäß § 20 Abs. 4 SGB V - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention - unterscheiden sich deutlich.

Angebote zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden überwiegend von Frauen nachgefragt. **81%** der Kursteilnehmenden waren weiblich.

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%** der Teilnehmenden sind Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind Schulen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden hingegen mit **64%** deutlich mehr Männer erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In den Branchen des verarbeitenden Gewerbes gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Insgesamt wurden in den drei oben genannten Bereichen 4.340.815 Frauen und 3.637.130 Männer erreicht. Es wurden hier nur Dokumentationsbögen einbezogen, die Angaben zum Geschlecht enthielten. Bei 3.582 Teilnahmen an Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention fehlen diese.

Abb. 8:

### Erreichte Personen nach Geschlecht



# Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

**Lebenswelten** bzw. **Settings** haben sich als Interventionsebenen für Primärprävention und Gesundheitsförderung bewährt. Diese können beispielsweise durch Institutionen wie Kindertagesstätten oder Schulen formal festgelegt oder durch einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug – z. B. einen Stadtteil – sowie eine gemeinsame Lebenslage definiert sein. Lebenswelten sind abgrenzbare soziale Systeme (§ 20a Abs. 1 SGB V), die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind.

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geht es darum, unter Beteiligung der Menschen im Setting die strukturellen Bedingungen für Gesundheit im direkten Umfeld zu optimieren. Dadurch soll auch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens erleichtert werden. Die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen schafft langfristig die Grundlage für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt.

Dieser Ansatz ist besonders gut geeignet, um Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Nach aller Erfahrung nutzen sozial Benachteiligte präventive Angebote mit Komm-Struktur nur unterproportional. Durch die Auswahl der Settings, z. B. Kommunen mit besonderem Erneuerungsbedarf, können gezielt sozial Benachteiligte mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung erreicht werden. Dadurch kann der

engen Verknüpfung von schlechter sozialer Lage und unterdurchschnittlichen Gesundheitschancen entgegengewirkt werden.

Als Indikator für das Erreichen sozial Benachteiligter kann die Beteiligung von Menschen in „sozialen Brennpunkten“ herangezogen werden. Die Krankenkassen erheben diesen Indikator für den Präventionsbericht (s. S. 46).

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 4.426 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet. Die Arbeitswelt bildet ein besonderes Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 89 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“).

Nachfolgend werden die im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben. Die Prozentangaben in den Abbildungen beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich, ebenso wie weitere differenzierte Auswertungen, im Tabellenband ([www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)). Außerdem werden Gesundheitsförderungsaktivitäten für arbeitslose Menschen beschrieben.

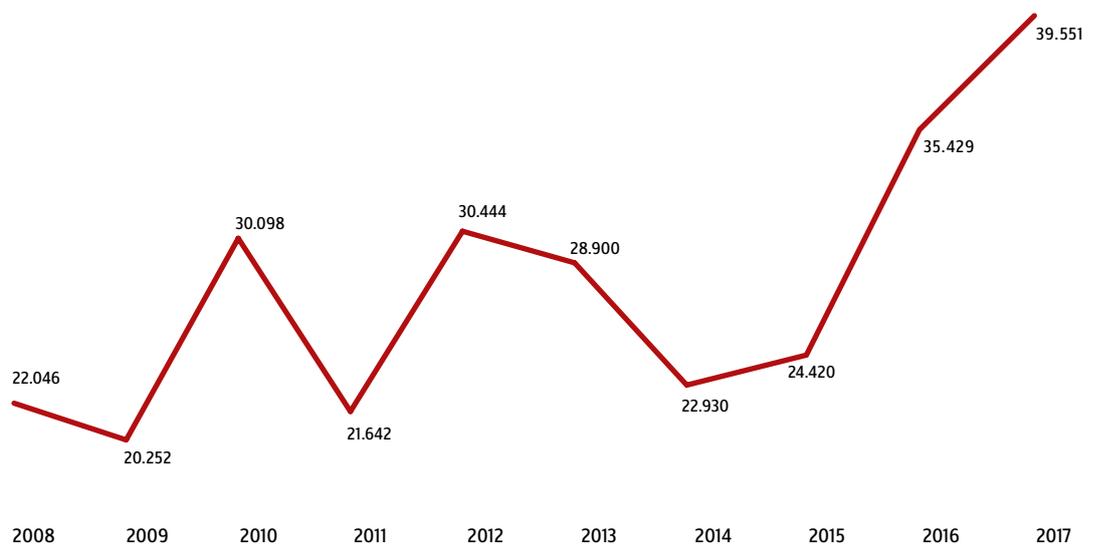
Rosenbrock, R. (2015). Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. *Z Allg Med*, 91(5), 213-219.

## § 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. [...]“

## Lebenswelten

**Abb. 9: Anzahl der Lebenswelten 2008-2017**



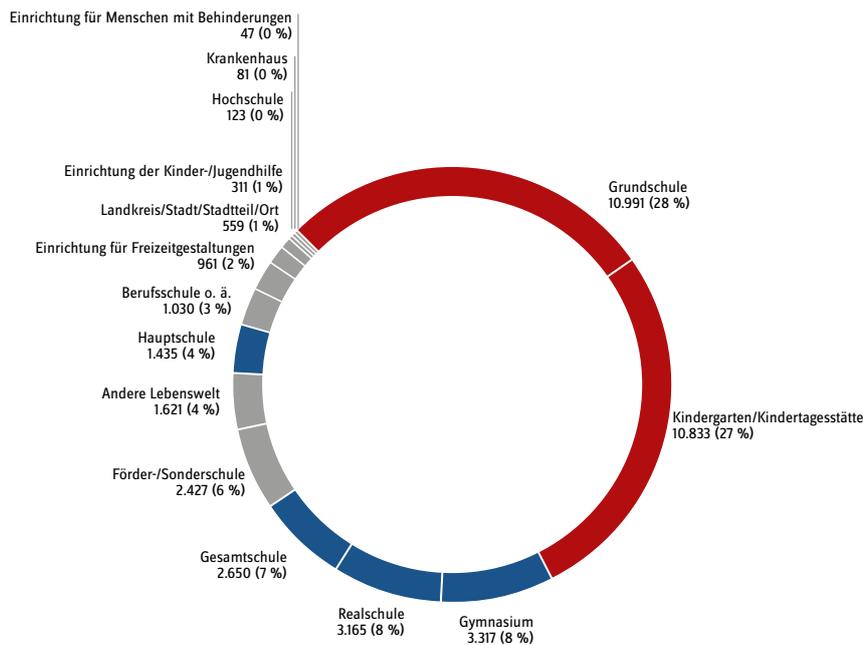
Mit den krankenkassengeforderten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden verschiedene Lebenswelten der Menschen erreicht. Ziel der Maßnahmen ist es, die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten, damit die Chancen der Menschen auf ein Leben in Gesundheit langfristig verbessert werden; gleichzeitig können die Menschen durch niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil erwerben.

Die im Präventionsgesetz von 2015 definierte Ausweitung der Präventionsaktivitäten in Lebenswelten (§ 20 Abs. 6 SGB V) hat dazu beigetragen, dass 2017 die Anzahl der erreichten Lebenswelten im Vergleich zum Vorjahr um 12% gesteigert werden konnte: von 35.429 im Jahr 2016 auf 39.551 im Jahr 2017. Damit wurde auch die Zahl direkt erreichter Personen gesteigert, nämlich von 3.280.868 auf 4.452.092. Dies spiegelt sich auch in einer **Ausgabensteigerung** wider: 2017 wurden je Versicherten 2,12 Euro statt 1,63 Euro im Jahr 2016 ausgegeben; damit wurde die vorgegebene Ausgabenhöhe von 2,05 Euro je Versicherten sogar übertroffen.

s. „Zahlen im Überblick“, S. 38

## Art der Lebenswelten

**Abb. 10: Art und Anzahl der Lebenswelten**

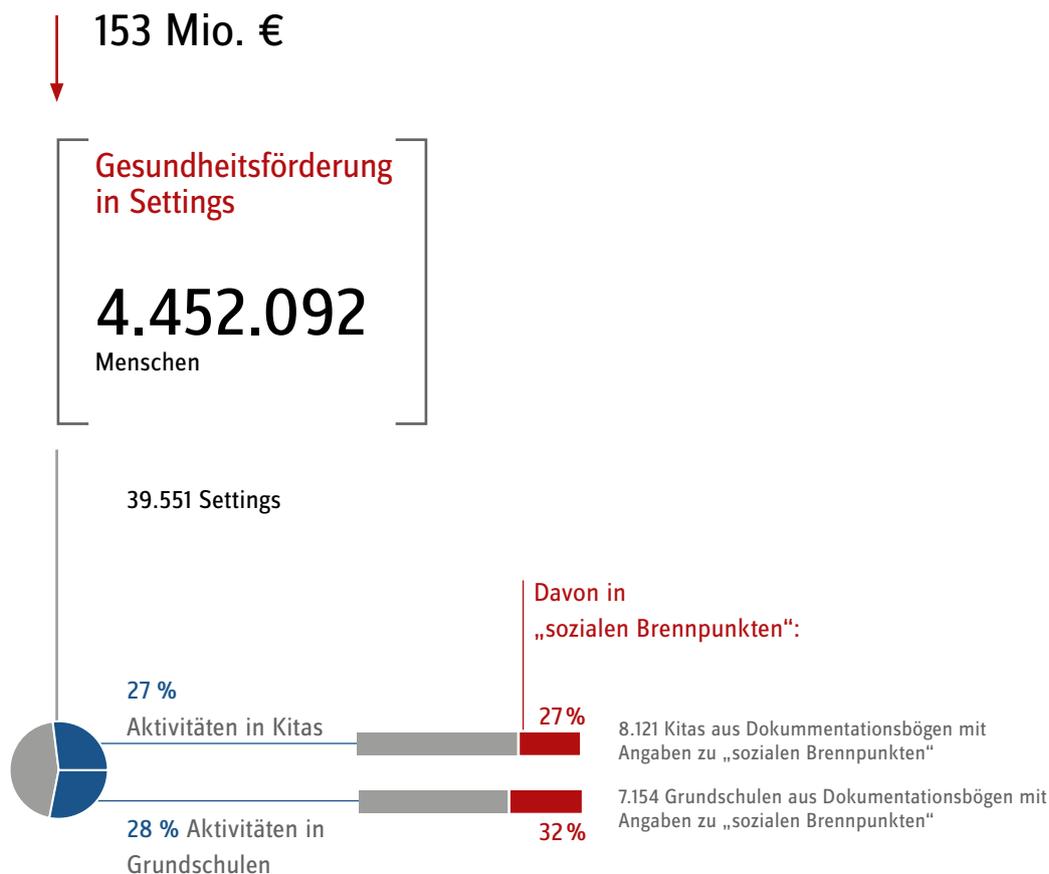


Die von Krankenkassen unterstützten Aktivitäten fanden in vielen Lebenswelten statt, am häufigsten in Grundschulen (28 %), **Kindergärten/ Kindertagesstätten** (27 %) und weiterführenden Schulen (27 %). Diese Positionen machten 32.391 von 39.551 insgesamt erreichten Lebenswelten aus. Die Maßnahmen richteten sich an die Kinder selbst, an deren Eltern sowie an pädagogisches Personal der jeweiligen Institution.

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

## Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

**Abb. 11:                    Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“**



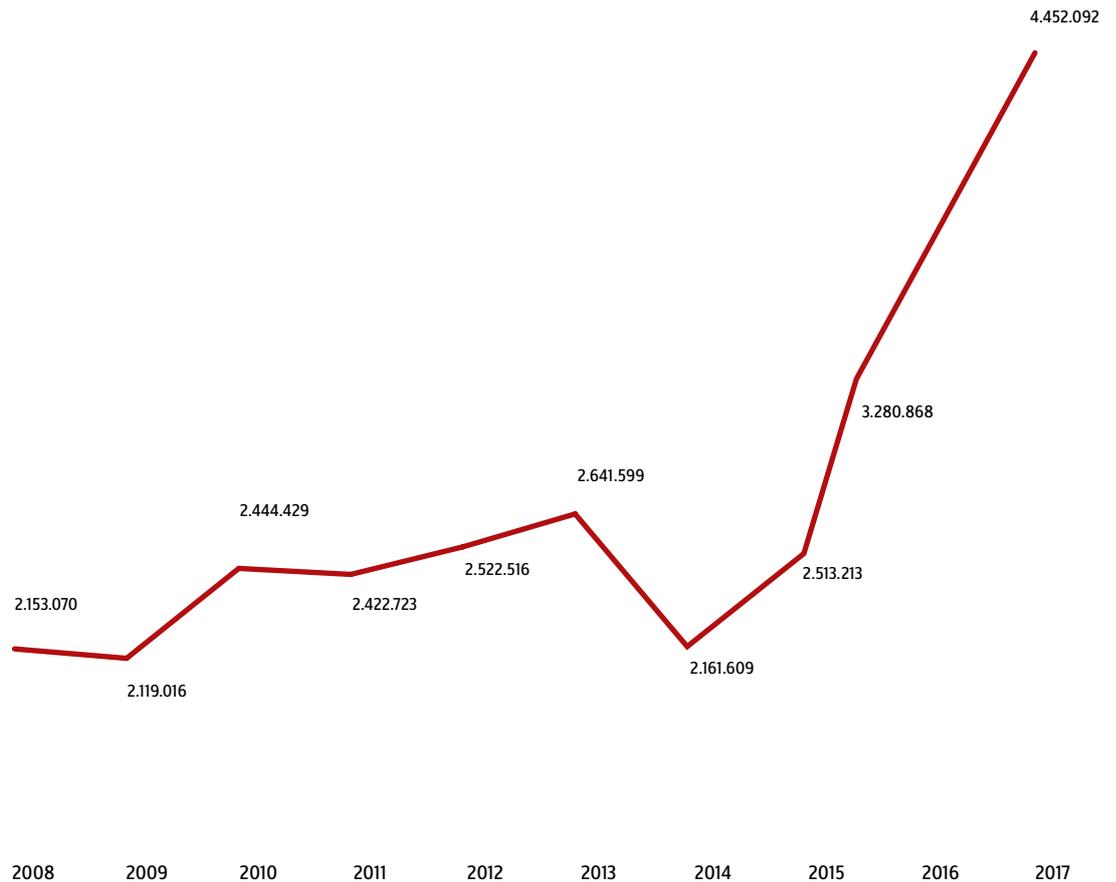
Krankenkassengeforderte Präventionsmaßnahmen sollen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter [...] **Ungleichheit von Gesundheitschancen**“ einen Beitrag leisten. Im Rahmen des Präventionsberichts wird als ein Indikator für die Erreichung sozial Benachteiligter erhoben, wie viele der erreichten Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“ lagen.

Als „soziale Brennpunkte“ 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 „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ verwendet.

In sozialen Brennpunkten lagen 27% der erreichten Kitas und 32% der erreichten Grundschulen.

§ 20 Abs. 1 SGB V

## Erreichte Personen

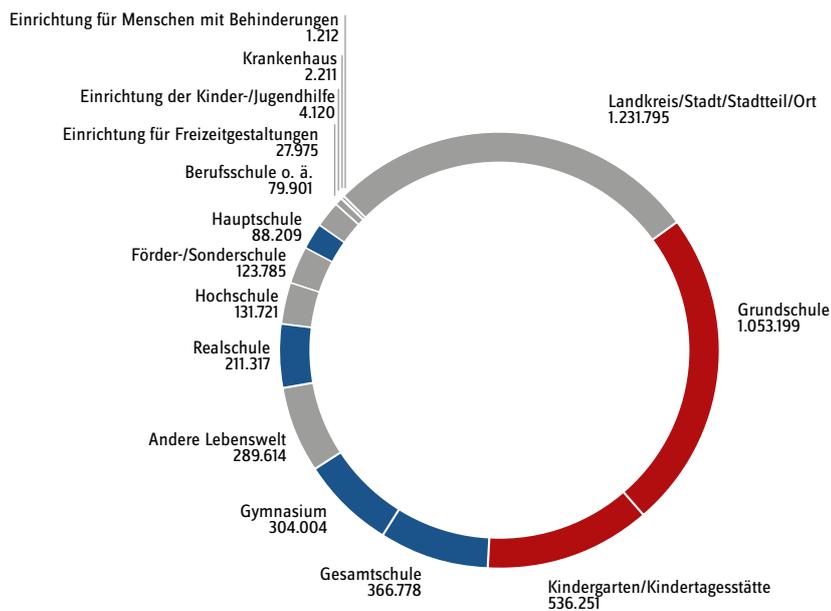
**Abb. 12: Direkt erreichte Personen 2008-2017**

Mit der Ausweitung der Maßnahmen auf weitere Lebenswelten konnte auch die Anzahl der in allen Lebenswelten direkt erreichten Personen erheblich gesteigert werden (+ 36 %).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen schätzen, dass weitere 9.032.728 Personen indirekt – z. B. durch die gesundheitsförderliche Gestaltung der Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt – erreicht werden konnten.

Zudem können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Maßnahme als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren. So können Lehrerinnen und Lehrer in Schulungen Wissen erwerben, das sie an die Kinder und deren Eltern weitergeben.

**Abb. 13: Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten**



Besonders stark engagieren sich die Krankenkassen in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Schulen, da dort früh Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt werden können. Hier konnten 2.559.758 Personen direkt erreicht werden. Damit leisten die Krankenkassen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

## Laufzeit

---

s. „Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen“, S. 138, sowie Tabellenband [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

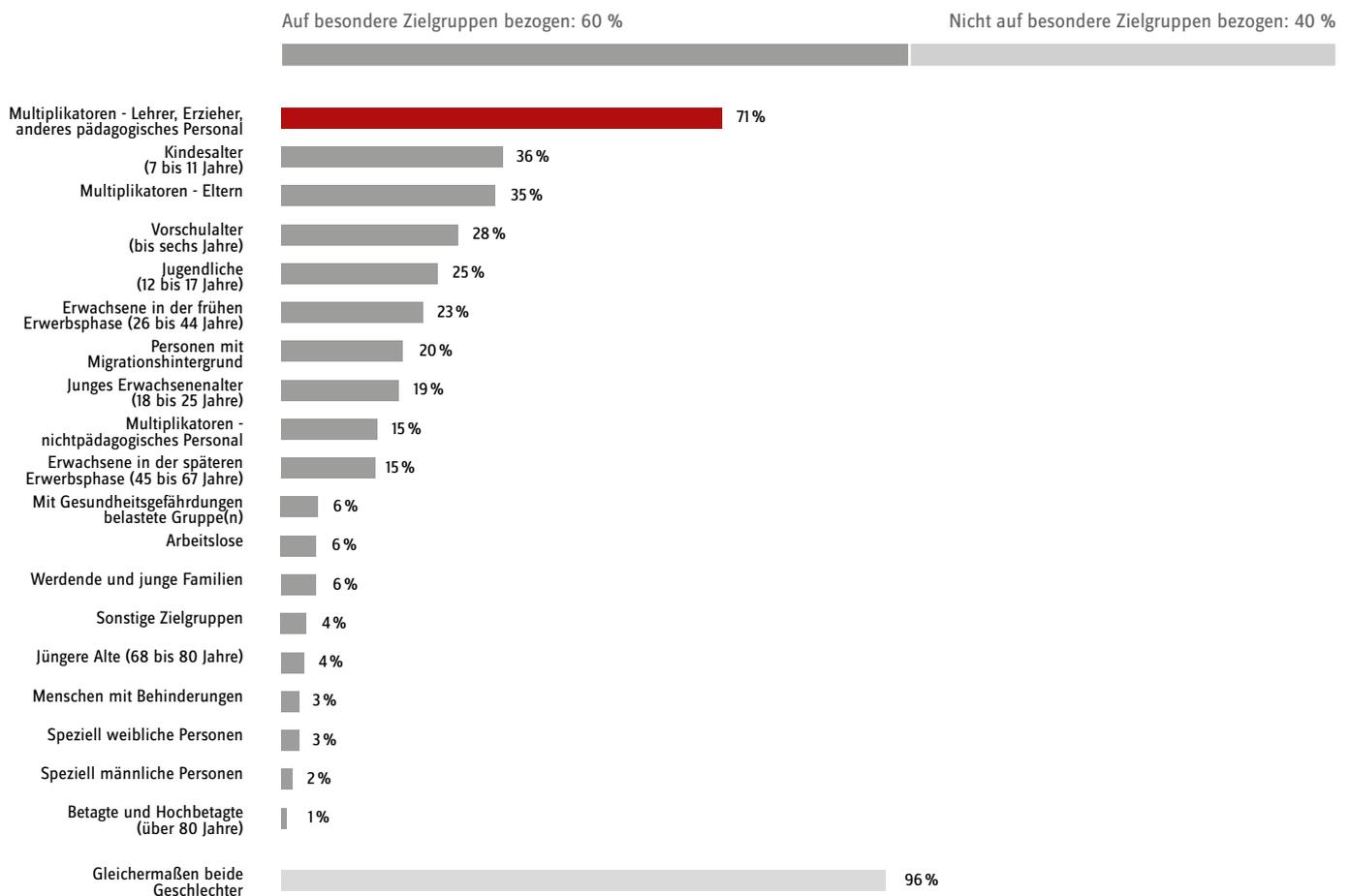
### Die **Erhebungsmethode wurde umgestellt.**

Die durchschnittliche Laufzeit aller Projekte bis zum 31. Dezember 2017 betrug ein Jahr und fünf Monate. Die durchschnittliche Laufzeit der im Berichtsjahr abgeschlossenen Aktivitäten betrug ein Jahr und zwei Monate. 75% dieser Aktivitäten liefen bis zu einem Jahr lang.

Die Unterstützung durch die Krankenkassen ist für einen bestimmten Zeitraum angelegt und als Anstoß für die gesundheitsförderliche Entwicklung der Lebenswelten zu betrachten. Um nachhaltige Wirksamkeit zu entfalten, müssen die Aktivitäten eigenverantwortlich im jeweiligen Setting fortgeführt werden.

## Zielgruppen

**Abb. 14: Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)**



40 % der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten richteten sich an alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt, 60 % an bestimmte Zielgruppen im Setting.

71 % der Aktivitäten, die bestimmte Zielgruppen fokussierten, richteten sich an Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf deren Gesundheit. Als Multiplikatorinnen und

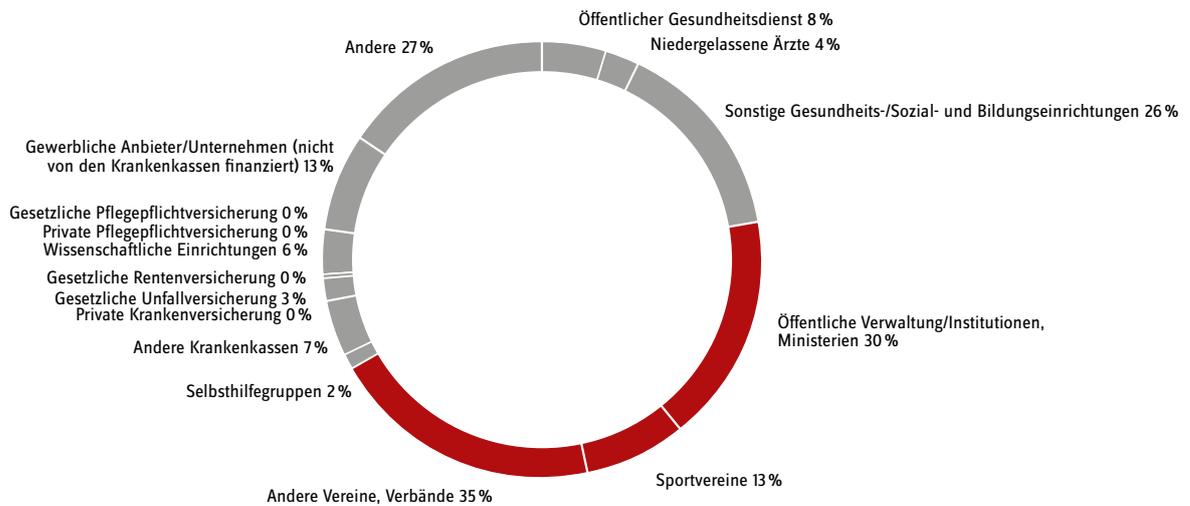
Multiplikatoren vermitteln sie Kenntnisse und Fertigkeiten.

Fast alle Maßnahmen (96 %) adressierten gleichermaßen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 14 bis 19 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband.

## Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

**Abb. 15:** Kooperationspartner  
(Mehrfachnennungen möglich)

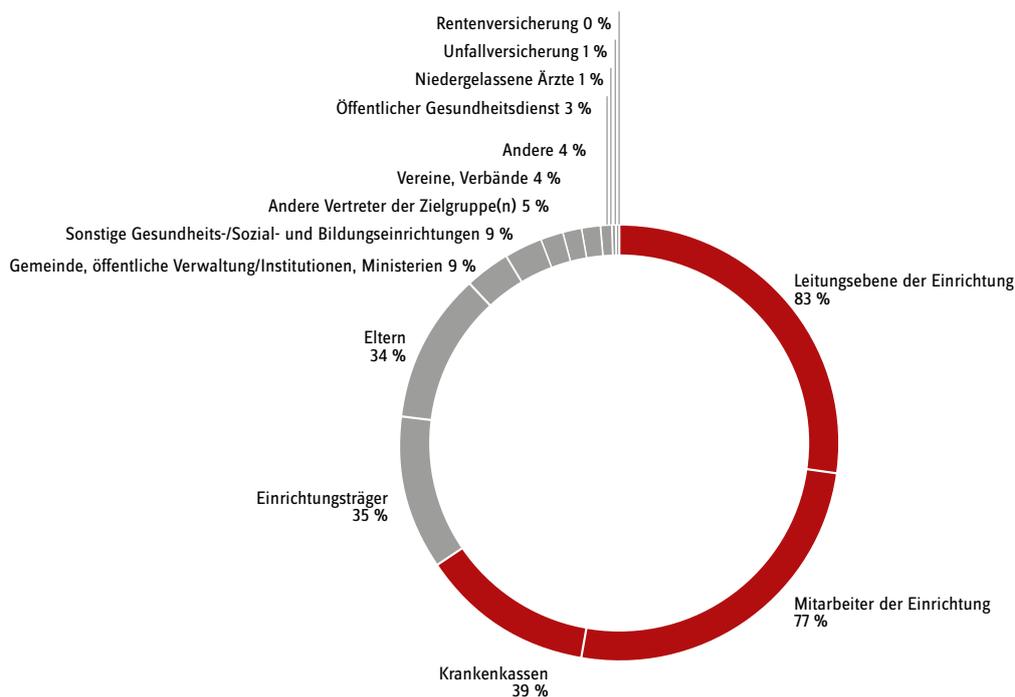


Das Engagement der Krankenkassen hat zum Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig in den jeweiligen Lebenswelten zu verankern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es bedeutsam, weitere gesellschaftlich relevante Akteure in die Maßnahmen einzubinden, insbesondere sind die Akteure entsprechend ihrer gesetzlichen Verantwortung zu beteiligen. Durch geeignete Kooperationen können sich Kompetenzen und Ressourcen ergänzen.

52% der Dokumentationsbögen weisen aus, dass **weitere Akteure** als Kooperationspartner Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht haben. Am häufigsten waren Vereine, Verbände und öffentliche Verwaltung/Institutionen sowie Ministerien beteiligt.

## Koordination und Steuerung

**Abb. 16:** **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**  
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen durch ein Gremium ist Voraussetzung für eine zentrale Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen und die nachhaltige Verankerung dieser in der jeweiligen Lebenswelt.

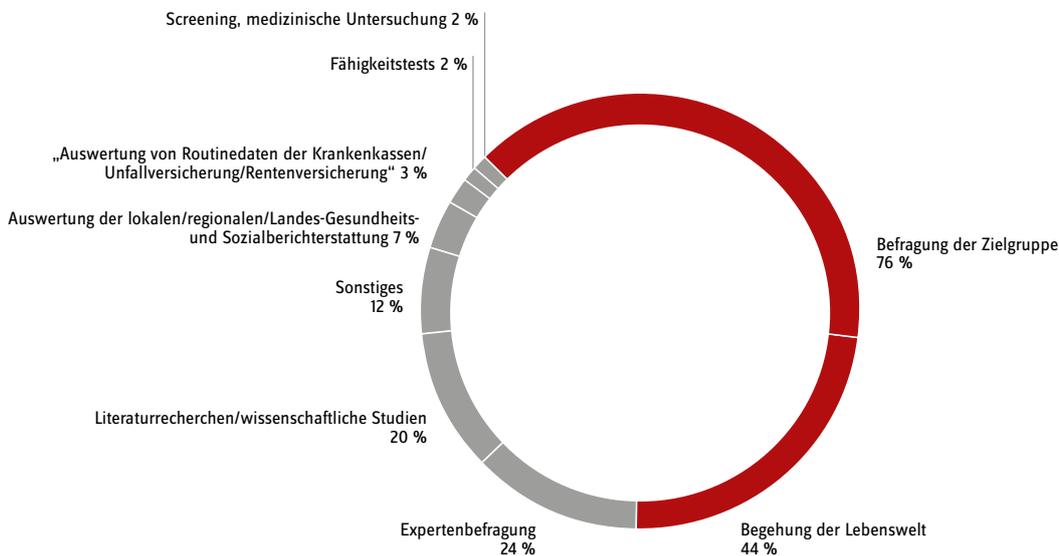
Eine „Arbeitsgruppe Gesundheit“ kann ein solches Steuerungsgremium sein. Sie befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mit 80 % weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf.

Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu 13.

An den meisten Steuerungsgremien sind die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung beteiligt. In über einem Drittel der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium, nämlich in 39 %, sind Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen beteiligt.

## Bedarfsermittlung

**Abb. 17: Methoden der Bedarfsermittlung**  
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen möglichst bedarfsorientiert und praxisgerecht auszurichten, werden in der jeweiligen Lebenswelt verschiedene Methoden zur Erkennung von Risiken und Potenzialen für die Gesundheit angewandt. So wird bei 76 % der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen die Zielgruppe befragt, um deren Bedürfnisse und die Probleme im Setting zu ermitteln. Bei 44 % der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting

ermittelt. Bei 24 % der Maßnahmen werden Expertenbefragungen und bei 20 % Literaturrecherchen durchgeführt. Bei den Programmen wurden bis zu sieben **verschiedene Instrumente der Bedarfsanalyse** kombiniert, im Schnitt 1,9.

## Gesundheitszirkel

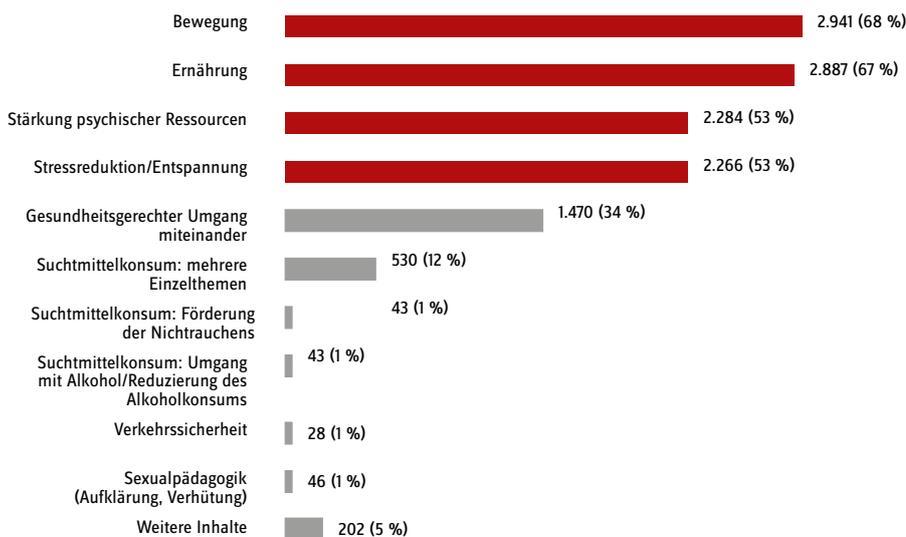
Im Berichtsjahr wurden bei 9% der Programme Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt.

Gesundheitszirkel bieten die Möglichkeit, das Erfahrungs- und Veränderungswissen der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt zu nutzen. Bei einem oder mehreren Treffen kann in einem fachlich moderierten Austausch der Bedarf für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen analysiert und es können Lösungskonzepte für Problemstellungen entwickelt werden.

## Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

**Abb. 18:**

### Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Der inhaltliche Schwerpunkt der Interventionen richtet sich nach dem Bedarf in der jeweiligen Lebenswelt und kann, wie im **Leitfaden Prävention** beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen enthalten.

Ein Großteil der Aktivitäten der Gesundheits- und Präventionsförderung in Lebenswelten findet zu den Themen Bewegung und Ernährung statt. In jeweils etwa der Hälfte der Maßnahmen sind die Stärkung psychischer Ressourcen und die Stress-

reduktion/Entspannung Inhalte der Aktivitäten. In der Regel werden mehrere Themen bedarfsbezogen kombiniert.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt und gleichzeitig auf die in Zusammenhang mit der Gesundheit stehenden Verhaltensweisen beziehen. Im Berichtsjahr 2017 waren 68 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet.

31 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

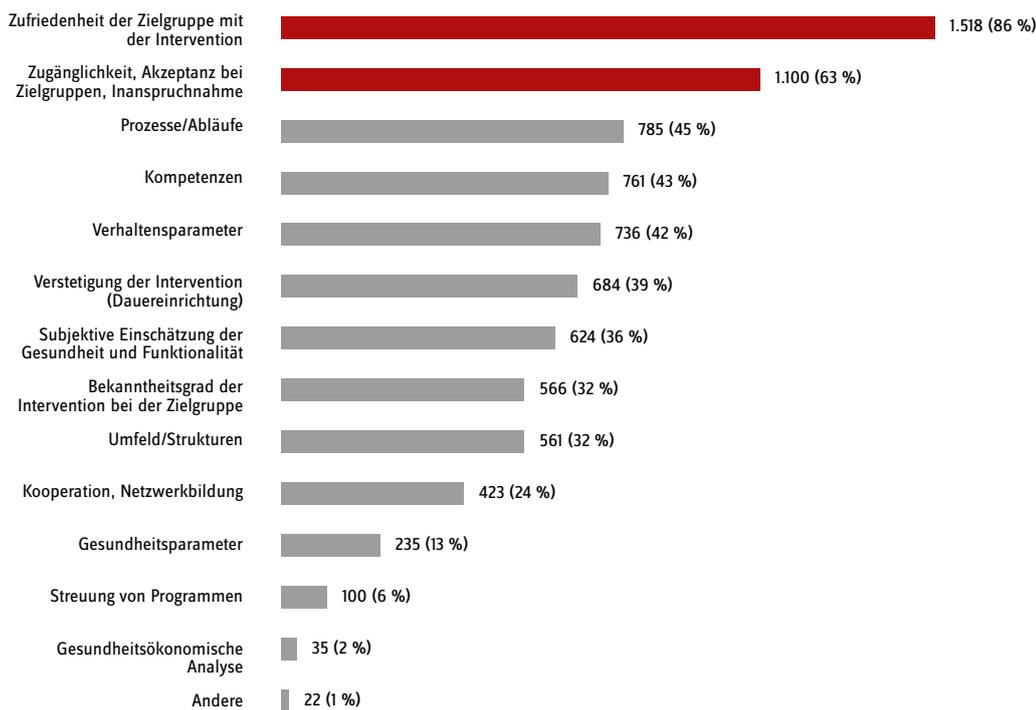
### **Art der Umgestaltung**

Die Strukturen in den Lebenswelten nehmen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden. Daher können sich gezielte strukturverändernde Maßnahmen gesundheitsfördernd auswirken. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Einführung von regelmäßigen Teamsitzungen von Kita-Personal zu Gesundheitsthemen oder die Einführung einer adäquaten Pausengestaltung in der Grundschule. Die Gestaltung eines bewegungsfördernden Tagesablaufs in der Grundschule ist ebenfalls Teil verhältnisbezogener Gesundheitsförderung.

In der Regel werden mehrere Arten der Umgestaltung miteinander kombiniert. Im Durchschnitt integrieren die Interventionen zwei verschiedene Aspekte. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen insgesamt (62 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (59 %) zu verbessern.

## Erfolgskontrollen

**Abb. 19:** **Inhalte der Erfolgskontrollen**  
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Qualität der Maßnahmen zu sichern, ist es sinnvoll, den Erfolg einer Maßnahme zu prüfen. Bei 79 % der Gesundheitsförderungsprogramme wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant.

Der Erfolg von Maßnahmen kann anhand verschiedener Kriterien gemessen werden. Ein Großteil der Kontrollen bezog sich auf die Messung der Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (86 %). Für 63 % der Maßnahmen wurden Zugäng-

lichkeit, Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Zielgruppe eruiert. Bei 45 % der Maßnahmen wurden die Abläufe im Setting ermittelt. Im Schnitt wurden rund fünf Erfolgsindikatoren je Programm erfasst.

## Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich auf freiwilliger Basis Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gesetzt. Die für 2017 geltenden Ziele wurden 2013 eingeführt und gelten bis 2018.

Die Ziele sind dem Kasten zu entnehmen. Auf den Folgeseiten wird dargestellt, inwieweit die Ziele erreicht werden konnten.

### Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013-2018

#### **Oberziel lebensweltbezogene Prävention: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems**

(Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1: Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht

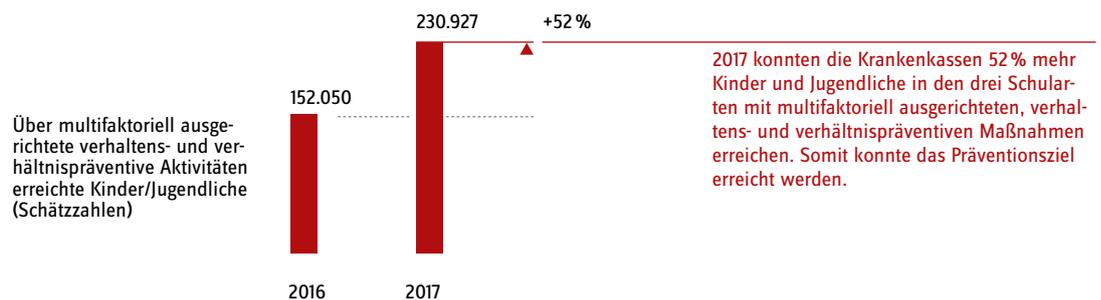
#### **Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung: Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen**

Teilziel 1: [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert:] Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit)

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht

## Zielerreichungsgrad der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

**Abb. 20:** Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen  
Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen



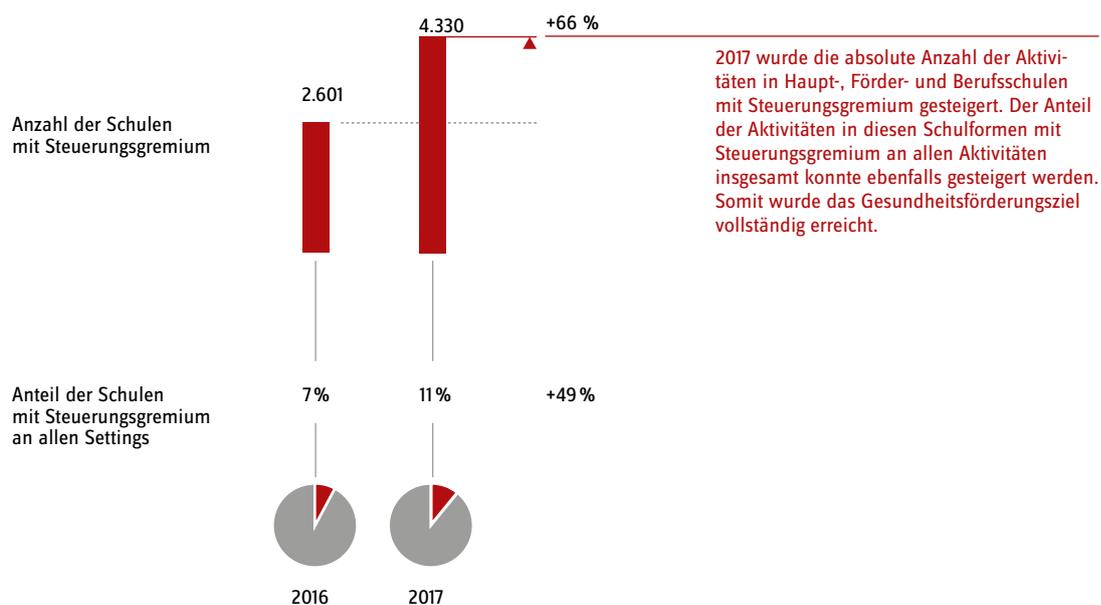
Das Oberziel in der lebensweltbezogenen Prävention lautet „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“. Dies ist die epidemiologisch bedeutsamste Krankheitsgruppe. Hier sollen Risikofaktoren bereits von Kindheit an mittels sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiver Maßnahmen angegangen werden.

Haupt-, Förder- und Berufsschulen nehmen im Vergleich zu anderen Schulformen unterdurchschnittlich an primärpräventiven Maßnahmen teil. Es wurde daher das Ziel gesetzt, gerade in diesen Lebenswelten die Gesundheitschancen der Schülerinnen und Schüler mit - wie nachfolgend im Beispiel beschrieben - kombinierten Präventionsaktivitäten zu stärken. Das Ziel ist zudem so formuliert, dass die Aktivitäten „multifaktoriell“

ausgerichtet sein sollen, d. h. mindestens zwei Themen, z. B. Bewegung und Ernährung, miteinander kombinieren.

In einer Hauptschule müssten z. B. - verhältnispräventiv - das Verpflegungsangebot gesundheitsförderlich weiterentwickelt und bewegte Pausen eingeführt werden und gleichzeitig ein verhaltenspräventives Angebot, z. B. Spielbox **„Aufgetischt!“** zu den Alltagsthemen Essen und Trinken, umgesetzt werden, damit dieses Ziel erreicht wird.

**Abb. 21: Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien**  
 Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung



Steuerungsgremien sind für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar und ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen. Hier werden die Maßnahmen auf Basis einer Bedarfsermittlung geplant, umgesetzt und bewertet.

Daher richtet sich mit diesem Gesundheitsförderungsziel der Fokus auf den Aufbau dieser Strukturen. Gleichzeitig soll den bislang unterdurchschnittlich erreichten Schulformen - Haupt-, Förder- und Berufsschulen - besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

## Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen

Das **Statistische Bundesamt** weist für April 2018 eine Arbeitslosenquote von 5,3 % in Deutschland aus. Unter den 2.384.000 Arbeitslosen wurden 842.000 Langzeitarbeitslose gezählt. Als offen wurden 784.000 Stellen gemeldet.

Arbeitslosigkeit ist eine gesellschaftliche und für die Betroffenen eine individuelle Herausforderung. Arbeitslosigkeit ist häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen verknüpft. Dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit sich wechselseitig beeinflussen, lässt sich auch an GKV-Daten zum Gesundheitszustand von Erwerbslosen belegen: Sie sind häufiger krankgeschrieben, leiden vermehrt an psychischen Erkrankungen und sind deshalb länger und häufiger in stationärer Behandlung als Erwerbstätige. Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Den Gesundheitszustand Erwerbsloser zu erhalten und zu verbessern, eröffnet ihnen wieder neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Vor diesem Hintergrund hatten die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die gesetzliche Krankenversicherung bereits 2012 eine Zusammenarbeit bei Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung vereinbart.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg gemeinsamen Handelns lässt sich in dem im **Präventionsgesetz** vom 25. Juli 2015 formulierten Handlungsauftrag an GKV sowie BA und kommunale Grundsicherungsträger zur Gesundheitsförderung von Erwerbslosen erkennen. Hier sieht § 20a Abs. 1 Satz 5 SGB V auch Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, als Zielgruppen gesundheitsförderlicher Programme vor. Krankenkassen, die BA und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden zu enger Zusammenarbeit aufgefordert. Der Rahmen dafür wurde mit der **nationalen Präventionsstrategie** geschaffen, indem die von der Nationalen Präventionskonferenz beschlos-

senen Bundesrahmenempfehlungen die Inhalte der Vereinbarung aufnehmen und explizit die Zielgruppe arbeitslose Menschen adressieren.

Die Arbeitsagenturen und Jobcenter haben Gesundheitsorientierung als übergreifende Handlungsstrategie in ihre Beratungs- und Vermittlungstätigkeit integriert. Durch die Verzahnung ihres Leistungsangebots mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten der Krankenkassen sollen arbeitslose Menschen unter Beachtung des Freiwilligkeitsgebots niedrigschwellig erreicht werden.

Dies ist im **GKV-Leitfaden Prävention**, wo arbeitslose Menschen als besondere Zielgruppe in der Lebenswelt Kommune hervorgehoben sind, verankert. Die verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Verbesserung von gesundheitswirksamen Rahmenbedingungen und zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken bzw. zur Stärkung persönlicher Ressourcen werden krankenkassenübergreifend in Partnerschaft mit Jobcentern, Arbeitsagenturen und möglichst weiteren Akteuren im Rahmen der Lebenswelt Kommune durchgeführt.

[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 4.5.4 „Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) v. 17.07.2015, BGBl. I, S. 1368.

s. „Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz“, S. 14

### Erfahrungen aus der Praxis

Die oben beschriebene Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung wurde 2014 bis 2015 erstmals im Rahmen eines Modellprojekts erprobt. Um Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern, sollten Erwerbslose durch ein gemeinsames Vorgehen von Jobcentern und Krankenkassen erreicht werden.

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Sechs Modellregionen (in Bayern, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) nahmen seit Sommer 2014 am Projekt teil. Über den Sachstand der Etablierungsphase wurde bereits im **Präventionsbericht 2015** berichtet.

GKV-Spitzenverband & MDS. (2015). Präventionsbericht 2015 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014 (S. 16 f.). Essen.

Der Koordinierungsprozess vor Ort oblag einer an jedem der Modellstandorte eingerichteten regionalen Steuerungsgruppe aus jeweils einer Vertretung des Jobcenters und der Krankenkasengemeinschaft. Es sollten unter Berücksichtigung des Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarfs der Zielgruppe spezifische Angebote gemäß Leitfaden Prävention vorgehalten werden. Mit den Jobcentern als Zugangsweg zur Zielgruppe sollten Zugangsbarrieren zu Gesundheitsförderung und Prävention reduziert werden.

Dabei war die Tätigkeit der Jobcenter als Ansprechpartner für die arbeitslosen Menschen auch als verhältnisbezogen zu betrachten: Kernaufgabe der Arbeitsmarktseite war dabei die Umsetzung einer gesundheitsorientierten Beratung. Dazu wurden drei verschiedene Ansprache-Varianten erprobt:

- durch Integrationsfachkräfte der Jobcenter
- durch beauftragte Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger im Rahmen der Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III
- durch BA-eigene Fachdienste (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service)

Es galt, die Zielgruppe für das Thema Gesundheit zur Verbesserung der individuellen (Wieder-)Ein-

gliederungschancen ins Erwerbsleben zu sensibilisieren und sie für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und - unter Beachtung des Grundsatzes der Freiwilligkeit - zu einer Teilnahme an gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen zu motivieren.

Die Ergebnisse des Modellprojekts wurden im **Gesamtbericht zur Evaluation** von BA und GKV-Spitzenverband detailliert dargestellt. Gefragt wurde nicht nur nach der Zusammenarbeit in den regionalen Steuerungsgruppen und der Bewertung der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen für die in den sechs Jobcentern geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch nach den Erfahrungen der beteiligten Erwerbslosen. Dies erfolgte sowohl zu Beginn als auch am Ende der Intervention.

In der Evaluation erwiesen sich die erprobten Zugangswege als grundsätzlich geeignet: Insgesamt wurden 1.366 Gesundheitsberatungen an allen sechs Standorten realisiert; dabei konnten 526 Erwerbslose motiviert werden, ein Präventionsangebot zu nutzen. Etwa ein Drittel war vor der Erwerbslosigkeit zuletzt als an- oder ungelernte Arbeitskraft berufstätig. Ebenfalls ein Drittel der Teilnehmenden waren Männer. Es wurden also üblicherweise von der GKV schwer erreichbare Personengruppen für die verhaltenspräventiven Maßnahmen gewonnen. Als besonders günstig erwies sich, wenn sich das Präventionsangebot ohne zeitliche Verzögerung an die Gesundheitsberatung anschloss. Dafür war es wichtig, dass Kursinhalte und Kursbeginn den Beraterinnen und Beratern bekannt waren. Zusätzlich günstig war es, wenn das Gesundheitsangebot bei einem Bildungsträger für Maßnahmen nach § 45 SGB III angesiedelt war, sodass alle Leistungen aus einer Hand an einem Ort angeboten werden konnten.

Knapp drei Viertel der Erwerbslosen bewerteten ihre Kurs-Teilnahme als Erfolg. Die Auswertungen zeigen, dass die beiden angebotenen, dem Stressmanagement zuzurechnenden Kurse signifikante

Verbesserungen im Bereich der Stressbewältigung ausgelöst und damit die intendierte Wirkung erzielt haben.

### Aktueller Stand

Nach der erfolgreichen Erprobung der Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung an den sechs Modellstandorten galt es, die Zusammenarbeitsstruktur zwischen Jobcentern, Arbeitsagenturen und den Krankenkassen unter Nutzung der Neuerungen für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention aus dem Präventionsgesetz breiter unter Einbindung weiterer Partner zu erproben und weiterzuentwickeln.

Dies erfolgt seit 2016 im Rahmen des **GKV-Bündnisses für Gesundheit** unter der bundesweiten Projektkoordination durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im GKV-Auftrag (§ 20a Abs. 3 und 4 SGB V). Die Partner auf der Bundesebene sind die BA sowie – für die Jobcenter in kommunaler Trägerschaft – der Deutsche Landkreistag (DLT) und der Deutsche Städtetag (DST).

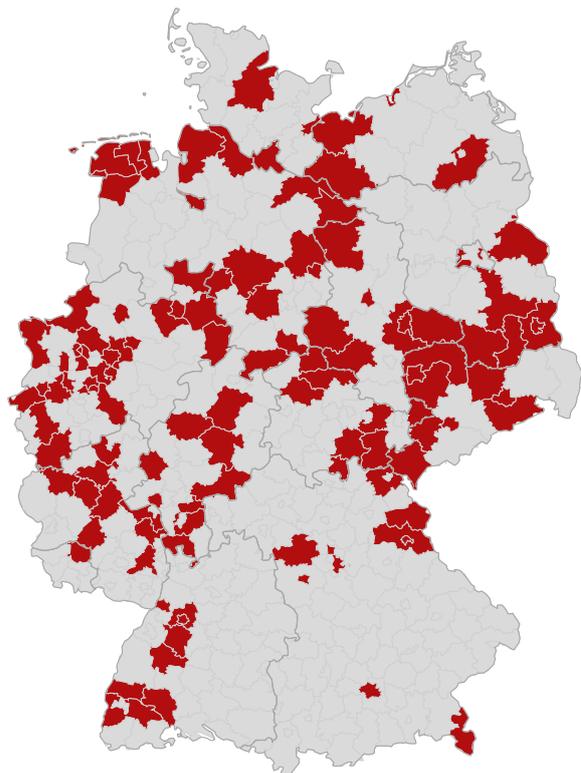
Bis zum Jahresende 2017 gelang eine erhebliche Ausweitung in der Fläche. Insgesamt konnten laut Auskunft der BZgA 115 Standorte in allen Bundesländern in das Projekt aufgenommen werden.

Bis März 2018 war der Stand mit 129 Projektstandorten erreicht (s. Abbildung). Die zunächst bis Ende 2019 vereinbarte Zusammenarbeit wird wissenschaftlich begleitet. Dabei werden aus den Mitteln der BZgA-Beauftragung sowohl die Strukturen, Prozesse und Interaktionen an den Projektstandorten analysiert als auch die Wirkungen von Maßnahmen auf die Menschen in Hinblick auf Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziale Integration und weitere Ergebnisindikatoren gemessen. Die BA ergänzt die Evaluation um eine Mitarbeiterbefragung zur Umsetzung der gesundheitsorientierten Beratung in allen teilnehmenden Jobcentern und Arbeitsagenturen.

Unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse werden eine Verstärkung an den Projektstandorten sowie eine Ausweitung auf weitere interessierte Jobcenter und Arbeitsagenturen angestrebt.

[www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

**Abb. 22:** Standorte, an denen das Projekt zur Arbeits- und Gesundheitsförderung umgesetzt wird 2018



Quelle: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

## Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Zu den lebensweltbezogenen Kooperationsprojekten für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen im Rahmen der vorstehend beschriebenen bundesweiten Modellerprobung liegen 70 Dokumentationsbögen für 2017 vor. Diese waren mit einer spezifischen Kennung versehen.

### **Projektorganisation**

In 77% der Projekte für Erwerbslose wurde ein Einrichtungs- und Steuerungsgremium etabliert.

Die regionalen Steuerungsgruppen sind der Motor, um die Kooperationsprojekte am jeweiligen Standort zu etablieren und damit für das Gelingen der Kooperation von Jobcentern, Krankenkassen und weiteren Partnern zentral. Sie koordinieren den gesamten Prozess vor Ort inkl. Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung.

In allen Steuerungsgruppen sind die Krankenkassen durch ihre GKV-seitige Federführung (eine Krankenkasse) oder einen im GKV-Auftrag agierenden Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit) aktiv.

### **Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten**

In den Kooperationsprojekten waren 51% der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten ausgerichtet.

22% der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 27% der Aktivitäten widmeten sich 2017 allein der Verhältnisprävention.

Diese im Vergleich zu den Lebenswelten insgesamt stärkere Gewichtung alleiniger Verhältnisprävention – der Tabellenband weist für die Lebenswelten insgesamt einen Anteil von nur 2% reine Verhältnisprävention aus – ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Projekte insbesondere hinsichtlich der Organisation verhaltens-

präventiver Angebote häufig bis Ende 2017 noch am Anfang standen.

### **Erfolgskontrollen**

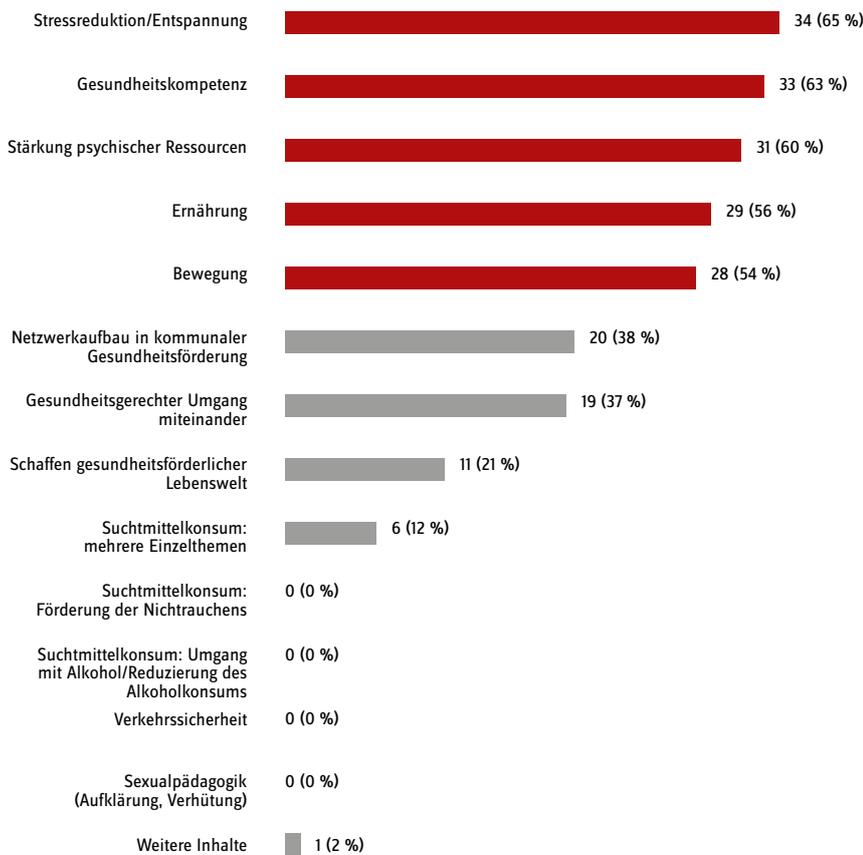
Für 26 der 70 Standorte wurden 2017 Erfolgskontrollen als qualitätssichernde Maßnahmen dokumentiert. Fast immer wurde die Zufriedenheit der Teilnehmenden ermittelt. Weitere häufig erfragte Parameter der Erfolgskontrolle waren Zugänglichkeit und Akzeptanz sowie die subjektive Einschätzung von Gesundheit, aber auch Prozesse/Abläufe im Projekt.

Die auf S. 63 beschriebene wissenschaftliche Begleitevaluation ist 2018 gestartet.

## Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

**Abb. 23:**

### Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Inhaltliche Schwerpunkte der Interventionen lagen auf den Themen Stressreduktion/Entspannung, Gesundheitskompetenz und Stärkung psychischer Ressourcen. Dies unterscheidet sich von der inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten in anderen Lebenswelten wie Kitas und Schulen: Über alle Lebenswelten hinweg standen Ernährung und Bewegung im Vordergrund (vgl. Abb. 18).

Im Bereich der Verhaltensprävention liegen spezifisch für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen entwickelte und evaluierte multimodale Programme mit einem Fokus auf das Handlungsfeld Stressmanagement vor. Diese Angebote, z. B. „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. dessen Adaptation „Das stresst mich nicht mehr“ sowie „AktivA - Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“, finden häufig Anwendung.

# Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) v. 17.07.2015, BGBl. I, S. 1368.

Die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen ist seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2015 verstärkt im Blickfeld der Gesundheitsförderung und Prävention. Für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sollen Angebote zur verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und ausgebaut werden. In Deutschland werden ca. **783.000 Pflegebedürftige** in vollstationären Pflegeeinrichtungen und ca. 74.000 Pflegebedürftige in teilstationären Einrichtungen der Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege versorgt. Über 730.000 Beschäftigte stellen die Pflege, Versorgung und Betreuung in diesen Einrichtungen sicher. Bei den Pflegebedürftigen handelt es sich überwiegend um ältere bzw. hochaltrige Menschen; 70 % der Bewohnerinnen und Bewohner sind 80 Jahre und älter.

Pflegebedürftige Menschen sind aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Unterstützung in der alltäglichen Versorgung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben angewiesen. Dennoch verfügen sie über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können. Auch in der Lebenswelt einer stationären Pflegeeinrichtung sollen präventive Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielgerichtet angeboten und qualitativ weiterentwickelt werden. Im besten Fall wird hierdurch die Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder es wird einer weiteren Verschlechterung vorgebeugt.

## Gesetzliche Grundlagen und Zielsetzung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz - PräVG**) aus dem Jahr 2015 wurden die Pflegekassen mit dem § 5 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Unter Beteiligung der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesund-

heitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und umgesetzt werden. Damit sollen die gesundheitsfördernden Potenziale von stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

## Leitfaden zur Prävention in der stationären Pflege nach § 5 SGB XI

Die Kriterien für Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden in dem **Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen** nach § 5 SGB XI geregelt. Er unterstützt die Pflegekassen dabei, Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und umzusetzen. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf der Bundesebene und unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt. Wesentliche Grundlage für den Leitfaden stellte die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen dar. Hierfür wurde vom GKV-Spitzenverband im Jahr 2015 eine wissenschaftliche Expertise in Auftrag gegeben, um Kriterien der Prävention, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Messbarkeit der Zielerreichung, zu erarbeiten. Die Ergebnisse lagen Ende 2015 vor und bilden die Grundlage des Leitfadens. Er wurde im Juni 2018 auf Grundlage aktueller Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Prävention aktualisiert und auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

## Präventionsziele und Handlungsfelder

Im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI werden die Präventionsziele konkretisiert und die fünf Handlungsfelder definiert, in denen Pflegekassen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen entwickeln und umsetzen. Dies betrifft die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität,

Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege.

Die Angebote und Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention – den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen – und auf Maßnahmen für Verhaltensprävention ab. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V für die Pflegekräfte zu verbinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen.

Ab S. 74 werden die dokumentierten Leistungen der Pflegekassen in Vorbereitung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen durch Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt.

Zunächst wird auf den folgenden Seiten anhand von drei Praxisbeispielen exemplarisch aufgezeigt, wie Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt und gestaltet werden können. Zuerst wird ein partizipativ ausgerichteter Ideenwettbewerb zur Entwicklung von Präventionskonzepten vorgestellt. Danach folgen zwei Praxisbeispiele zur Mobilitätsförderung in Verbindung mit kognitiven Aktivitäten sowie zur Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen.



Autorin und Autor:

Gabriela Seibt-Lucius,  
GKV-Spitzenverband

Jörg Schemann,  
GKV-Spitzenverband

# Ideenwettbewerb „Heimvorteil“ – aus der Praxis für die Praxis!

[www.ideenwettbewerb-heimvorteil.de](http://www.ideenwettbewerb-heimvorteil.de)

Im Sommer 2017 wurde der bundesweite **Ideenwettbewerb „Heimvorteil“** ausgelobt. Grundlage für die Auslobung ist die mit dem Präventionsgesetz gemäß § 5 SGB XI definierte Aufgabe der Pflegekassen, Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeheimen zu entwickeln und umzusetzen. Der Ideenwettbewerb dient als niedrigschwelliges Instrument, um kreative Ideen zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen aus der Praxis zu generieren, die speziell auf die Bedürfnisse und die Lebenssituation von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zugeschnitten sind.

13.000 Einrichtungen wurden angeschrieben. 270 Ideen wurden eingereicht. Die prämierten Einrichtungen erhalten fachliche und organisatorische Unterstützung im Rahmen einer Entwicklungspartnerschaft. Nach Abschluss der Entwicklungspartnerschaft im Jahr 2019 sollen möglichst viele qualitätsgesicherte und förderungsfähige Praxisansätze vorliegen, die die Lebens- und Arbeitsqualität in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern. Um die Chancen auf eine nachhaltige Verankerung der Ideen zu erhöhen, wird bei der Implementierung in den Einrichtungen eine gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung angestoßen.

## **Beteiligung als gesetzlicher Auftrag**

Gemäß § 5 SGB XI sollen „... unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung [...] Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten [entwickelt werden]“. Der Ideenwettbewerb stellt in diesem Zusammenhang einen besonders niedrigschwelligen Beteiligungsansatz dar, indem er sich an die Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Pflegekräfte und Einrichtungsleitungen richtet. Damit sollen diejenigen an der Entwicklung von qualitätsgesicherten Angeboten zur Gesundheitsförderung beteiligt werden, die in der Lebenswelt Pflegeheim selbst leben, arbeiten oder sich engagieren. Aus der Praxis für die Pra-

xis, so das Motto. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden z. B. öffentlichkeitswirksame Materialien entsprechend niedrigschwellig aufbereitet. Nach Beendigung der Bewerbungsphase bestätigte sich diese Herangehensweise: Alle Zielgruppen haben sich beteiligt.

## **Vorstellung des Bewertungsverfahrens**

Alle eingereichten Ideen wurden nach Ende der Bewerbungsfrist mit wissenschaftlicher Unterstützung anhand eines dreistufigen Bewertungsprozesses formal und inhaltlich geprüft. Maßgebliches Kriterium war in diesem Schritt das Potenzial einer Weiterentwicklung der Idee gemäß „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“. 185 Ideen entsprachen diesem Prüfkriterium. Hierzu zählten unterschiedliche thematische Ansätze, z. B.:

- das spezifische Funktionstraining zum Erhalt bzw. Ausbau motorischer und kognitiver Ressourcen,
- der Kreativansatz mit musikalischen oder spielerischen Elementen,
- der ganzheitliche, gartenbaugestützte Ansatz zur Förderung der psychosozialen Gesundheit,
- der tiergestützte Ansatz zur Förderung der psychosozialen Gesundheit,
- der Qualifikationsansatz zur Entwicklung personeller Kompetenzen oder
- der Ansatz zur innovativen Gestaltung von Mahlzeiten.

Als weitere Kriterien gingen die Gesamtpunktzahl, die Ideengebergruppen aus dem Dienstleistungs-/Helfer- und Bewohnersystem und die fünf Handlungsfelder des Leitfadens gewichtet in die Prüfung ein. Letztlich verblieben 25 besonders vielversprechende und die Gesamtheit der Eingänge repräsentierende Ideen.

Die verbliebenen 25 Ideengeberinnen und Ideengeber erhielten anschließend die Möglichkeit, mit beratender Unterstützung durch Fachexpertinnen und -experten ihre Projektideen zu leitfadenorientierten Ideenkonzepten weiterzuentwickeln. Die Einführung in die Konzeptarbeit fand im Rahmen

von zwei Workshops statt. Neben dem Workshop-Angebot konnten die Ideengeberinnen und Ideengeber während der zweimonatigen Entwicklungsphase das Angebot einer Telefon- und E-Mail-Beratung nutzen. 20 von ihnen reichten schließlich ein finales Konzept ein.

Eine Fachjury wählte aus den finalen Ideenkonzepten drei besonders praxisrelevante Ansätze als Sieger des Wettbewerbs aus. Die Sieger wurden auf einer feierlichen Fachveranstaltung im Herbst 2018 ausgezeichnet. Sie erhalten umfangreiche Beratungsleistungen zur Umsetzung ihrer Ideen. Auch die 17 weiteren Ideengeberinnen und Ideengeber aus der finalen Konzeptphase wurden für ihr großes Engagement gewürdigt und erhalten Unterstützungsleistungen für einen gelingenden Praxistransfer.

### Der Ideenwettbewerb als Teil eines Forschungsverbundes

Durch das Präventionsgesetz haben die Pflegekasernen neue Möglichkeiten, evidenzbasierte Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung zu gewinnen. Insbesondere betrifft dies die Ausgestaltung wirksamer Maßnahmen und gesundheitsfördernder Strukturen in den Einrichtungen. Deshalb werden Praxisprojekte, wie z. B. der hier vorgestellte Ideenwettbewerb, und Projekte aus dem Bereich Forschung und Entwicklung in einem **Forschungsverbund** miteinander in Beziehung gesetzt. Im Sinne eines nachhaltigen und ganzheitlichen Ansatzes ist die Entwicklung von handlungsfeldbezogenen Maßnahmen mit der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten einer partizipativen, gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung verbunden. Ziel ist es, auf hohem Qualitätsniveau und in einem ergebnisorientierten Vorgehen gleichsam wissenschaftliche wie praxisbezogene Erkenntnisse zu generieren. In der Gesamtheit wird ein Produktportfolio zur umfassenden, evidenzbasierten Integration präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze in stationären Pflegeeinrichtungen angestrebt.

Exemplarische Partner des Forschungsverbundes:

Universität Halle,  
[www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=7774](http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=7774)

IGEUS GmbH,  
<https://iequs.eu/projekte/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-stationaeren-pflegeeinrichtungen-saluprax/>



## Praxisbeispiel: Mobilitätsförderung im Seniorenzentrum

Ende 2016 startete im Landkreis Bernkastel-Wittlich in Rheinland-Pfalz ein Pilotprojekt von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit 80 Bewohnerinnen und Bewohnern. Ziel war die Entwicklung eines Programms, welches die Förderung körperlicher Aktivität und die Stärkung kognitiver Ressourcen verknüpft. Dabei arbeiten eine Pflegekasse und die Pflegeeinrichtung zusammen.

Die Planung und Umsetzung des Projekts erfolgte nach dem **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** nach § 5 SGB XI. In einem ersten Schritt wurde eine bestehende Steuerungsgruppe in der Pflegeeinrichtung um eine Mitarbeiterin der Pflegekasse erweitert. Da in der Pflegeeinrichtung bereits erste Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt wurden, entschloss sich die Steuerungsgruppe, darauf aufzubauen und diese mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Aktivitäten zu verknüpfen.

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Nach einer gemeinsamen Bedarfsanalyse in diesen Bereichen wurde gemeinsam mit einem externen Dienstleister ein Bewegungsprogramm initiiert. Zunächst wurden 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung geschult, sodass sie den Bewohnerinnen und Bewohnern nun regelmäßig ein Sport-, Wander- und Tanzprogramm anbieten können. Durch die sportlichen Aktionen kommt es einerseits zu einer psychosozialen Aktivierung, beispielsweise durch das Erfahren von Erfolgserlebnissen oder die Teilhabe an der Gemeinschaft. Andererseits wird eine psychomotorische Aktivierung erzielt, die die körperliche und kognitive Gesundheit verbessern bzw. erhalten und dadurch helfen soll, ein weiteres Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern.

### Schulungen für Pflegekräfte

Die Mitarbeitenden des Seniorenzentrums erhielten von den Trainerinnen ein kompaktes Schulungsprogramm zur körperlichen und geistigen Aktivierung älterer Menschen. Vermittelt wurden



ihnen allgemeine wissenschaftliche Kenntnisse zu den Themen Älterwerden und Demenz sowie spezielle Wissensinhalte zu den Auswirkungen sportlicher Aktivierung auf das Muskelsystem und auf die Kognition. Außerdem wurde erklärt, wie den Bewohnerinnen und Bewohnern praktische Übungen für die körperliche und kognitive Gesundheit vermittelt werden können. Auch die konkrete Planung und Durchführung von Wanderungen, mit Übungen zur Sinneswahrnehmung auf der Wegstrecke, und geselligen Tanznachmittagen waren Inhalte der Schulung.

### **Erste Ergebnisse**

Die Mitarbeitenden des Seniorenzentrums sind nun in der Lage, den Bewohnerinnen und Bewohnern regelmäßig sportliche Aktivierungsprogramme aus den Bereichen Sport, Wandern und Tanzen anzubieten. Die wöchentlichen Bewegungsrunden mit ca. 15 Bewohnerinnen und Bewohnern des Seniorenzentrums wurden durch weitere Übungen ergänzt. Neben den regelmäßig stattfindenden Gruppenangeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner wurde ein Rollator-Tanz für das jährliche Sommerfest der Einrichtung einstudiert und eine Wanderung mit Angehörigen durchgeführt.

### **Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?**

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Steuerungsgruppe einschließlich der Führungskräfte standen hinter dem Projekt und haben sich eingebracht, sodass eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich war.

### **Perspektiven**

Die Schulung der Mitarbeitenden des Seniorenzentrums ist abgeschlossen. Das Projekt wird fortlaufend evaluiert. Zum einen wird der Gesundheitszustand der beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner durch die Betreuungskräfte mittels eines Assessments beobachtet. Zum anderen führt der Dienstleister in Reflexionsseminaren mit allen Beteiligten eine Prozessevaluation durch. Die bisherige Umsetzung und die weitere Zusammenarbeit werden dabei besprochen. Für Dezember 2018 ist ein Abschlussbericht des Projekts geplant.

# Praxisbeispiel: Prävention von Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen

Dem Thema „Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen“ kommt eine zunehmende Bedeutung zu. Im Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen nach § 5 SGB XI wurde das Thema als ein wichtiges Handlungsfeld identifiziert. Maßnahmen der Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen sollen sich dabei auf viele Aspekte potenzieller Konfliktsituationen beziehen: Es kann um Gewalt von Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegekräften oder auch um Gewaltausübung von Pflegebedürftigen untereinander gehen. Dabei geht es nicht nur um die Ausübung von körperlicher Gewalt, sondern auch um verbale und psychische Erscheinungsformen. Die Pflegekassen sollen Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Konzepte der Gewaltprävention zu entwickeln und diese in den Pflegeeinrichtungen nachhaltig einzuführen.

## Ein Beispiel aus der Praxis

Zur Umsetzung von Maßnahmen präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen haben in Hessen zwei Pflegekassen eine Kooperationsvereinbarung nach § 5 SGB XI geschlossen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, Mitarbeitende von stationären Pflegeeinrichtungen u. a. zum Thema Gewaltprävention zu qualifizieren. Den Mitarbeitenden sollen Ideen, Hinweise und Lösungsansätze im Umgang mit Gewalt und zur Prävention von Gewalt an die Hand gegeben werden; vor allem Pflegebedürftige, aber auch Pflegekräfte sollen davon profitieren. Vorbereitende Maßnahmen für die Entwicklung und Umsetzung des Konzepts wurden bereits 2017 getroffen. Im Folgejahr wurden in insgesamt 60 Pflegeeinrichtungen für 864 Pflegekräfte 72 Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich Gewaltprävention vereinbart.

Im hier vorgestellten Praxisbeispiel handelt es sich um eine Pflegeeinrichtung mit über 60 vollstationären Pflegeplätzen. Für die Umsetzung eines Konzepts zur Gewaltprävention hat die Einrichtung ein Steuerungsgremium eingesetzt, an dem Einrichtungsleitung, Führungsebene, Mit-

arbeitervertretung und Pflegekasse beteiligt sind. In diesem Gremium wurden im ersten Schritt die Erfahrungen, Bedarfe und Bedürfnisse im Umgang mit dem Thema Gewalt aus den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten ermittelt. Im zweiten Schritt wurden entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegekräfte angeboten und deren Umsetzung beschlossen.

## Inhalte von Qualifizierungsmodulen zum Thema Gewalt

Die Pflegekassen bieten vier Qualifizierungsmodule zur Gewaltprävention mit nachfolgend ausgeführten Themen an:

1. Deeskalation und Gewaltprävention (zwei Tage)
2. Stressmanagement (ein Tag)
3. Rechtliche Aspekte und Alternativen (ein Tag)
4. Schutz- und Interventionstechniken (ein Tag)

### Deeskalation und Gewaltprävention:

- Systemtheoretische Begriffsbestimmung von Aggression und Gewalt
- Krankheitsbilder mit erhöhtem Aggressionsrisiko und deren Auswirkungen auf die Arbeit
- Reflexion der eigenen Verhaltens- und Denkmuster
- Deeskalierende und klientenzentrierte Kommunikation und Körpersprachtraining
- Gewalt- und Aggressionskonsequenzen für den Umgang mit Klientinnen und Klienten im Kontext Prävention
- Konstruktive Konfliktlösung mit Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen
- Institutionelle und organisatorische Präventionsmaßnahmen
- Praktische Übungen, Fallarbeit und Rollenspiel

### Stressmanagement:

- Systemische Betrachtungsweise und Begriffsbestimmung „Stress“
- Körperliche Stressreaktionen und Folgen
- Persönliche Stressverstärker identifizieren und bewältigen
- Ressourcen und Resilienz
- Salutogenese und Selbstwirksamkeit

- Stressbewältigung anhand der drei Säulen der Stresskompetenz
- Achtsamkeit

#### Rechtliche Aspekte und Alternativen:

- Vermittlung einer professionellen pflegerischen Sichtweise auf freiheitsentziehende Maßnahmen
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen
- Kommunikation mit Angehörigen und Amtsgericht
- Fallarbeit
- Implementierung von Arbeits- und Prozessabläufen im QM-System

#### Schutz- und Interventionstechniken:

- Hilfen zur Situationseinschätzung/Abwägungsprozess der Notwendigkeit einer Maßnahme
- Stufenprogramm von schonenden Interventionstechniken
- Strukturiertes Vorgehen in Krisensituationen
- Begleitung der oder des von Gewalt Betroffenen während der Maßnahme und gezielte Unterstützung bei der Wiedererlangung der Selbstkontrolle
- Nachsorge für alle Beteiligten
- Schutztechniken
- Fallarbeit
- Praktische Übungen
- Dokumentation

#### Erfahrungen der Pflegeeinrichtung

Die Pflegeeinrichtung hat sich für die Schulung aller angebotenen Module entschieden. In einem ersten Durchgang wurden zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifiziert. Die Qualifizierung wurde gut angenommen und im Feedbackbogen positiv bewertet. Durch die Qualifizierung lernten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie sie sich in besonderen Situationen verhalten und deeskalierend wirken können. Sie berichten, dass sie nun besser mit Konflikt- und Gewaltsituationen

umgehen können und es ihnen leichter fällt, diese zu entschärfen.

Ein Beispiel sei an dieser Stelle genannt: Eine Pflegekraft wird von einem Bewohner an den Haaren gezogen. Die Pflegekraft legt einfach die Hände auf die der Bewohnerin/des Bewohners, sodass das „Haareziehen“ nicht mehr möglich ist. In der Zwischenzeit kann eine dritte Person zu Hilfe kommen.

Die Qualifizierung schaffte in der Pflegeeinrichtung insgesamt eine stärkere Sensibilität für Konfliktpotenziale im pflegerischen Alltag und zeigte Wege zur Entschärfung von Konflikt- und Gewaltsituationen auf. Die Bewohnerinnen und Bewohner profitieren mittelbar vom Ergebnis.

#### Perspektive

Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich mit der Vereinbarung, eine nachhaltige Umsetzung des Konzepts zur Gewaltprävention zu gewährleisten. Dazu wurde mit den Pflegekassen eine Vereinbarung abgeschlossen, in der die Pflegeeinrichtung die gewünschten Qualifizierungsmodule benennen kann und angibt, wie diese nach Abschluss der Qualifizierung nachhaltig umgesetzt werden. Aktuell plant das Steuerungsgremium, noch weitere Pflegekräfte der Einrichtung zu qualifizieren.

Der wichtigste Erfolgsfaktor für die nachhaltige Umsetzung eines Konzepts zur Gewaltprävention ist der Umgang der Einrichtungsleitung und der Führungsebene mit dem Thema. Es muss Raum geschaffen werden für das Thema und der Wille bestehen, die Qualifikationsinhalte regelhaft umzusetzen. Zum Jahresende werden die Pflegekassen gemeinsam mit der Einrichtung das weitere Vorgehen planen.

## Vorbereitungsphase: Sensibilisierung und Motivierung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess

Im Folgenden werden die dokumentierten Leistungen der Pflegekassen in Vorbereitung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen durch Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt.

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Die **Vorbereitungsphase** umfasst u. a. die Information und Beratung einer Pflegeeinrichtung durch die Pflegekasse und die Sensibilisierung und Motivierung der in der Pflegeeinrichtung verantwortlichen Personen. Die Vorbereitungsphase kann mit der Entscheidung der Einrichtung zum Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess enden.

### Leistungen in der Vorbereitungsphase

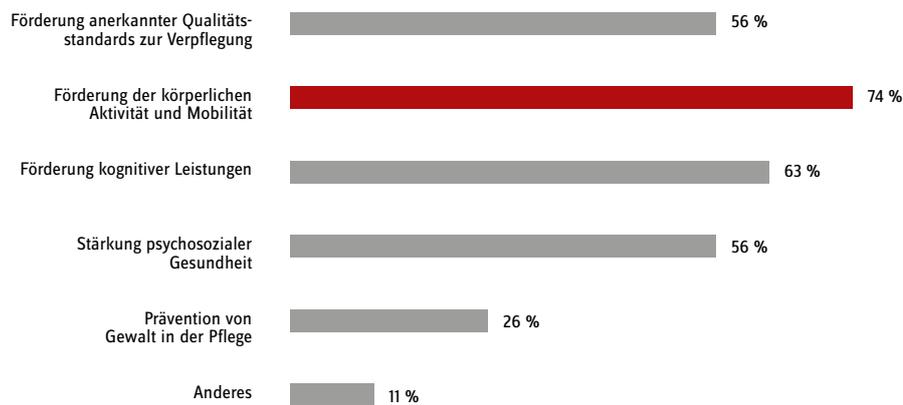
Insgesamt haben die Pflegekassen im Berichtsjahr 2017 in 16.767 Fällen erste Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention an einzelne Pflegeeinrichtungen weitergegeben bzw. die Einrichtungen zu den Präventionsmöglichkeiten beraten. Dabei konnten in vielen Fällen die in den stationären Pflegeeinrichtungen verantwortlichen Personen informiert und die Führungsebene für das Thema sensibilisiert und motiviert werden. Vielfach wurden im Berichtsjahr innerhalb einer Einrichtung unterschiedliche Personenkreise - wie Geschäftsführung oder Qualitätsmanagement-Beauftragte - angesprochen. Das erklärt u. a., warum die Zahl der von den Pflegekassen mit Informationen und Beratung erreichten Pflegeeinrichtungen die Zahl der in Deutschland vorhandenen **13.600** voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen übersteigt.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

1.435 stationäre Pflegeeinrichtungen trafen 2017 unter Beteiligung der Pflegekassen die Entscheidung zum Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess.

## Vorbereitungsphase: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern

**Abb. 24:** Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern  
(Mehrfachnennungen möglich)



In der Vorbereitungsphase haben die Pflegekassen den Einrichtungen Vorschläge zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt und angeboten. Umgekehrt können die Pflegeeinrichtungen diese Informationen auch aktiv nachfragen.

In unterschiedlichem Ausmaß wurde über alle Handlungsfelder informiert, am häufigsten über das Handlungsfeld Förderung der körperlichen Aktivität.

## Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation

---

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Nach dem **Leitfaden Prävention** in stationären Pflegeeinrichtungen führen die Pflegekassen im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses zunächst vorgelagerte Aktivitäten wie die Analyse von Bedürfnissen, Ressourcen und Strukturen der Pflegeeinrichtungen und eine Maßnahmenplanung durch. Danach erfolgen die eigentliche Umsetzung und gegebenenfalls eine Evaluation.

Nachfolgend werden diese Maßnahmen der Umsetzungsphase sowie Informationen zu strukturellen Faktoren der Einrichtungen, zur Laufzeit der Aktivitäten, zu beteiligten Akteuren, zu erreichten Personen sowie zum Erreichen der Präventionsziele dargestellt.

### **Leistungen in der Umsetzungsphase**

Über ihre Aktivitäten in der Umsetzungsphase berichteten die Pflegekassen mittels 721 **Dokumentationsbögen**. Dabei gibt ein einzelner Dokumentationsbogen Auskunft über die Aktivitäten in jeweils einer Pflegeeinrichtung.

---

s. „Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, S. 139

## Inhaltliche Ausrichtung und Laufzeit der Aktivitäten

Im Leitfaden werden für die Pflegekassen folgende Handlungsfelder definiert:

- Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Stärkung der kognitiven Ressourcen
- Psychosoziale Gesundheit
- Prävention von Gewalt in der Pflege

### Ernährung

Im Bereich der Ernährung können die Pflegekassen die Pflegeeinrichtungen z. B. bei der Verbesserung des Nahrungsangebots und der Ess-Situation insgesamt beraten und unterstützen, z. B. in Anlehnung an die DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Im Berichtsjahr 2017 haben die Pflegekassen bei 4% der stationären Pflegeeinrichtungen in der Umsetzungsphase Beratungen hierzu vorgenommen.

### Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist bei Pflegebedürftigen für die Erhaltung körperlicher Leistungen zur Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Stärkung kognitiver Ressourcen bedeutend. Die Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich des Angebots von Gruppenbewegungsprogrammen und der Entwicklung von Konzepten zur Förderung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen im Alltag unterstützen.

Dieses Handlungsfeld war der inhaltliche Fokus bei den Einrichtungen und stand deshalb auch bei den Aktivitäten der Pflegekassen im Vordergrund. Die Pflegekassen berieten oder unterstützten 94% der erreichten Pflegeeinrichtungen bei der Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität.

### Stärkung der kognitiven Ressourcen

Die Stärkung der kognitiven Ressourcen ist in der Prävention in stationären Einrichtungen aufgrund des hohen Anteils an Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenzieller Erkrankung und in Anbetracht des Risikos kognitiver Einschränkun-

gen bei Pflegebedürftigen im hohen Alter relevant. Zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten sollen in Pflegeeinrichtungen Angebote, die nicht nur reines Gedächtnistraining beinhalten, angeboten werden.

In 29% der erreichten Pflegeeinrichtungen haben die Pflegekassen Beratungen zu Angeboten zur Stärkung der kognitiven Leistungsfähigkeit vorgenommen.

### Psychosoziale Gesundheit

Die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zu erhalten und zu stärken, ist eine besondere Herausforderung. Durch die Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozialen Aktivitäten kann die psychosoziale Gesundheit gestärkt werden.

Im Berichtsjahr 2017 wurden 31% der Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen über Konzepte zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit beraten.

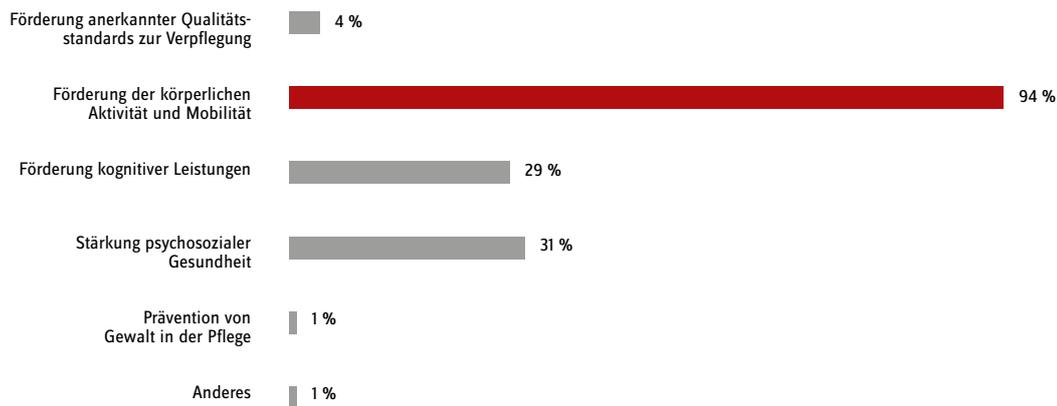
### Prävention von Gewalt in der Pflege

Als Gewalt in der Pflege gelten laut einer Definition der **WHO** (2002) einmalige und wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den betroffenen Personen zu Schaden und Leid führen. Dies umfasst körperlichen, seelischen oder finanziellen Schaden sowie den Eingriff in die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen. Zur Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen sollen Konzepte zur gewaltfreien Pflege partizipativ entwickelt und umgesetzt werden.

Die Pflegekassen berieten und unterstützten 1% der erreichten Pflegeeinrichtungen zu Konzepten zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen.

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

**Abb. 25:** Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten  
(Mehrfachnennungen möglich)



### Laufzeit der Aktivitäten

Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Beratung und zeitlich begrenzte Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Pflegebedürftigen **entwickeln, implementieren und evaluieren.**

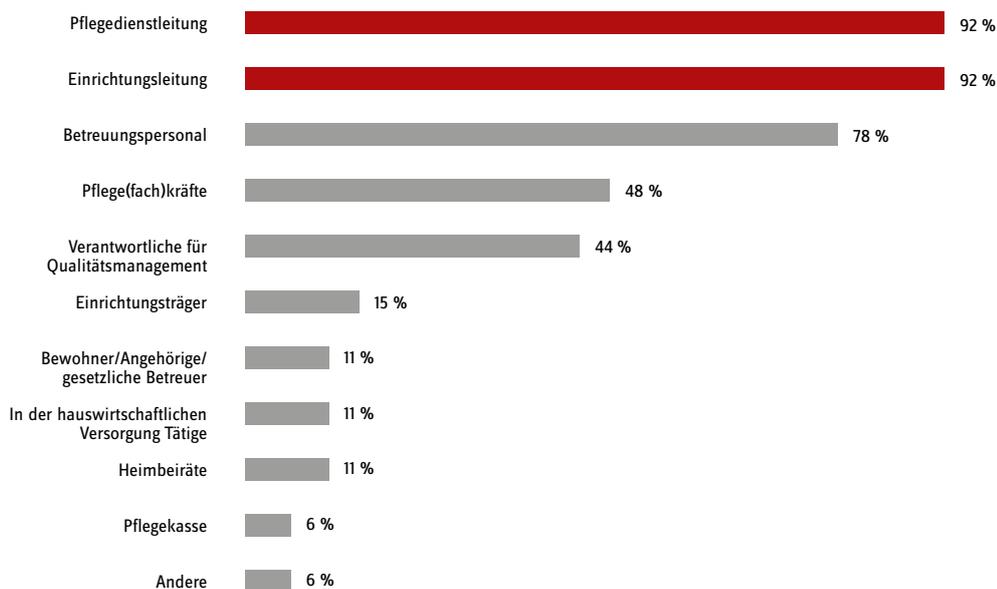
GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 4 „Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

28 % der Projekte schlossen die Pflegekassen im Berichtsjahr ab. Hier lag die Laufzeit zwischen drei und zwölf Monaten und im Mittel bei acht Monaten.

72 % der Aktivitäten wurden über das Berichtsjahr 2017 hinaus weitergeführt. Die Gesamtlaufzeit dieser Aktivitäten - vom Start bis zum geplanten Ende - betrug im Mittel 14 Monate (acht bis 30 Monate).

## Zusammensetzung der Steuerungsgremien

**Abb. 26:** Mitwirkende im Steuerungsgremium  
(Mehrfachnennungen möglich)



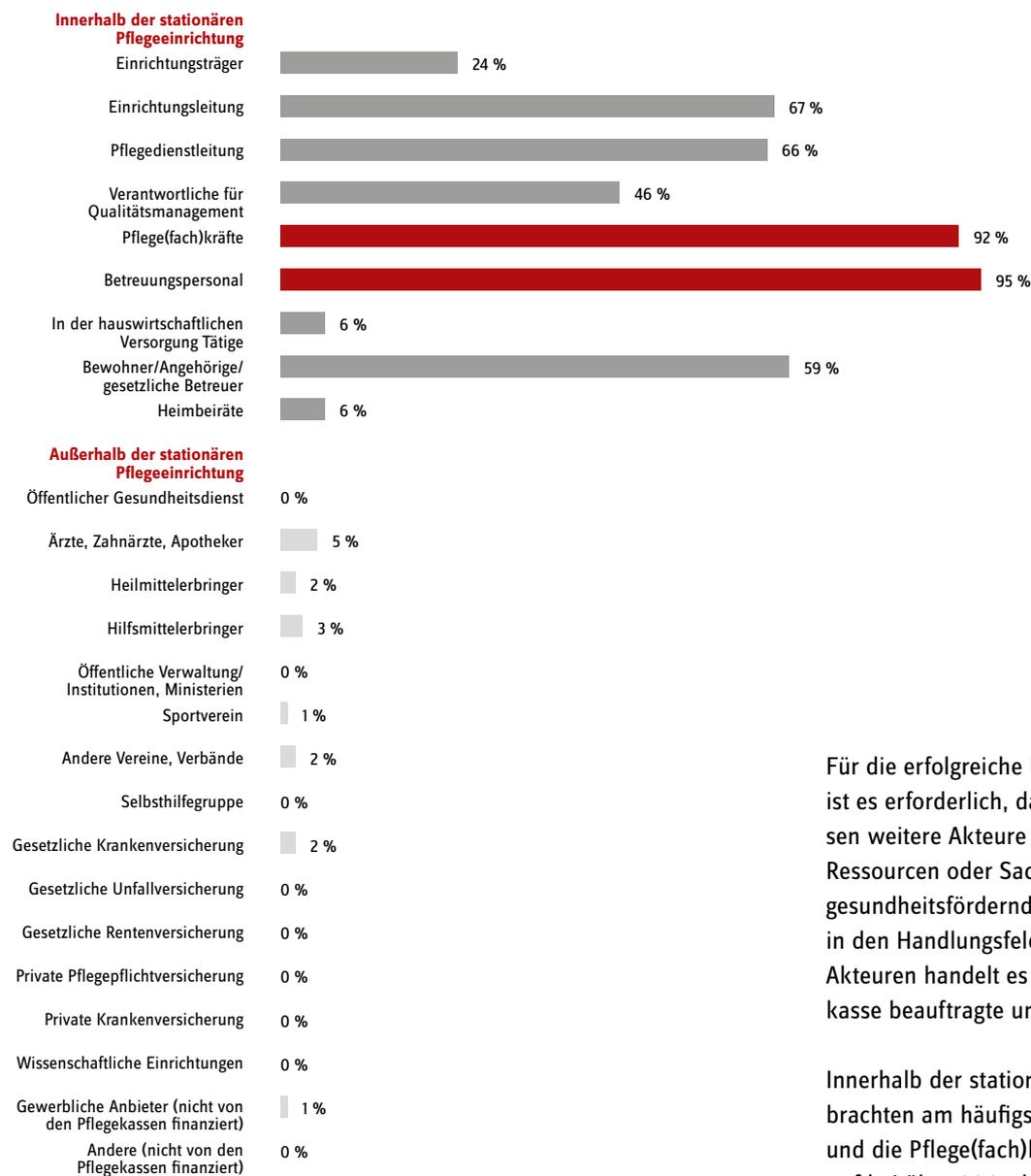
In 32 % der Pflegeeinrichtungen wurde ein Steuerungsgremium eingerichtet, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst.

Nach dem **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** empfiehlt es sich, vorhandene Strukturen wie z. B. aus dem Qualitätsmanagement zu nutzen. Es sollte außerdem angestrebt werden, dass die Leitung der Einrichtung und die Zielgruppe im Steuerungsgremium vertreten sind. Mit jeweils 92 % sind die Einrichtungsleitung und die Pflegedienstleitung am häufigsten im Steuerungsgremium vertreten. Das Betreuungspersonal ist in 78 % der Steuerungsgremien vertreten. Die weitere Besetzung der Steuerungsgremien lässt sich der Abbildung entnehmen.

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Beteiligte Akteure

**Abb. 27: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)**

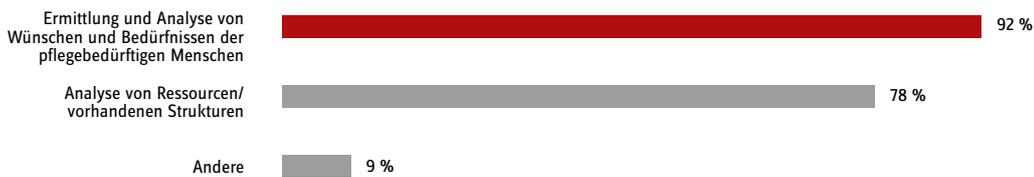


Für die erfolgreiche Umsetzung von Konzepten ist es erforderlich, dass neben den Pflegekassen weitere Akteure finanzielle und personelle Ressourcen oder Sachmittel zur Umsetzung der gesundheitsfördernden/präventiven Aktivitäten in den Handlungsfeldern einbringen. Bei diesen Akteuren handelt es sich nicht um von der Pflegekasse beauftragte und finanzierte Dienstleister.

Innerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen brachten am häufigsten das Betreuungspersonal und die Pflege(fach)kräfte Ressourcen ein. Dies traf bei über 90 % der Einrichtungen zu. Bei jeweils über 60 % der Einrichtungen brachten die Einrichtungsleitung und die Pflegedienstleitung personelle, finanzielle oder sachliche Ressourcen ein. Durch Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter wurden bei 59 % der Aktivitäten Ressourcen eingebracht.

## Leistungen in der Umsetzungsphase

**Abb. 28:** Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase  
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Leistungen der Pflegekassen gliedern sich in der Umsetzungsphase wie folgt:

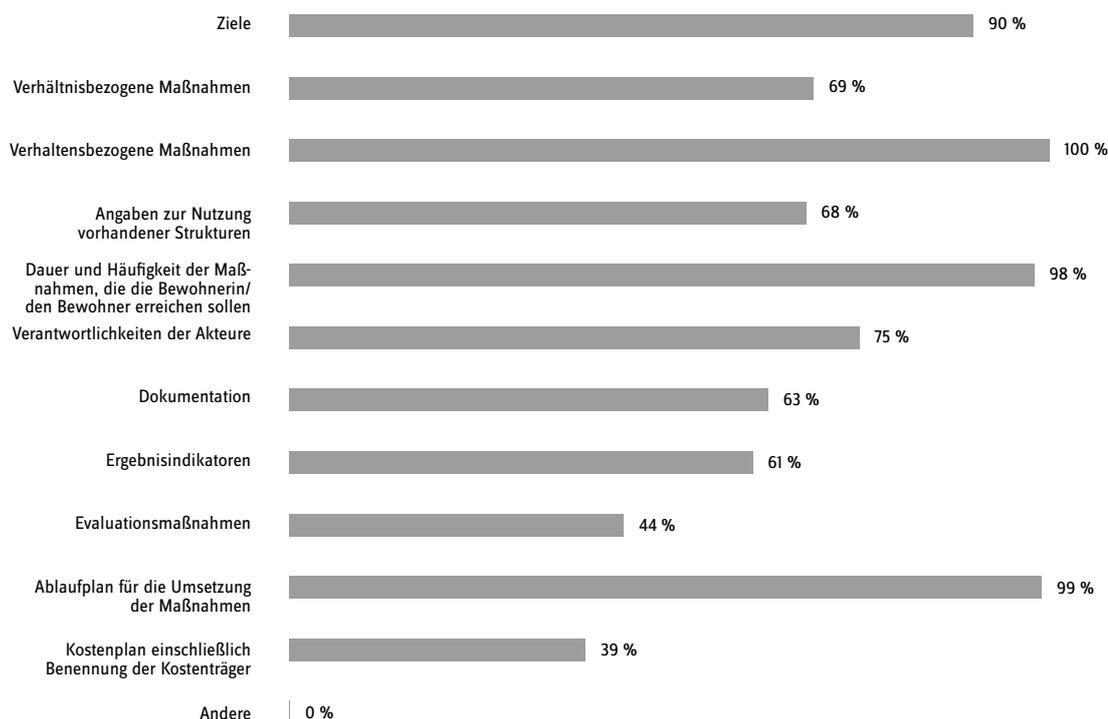
- Analyse
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung
- Evaluation

### Analyse

Die Analyse umfasst die Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den einzelnen Handlungsfeldern sowie der vorhandenen Strukturen in den Pflegeeinrichtungen.

Im Berichtsjahr 2017 führten die Pflegekassen in 75 % der 721 erreichten Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. Die Analyse bezog sich in 92 % der Fälle auf Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen. In 78 % wurden die Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen analysiert.

**Abb. 29: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)**

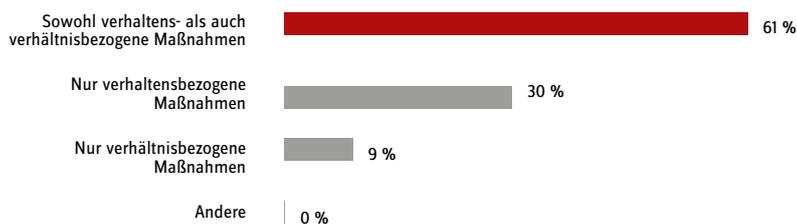


**Maßnahmenplanung**

Die Maßnahmenplanung umfasst die Ableitung von Interventionszielen und die Entwicklung eines Maßnahmenplans. Dieser sollte verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen enthalten. Der Maßnahmenplan legt außerdem die Verantwortlichkeiten der Akteure, die Bewertungsmaßstäbe von Interventionen und Routinen für die Dokumentation sowie den Zeitplan fest.

In 92 % der Pflegeeinrichtungen planten diese gemeinsam mit den Pflegekassen im Berichtsjahr Maßnahmen. Nahezu alle entwickelten Maßnahmenpläne umfassten verhaltensbezogene Interventionen. 69 % der Maßnahmenpläne enthielten verhältnisbezogene Interventionen.

**Abb. 30: Von den Pflegekassen umgesetzte Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)**



**Umsetzungsphase**

In der Umsetzungsphase werden die von der oder dem Projektverantwortlichen bzw. dem Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen nach dem Maßnahmenplan umgesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Aufbau nachhaltiger Strukturen, der sich gezielt an den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen orientiert.

Im Berichtsjahr 2017 unterstützten die Pflegekassen 92 % der erreichten Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen. Davon waren 61 % der Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhält-

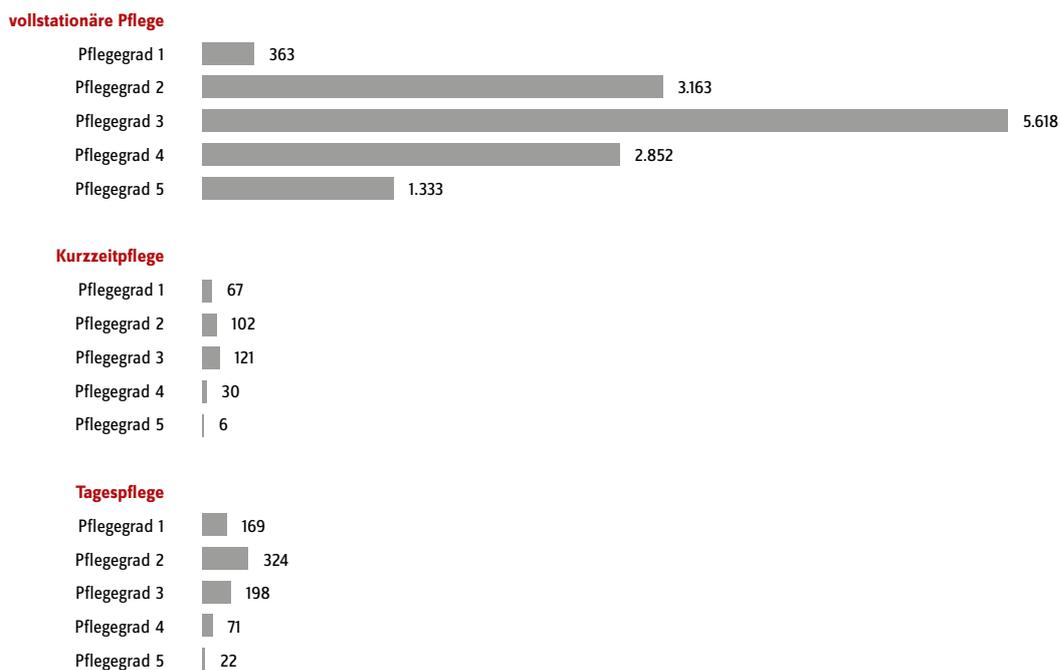
nisorientiert. Ausschließlich verhaltensorientiert waren 30 % der Aktivitäten und ausschließlich verhältnisorientiert 9 % der Aktivitäten.

**Evaluation**

In 52 % der Dokumentationsbögen machten die Pflegekassen Angaben zur Evaluation der Aktivitäten. Dabei wurden alle Evaluationsparameter - Zielerreichung, Erreichen der Pflegebedürftigen, Umsetzung verhältnisbezogener Maßnahmen und Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen - gleichmäßig berücksichtigt.

## Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

**Abb. 31: Erreichte Pflegebedürftige nach Pflegegrad**



Die meisten der erreichten Pflegebedürftigen befanden sich in vollstationärer Pflege (92 %). In Kurzzeitpflege befanden sich 2 % der Pflegebedürftigen und in Tagespflege 5 % der Pflegebedürftigen.

In 381 Dokumentationsbögen (53 %) waren Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigen und zu deren Pflegegrad enthalten. Daraus geht hervor, dass im Berichtsjahr 2017 in diesen Pflegeeinrichtungen 14.439 Pflegebedürftige erreicht wurden. Es ist anzunehmen, dass in den 47% der Einrichtungen, zu denen keine Angaben zur Zahl der erreichten Pflegebedürftigen, aufgeschlüsselt nach Pflegegrad, vorlagen, die Pflegebedürftigen in einem

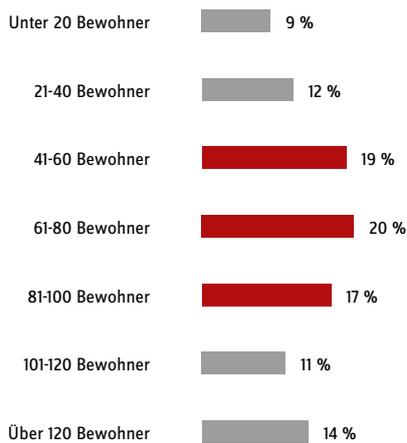
ähnlichen Umfang durch Aktivitäten der Pflegekassen erreicht wurden.

Die erreichten Bewohnerinnen und Bewohner in der vollstationären Pflege sind in der Abbildung nach Pflegegraden aufgeschlüsselt.

Erfasst wurde des Weiteren die Anzahl erreichter „weiterer Personen“. Dabei kann es sich um Personal der Einrichtung, Angehörige oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter handeln. Die Pflegekassen gaben in 529 der 721 Dokumentationsbögen (73 %) an, dass sie mit ihren Präventionsaktivitäten 33.464 weitere Personen erreichten.

## Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

**Abb. 32: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**



Im Berichtsjahr 2017 waren die meisten Pflegeeinrichtungen, die von den Pflegekassen bei präventiven Aktivitäten unterstützt wurden, in freigemeinnütziger Trägerschaft (51%). Der Anteil der privaten Träger betrug 29% und der Anteil öffentlicher 20%.

Mehr als die Hälfte (55%) der Pflegeeinrichtungen waren mittlerer Größe; sie versorgen zwischen 41 und 100 Pflegebedürftige. In einem Viertel der Pflegeeinrichtungen wurden mehr als 100 Bewohnerinnen und Bewohner versorgt. Die Versorgung von bis zu 40 Pflegebedürftigen erfolgt in einem Fünftel der Pflegeeinrichtungen.

## Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen legt 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.

Die Präventionsziele unterteilen sich folgendermaßen:

- Oberziel „Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen“
- Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die Handlungsfelder (s. Kasten)

### Ziele der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

#### **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

Teilziele 2.1 bis 2.5 der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder:

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)

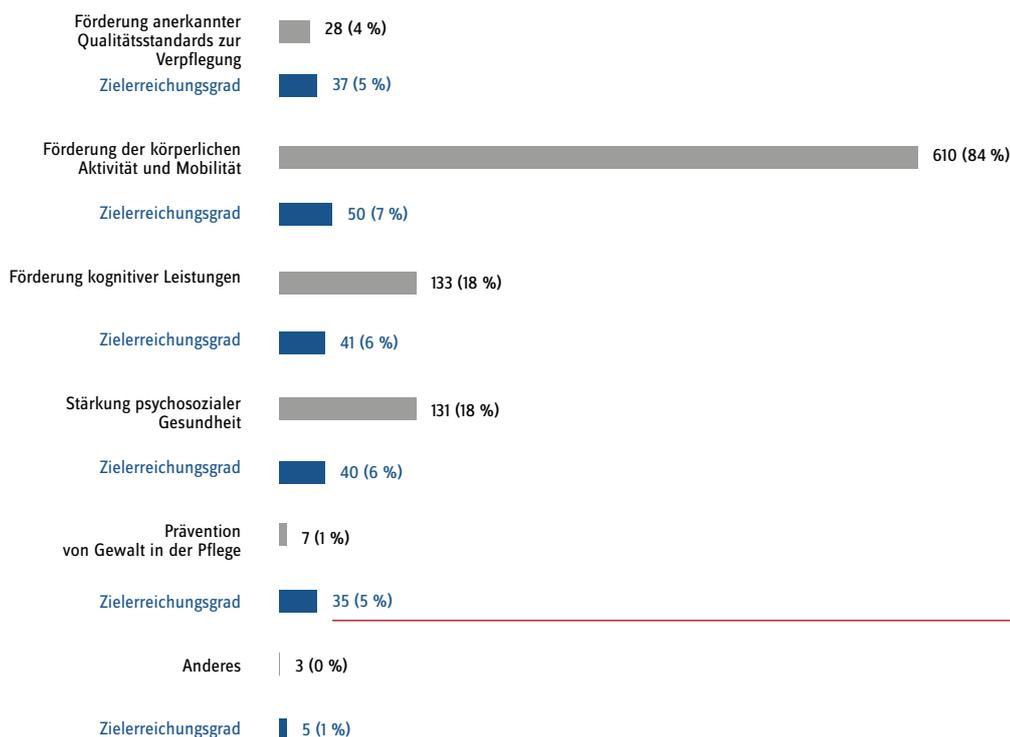
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht

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

## Zielerreichungsgrad der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

**Abb. 33: Übernommene Konzepte und Erreichungsgrad der Präventionsziele (Mehrfachnennungen möglich)**



5 % der Pflegeeinrichtungen setzen bereits ein Konzept zur Prävention von Gewalt um. Dabei wird es sich vielfach um bereits existierende Konzepte handeln, denn die Pflegekassen haben nur einem Prozent der Pflegeeinrichtungen ein Konzept vorgeschlagen.

### Teilziel 1: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium

Das Teilziel 1 gibt vor, dass die Anzahl stationärer Einrichtungen mit einem Steuerungsgremium erhöht werden soll. Das Steuerungsgremium koordiniert die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Evaluation. Es bietet sich an, bei der Etablierung und Bildung des Steuerungsgremiums auf vorhandene Gremien der Einrichtung zurückzugreifen und diese zu erweitern.

Im Berichtsjahr 2017 verfügten 232 Pflegeeinrichtungen (32 %) über ein Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst.

Die Abbildung illustriert die unterschiedlichen Stadien des Etablierens von Präventionskonzepten in Pflegeeinrichtungen:

1. Die Pflegeeinrichtung hat das von der Pflegekasse vorgeschlagene Konzept übernommen oder es auf die Bedingungen in der Pflegeeinrichtung angepasst (s. Abb. 33, graue Balken).
2. Die Pflegeeinrichtung **weist ein Konzept vor** und setzt bereits Maßnahmen des Konzepts um; dieses Konzept muss nicht notwendigerweise das von der Pflegekasse vorgeschlagene sein (s. Abb. 33, blaue Balken).

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 6 „Präventionsziele in der stationären Pflege“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

**Teilziel 2: Pflegeeinrichtungen, die ein Präventionskonzept vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen**

Im Berichtsjahr 2017 wurden die Basisdaten für die Zielerreichung erstmalig erhoben. Im Berichtsjahr 2018 wird demnach erstmals gemessen, inwieweit die Ziele erreicht werden konnten.

Das Erreichen des Teilziels 2 setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung in den jeweiligen Handlungsfeldern sowohl ein Präventionskonzept vorweist als auch Maßnahmen des Konzepts umsetzt.

Am häufigsten wurden die von den Pflegekassen vorgeschlagenen Konzepte zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität von den Einrichtungen (84%) übernommen bzw. angepasst. Ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität wiesen 7% der Pflegeeinrichtungen vor und setzten dieses im Berichtsjahr 2017 um.

# Betriebliche Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung gemäß **§ 20b SGB V** ist ein wesentliches Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements und zielt darauf ab, gesundheitsförderliche Strukturen in Betrieben zu stärken sowie die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten. Für dieses Segment der Präventionsleistungen wendeten die Krankenkassen 2017 158.123.580 Euro auf, was 2,19 Euro je Versicherten entspricht. Dieser Betrag lag sowohl höher als im Vorjahr (2,06 Euro) als auch **über dem für 2017 geltenden Orientierungswert** von 2,05 Euro.

Das **Unternehmensnetzwerk zum betrieblichen Gesundheitsmanagement** stellt fest: „Nur gesunde, motivierte Mitarbeiter können steigende Arbeitsanforderungen bewältigen; ihr körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden macht sich für Unternehmen bezahlt.“

Der **Leitfaden Prävention** legt die Kriterien für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Die Krankenkassen begleiten und unterstützen Unternehmen im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. Das beginnt mit Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, geht über die Erhebung und Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb und die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis zur Unterstützung bei der Maßnahmenumsetzung. In allen Prozessphasen ist es entscheidend, dass die Verantwortlichen im Betrieb das Thema vorantreiben und die Beschäftigten in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess einbezogen werden. Nach der Umsetzung einer Maßnahme werden die Ergebnisse bewertet. Diese Ergebnisse sind wiederum Grundlage für die nächste Prozessphase. So gelingt es, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern und diese nachhaltig im Betrieb zu verankern.

Darüber hinaus unterstützen die Krankenkassen gemäß § 20c SGB V die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

und erbringen auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Unfallversicherungsträger sind mit Bund und Ländern Träger der **Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)**. Ein Arbeitsprogramm der GDA für die Periode 2013 bis 2018 widmet sich unter dem Motto „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken“ den Muskel-Skelett-Erkrankungen, ein weiteres unter der Devise „Stress reduzieren – Potenziale entwickeln“ den psychischen Belastungen. Die Krankenkassen sind strategische Kooperationspartner der GDA.

Im Folgenden werden die Aktivitäten der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt.

Im Anschluss werden überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen und ihre Aktivitäten zur Sensibilisierung von Betrieben für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammengefasst.

Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband zum Präventionsbericht 2018**.

s. „Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen“, S. 134

[www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de)

s. „Zahlen im Überblick“, S. 39

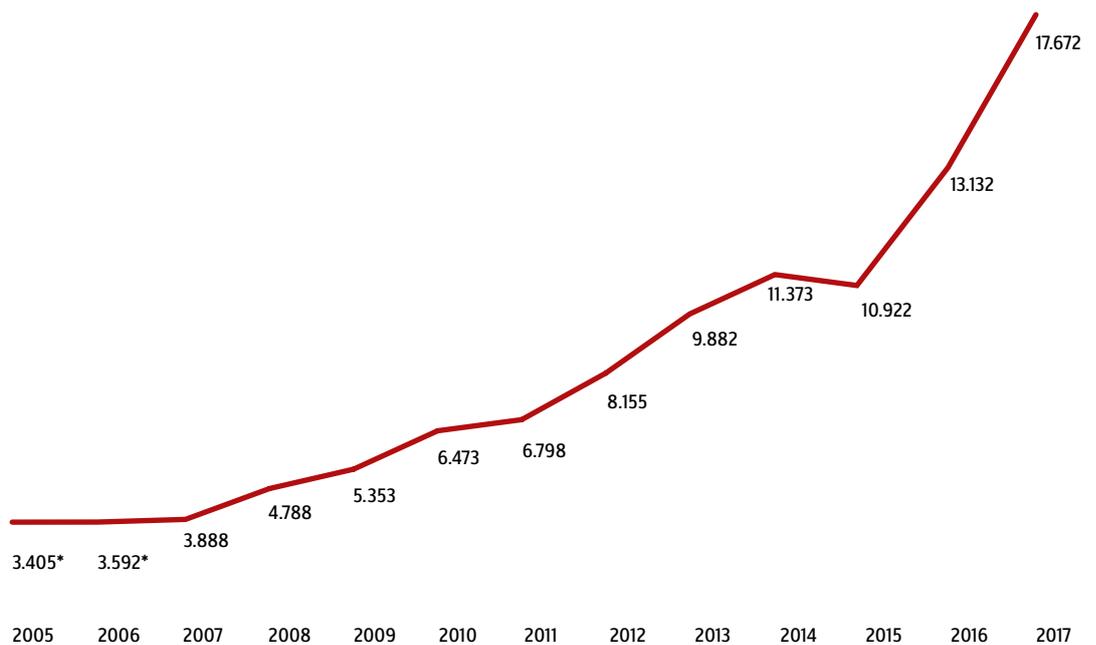
[www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de](http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de)

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 6.4 „Leistungsarten und Förderkriterien“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

## Erreichte Betriebe

**Abb. 34: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte**



\* wegen technischer Umstellung Berechnung nicht möglich

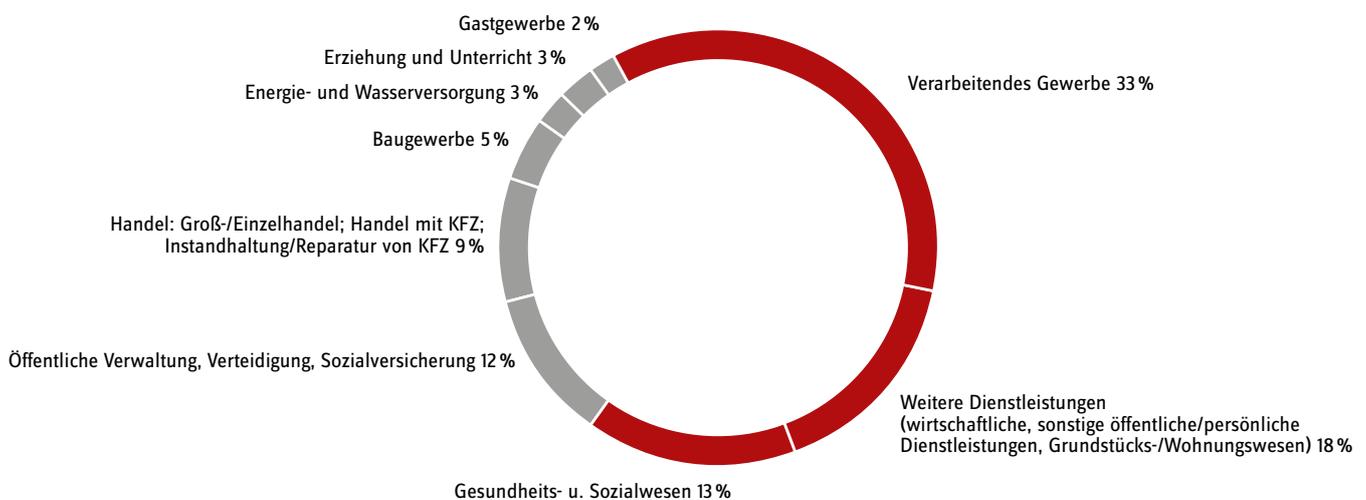
In den letzten zehn Jahren weiteten die Krankenkassen ihr Engagement für Gesundheitsförderung und Prävention stark aus. 2017 konnten 17.672 Betriebe direkt erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung um etwa ein Drittel im Vergleich zum Vorjahr.

Das Angebot der Krankenkassen, Unternehmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen, wird von interessierten Betrieben immer in freiwilliger Weise aufgegriffen.

Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden entweder an einem oder an mehreren Betriebsstandorten durchgeführt. 62 % der insgesamt erreichten Standorte und Betriebe sind Mehrfachstandorte. 38 % der erreichten Betriebe sind Einzelstandorte.

## Branchen

Abb. 35: Branchen



Unternehmen verschiedener Branchen nutzen in unterschiedlichem Maße die Unterstützung der Krankenkassen bei Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei spielen die jeweiligen strukturellen Bedingungen für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der jeweiligen Branche und der daraus abzuleitende Bedarf an Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit eine Rolle.

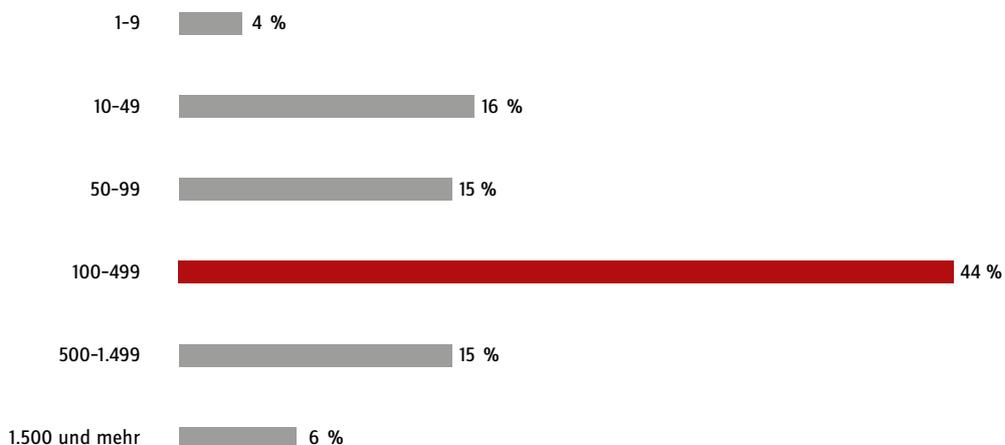
Am häufigsten wurden Maßnahmen der Gesundheitsförderung im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Hier sind die Beschäftigten oftmals schwerwiegenden arbeitsbedingten körperlichen Belastungen ausgesetzt, weshalb Initiativen zur Reduktion und Kompensation dieser Belastungen notwendig sind.

Auch im Dienstleistungsgewerbe und im Gesundheits- und Sozialwesen besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Betriebe und Krankenkassen für die Gesundheitsförderung.

Die früher zusammengefasste Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ wurde in Anlehnung an die Statistik zu den Wirtschaftszweigen (WZ 2008) des Statistischen Bundesamts auch im aktualisierten Dokumentationsbogen entsprechend aufgeteilt. Aus den Bögen, die diese Änderung bereits berücksichtigen, ist zu entnehmen, dass sich die Branche wie folgt auf die neue Aufgliederung verteilt: Gesundheitswesen 48 %, Heime 36 % und Sozialwesen 15 %.

## Betriebsgröße

**Abb. 36: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)**



s. „Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen“, S. 138

Die Grafik zeigt, dass das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten je nach Betriebsgröße unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Am häufigsten wurden Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Fünftel vertreten. Große Unternehmen mit über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind ebenso zu rund einem Fünftel beteiligt.

### **Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten**

Unter den erreichten Betrieben wiesen 2017 10 % einen hohen Anteil an „**ungelernten**“ **Beschäftigten** auf. Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben.

## Laufzeiten der Aktivitäten

s. „Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen“, S. 138, sowie Tabellenband  
[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

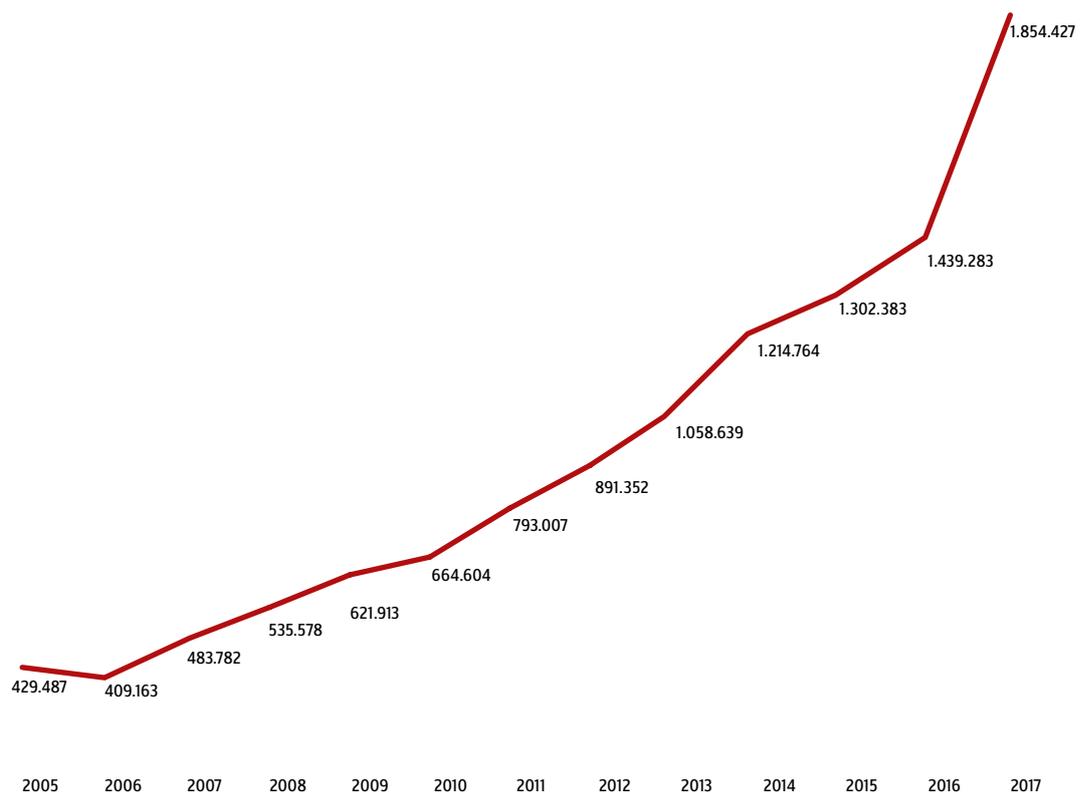
Die **Erhebungsmethode** wurde umgestellt. Die mittlere Laufzeit aller Projekte betrug bis zum 31. Dezember 2017 ein Jahr und fünf Monate, die der abgeschlossenen Aktivitäten in den Betrieben acht Monate. 85 % dieser Fälle hatten eine Laufzeit von bis zu einem Jahr.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 6.4 „Leistungsarten und Förderkriterien“). Berlin.  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Wie im **Leitfaden Prävention** dargelegt, ist die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen grundsätzlich zeitlich befristet. Ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) orientiert sich am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Betriebe sollen dazu befähigt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF in eigener Verantwortung weiterzuführen.

## Erreichte Beschäftigte

**Abb. 37:** Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte  
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



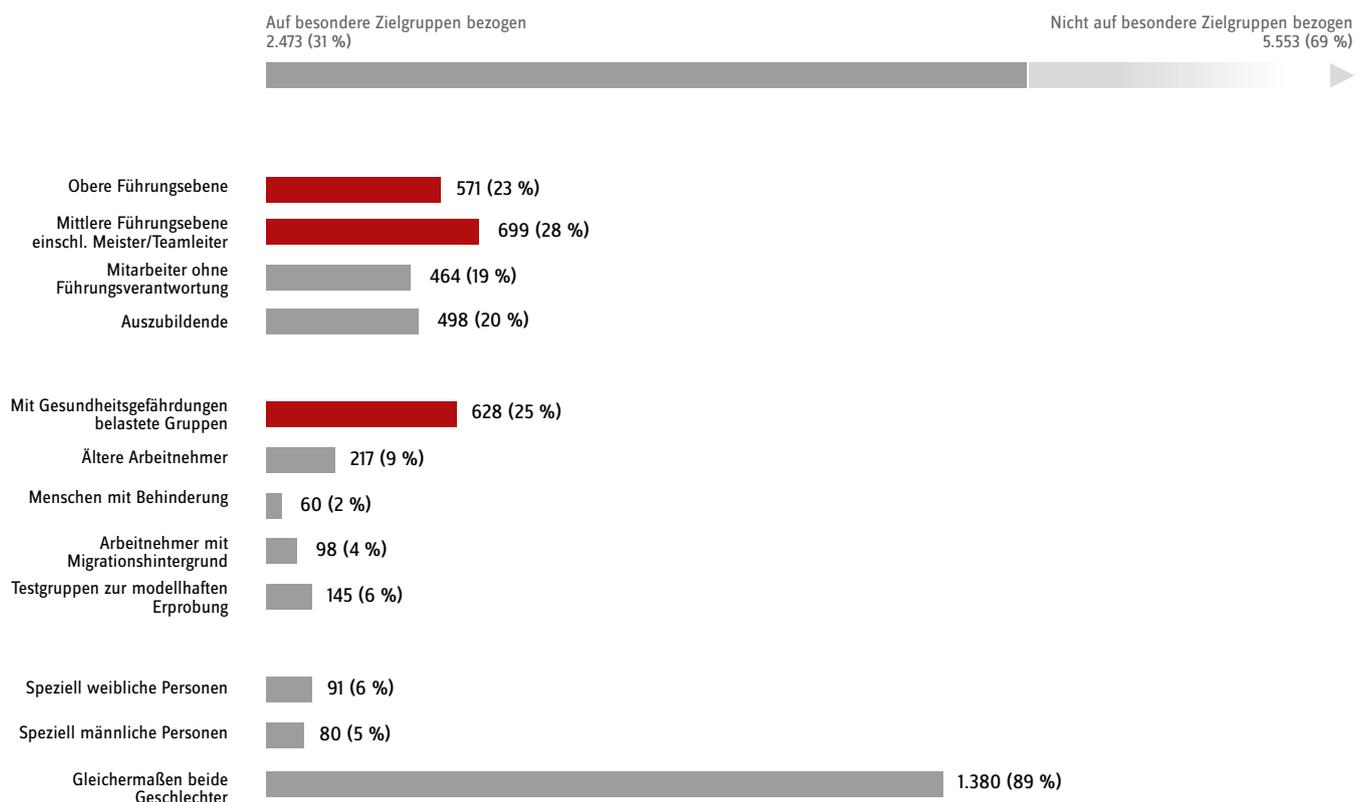
2017 ist wie in den Vorjahren ein Anstieg der durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Personen zu verzeichnen. 1.854.427 Beschäftigte konnten direkt und weitere 544.269 Beschäftigte indirekt erreicht werden. Dabei zählen zu den indirekt erreichten Personen alle Beschäftigten, die zwar nicht an einer Maßnahme beteiligt waren, die aber z. B. durch die Informationsweitergabe durch Kolleginnen und Kollegen oder durch die Umgestaltung hin zu gesundheitsförderlicheren Arbeitsbedingungen erreicht werden. Ein Beispiel für eine solche Maßnahme ist die Schulung von Führungskräften

zur gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dazu bietet die Initiative Neue Qualität der Arbeit im Rahmen des Projekts **psyGA** verschiedene Handlungshilfen und Praxisinstrumente für Führungskräfte an.

<http://psyga.info>

## Zielgruppen

**Abb. 38: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)**



31 % der Maßnahmen waren auf spezifische Zielgruppen der Beschäftigten bezogen, 69 % waren gleichermaßen an alle Beschäftigten gerichtet.

Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. Führungskräfte können durch ihr Verhalten und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen.

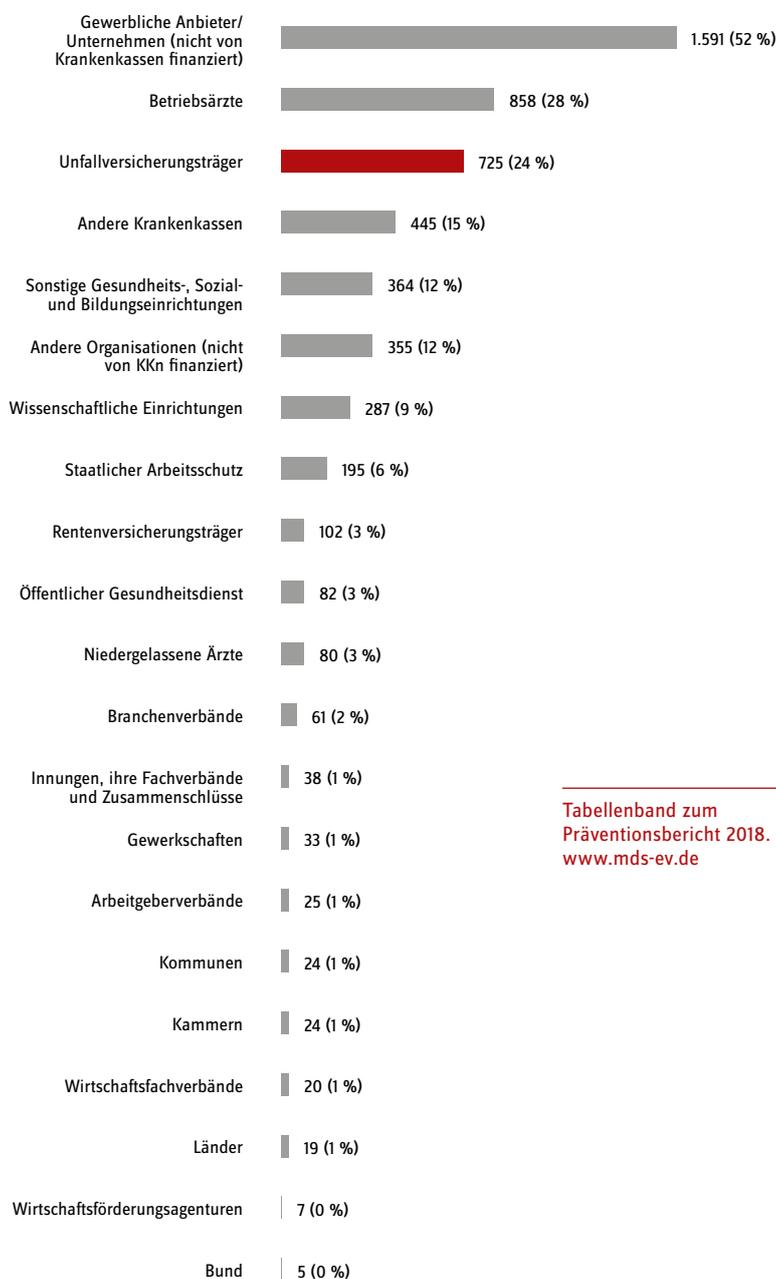
25 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich an Beschäftigte, die Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. Belastungen können

beispielsweise bei der Verrichtung körperlich anstrengender Tätigkeiten wie schweres Heben oder Tragen entstehen.

Nur wenige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten sich speziell an Frauen (6 %) oder speziell an Männer (5 %), die meisten an beide Geschlechter. Allerdings findet die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt, sodass insgesamt mehr Männer erreicht werden.

## Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

**Abb. 39:** Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Tabellenband zum Präventionsbericht 2018. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

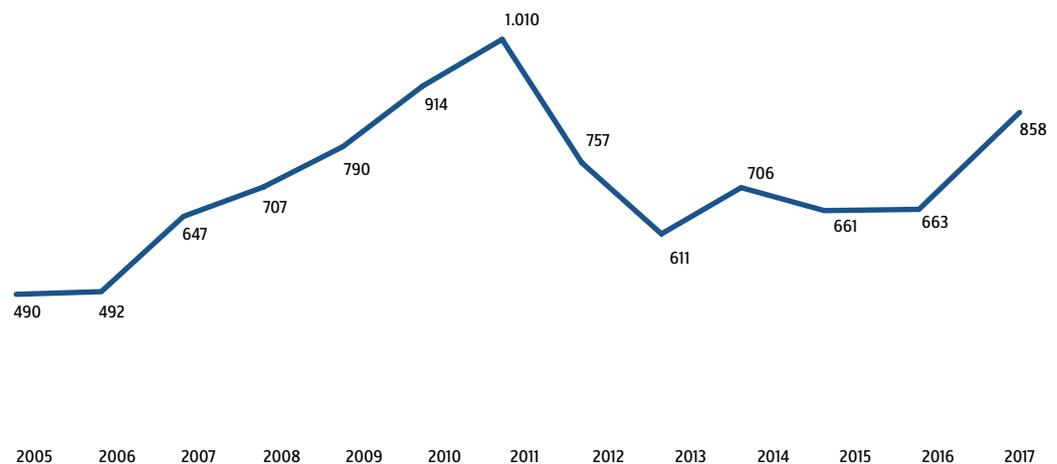
Bei **39 %** der von den Krankenkassen geförderten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung waren – neben den Betrieben selbst und den Krankenkassen – weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

Am häufigsten waren gewerbliche Anbieter bzw. Unternehmen beteiligt, die gesetzliche Unfallversicherung als externer Kooperationspartner war am dritthäufigsten eingebunden.

Im Folgenden wird die Beteiligung der Unfallversicherung nach verschiedenen Merkmalen der mit der Unfallversicherung kooperierenden Betriebe differenziert.

Grundgesamtheit: 3.038 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner Ressourcen einbrachten (von insgesamt 8.120 Bögen)

## Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

**Abb. 40: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung**

2017 brachte die Unfallversicherung bei 24 % aller Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner mitwirkten, Ressourcen ein.

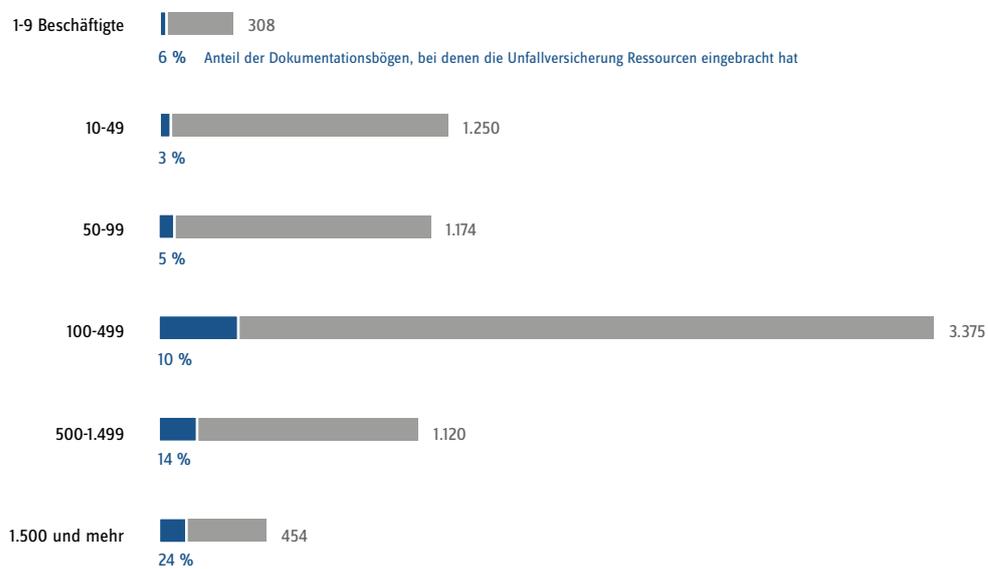
Der Leitfaden Prävention sieht wechselseitige Information sowie bedarfsbezogenen Abstimmungen der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vor. In Absprache mit dem Betrieb sollen sich die Zusammenarbeit und die Einbringung von Ressourcen und Leistungen an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen orientieren. Die hierzu bestehende Rahmenvereinbarung von Unfallversicherung und Krankenversicherung von 2009 wurde 2018 in die **Bundesrahmenempfehlungen** der Nationalen Präventionskonferenz integriert.

Die Beteiligung der Unfallversicherung ist bedarfsbezogen unterschiedlich notwendig: Eine Einbringung von Ressourcen seitens der Unfallversicherungsträger in die krankenkassenunterstützte betriebliche Gesundheitsförderung bietet sich besonders bei den Themen an, bei denen Schnittmengen zum Aufgabenspektrum der Unfallversicherungsträger bestehen, insbesondere bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Bei Themen wie Betriebsverpflegung oder Aktivitäten im Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil besteht nicht unbedingt der Bedarf einer Ressourceneinbringung durch die Unfallversicherung.

## Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

**Abb. 41: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße**

(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße. Beispiel Betriebsgröße 100-499: insgesamt 3.375 Dokumentationsbögen, davon 321 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 10% der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.)

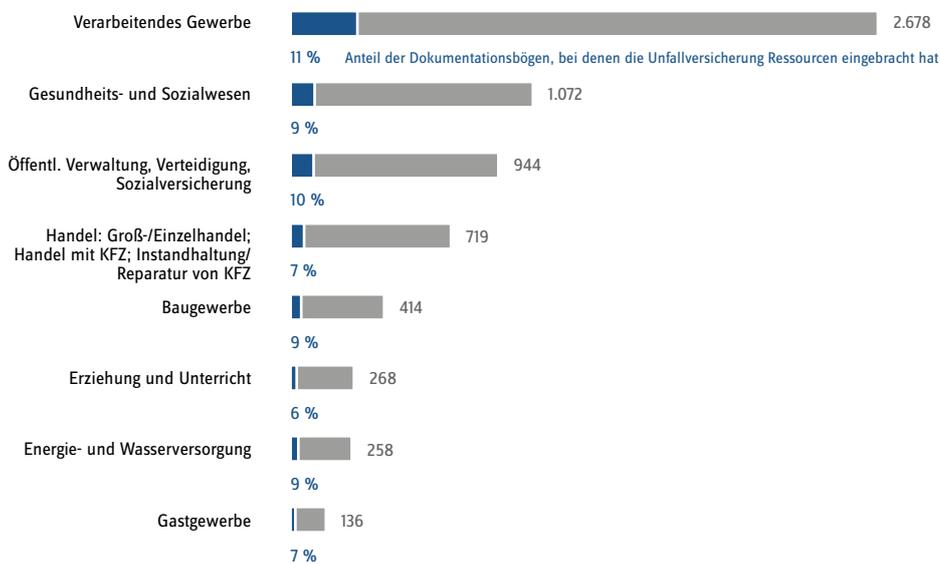


Es zeigt sich, dass die Unfallversicherung bei mittleren und größeren Betrieben ab 100 Beschäftigten häufiger als Kooperationspartner eingebunden ist als bei kleineren Betrieben.

## Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

**Abb. 42: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen**

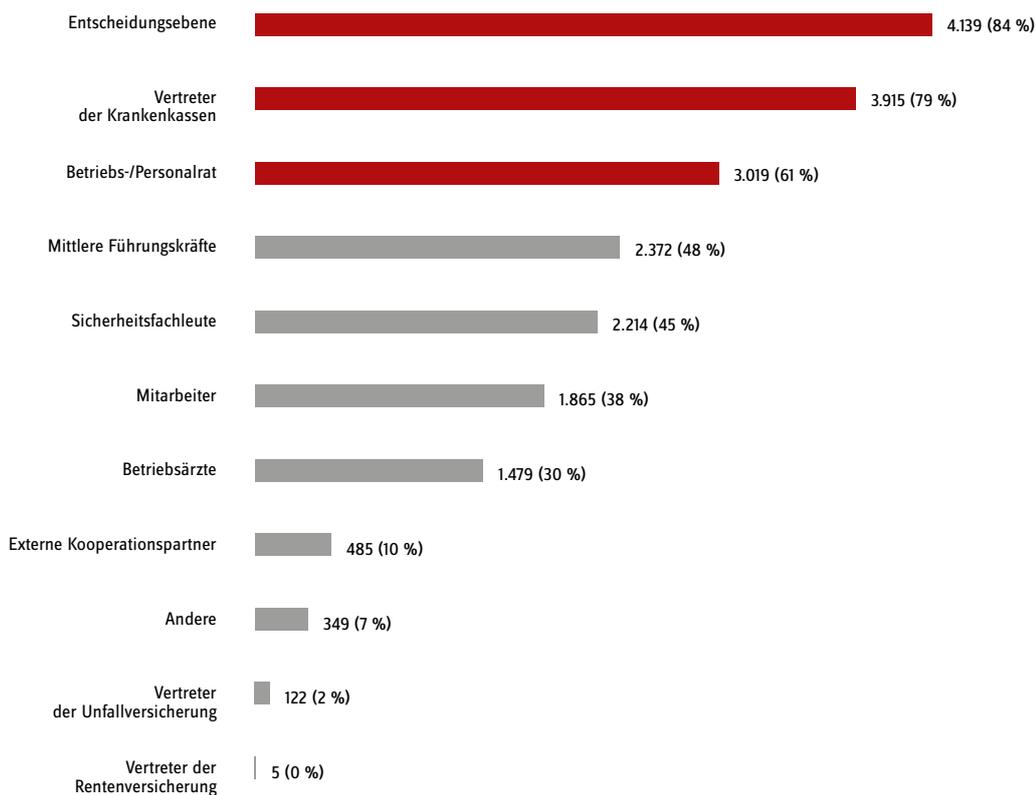
(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche. Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.678 Dokumentationsbögen, davon 285 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 11 % der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.)



Die Unfallversicherung hat ihre Ressourcen in die meisten Branchen gleichmäßig, nämlich mit ca. 10 % eingebracht. Für zwei Branchen (Land- und Forstwirtschaft inkl. Fischerei sowie Bergbau) ist die Grundgesamtheit aller Dokumentationsbögen mit Angaben zur Branche so klein, dass die resultierende Prozentzahl für den Unfallversicherungsanteil nicht belastbar erscheint; diese werden in der Grafik nicht dargestellt.

## Koordination und Steuerung

**Abb. 43:** **Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen**  
(Mehrfachnennungen möglich)



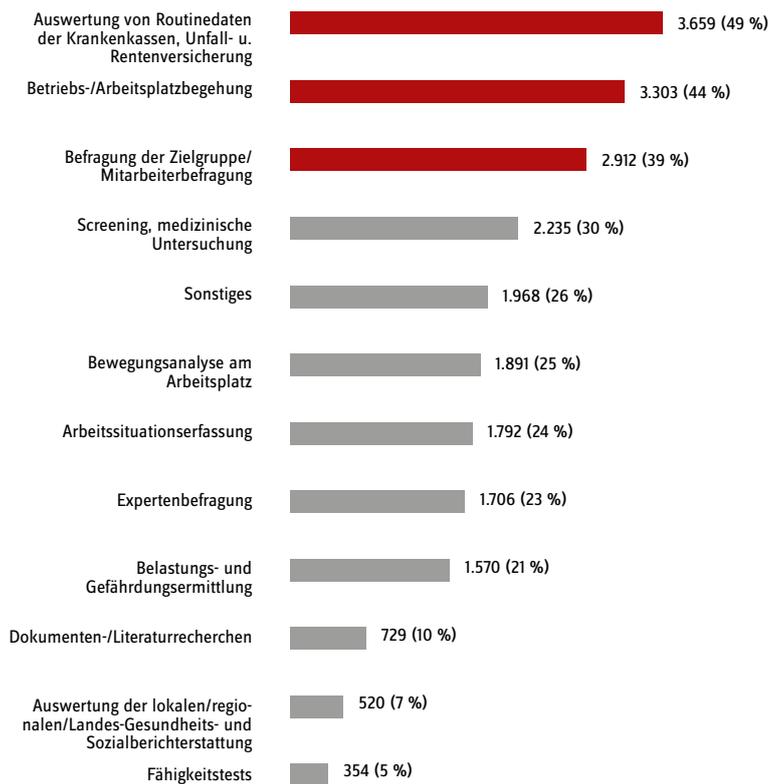
Bei über der Hälfte (61 %) der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eingerichtet. Diese dienen dazu, die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung der relevanten Akteure, zu planen und zu koordinieren. Langfristiges Ziel ist es, die Maßnahmen in das Gesundheitsmanagement des Unternehmens zu überführen. Hierbei bilden die relevanten Akteure beispielsweise einen „Arbeitskreis Gesundheit“. Dieser Arbeitskreis entwickelt und begleitet die Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb von der Bedarfsanalyse über die Imple-

mentierung von Maßnahmen bis hin zur abschließenden Erfolgskontrolle. Solche Strukturen haben sich für die dauerhafte Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb bewährt.

Am häufigsten waren die Entscheidungsebene des Betriebs (84 %), Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (79 %) sowie Betriebs- und Personalräte (61 %) in den Gremien vertreten. Führungskräfte der mittleren Ebene (48 %) waren an knapp der Hälfte der Gremien beteiligt.

## Bedarfsermittlung

**Abb. 44:** Bedarfsermittlung  
(Mehrfachnennungen möglich)



Strukturen und Arbeitsbedingungen sowie die Art der zu verrichtenden Arbeiten im Unternehmen sind sowohl mit bestimmten Potenzialen als auch mit Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten verknüpft. Um die Wahl der gesundheitsfördernden Maßnahmen zielgerecht an die Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens anzupassen, ist es sinnvoll, zunächst den Bedarf zu ermitteln. Dabei können verschiedene Methoden angewandt werden.

Am häufigsten werden zur Bedarfsermittlung Routinedaten der Krankenkassen, der Unfallversicherung und der Rentenversicherung herangezogen (insgesamt 49%). Zu 44% erfolgte zur Ermittlung des Bedarfs eine Begehung des Betriebs bzw. Arbeitsplatzes, zu 39% wurde eine Befragung der Zielgruppe durchgeführt.

Es werden in einem Projekt im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsermittlung kombiniert.

## Gesundheitszirkel

Bei 24 % der Programme wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. **„Leitidee der Gesundheitszirkel** ist die aktive Einbeziehung der MitarbeiterInnen in Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung.“ Die Beschäftigten als Expertinnen und Experten ihrer Arbeitssituation bringen ihr Wissen über „gesundheitlich beeinträchtigende Anforderungen an ihren Arbeitsplätzen“ ein.

Unter Anleitung einer in der Regel externen Moderatorin bzw. eines Moderators treffen sich die Mitglieder eines Gesundheitszirkels für einen begrenzten Zeitraum, um zunächst die „Ursachen gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz“ zu bestimmen. Anschließend steht im Fokus, Lösungsvorschläge zu finden.

In der Praxis existieren verschiedene Modelle von Gesundheitszirkeln. Es gibt sogenannte „homogene Zirkel“, in denen ausschließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam mit einer Moderatorin oder einem Moderator an den Treffen teilnehmen. In „gemischten Zirkeln“ sind neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch beispielsweise unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, die Betriebsärztin bzw. der Betriebsarzt und eine Vertretung des Betriebs- bzw. Personalrats vertreten. Inzwischen finden sich auch sogenannte „Mischmodelle“, welche bei den anfänglichen Treffen zur Bestimmung der „gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen“ nur die Beschäftigten und die Moderatorin bzw. den Moderator einschließen und nach Abschluss dieser Phase weitere relevante Akteure des Betriebs einbeziehen.

Wittig-Goetz, U. Gesundheitszirkel. Zugriff am 27.08.2018 unter [www.infoline-gesundheitsfoerderung.de](http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de)

## Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Die Krankenkassen bieten an, im Betrieb Arbeitsunfähigkeitsanalysen durchzuführen. Ein solches „AU-Profil“ oder ein „betrieblicher Gesundheitsbericht“ liefert einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten. Um die Parameter eines Betriebs besser einordnen zu können, enthalten AU-Profile/Gesundheitsberichte darüber hinaus die Durchschnittswerte der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit).

Im Jahr 2017 erstellten die Krankenkassen 12.104 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte. Das waren erheblich mehr als im Jahr 2016 (9.130). Über die Erstellung des AU-Profils und die entstandene Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb kommt es in vielen Fällen zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und Prävention.

## Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Gesundheitsförderung kann auf die Optimierung der Arbeitsverhältnisse fokussiert sein. Das Arbeitsumfeld sowie die Abläufe und Kommunikationsstrukturen im Betrieb werden dabei so umgestaltet, dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert wird. Außer auf die Strukturen im Betrieb können die Maßnahmen auch auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet sein. Im Idealfall werden beide Ansätze miteinander kombiniert. „So zeigen sich beispielsweise im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. der Förderung des psychischen Wohlbefindens vor allem **Kombinationen aus organisationalen und individuellen Maßnahmen** als wirksam. Diese wirken im Durchschnitt auch länger als individuelle Maßnahmen alleine. Für alle Präventionsfelder und Beschäftigungsbereiche wird ein mehrdimensionales Präventionskonzept empfohlen, welches verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze miteinander verknüpft.“

Etwas weniger als die Hälfte (45 %) der Maßnahmen weist eine solche Kombination der beiden Ansätze auf.

Rein verhältnisbezogen waren 6 % der Aktivitäten. Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in der Regel umfangreich und müssen von der Unternehmensleitung getragen werden. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei den einzelnen Schritten der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten.

48 % der Maßnahmen unterstützen ausschließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren.

Im Ergebnis tragen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Beschäftigte und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gemeinsam

Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei.

---

Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.). (2015). iga. Report 28. [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)

## Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen

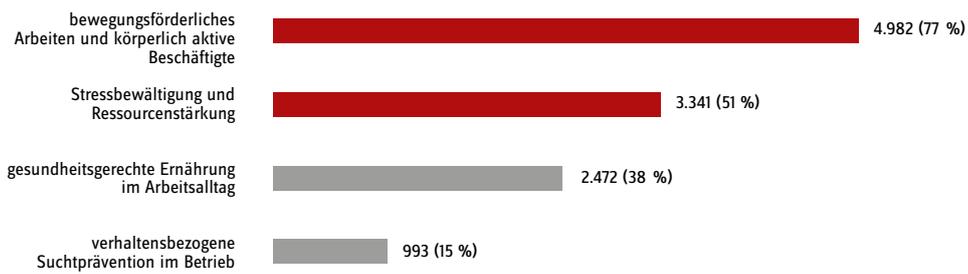
**Abb. 45:** **Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen**  
(Mehrfachnennungen möglich)



61 % der verhältnisbezogenen Interventionen waren auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen gerichtet. Aber auch die Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen hin zu einer bewegungsförderlichen Umgebung (47%) sowie die gesundheitsgerechte Führung (40%) waren häufig inhaltliche Schwerpunkte der verhältnisbezogenen Maßnahmen.

## Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen

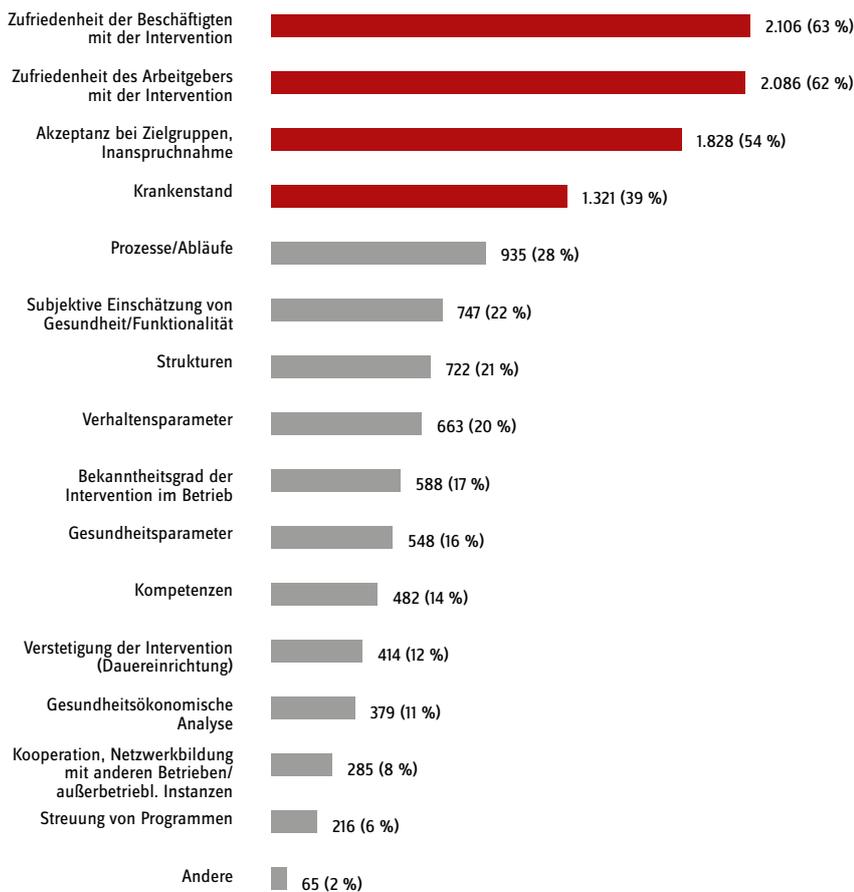
**Abb. 46:** **Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen**  
(Mehrfachnennungen möglich)



Drei Viertel der verhaltensbezogenen Interventionen waren darauf ausgerichtet, die Bewegung der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu fördern. 51 % der Maßnahmen zielten darauf ab, die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Stress zu stärken. 38 % hatten die gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag zum Schwerpunkt.

## Erfolgskontrollen

**Abb. 47:** **Inhalte der Erfolgskontrollen**  
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei 75 % aller von den Krankenkassen unterstützten Programme in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder sind geplant. Um den Erfolg umfassend ermitteln zu können, werden in der Regel vier Indikatoren miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten und die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt (63 % und 62 %). Aber auch der Krankenstand der Beschäftigten (39 %) und die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppen (54 %) werden häufig als Parameter analysiert.

## Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich auf freiwilliger Basis Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt. Die für 2017 geltenden Ziele wurden 2013 erstmals eingeführt und gelten bis 2018.

Die Ziele sind dem Kasten zu entnehmen. Auf den Folgeseiten wird dargestellt, inwieweit die Ziele erreicht werden konnten.

### Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele für die Jahre 2013–2018

#### **Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1:**

##### **Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen**

Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparats mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht

#### **Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2:**

##### **Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen**

Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht

Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht

Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht

#### **Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung:**

##### **Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung**

Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht

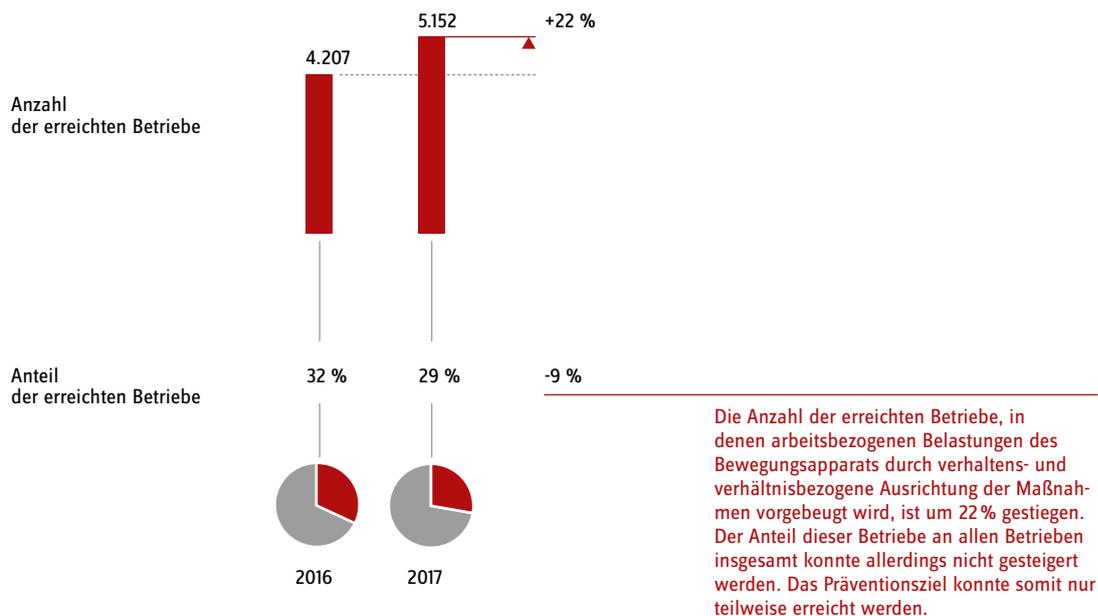
Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht

Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht

Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht

Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung

**Abb. 48:** Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparats vorbeugen  
Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung



**Abb. 49:** Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen

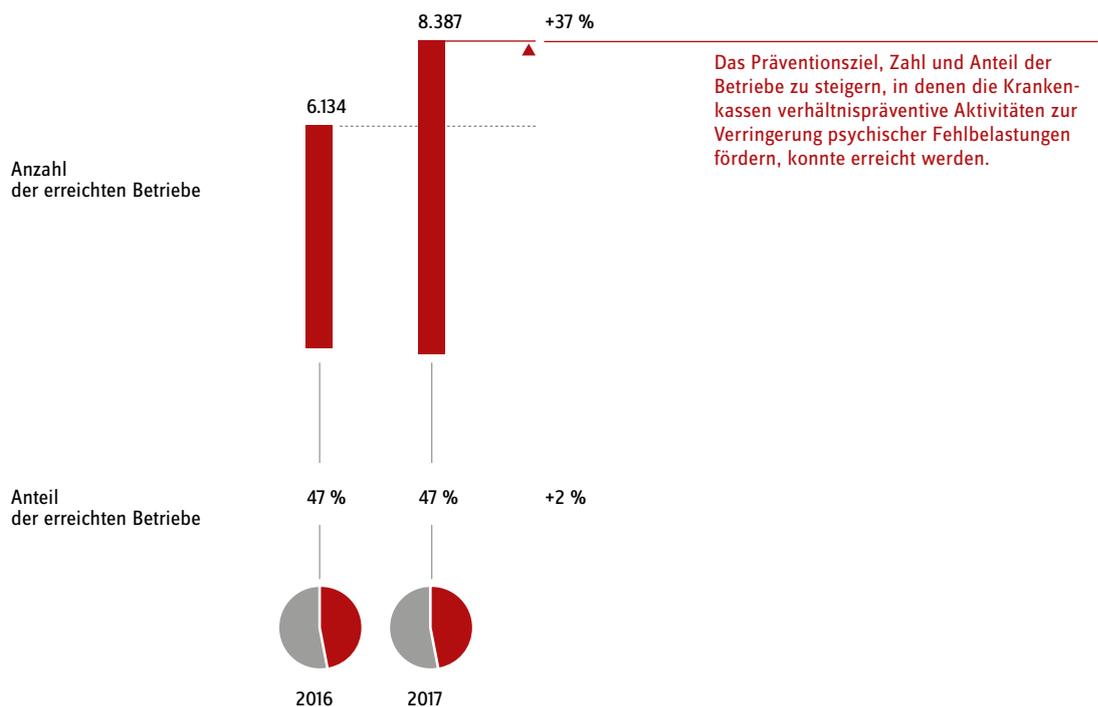


Abb. 50:

**Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern**

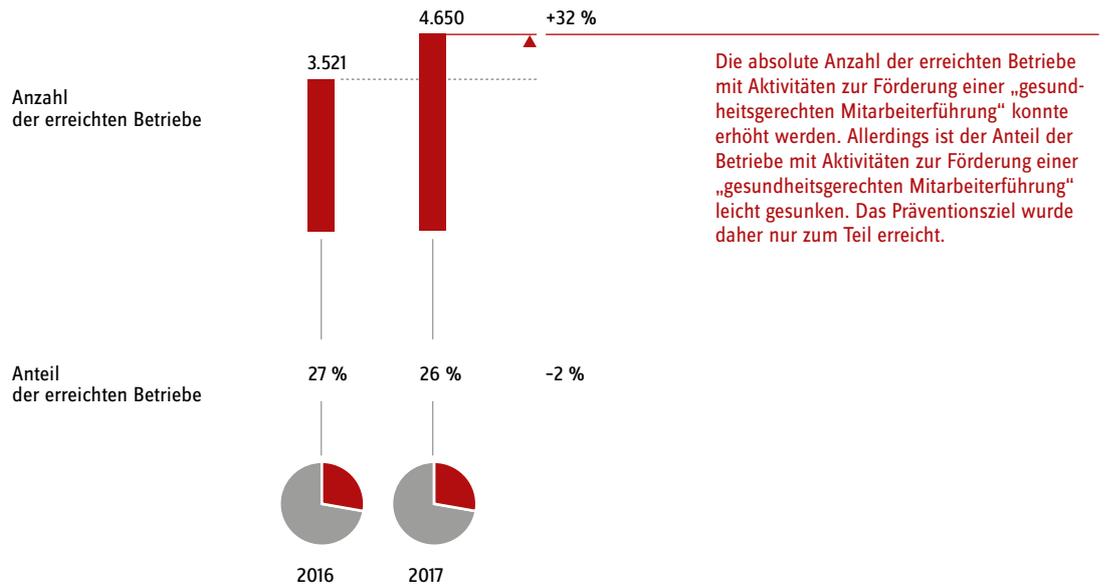
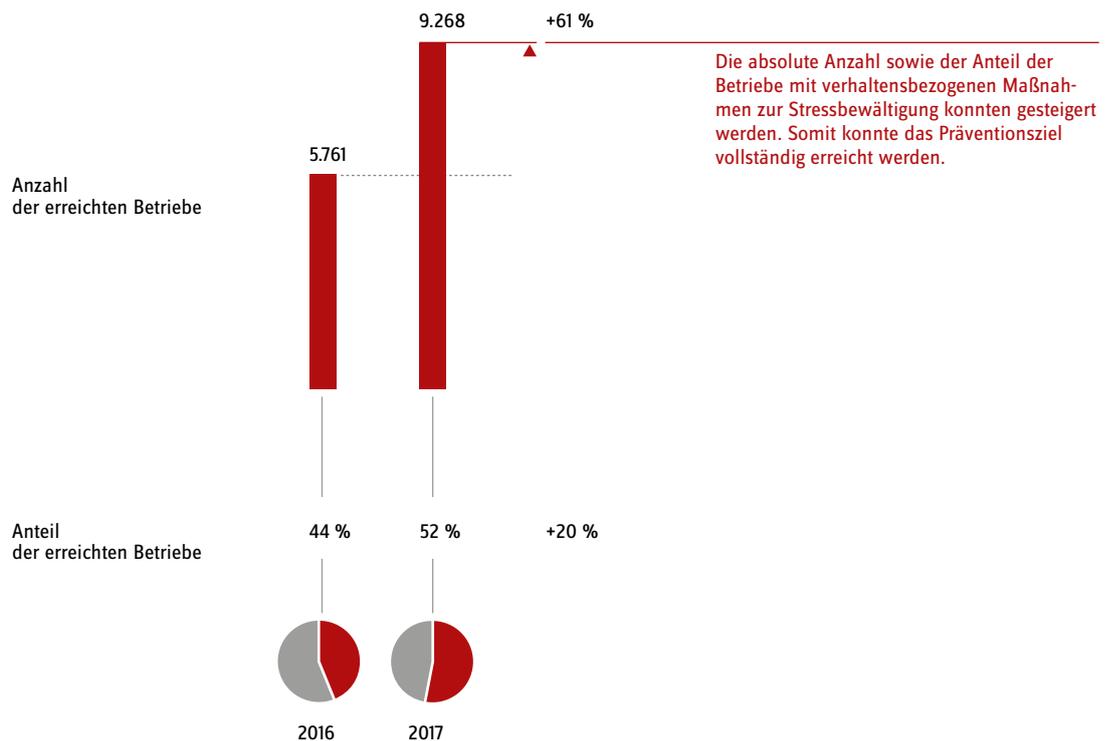
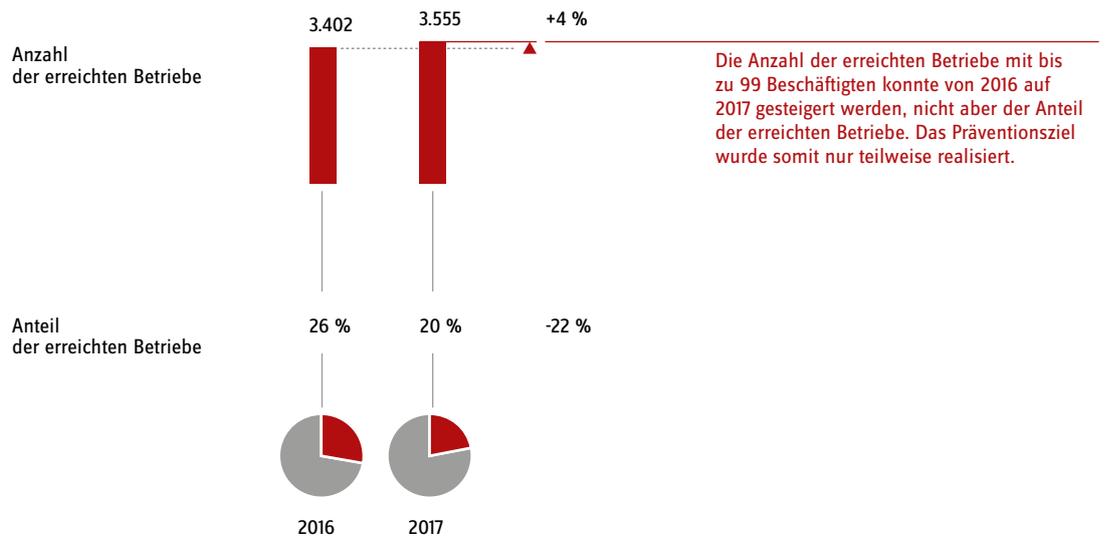


Abb. 51:

**Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz**



**Abb. 52: Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen**  
 Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten



**Abb. 53: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes**

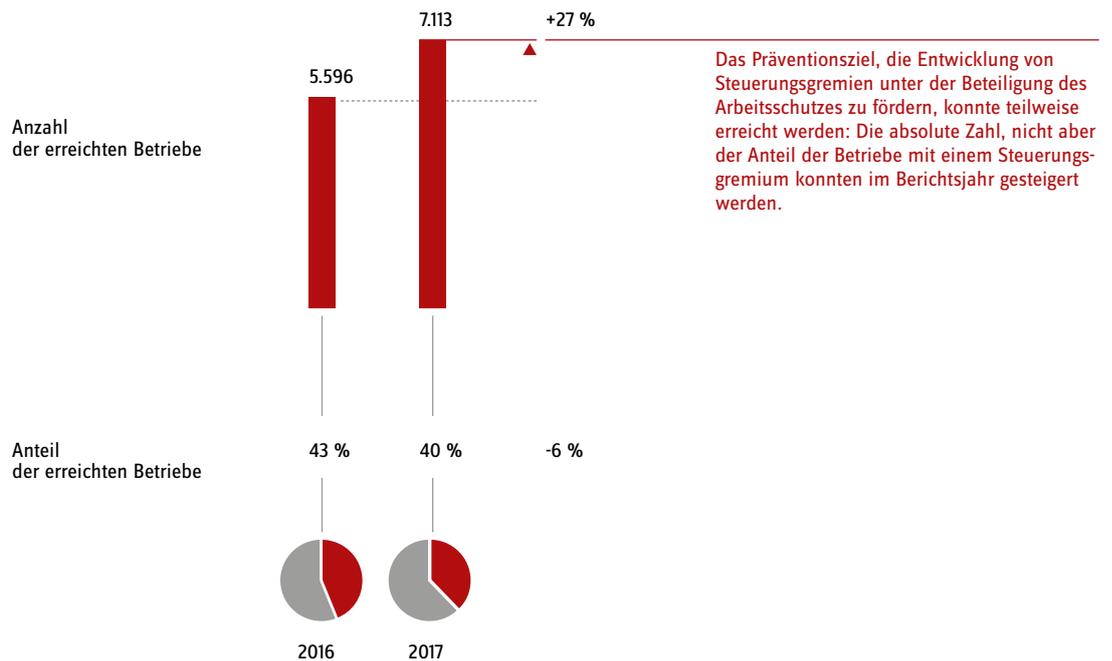


Abb. 54:

**Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb**

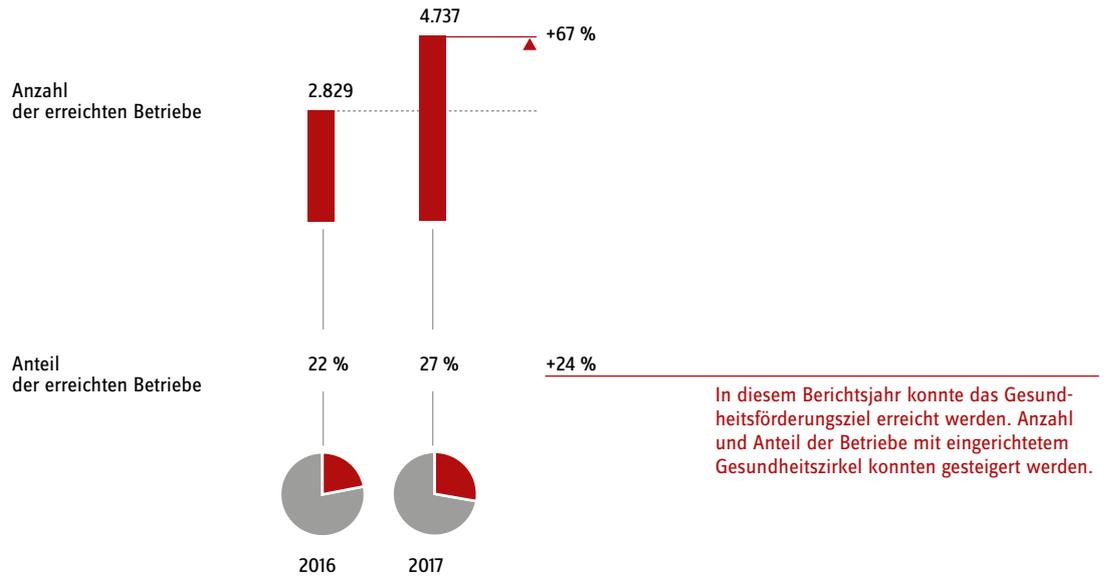
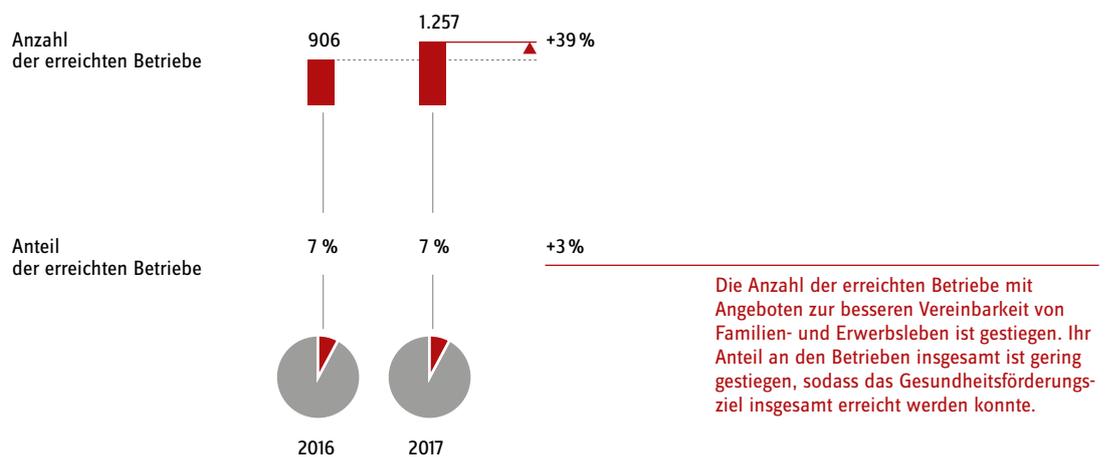


Abb. 55:

**Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben**



## Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Wagner, R. (2016). Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Präventionsbericht 2016 (S. 47-48). Essen. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Nach dem Leitfaden Prävention sind überbetriebliche Netzwerke „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“.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwirklichen, fällt kleineren Betrieben aufgrund fehlender Ressourcen oft nicht leicht.

Zunehmend übernehmen es die Krankenkassen, insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen in überbetriebliche Netzwerke einzubinden und sie dadurch **beim Etablieren der betrieblichen Gesundheitsförderung** zu unterstützen.

Der GKV-Spitzenverband hat hierzu 2014 das Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ in den Leitfaden Prävention aufgenommen. Diesem ist das Präventionsprinzip „Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch überbetriebliche Netzwerke“ zugeordnet.

### **„Überbetriebliche Netzwerke“: Zusammenarbeit mit mindestens zwei Betrieben**

**Überbetriebliche Netzwerke** definieren gemeinsame Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren.

Überbetriebliche Netzwerke setzen sich aus mindestens drei Beteiligten zusammen. Neben der Krankenkasse sind immer mindestens zwei Betriebe beteiligt. Hinzu kommen kann eine weitere Organisation. Solche Organisationen, mit denen die Krankenkasse zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenarbeitet, können z. B. Wirtschaftsfachverbände oder Branchenverbände, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften, Innungen, Kammern oder Verbände der Sozialpartner sein.

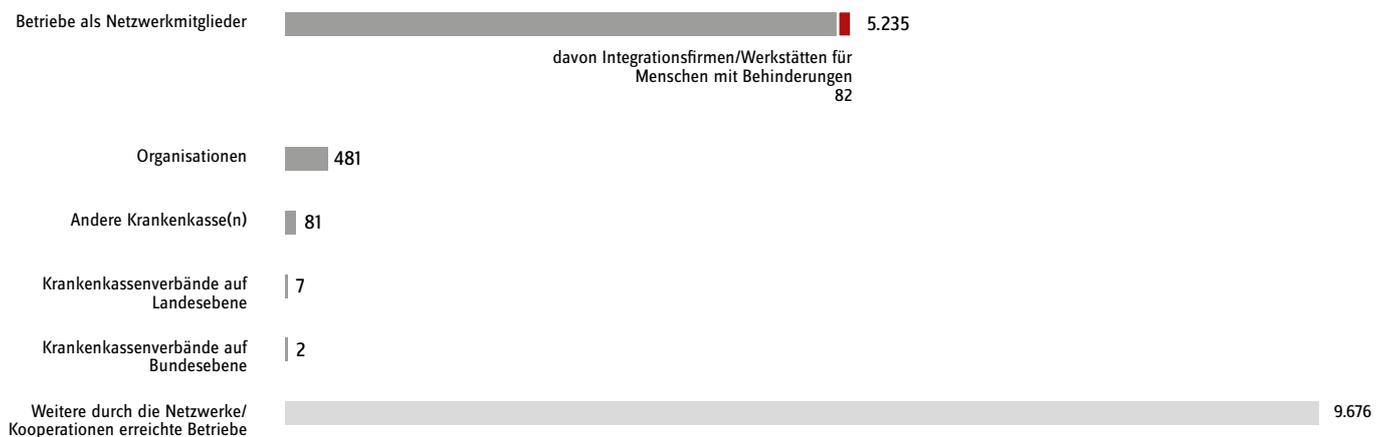
Anstelle einer Krankenkasse können auch mehrere Krankenkassen in das Netzwerk eingebunden sein. Für den Präventionsbericht dokumentiert nur eine der Kassen federführend die Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation. So werden Doppelzählungen vermieden.

### **„Kooperationen“: Zusammenarbeit von Krankenkassen mit weiteren Organisationen**

Im Kontext von Netzwerken haben „Kooperationen“ ebenfalls das Ziel, gemeinsame Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen durchzuführen, um betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben zu verbreiten und zu implementieren. Auch Themen des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements werden angesprochen. Kooperationen sind **Zusammenarbeitsstrukturen** von Krankenkassen und anderen Organisationen ohne Einschluss von Betrieben. Demnach setzen sich Kooperationen aus mindestens zwei Beteiligten zusammen, und zwar ist neben der Krankenkasse – oder mehreren Krankenkassen – mindestens eine Organisation beteiligt.

## Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

**Abb. 56:** Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2017 waren die Krankenkassen in 158 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen aktiv.

Unter diesen verfügten 42 (27%) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner.

5.235 Betriebe beteiligten sich direkt als Netzwerkmitglieder. Darunter befanden sich 82 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die Netzwerke erreichten darüber hinaus weitere 9.676 Betriebe. Diese Betriebe befinden sich noch in einer Phase der Informationsgewinnung und der Entscheidungsfindung,

wie betriebliche Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb eingeführt werden kann. Insgesamt erreichten die Krankenkassen also 14.911 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Das sind 1.153 Betriebe mehr als im Vorjahr.

Viele der Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen münden in betriebliche Gesundheitsförderung: Wie auf S. 90 unter „Erreichte Betriebe“ dargestellt, haben im Berichtsjahr 17.672 Betriebe mit der Unterstützung der Krankenkassen betriebliche Gesundheitsförderung aktiv umgesetzt.

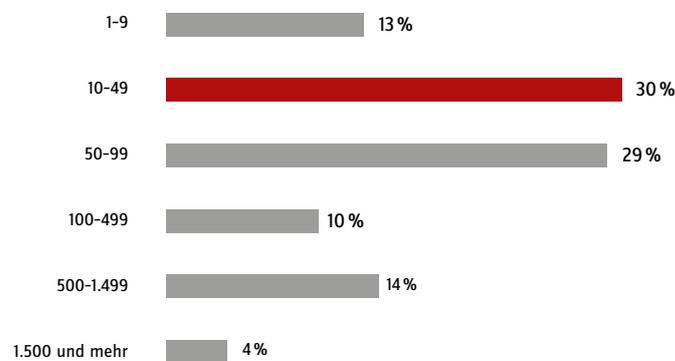
**Abb. 57:** Organisationen als Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Bei den Kooperationspartnern standen die unternehmensnahen Organisationen im Vordergrund: Am häufigsten arbeiteten die Krankenkassen mit Kammern und Innungen zusammen, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren.

Ansonsten war eine große Vielfalt an Organisationen im Netzwerk beteiligt, am häufigsten Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie die Unfall- und Rentenversicherungsträger. Deren Spitzenorganisationen auf Bundesebene entwickelten als Träger der Nationalen Präventionskonferenz gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband die nationale Präventionsstrategie weiter.

**Abb. 58: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)**



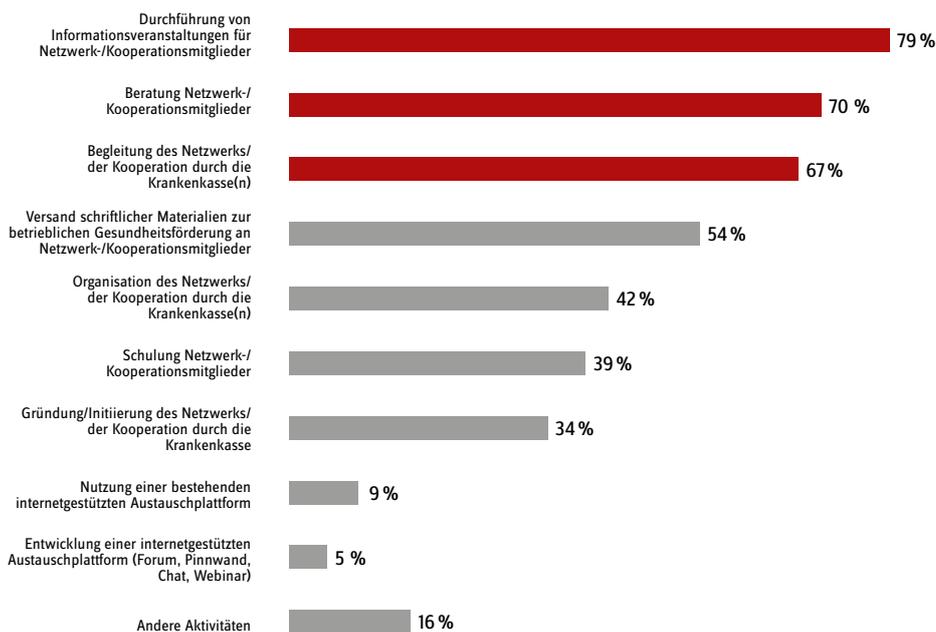
Der Vergleich der durch die überbetrieblichen Netzwerke erreichten Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) mit dem Anteil, den diese bei der **betrieblichen Gesundheitsförderung** einnehmen, zeigt einen deutlichen Unterschied: Während im betrieblich ausgerichteten Engagement der Krankenkassen der Anteil der Klein- und Kleinstbetriebe rund 20 % ausmacht, haben Betriebe dieser Größe in den überbetrieblichen Netzwerken einen Anteil von rund 43 %.

s. Abb. 36 S. 92

#### **Dauer des Bestehens des Netzwerks/ der Kooperation**

Die meisten Netzwerke/Kooperationen wurden im Jahre 2016 gegründet. 82 % der Netzwerke/Kooperationen werden auch im Folgejahr 2018 weiterbestehen.

**Abb. 59: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)**



In der Abbildung sind die Aktivitäten angegeben, die die überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen im Berichtsjahr für ihre Mitglieder durchgeführt haben.

Zu den Mitgliedern zählten im Jahr 2017 - wie oben berichtet - vor allem über 5.000 Betriebe und über 450 Organisationen, z. B. Kammern, Arbeitgeberverbände und Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen.

Bei den Aktivitäten standen die Durchführung von Informationsveranstaltungen, die Beratung der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder sowie die Begleitung des Netzwerks/der Kooperationen durch die Krankenkasse(n) im Vordergrund.

Als weitere Aktivitäten führten 70 % der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit durch. 7 % setzten Wissenstransferprojekte im Berichtsjahr um oder planten welche. Weitere 3 % führten Forschungsprojekte durch oder planten sie.

## Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Die Netzwerke oder Kooperationen führten Aktivitäten für weitere Betriebe durch, um diese ebenfalls für die betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und ihnen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln.

Wie der **Tabellenband** zeigt, erreichten sie dabei insgesamt 9.676 Betriebe.

Zu den Aktivitäten gehörte es, dass im Berichtsjahr 9.587 Betriebe mit schriftlichem Material zur betrieblichen Gesundheitsförderung versorgt wurden.

Mit Informationsveranstaltungen wurden 2.070 Betriebe erreicht.

Beraten wurden 1.292 Betriebe.

Überbetriebliche Schulungen wurden für Vertreterinnen und Vertreter von 444 Betrieben durchgeführt.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich hier eine erhebliche Zunahme der Aktivitäten.

### **Evaluation**

22% der Netzwerke/Kooperationen führten im Berichtsjahr 2017 eine Evaluation durch. 17% planten eine Evaluation für die Zukunft.

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

# Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention richten sich an einzelne Versicherte. Sie haben zum Ziel, die Versicherten für eine gesunde Lebensführung zu motivieren und zu befähigen.

Grundsätzlich finden diese Maßnahmen in Gruppen statt. In diesen Gruppenkursen werden den Versicherten Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie erlernte Verhaltensweisen dauerhaft in ihren Alltag überführen können. Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum bieten die Krankenkassen den Versicherten die Chance, ihre Gesundheit zu verbessern bzw. möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen.

Die Kriterien für individuelle verhaltensbezogene Kursangebote des GKV-Spitzenverbandes sind im **Leitfaden Prävention** veröffentlicht. Der Leitfaden Prävention wurde entsprechend den Neuregelungen durch das Präventionsgesetz, welches am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, neu gefasst.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Die Übereinstimmung von Kursmaßnahmen mit den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention lässt die Mehrzahl der Krankenkassen durch die **Zentrale Prüfstelle Prävention** prüfen. Voraussetzung für die Anerkennung eines Konzepts der individuellen verhaltensbezogenen Prävention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.

[www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de)

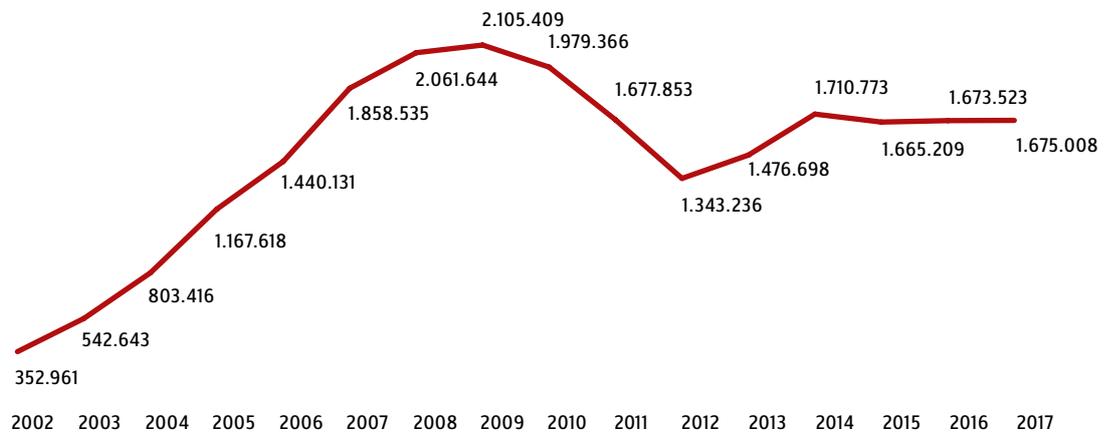
Nachfolgend werden die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen dargestellt. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband**.

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

Im Berichtsjahr 2017 wurden insgesamt 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert. Darin sind auch sogenannte IKT-Angebote enthalten. Das sind Informations- und Kommunikationstechnologie-basierte

Selbstlernprogramme, die denselben inhaltlichen Anforderungen des Leitfadens Prävention unterliegen wie alle anderen Angebote. So müssen sie auch einen wechselseitigen Austausch zwischen den Nutzerinnen und Nutzern und dem E-Kursleitenden bzw. E-Coach ermöglichen.

## Inanspruchnahme

**Abb. 60: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt**

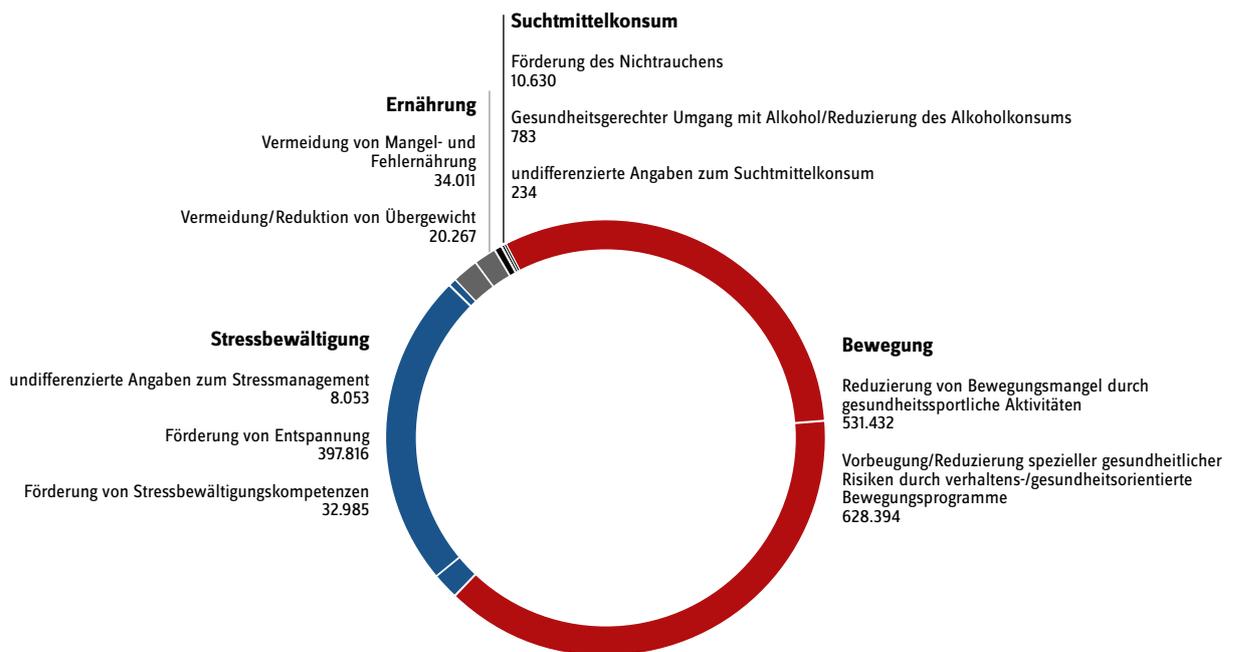
Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auszuüben bzw. Krankheitsrisiken zu reduzieren. Dabei sollen die Kurse quasi als Initialangebot gelten und den Versicherten die Chance bieten, die erworbenen Kenntnisse im Alltag langfristig fortzuführen.

Von 2014 bis 2017 sind die Kursteilnahmen relativ konstant geblieben. Der Anstieg der Kursteilnahmen in den Jahren 2013 und 2014 nach einem Rückgang in den beiden Jahren zuvor ist darauf zurückzuführen, dass eine in den Jahren 2011 und 2012 geltende Restriktion hinsichtlich der Wiederholung gleicher Kurse aufgehoben worden war.

## Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 61:

### Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die Präventionsangebote der Krankenkassen bewegen sich in den im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfeldern. Die Abbildung beschreibt die Verteilung der Kursteilnahmen nach den vier Handlungsfeldern.

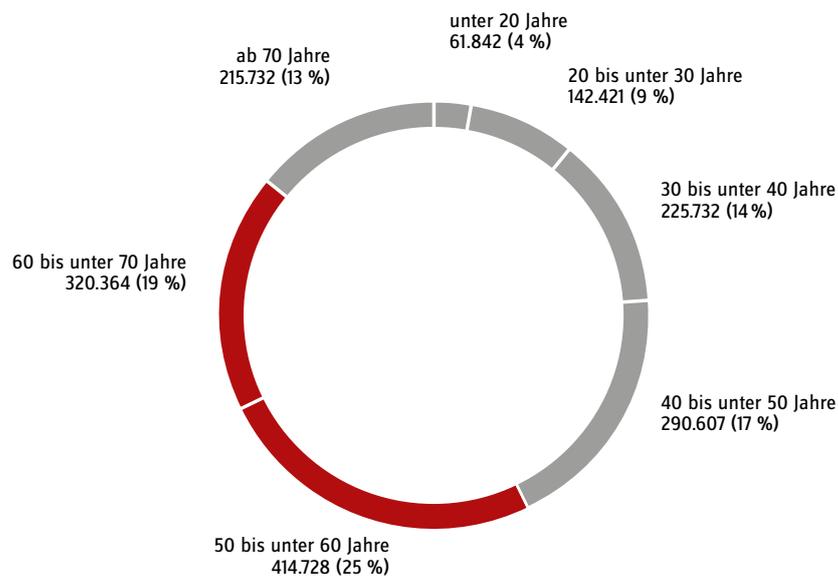
Zu einem Großteil werden Bewegungsangebote von den Versicherten nachgefragt. 70 % der Teilnahmen konzentrierten sich auf Kurse zum Thema Bewegung. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ kann weiter aufgegliedert werden nach den Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Diese beiden

Präventionsprinzipien wurden etwa gleich häufig nachgefragt.

26 % der Kursteilnahmen erfolgten zum Thema Stressmanagement. Die Kursangebote lassen sich thematisch weiter untergliedern nach Kursen zur „Förderung von Stressbewältigungskompetenzen“ und Angeboten zur „Förderung von Entspannung“. Dabei werden mit 91 % überwiegend letztere nachgefragt - gemäß Leitfaden Prävention Progressive Relaxation nach Jacobson, Autogenes Training Grundstufe nach Schultz, Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong.

Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen findet zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum statt.

## Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

**Abb. 62: Inanspruchnahme nach Alter**

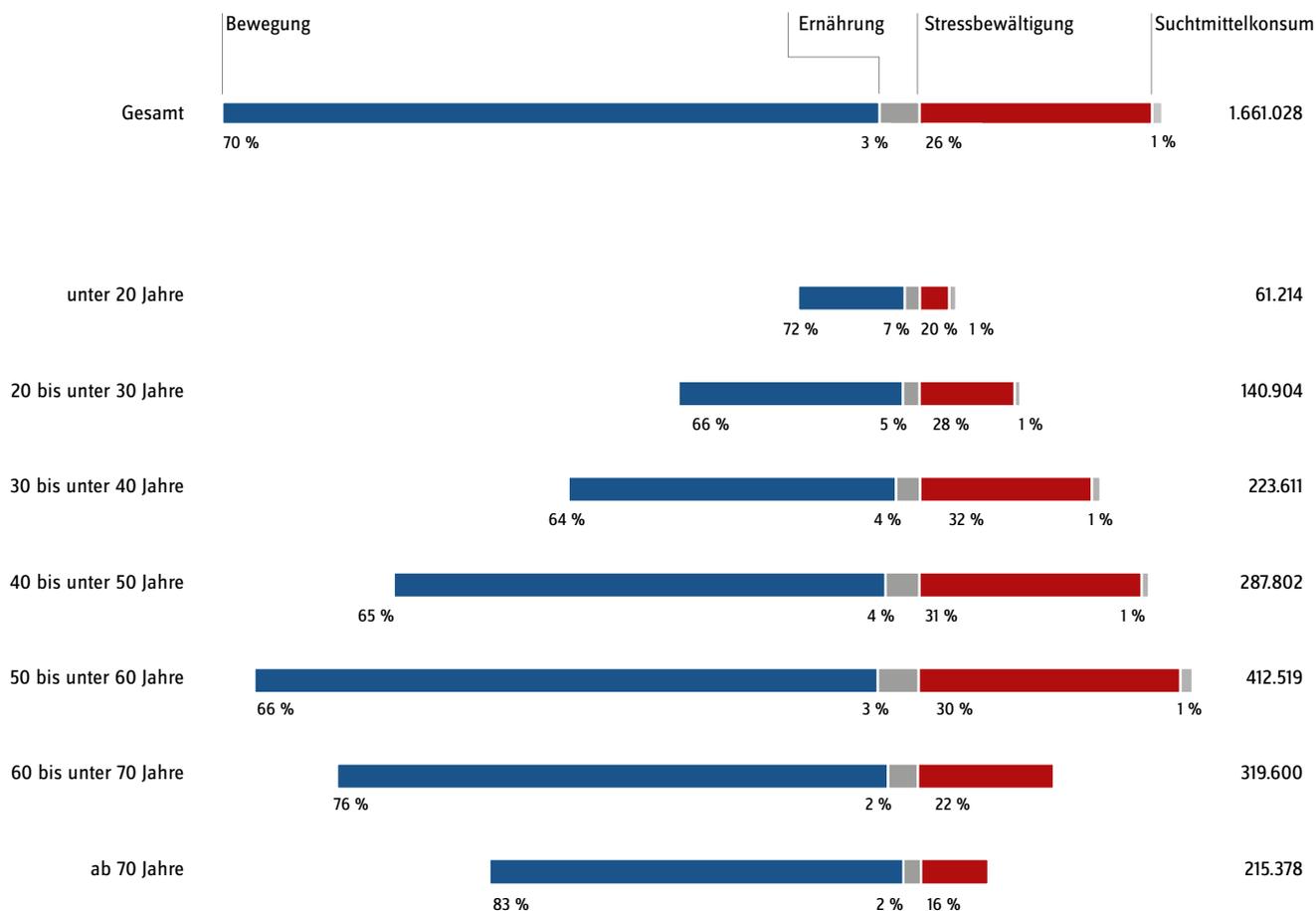
Die Prozentangaben in den Abbildungen 62 bis 64 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Angaben sind gerundet.

Die Inanspruchnahme der Kurse ist je nach Alter unterschiedlich stark ausgeprägt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich auch die **prozentualen Anteile der verschiedenen Altersgruppen** an der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Es wird deutlich, dass die unter Zwanzigjährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 18 % die krankenkassengeförderten Angebote der Verhaltensprävention nur gering beanspruchen und nur 4 % der Kursteilnahmen ausmachen. 22 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Dabei ist die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten in dieser Altersgruppe in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 24 %. Deutlich überproportional nehmen 40- bis 59-jährige gesundheitsförderliche Kursangebote in Anspruch. 42 % der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer befinden sich in dieser Altersgrup-

pe. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist mit 30 % deutlich niedriger.

Individuelle Kursangebote werden überwiegend von Frauen besucht: 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich.

**Abb. 63: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter**

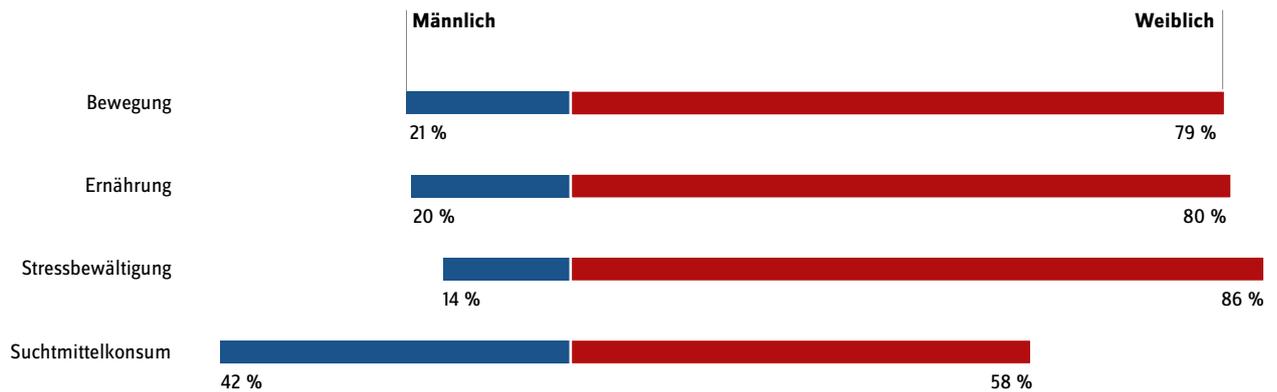


Die in der Abbildung dargestellten Prozentangaben beziehen sich auf die am Ende der jeweiligen Zeile genannte Anzahl an Kursteilnahmen in der jeweiligen Altersgruppe.

Kursangebote zur Bewegung werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Durchschnitt zu 70 %. Die 60- bis 69-jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren fragen mit 76 % und 83 % Bewegungskurse überdurchschnittlich häufig nach.

Personen ab 20 bis zu 59 Jahren, also in durch das Arbeitsleben geprägten Lebensphasen, nehmen häufiger an Angeboten zum Stressmanagement teil als jüngere oder ältere Menschen.

Jüngere Menschen unter 20 Jahren interessieren sich relativ häufiger für das Thema Ernährung als die anderen Altersgruppen.

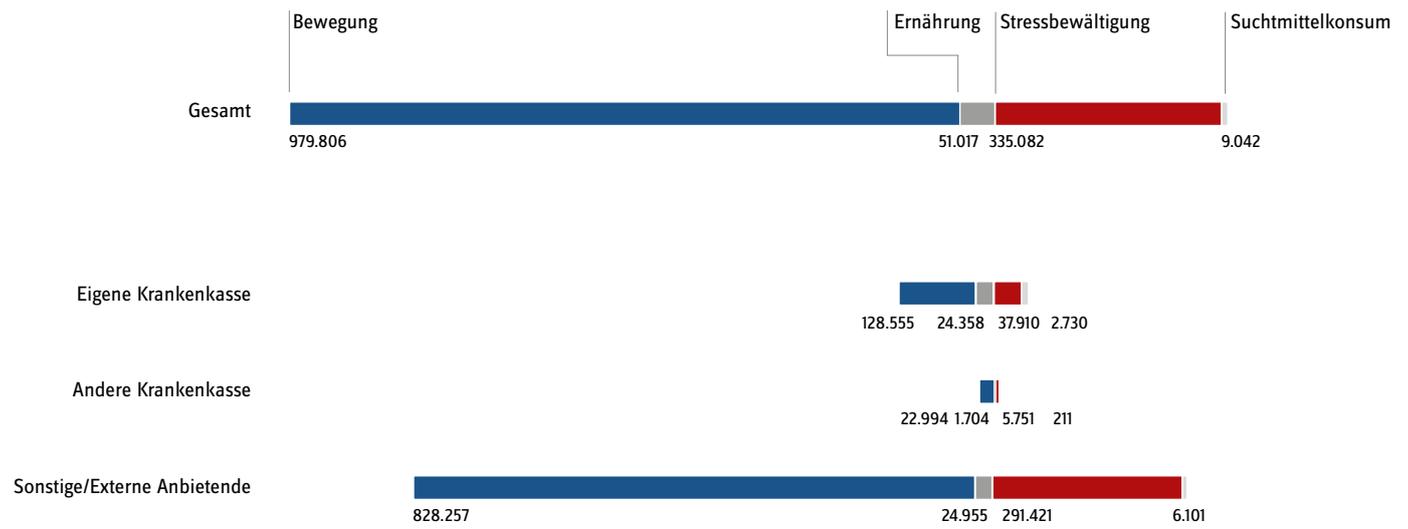
**Abb. 64: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht**

Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeld zeigt sich, dass bei den Themen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung und Stressmanagement die Teilnehmenden zu einem Großteil weiblich sind. Bei Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum sind Männer - die mit 27% eine höhere **Raucherquote** aufweisen als Frauen mit 20% - und Frauen fast zu gleichen Teilen vertreten.

Zeiger, J., Kuntz, B., Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 59-65. doi 10.17886/RKI-GBE-2017-030, www.rki.de

Die differenzierte Darstellung nach Alter und Geschlecht findet sich im Tabellenband.

**Abb. 65: Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden**



Krankenkassen führen die individuellen Präventionskurse entweder selbst durch oder sie bezuschussen für ihre Versicherten Maßnahmen anderer Krankenkassen oder externer Anbieter.

Kurse zu den Themen Bewegungsgewohnheiten, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum werden überwiegend von sonstigen/externen Anbietenden durchgeführt.

Krankenkasseneigene Ernährungskurse machen rund die Hälfte der in diesem Handlungsfeld erbrachten Leistungen aus. Eine Kostenbeteiligung an den Kursen anderer Krankenkassen spielt insgesamt eine geringe Rolle.

Die Kurse müssen einheitlichen Qualitätsvorgaben genügen, die im **Leitfaden Prävention** ausgeführt werden. Das folgende Kapitel zeigt die Neufassung der für die Strukturqualität relevanten Anforderungen zur Anbieterqualifikation.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Mindeststandards für die Anbieterqualifikation

Die verbindlichen Regelungen zum Qualitätskriterium Anbieterqualifikation im Leitfaden Prävention sind grundlegend überarbeitet worden. Die bisherigen beispielhaften Nennungen geeigneter Fachkräfte mit bestimmten staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlüssen und Zusatzqualifikationen werden zukünftig durch Beschreibungen von Kompetenzen im Sinne fachlicher Mindeststandards mit Inhalten und Umfängen ersetzt.

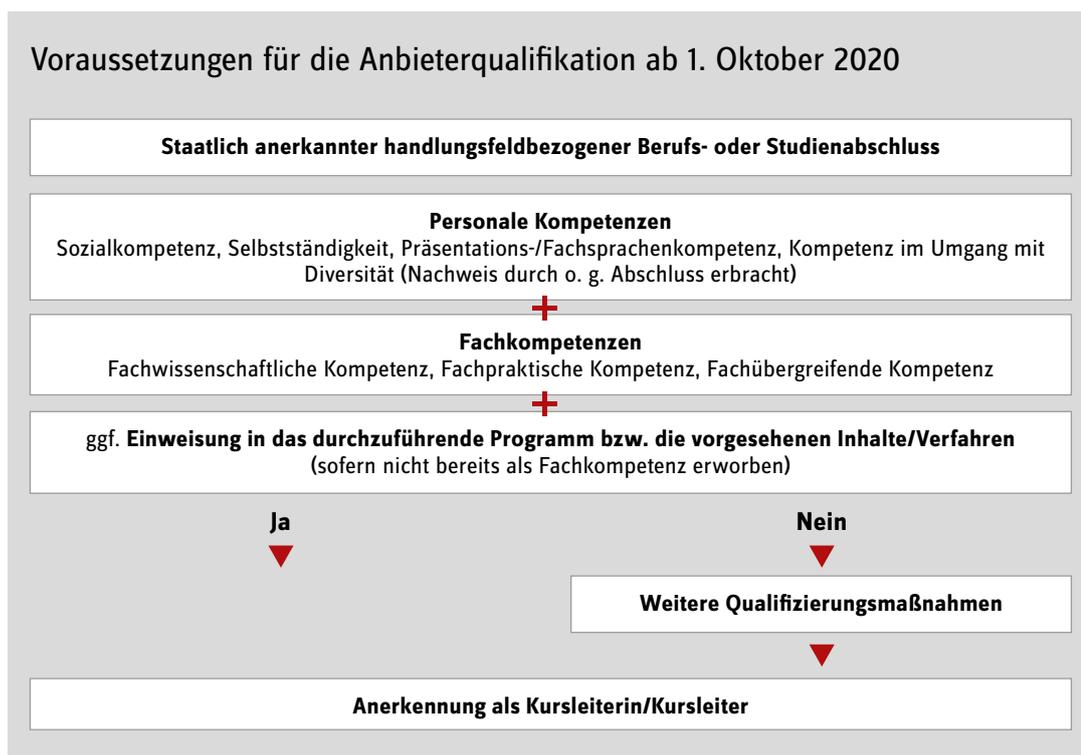
Mit den Mindeststandards wird den veränderten Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Deutschland und Europa Rechnung getragen, die u. a. durch integrative Studiengänge gekennzeichnet sind sowie durch nicht ausschließlich konsekutiv aufeinander bezogene Bachelor- und Masterabschlüsse. Die teilweise mögliche Anrechenbarkeit von Lernleistungen auch aus nichtformalen Qualifizierungen berücksichtigt das in der modernen Arbeitswelt notwendige lebenslange Lernen.

Die Mindeststandards wurden mit Expertinnen und Experten für die einzelnen Handlungsfelder der Primärprävention erarbeitet und mit Berufs- und Fachverbänden beraten.

Umfangreiche Regelungen zum Bestandsschutz für bereits anerkannte Kursleiterinnen und Kursleiter sowie mehrjährige Übergangsregelungen für Interessierte in Ausbildung und Studium sorgen dafür, dass für die Versicherten der Krankenkassen Kontinuität im Präventionsangebot und für die Anbietenden Planungssicherheit bezüglich ihrer Kursleitungstätigkeit bestehen.

Die verbindlichen Regelungen zum Qualitätskriterium Anbieterqualifikation finden sich im **Leitfaden Prävention** des GKV-Spitzenverbands in der Fassung vom 1. Oktober 2018 und in dem zugehörigen Dokument „Kriterien zur Zertifizierung“.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



# Empfehlungen und Ausblick

## Gesundheitsförderung und Prävention der Krankenkassen

Der quantitative Ausbau GKV-unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention ist im zweiten Jahr, in dem die Regelungen des Präventionsgesetzes finanzwirksam sind, gelungen. Mit Erreichen des Orientierungswertes sowie der Mindestausgabenwerte wird sich zukünftig der weitere Ausbau vermutlich abschwächen. Ausbaufähig ist unter diesen Bedingungen aber insbesondere der Netzwerkansatz, der im Bereich der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention seine Wirksamkeit zur Erreichung von Kleinbetrieben gezeigt hat.

Gerade wenn keine große Mengenausweitung mehr zu erwarten ist, ist eine noch stärkere Fokussierung auf besondere Förderschwerpunkte sinnvoll. Hierzu tragen neue GKV-Ziele für die Zielperiode 2019 bis 2024 bei. Die Orientierung an Zielen, die die GKV bereits seit 2007 praktiziert, hat sich bewährt; zeigen Ziele doch, wo besondere Anstrengungen nötig sind und machen transparent, wie es um die Zielerreichung steht.

s. Beitrag S. 14  
Ziele und Zielgruppen der BRE:

- **Gesund aufwachsen:** werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende
- **Gesund leben und arbeiten:** Erwerbstätige, Arbeitslose und ehrenamtlich Tätige
- **Gesund im Alter:** Personen nach der Erwerbsphase und Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen

Zur Formulierung im Wortlaut vgl. GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 3 „Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV“). Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Neue GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2019–2024

In den weiterentwickelten **Bundesrahmenempfehlungen (BRE)** von 2018 sind ergänzend zu den am Lebenslauf orientierten Zielen und Zielgruppen konkretere Ziele formuliert, auf welche die NPK-Träger – gemeinsam mit den beratenden Mitgliedern – hinwirken wollen.

Insbesondere soll Unterstützung bei der Schaffung und Stärkung von Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gegeben werden. Hierzu gehört auch die Förderung von Vernetzungsprozessen. Dies soll einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten, die Gesundheitskompetenz der Menschen verbessern und Ressourcen für ein gesundes Leben unterstützen. Für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt sind, abgestimmt mit den Zielen der GDA, Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems und der psychischen Gesundheit prioritär.

Die GKV als ein Träger der NPK hat sich auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung ihrer bisherigen Ziele die folgenden **Ziele für die Periode 2019 bis 2024** gesetzt:

### **Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten:**

- Die Zahl der Kommunen mit Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung ist erhöht.
- Integration von Städten, Landkreisen und Gemeinden sowie weiterer freigemeinnütziger Träger in die Kooperationsprojekte, die Leistungen für Arbeitslose erbringen
- Zahl und Anteil erreichter Kinder und Jugendlicher in Kitas und Schulen sind erhöht - in sozialen Brennpunkten, in Kooperation mit kommunalen Institutionen, mit partizipativer Einbeziehung und in kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung.
- Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Aktivitäten sowie der damit erreichten Personen sind erhöht (Ältere, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Kinder aus sucht- oder psychisch belasteten Familien).

### **Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung:**

- Zahl und Anteil der Betriebe mit Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung, inkl. Arbeitsschutz und betriebliches Eingliederungsmanagement, sind erhöht.
- Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum aller beteiligten Kostenträger sowie die Verknüpfungsmöglichkeiten ihrer Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht.
- Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sind erhöht.
- Zahl und Anteil eingebundener Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung sind erhöht.
- Zahl und Anteil der erreichten Betriebe sind erhöht, die verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen zu Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld fördern.
- Zahl und Anteil der Betriebe sind erhöht, die verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Ressourcen durchführen.

Den Krankenkassen wird empfohlen, bei ihren lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten insbesondere diese Ziele zu berücksichtigen. Das Jahr 2019 wird Basisjahr für die jährliche Messung der Zielerreichung sein. Hierzu werden die Krankenkassen gemeinsam mit dem MDS auch ihre Dokumentation anpassen.

## Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen

Der vorliegende erste Bericht zeigt, dass den Pflegekassen der grundlegende Einstieg in die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gelungen ist. Es konnten Strukturen aufgebaut werden, um Pflegeeinrichtungen über die Fördermöglichkeiten auf Grundlage des **Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** nach § 5 SGB XI zu informieren. Das ist eine notwendige Voraussetzung, um das Thema voranzubringen. Gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen werden Bedarfe analysiert und Maßnahmen umgesetzt. Der Fokus liegt hierbei auf der Verstetigung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Organisationsablauf der Pflegeeinrichtungen.

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Aufgabe der Pflegekassen ist es, zukünftig eine größere Anzahl an Pflegeeinrichtungen zu erreichen und die Aktivitäten und Angebote in Pflegeeinrichtungen zu verstärken - idealerweise in Kooperation der Pflegekassen untereinander. Der vom Gesetzgeber formulierte und von den Pflegekassen im o. g. Leitfaden integrierte Ansatz der partizipativen Beteiligung aller Akteure in den Einrichtungen und insbesondere der Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen ist dabei der zentrale Anker für eine erfolgreichere Umsetzung und Verstetigung. Für die weitergehende Verbreitung der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Pflegekassen auf das Mitwirken und die Bereitschaft der Einrichtungen angewiesen.

Parallel zum quantitativen Ausbau ist auch weiterhin in die Qualität und in die wissenschaftlich fundierte Umsetzung der Maßnahmen und Angebote zu investieren. Erkenntnisse aus Praxis und Wissenschaft können somit Eingang in die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen finden. Der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Pflegekassen auf Bundes- und Landesebene und die Pflegekassen fördern auch weiterhin den öffentlichen Austausch darüber, wie Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gelingen kann und auch gelingt.

## Trägerübergreifender Präventionsbericht 2019

Die Daten des Berichtsjahres 2017, die im vorliegenden Präventionsbericht die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der Krankenkassen sowie die Präventionsleistungen der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen abbilden, fließen auch in den **trägerübergreifenden Präventionsbericht der NPK 2019** ein. Sie sind darin quantitative Dokumentationsbausteine zweier NPK-Träger, die durch weitere quantitative Bausteine der anderen Mitglieder der NPK ergänzt werden. Ebenso wertvoll sind die in den Bericht einfließenden qualitativen Bausteine zu den Erfahrungen der Kranken- und der Pflegekassen sowie der anderen Mitglieder der NPK und weiterer Partner bei der Zusammenarbeit in Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung und im Hinblick auf Qualitätssicherung. Damit kann der trägerübergreifende Präventionsbericht 2019 erstmals eine deutschlandweite Gesamtschau zur Thematik geben und auf diese Weise eine empirische Basis für eine möglichst gesamtgesellschaftlich weiterzuentwickelnde nationale Präventionsstrategie schaffen. Deren Ergebnisse werden in späteren trägerübergreifenden Präventionsberichten dokumentiert werden.

---

s. „Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz in Vorbereitung“, S. 34

# Anhang

## Wichtige Kennziffern

	2015	2016	2017
<b>Lebenswelten</b>			
Anzahl der Doku-Bögen	1.627	2.838	4.426
Anzahl der Lebenswelten	24.420	35.429	39.551
Anzahl direkt erreichter Personen	2.513.213	3.280.868	4.452.092
Anzahl indirekt erreichter Personen	6,3 Mio.	6,6 Mio.	9,0 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,54	1,63*	2,12*
Summe der Ausgaben (Euro)	38.069.666	116.183.903	153.258.190
<b>Individuelle verhaltensbezogene Prävention</b>			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.665.209	1.673.523	1.675.008
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,87	2,95	2,87
Summe der Ausgaben (Euro)	203.181.854	210.819.530	207.630.505
<b>Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)</b>			
Anzahl der Doku-Bögen	5.828	6.438	8.120
Anzahl der Standorte/Betriebe	10.922	13.132	17.672
Anzahl direkt erreichter Personen	1.302.383	1.439.283	1.854.427
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,44 Mio.	0,53 Mio.	0,54 Mio.
Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Profile/betrieblichen Gesundheitsberichte	9.258	9.130	12.104
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen		142**	158**
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe		13.758**	14.911**
Ausgaben je Versicherten (Euro)	1,08	2,06	2,19
Summe der Ausgaben (Euro)	76.246.272	146.901.330	158.123.580
<b>Gesamt</b>			
Anzahl der Doku-Bögen (Lebenswelten, BGF)	7.455	9.276	12.546
Anzahl der Lebenswelten	24.420	35.429	39.551
Anzahl der Standorte/Betriebe	10.922	13.132	17.672
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF, indiv. Ansatz)	5.480.805	6.393.674	7.981.527
Anzahl indirekt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF)	6,7 Mio.	7,1 Mio.	9,6 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,49	6,64	7,18
Summe der Ausgaben (Euro)	317.497.792	473.904.764	519.012.275

\* Einschließlich 0,46 Euro Ausgaben entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V.

\*\* Wurde erstmals im Berichtsjahr 2016 erhoben.

	2015	2016	2017
<b>Stationäre Pflegeeinrichtungen</b>			
Anzahl der Dokumentationsbögen P1			27
Anzahl der Dokumentationsbögen P2			721
Anzahl direkt erreichter Personen			14.439
Anzahl indirekt erreichter Personen			33.464
Ausgaben je Versicherten (Euro)			0,12
Summe der Ausgaben (Euro)		4.356.354	8.507.272

## Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

**Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung auszugsweise dargestellt. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V).**

### **§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

„(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem

Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21.3.2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27.4.2015 (BAnz. AT 19. 5. 2015 B3) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26.2.2013 (BAnz. AT 26. 3. 2013 B3) festgelegt

sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 ArbSchG entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen."

### **§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

„(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 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 unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebens-

welten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.“

[...]

### **§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung**

„(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit 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. Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre

Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB X und § 219 gelten entsprechend.

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X keine Anwendung.

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach Absatz 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.“

## Gesetzliche Grundlagen für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

### § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

„(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.“

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB X und § 219 gelten entsprechend.“

**Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen auszugsweise dargestellt. Die Regelungen finden sich im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI).**

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

„(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.“

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.“

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr

nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB X keine Anwendung.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f SGB V mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

## Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

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

Lebenswelten der Menschen 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. Der Begriff des „Settings“ wird im vorliegenden Bericht synonym für Lebenswelten verwendet. Dies sind 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 betriebliche Gesundheitsförderung 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 Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die auf ihren Bedarf ausgerichtet sind.

## Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verfasst: den Leitfaden Prävention. Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung dabei, den **Leitfaden** weiterzuentwickeln.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien** des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmendurchführung), 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 und 20a SGB V (alte Fassung) 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.

## Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI 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 Vorschlägen für Angebote 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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt (aktuelle Fassung: Juni 2018).

Der Leitfaden definiert die folgenden Handlungsfelder für die Pflegekassen: 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.

Der **Leitfaden** legt die Kriterien für Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele fest.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt. [www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de).

GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

Die Ausfüllhinweise zum Dokumentationsbogen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gibt vor:

„Fassen Sie in einem Bogen alle Aktivitäten zusammen, die zu einer inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten gehören [...]. Ein Beispiel für eine ‚Gesamtheit an Aktivitäten‘: Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen.“

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.“

Sinngemäß gelten die gleichen Regelungen, was als „Berichtseinheit“ in jeweils einen Dokumentationsbogen einzutragen ist, auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

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 (nicht jedoch die einzelne Schulklasse, wenn mehrere Klassen in der gleichen Schule erreicht werden) und jede Kita (nicht jedoch die einzelne Kitagruppe, wenn mehrere Gruppen erreicht werden) eine einzelne Lebenswelt.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung 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 zu dem „hohen Anteil an ungelerten“ Beschäftigten wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen „mittleren“ oder „niedrigen“ Anteil.

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

Die Erhebungsmethode zum Feststellen der Laufzeiten der Aktivitäten wurde im Berichtsjahr 2017 umgestellt. Das Ende der Aktivitäten wird nur dann genau erfasst, wenn diese im Berichtsjahr abgeschlossen wurden. Daher lässt sich kein Vergleich zu den Vorjahresergebnissen mehr herstellen.

Die eingangs genannten Dokumentationsbögen werden bereits im MDS-Online-System von den Krankenkassen ausgefüllt und stehen dem MDS 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 MDS weiter.

Der MDS führt die Datensätze zusammen und bereitet diese zur weiteren Auswertung auf. Die Daten werden routinemäßig Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Insgesamt sind zwölf Prüfroutinen zum Setting-Ansatz und 13 zur betrieblichen Gesundheitsförderung 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.

## Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

## Tabellenband

Die Dokumentation der Präventionsaktivitäten der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt mittels zweier Dokumentationsbögen und bezieht sich auf die jeweiligen Schritte im Gesundheitsförderungsprozess. Die Erhebungsbögen sind so konzipiert, dass in einem Bogen die Vorbereitungsphase dokumentiert wird. In einem weiteren Bogen wird die Umsetzungsphase (Analyse, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung, Evaluation) dokumentiert.

Den Bogen „Vorbereitungsphase“ füllen die Pflegekassen aus, wenn sie sich in der Vorbereitungsphase der Aktivitäten befinden. Diese 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, sind diese in einem Dokumentationsbogen von den Pflegekassen zusammengefasst worden.

Sobald eine Pflegeeinrichtung mit Unterstützung der Pflegekasse in den Gesundheitsförderungsprozess einsteigt (sogenannte Umsetzungsphase), füllt die Pflegekasse den Dokumentationsbogen „Umsetzungsphase“ aus. In der Umsetzungsphase geht es um die Nutzung bestehender Strukturen, die Analyse von Bedürfnissen/Ressourcen/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 erfragt werden (wie beispielsweise Trägerschaft, Größe der Einrichtung). Die Erhebung der Daten kann durch die Pflegekasse, die Pflegeeinrichtung oder durch die in der Umsetzungsphase beauftragten Leistungsanbieter erfolgen.

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem **Tabellenband** entnommen werden. Präventionsbericht und Tabellenband stehen auf der Website des MDS zur Verfügung und können von dort heruntergeladen werden.

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

**Arbeitsgruppe  
GKV-Präventionsbericht**

**Dr. Susanne Bauer**  
MDS, 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

**Claudia Isabelle Menze**  
KNAPPSCHAFT, Bochum

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

**Karin Römer**  
MDS, Essen

**Karin Schreiner-Kürten**  
GKV-Spitzenverband, Berlin

**Dr. Julia Schröder**  
BKK Dachverband e. V., Berlin

**Christina Singer**  
AOK Bayern, Nürnberg

**Dr. Harald Strippel MSc**  
MDS, Essen

**Dr. Volker Wanek**  
GKV-Spitzenverband, Berlin

**Ruth Zaunbrecher**  
AOK-Bundesverband, Berlin

**Arbeitsgruppe Prävention in  
stationären Pflegeeinrichtungen**

**Yvonne Ehmén**  
AOK-Bundesverband, Berlin

**Daniel Fuchs**  
BKK Dachverband e. V., Berlin

**Dr. Andrea Kimmel**  
MDS, Essen

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

**Walburga Milles**  
KNAPPSCHAFT, Bochum

**Jörg Müller**  
IKK classic, Münster

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

**Karin Römer**  
MDS, Essen

**Jörg Schemann**  
GKV-Spitzenverband, Berlin

**Gabriela Seibt-Lucius**  
GKV-Spitzenverband, Berlin

**Dr. Harald Strippel MSc**  
MDS, Essen

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland .....	19
Abb. 2: BGF-Koordinierungsstellen: Anfragen nach Betriebsgröße .....	21
Abb. 3: 47 Landkreise der fünf Bundesländer, in denen das Programm implementiert wurde.....	26
Abb. 4: Mitwirkende bei der Erstellung des NPK-Präventionsberichts 2019.....	37
Abb. 5: Zahlen im Überblick.....	38
Abb. 6: GKV-Ausgaben 2017 .....	40
Abb. 7: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	41
Abb. 8: Erreichte Personen nach Geschlecht.....	42
Abb. 9: Anzahl der Lebenswelten 2008-2017 .....	44
Abb. 10: Art und Anzahl der Lebenswelten .....	45
Abb. 11: Betreuungsgrad in sozialen Brennpunkten .....	46
Abb. 12: Direkt erreichte Personen 2008-2017 .....	47
Abb. 13: Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten .....	48
Abb. 14: Zielgruppen .....	50
Abb. 15: Kooperationspartner .....	51
Abb. 16: Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium .....	52
Abb. 17: Methoden der Bedarfsermittlung.....	53
Abb. 18: Inhalte.....	55
Abb. 19: Inhalte der Erfolgskontrollen.....	57
Abb. 20: Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen.....	59
Abb. 21: Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien .....	60
Abb. 22: Standorte, an denen das Projekt zur Arbeits- und Gesundheitsförderung umgesetzt wird.....	63
Abb. 23: Inhalte .....	65
Abb. 24: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern .....	75
Abb. 25: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	78
Abb. 26: Mitwirkende im Steuerungsgremium.....	79
Abb. 27: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten.....	80
Abb. 28: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase.....	81
Abb. 29: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase .....	82
Abb. 30: Von den Pflegekassen umgesetzte Maßnahmen.....	83
Abb. 31: Erreichte Pflegebedürftige nach Pflegegrad .....	84
Abb. 32: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen .....	85
Abb. 33: Übernommene Konzepte und Erreichungsgrad der Präventionsziele.....	87
Abb. 34: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte .....	90
Abb. 35: Branchen .....	91
Abb. 36: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten).....	92
Abb. 37: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte .....	94
Abb. 38: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	95
Abb. 39: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten.....	96
Abb. 40: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung.....	97
Abb. 41: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße .....	98
Abb. 42: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen .....	99
Abb. 43: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.....	100
Abb. 44: Bedarfsermittlung.....	101

Abb. 45: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen.....	104
Abb. 46: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen.....	105
Abb. 47: Inhalte der Erfolgskontrollen .....	106
Abb. 48: Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparats vorbeugen Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung.....	108
Abb. 49: Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen .....	108
Abb. 50: Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern .....	109
Abb. 51: Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz .....	109
Abb. 52: Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen.....	110
Abb. 53: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes.....	110
Abb. 54: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb.....	111
Abb. 55: Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben .....	111
Abb. 56: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen .....	113
Abb. 57: Organisationen als Kooperationspartner .....	114
Abb. 58: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße.....	115
Abb. 59: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder .....	116
Abb. 60: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt.....	119
Abb. 61: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern .....	120
Abb. 62: Inanspruchnahme nach Alter .....	121
Abb. 63: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter .....	122
Abb. 64: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht .....	123
Abb. 65: Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden .....	124



**MDS** MEDIZINISCHER DIENST  
DES SPITZENVERBANDES  
BUND DER KRANKENKASSEN

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)  
Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

**GKV**  
Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon: 030 206288-0  
E-Mail: [kontakt@gkv-spitzenverband.de](mailto:kontakt@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)