



PRÄVENTIONSBERICHT 2020

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2019

Impressum



Autorinnen und Autoren

Dr. Susanne Bauer
Laura Geiger
René Niggemann
Jan Seidel
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
Internet: 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
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

Koffler DruckManagement GmbH

November 2020

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel: rawpixel/istock.com
S. 2 LICHTSCHACHT - Studio für Fotografie Olaf Schwickerath (4)
S. 5 Tom Maelsa <http://tommaelsa.com>;
LICHTSCHACHT - Studio für Fotografie
Olaf Schwickerath
S. 13 Tom Maelsa <http://tommaelsa.com>; Jenny
Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>
S. 15 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de> (2)
S. 18 Tom Maelsa <http://tommaelsa.com>
S. 19 Tom Maelsa <http://tommaelsa.com> (2)
S. 22 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt
Stuttgart
S. 88 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de> (2)
S. 109 Foto Tiedemann, Leipzig
S. 111 Marienhaus Unternehmensgruppe, Heri-
bert Frieling; view - die agentur, Reiner
Voß; foto-treffpunkt.de, Bielefeld
S. 113 Sibylle Malinke
S. 115 Foto Star Köln GmbH; privat
S. 116 Arnim Anhut; privat
S. 119 Klaus Kulle; Manuela Meyer
S. 121 Anja Sünderhuse; Mina Link
S. 123 Claudia Steinau/AOK-Bundesverband;
Andrea Katheder | fotografie www.andrea-katheder.de;
Timo Blöß, KomPart Verlagsgesellschaft
S. 125 privat
S. 127 Fotografen Guido Kollmeier (2); privat (2)
S. 129 Danny Berndt, Foto & Werbung Berndt



PRÄVENTIONSBERICHT 2020

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2019

Neu: Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

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

Vor etwa 20 Jahren, im Juni 2000, beschlossen die Vorstände und Verwaltungsräte der Verbände der Krankenkassen mit dem Leitfaden Prävention gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Primärprävention und Gesundheitsförderung. Damit gaben sie erstmals einen verbindlichen Rahmen für qualitätsgesicherte Präventionsleistungen vor, die die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten anbieten.

Anfangs standen die individuelle Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung im Vordergrund. Die Entwicklung der vergangenen Jahre führte zu einer breiten Öffnung in Richtung der Lebenswelten der Menschen. Dies lässt sich bei einem Blick in das Inhaltsverzeichnis des Präventionsberichts 2020 nachvollziehen: Hier finden sich Themen wie Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen oder überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In stationären Pflegeeinrichtungen profitieren die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Tagespflegegäste mittlerweile von Präventionsleistungen der Pflegekassen. Sie werden seit 2016 auf der Basis eines eigenen Leitfadens erbracht, dessen Regelwerk sich am Leitfaden Prävention orientiert.

Die inhaltliche Weiterentwicklung der beiden Präventionsleitfäden, die für die Kranken- und Pflegekassen und ihre Kooperationspartner auf der Basis der gesetzlichen Regelungen verbindlich sind, erfolgte von Anfang an unter Einbindung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen.

Der Präventionsbericht zeigt in jedem Jahr die Schwerpunkte und auch die Vielfalt des Einsatzes der Kranken- und Pflegekassen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Das kontinuierliche Anwachsen und der Ausbau der Präventionsmaßnahmen in den letzten Jahren, die sich auch im aktuellen Präventionsbericht für das Jahr 2019 feststellen lassen, werden sich 2020 aufgrund der mit der Corona-Pandemie verbundenen Einschränkungen für die Versicherten und die beteiligten Akteure zunächst nicht fortsetzen. Der gesundheits- und gesellschaftspolitische Fokus liegt derzeit auf der Prävention übertragbarer Krankheiten. Gleichzeitig bleiben aber auch Gesundheitsförderung und die Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Adipositas gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, zu deren Bewältigung die Kranken- und Pflegekassen weiterhin ihren Beitrag leisten.

Unser Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kranken- und Pflegekassen, die die Gesundheitsförderung und Prävention überall in Deutschland in der Praxis umsetzen und dies für den Präventionsbericht dokumentieren. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDS danken wir für die Auswertung und Aufbereitung der Daten und die Erstellung des Berichts.



Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 5 |
| Zusammenfassung | 10 |
| Highlights zur Umsetzung des Präventionsgesetzes | 13 |
| Nationale Präventionskonferenz: Fokus auf die Themen Pflege und Psychische Gesundheit..... | 13 |
| Kommunaler Strukturaufbau für Gesundheit - Umsetzung ist gestartet | 15 |
| Forschungsförderung zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten | 18 |
| 20 Jahre Leitfaden Prävention der GKV | 19 |
| Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern | 21 |
| Baden-Württemberg: Gesundheitslotsen als interkulturelle Brückenbauer | 22 |
| Bayern: Geschlechtersensible Gesundheitsförderung in Augsburg - Stark durch Bewegung..... | 23 |
| Berlin: Kita-Landesprogramm, Clearingstelle Gesundheit und Berichtswesen | 24 |
| Brandenburg: Präventionskonferenz, Schwerpunkte Suchtprävention und gute gesunde Schule..... | 25 |
| Bremen: Gesundheitsfachkräfte an Schulen | 26 |
| Hamburg: Psychosoziale Gesundheit in jedem Lebensalter | 27 |
| Hessen: Gemeinsame Stelle für Prävention und Gesundheitsförderung..... | 28 |
| Mecklenburg-Vorpommern: BGF-Koordinierungsstelle und Ideenwettbewerb für Präventionsprojekte .. | 29 |
| Niedersachsen: Gemeinsam für gesundheitliche Chancengleichheit | 30 |
| Nordrhein-Westfalen: Vielfältige Angebote | 31 |
| Rheinland-Pfalz: Erfolgsfaktor Vernetzung..... | 32 |
| Saarland: Begleitung der Antragstellerinnen und Antragsteller..... | 33 |
| Sachsen: Prävention wird greifbar | 34 |
| Sachsen-Anhalt: Bewegung in Pflege und Kommune | 35 |
| Schleswig-Holstein: Gesundheit gemeinsam begreifen - Chancen nutzen..... | 36 |
| Thüringen: Alle Akteure arbeiten Hand in Hand..... | 37 |
| Zahlen im Überblick | 38 |
| GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. 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 |

| | |
|--|-----------|
| Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten | 43 |
| Anzahl der Lebenswelten | 44 |
| Art der Lebenswelten und Laufzeit | 45 |
| Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ | 46 |
| Direkt erreichte Personen | 47 |
| Zielgruppen | 48 |
| Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben | 49 |
| Koordination und Steuerung | 50 |
| Bedarfsermittlung | 51 |
| Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen | 52 |
| Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten | 53 |
| Art der Umgestaltung | 53 |
| Erfolgskontrollen | 54 |
| Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen | 55 |
| Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten | 56 |
| Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten | 57 |
| | |
| Betriebliche Gesundheitsförderung | 58 |
| Erreichte Betriebe und Laufzeiten der Aktivitäten | 59 |
| Branchen | 60 |
| Betriebsgröße | 61 |
| Erreichte Beschäftigte | 62 |
| Zielgruppen | 63 |
| Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben | 64 |
| Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung | 65 |
| Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße | 66 |
| Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen | 67 |
| Koordination und Steuerung | 68 |
| Bedarfsermittlung | 69 |
| Formen der Mitarbeiterbeteiligung | 70 |
| Arbeitsunfähigkeitsanalysen | 70 |
| Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten | 71 |
| Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen | 72 |
| Erfolgskontrollen | 73 |
| Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung | 74 |
| Überbetriebliche Vernetzung und Beratung | 75 |
| Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe | 76 |
| Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation | 80 |
| | |
| Individuelle verhaltensbezogene Prävention | 81 |
| Inanspruchnahme | 82 |
| Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern | 83 |
| Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht | 84 |
| Evaluation - Qualität gemeinsam sichern und steigern | 87 |

| | |
|--|------------|
| Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI | 88 |
| Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess | 89 |
| Leistungen in der Vorbereitungsphase..... | 90 |
| Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation | 90 |
| Inhaltliche Ausrichtung und Laufzeit der Aktivitäten..... | 91 |
| Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten..... | 91 |
| Laufzeit der Aktivitäten | 93 |
| Zusammensetzung der Steuerungsgremien | 94 |
| Beteiligte Akteure | 95 |
| Ablauf der Umsetzungsphase..... | 96 |
| Maßnahmenplanung | 97 |
| Umsetzung..... | 98 |
| Evaluation..... | 99 |
| Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen | 100 |
| Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen | 101 |
| Präventionsziele in der stationären Pflege..... | 102 |
| Ziele der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen..... | 102 |
| Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen | 103 |
| | |
| Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege | 107 |
| BGF-Koordinierungsstellen unterstützen aktiv die Pflege mit Beratungsangebot zur BGF | 109 |
| Gemeinsam vernetzt für mehr Gesundheit - Gemeinschaftliche Umsetzung von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement | 110 |
| MEHRWERT:PFLEGE - Betriebliche Gesundheitsförderung mit System | 112 |
| Gesundheitsdialog in Werkstattform - GESUWERK - Prävention durch Belastungssteuerung in ambulanten Pflegeeinrichtungen | 114 |
| WERTGESCHÄTZT - Eine Initiative zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen..... | 116 |
| Sonderauswertung der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegenden..... | 117 |
| Pflege gestalten - Gesundheit erhalten für Mitarbeitende und Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege | 118 |
| Gesundheitsförderung ist zwischenmenschlich: gesaPflege - gesund alt werden in der stationären Pflege | 120 |
| Checklisten für Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP)..... | 122 |
| Mentale Balance und Wohlbefinden im Pflegeheim - ein Widerspruch?!..... | 124 |
| Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo in der stationären Langzeitpflege..... | 126 |
| Netzwerk Zukunft Pflege | 128 |
| | |
| Empfehlungen und Ausblick | 130 |

| | |
|--|------------|
| Anhang..... | 132 |
| Wichtige Kennziffern | 132 |
| Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen | 134 |
| Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 134 |
| Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention | 135 |
| Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention..... | 135 |
| Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 136 |
| Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen | 136 |
| Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 137 |
| Tabellenband..... | 138 |
| Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht..... | 139 |
| Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 139 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 140 |

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2020 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in nichtbetrieblichen und betrieblichen Lebenswelten sowie der Pflegekassen in der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 2019 und zeigt Entwicklungen im Jahr 2020 auf. Ein Sonderteil berichtet erstmals über Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

Highlights zur Umsetzung des Präventionsgesetzes

Unter Highlights wird über Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) insbesondere zu den Themen „Pflege und Psyche“ berichtet. Aus dem GKV-Bündnis für Gesundheit wird der Sachstand zum kommunalen Förderprogramm sowie zur ersten themenbezogenen Forschungsförderung dargestellt. Es wird die Entwicklung des Qualitätsinstruments Leitfaden Prävention innerhalb von 20 Jahren skizziert. Aus jedem Bundesland werden beispielhaft Aktivitäten und Projekte zur Umsetzung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung (LRV) vorgestellt.

Zahlen im Überblick

Die Krankenkassen erreichten 2019 mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten mit 45.077 mehr Settings als im Vorjahr. Dafür wurden 166 Mio. Euro ausgegeben; d. h. 2,27 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 2,15 Euro). Mit BGF erreichten die Krankenkassen rund 2,3 Mio. Beschäftigte in 23.000 Betrieben. Dies sind 19 % mehr Betriebe und 6 % mehr Beschäftigte als 2018. Hier beliefen sich die Ausgaben auf 240 Mio. Euro; d. h. 3,28 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 3,15 Euro). In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention förderten die Krankenkassen rund 1,8 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen und damit etwas mehr als im Vorjahr. Für diese Interventionen wurden 225 Mio. Euro verausgabt.

Insgesamt wurden also 631 Mio. Euro von der GKV ausgegeben; das entspricht 8,64 Euro je Versicherten. Damit wurde der gemäß § 20 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2019 vorgesehene Orientierungswert von 7,52 Euro je Versicherten deutlich übertroffen.

Der Ausgaben-Richtwert für die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2019 lag bei 0,32 Euro je Versicherten. Die Pflegekassen gaben 2019 durchschnittlich einen Beitrag von 0,24 Euro je Versicherten aus und investierten insgesamt 17,6 Mio. Euro in die Beratung und Unterstützung von Präventionsaktivitäten. Damit wurden die Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum Vorjahr (9,9 Mio. Euro) fast verdoppelt. Dennoch wird deutlich, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, um insbesondere Partner bei den Leistungserbringern zu gewinnen und dem Thema Prävention in dieser Lebenswelt noch mehr Geltung zu verschaffen.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Ziel des Engagements der Krankenkassen im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten ist es, die Verhältnisse im Setting gesundheitsförderlich zu gestalten und durch niedrigschwellige und passgenaue Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln. 27 % der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen erfolgten in Grundschulen, 34 % in Kitas und 22 % in weiterführenden Schulen.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele fest. Die für 2019 geltenden Ziele fallen in die neue Zieleperiode 2019 bis 2024. Im Bericht wird daher lediglich die Darstellung der Werte des Basisjahres 2019 vorgenommen.

Die modellhafte Erprobung der Zusammenarbeit von Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit und GKV-Bündnis für Gesundheit in der kommunalen Lebenswelt, um die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu fördern, wird weiter fortgesetzt. Im Jahr 2019 wurde das Kooperationsprojekt an 163 Standorten durchgeführt.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen in über 23.000 Betrieben 2,3 Mio. Beschäftigte direkt erreichen; 8 % der Betriebe wiesen einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Bei diesen Betrieben ist von einem erhöhten Bedarf an BGF auszugehen.

Auch in diesem Kapitel werden für 2019 lediglich die in diesem Basisjahr erreichten Werte der neu definierten Ziele für die Periode 2019–2024 genannt. Für das Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ dokumentierten die Krankenkassen 2019 ihre Tätigkeiten in 193 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen. 43 % der an den Netzwerken beteiligten Betriebe und damit deutlich mehr als in der nicht betriebsübergreifenden BGF waren Klein- und Kleinstbetriebe.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen einzuüben und diese langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Von 1,8 Mio. Teilnahmen an Kursmaßnahmen entfiel der Großteil auf Bewegungsangebote (68 %). 29 % der Kursteilnahmen zielten auf Stressbewältigung ab. Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen fand zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum statt.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Seit 2016 setzen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention für Versicherte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI um.

Ausgehend von der ersten Bestandsaufnahme zur Erreichung der Ziele im Präventionsbericht 2018 werden die Ergebnisse in der Vorbereitung und Umsetzung von Leistungen der Pflegekassen für das Berichtsjahr 2019 vorgestellt. Mit der Förderung von präventiven Leistungen durch die Pflegekassen wird anerkannt, dass in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung die Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können. Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert die Präventionsziele sowie die Voraussetzungen und Kriterien für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Pflegekassen setzten 2019 in 2.023 Pflegeeinrichtungen Präventionsaktivitäten in den fünf Handlungsfeldern Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt um. Alle Aktivitäten konnten im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden. Die Maßnahmen wurden dabei vor allem in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Es wurden 2019 110.767 Personen und damit doppelt so viele Pflegebedürftige wie im Vorjahr erreicht.

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Da eine gute und verlässliche Pflege kranker und pflegebedürftiger Menschen von zentraler Bedeutung ist, haben sich die Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, der Krankenkassen und Pflegekassen, Ausbildungsträger, Kirchen und Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit und die Sozialpartner zusammen mit den politisch Verantwortlichen des Bundes und der Länder in der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) auf ein breites Spektrum von Maßnahmen verpflichtet, um den Arbeitsalltag in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

Ein Beitrag des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der KAP besteht darin, in einem Sonderteil seines

jährlich mit dem MDS herausgegebenen Präventionsberichts ab 2019 für zunächst fünf Jahre über die BGF für beruflich Pflegende zu berichten.

Außer zehn Beispielen zum thematisch breit gefächerten Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werden erste Befunde aus einer Zusammenführung der Dokumentationsbögen aus der BGF- und Pflegestatistik des MDS dargestellt. Demnach konnte die Verzahnung von BGF für in Pflegeeinrichtungen Beschäftigte und Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige 2019 in 66 von 645 Pflegeheimen realisiert werden.

Empfehlungen und Ausblick

Während die Daten zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Krankenkassen und der Pflegekassen für das Berichtsjahr 2019 gesammelt, ausgewertet und aufbereitet wurden, sahen sich die Gesellschaft und das Gesundheitswesen spätestens seit März 2020 plötzlich einer in dieser Form nie dagewesenen Herausforderung, der Corona-Pandemie und ihrer alle Menschen und alle Lebensbereiche betreffenden Auswirkungen, gegenüber.

Als Fazit aus dieser Erfahrung bleibt festzuhalten, dass zukünftig verstärkt digitale Wege gegangen werden müssen, um Gesundheitsförderung und Prävention mit den verantwortlichen Partnern in Lebenswelten und Betrieben zu implementieren und die Menschen bedarfsorientiert dort zu erreichen, wo sie gerade sind. So passt es gut, dass der Leitfaden Prävention, der im Jahre 2003 erstmals „interaktive Selbstlernprogramme“ erwähnte, ab 2021 in einem eigenen Kapitel den Rahmen für eine wirkungsvolle digitale Gesundheitsförderung und Prävention setzt.

Nationale Präventionskonferenz: Fokus auf die Themen Pflege und Psychische Gesundheit

Die **Träger**¹ der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) haben vonseiten der Politik mehrere neue Aufgaben übertragen bekommen. Im Fokus steht insbesondere die Förderung der Gesundheit von zwei Zielgruppen: Beschäftigte in der Pflege sowie Kinder und Jugendliche, von denen mindestens ein Elternteil psychisch krank oder suchtkrank ist (vgl. Kasten).

Einen Teil ihrer neuen Aufgaben hat die NPK bereits umgesetzt und entsprechende Informationen auf ihrer Homepage (www.npk-info.de) verfügbar gemacht.

Neu: Leistungsübersicht im Bereich Pflege

Die NPK-Homepage wurde um Informationen zu den Präventionsleistungen der Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherung in der Pflege ergänzt. Unter dem Titel **Gesund in der Pflege**² ist dargestellt, welche Unterstützung geleistet wird, um beruflich, familiär und ehrenamtlich Pflegenden in ihren Gesundheitsressourcen zu stärken und gesundheitliche Belastungen abzubauen. Die Übersichtsseiten enthalten sowohl Informationen zu generellen Leistungen und Angeboten als auch zu aktuellen Projekten, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt werden. Mit der Übersicht setzen die NPK-Träger eine Vereinbarung aus der KAP (vgl. Kasten) um.

Neu: Anwendungsbeispiel zur Suchtprävention

Als zweite Neuerung ist auf der NPK-Homepage ein **Anwendungsbeispiel**³ zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit in der qualitätsorientierten Suchtprävention in Lebenswelten veröffent-

licht. Dabei werden u. a. Kinder suchtkranker Eltern in den Blick genommen. Nach den Themen Gemeinschaftsverpflegung und Bewegungsförderung hat die NPK damit ein drittes Anwendungsbeispiel entwickelt, das in der Praxis genutzt werden kann, um lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention unter Einbeziehung aller relevanten Akteure anzugehen.

Impulse für mehr gesamtgesellschaftliches und politikfeldübergreifendes Engagement

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention können nur erfolgreich sein, wenn eine Vielzahl von Akteuren sich gemeinsam engagiert – das heißt vor allem: wenn gesamtgesellschaftlich und damit auch politikfeldübergreifend vorgegangen wird. Dieser von der NPK bereits in ihren **Bundesrahmenempfehlungen (BRE)**⁴ formulierte Grundsatz gilt auch für die Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in der Pflege sowie für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern. Die NPK-Träger wollen die Umsetzung ihrer Aufgaben für diese zwei politisch priorisierten Zielgruppen daher mit einem umfassenderen Vorhaben verbinden. Geplant ist, modellhaft zu erproben, wie anhand der Themen „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ (kurz: „Pflege“) sowie „Stärkung der Gesundheit von Kindern aus psychisch belasteten Familien“ (kurz: „Psychische Gesundheit“) im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie die gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden kann.

Präventionsforum 2020: Diskussion mit Fachöffentlichkeit, Wissenschaft und Politik

Auch das diesjährige **Präventionsforum**⁵ knüpfte an die neuen Aufgaben der NPK und die ange-



Autorinnen:

Dr. Monika Kücking,
GKV-Spitzenverband

Dr. Stefanie Liedtke,
GKV-Spitzenverband

¹ Träger der NPK sind die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung, vertreten durch ihre Spitzenorganisationen: GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie Deutsche Rentenversicherung Bund.

² www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege

³ www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken

⁴ www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen

⁵ www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum/praeventionsforum-2020

strebten Impulse an. Bei der (diesmal in vorwiegend digitaler Form durchgeführten) Veranstaltung wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus Fachöffentlichkeit, Wissenschaft und Politik diskutiert, welche Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention bei den Themen „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ und „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“ gesehen werden – und wie diesen Herausforderungen gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend begegnet werden kann. Die Ergebnisse werden im nächsten Schritt in der NPK beraten.

Bundesrahmenempfehlungen: Bereits vereinbarte Ziele bleiben aktuell

Bereits seit ihrer ersten Verabschiedung im Jahr 2016 sind in den BRE der NPK drei übergeordnete Ziele formuliert: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“. Die Zielgruppen Beschäftigte in der Pflege sowie Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern waren in dieser Systematik von vornherein inbegriffen. Die NPK-Träger werden ihr Engagement zur Erreichung der vereinbarten Ziele fortsetzen und in ihrem zweiten, 2023 vorzulegenden **Präventionsbericht**⁶ beides abbilden: die Umsetzung der neuen Aufgaben sowie das Engagement zur Erreichung aller in den BRE bereits definierten Ziele.

⁶ <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht>

Neue Aufgaben der NPK zur Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in der Pflege sowie für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern – basierend auf dem 2018 beschlossenen **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**¹, den 2019 geschlossenen Vereinbarungen der von der Bundesregierung ins Leben gerufenen **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**² sowie den 2019 vorgelegten Empfehlungen der **Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“**³, die 2018 auf Basis eines interfraktionellen Bundestagsantrags eingerichtet wurde:

- Mit dem PpSG haben die NPK-Träger den Auftrag erhalten, gemeinsame Ziele zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 SGB V (Krankenhäuser) und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu vereinbaren (vgl. § 20d Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die **Krankenkassen**⁴ wurden parallel verpflichtet, jährlich mindestens 1 Euro je Versicherten für die BGF nach § 20b SGB V in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzubringen (vgl. § 20 Abs. 6 SGB V).
- Im Rahmen der KAP wurden die NPK-Träger u. a. aufgefordert, die zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende, insbesondere für Beschäftigte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, als einen Schwerpunkt für die Jahre 2020 bis 2023 zu vereinbaren. Im zweiten Präventionsbericht soll über die Umsetzung und die Ergebnisse berichtet werden.
- Die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ hat den NPK-Trägern empfohlen, Kinder und Jugendliche aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank oder suchterkrankt ist, fokussiert in den Blick zu nehmen.

¹ BGBl I S. 2394

² www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html

³ www.ag-kpke.de/vom-auftrag-zur-umsetzung-praesentation-des-abschlussberichts/

⁴ vgl. Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Kommunaler Strukturaufbau für Gesundheit – Umsetzung ist gestartet

Die kommunale Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention hat eine herausragende Bedeutung für eine passgenaue und bedarfsgerechte Angebotsausgestaltung für die Bürgerinnen und Bürger. Viele Kommunen haben sich in den letzten Jahren auf den Weg gemacht, die nötigen Strukturen für solche Angebote aufzubauen. Allerdings ist die notwendige Finanzierung für viele Städte, Landkreise und Gemeinden ein Problem – gerade für Kommunen in einer schlechten sozioökonomischen Situation. Vor diesem Hintergrund hat das GKV-Bündnis für Gesundheit, die gemeinsame Initiative aller Krankenkassen, Anfang 2019 ein Förderangebot für den **Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen**¹ geschaffen.

Förderangebot findet gute Resonanz bei Kommunen

Von den insgesamt 195 berechtigten Kommunen haben 43 Kommunen einen Antrag auf Förderung gestellt und seit Ende 2019 bereits sukzessive mit der Umsetzung begonnen. Mehr als 40 weitere Kommunen haben das **vereinfachte Antragsverfahren**² zur Fristwahrung (30. Juni 2020) genutzt, das wegen der Corona-Pandemie im Mai 2020 eingeführt worden ist (siehe Abb. 1). Die Zahlen verdeutlichen, dass das Förderangebot insgesamt gute Resonanz bei den antragsberechtigten Kommunen findet.

Angebote der Beratung, Qualifizierung und Vernetzung

Das GKV-Bündnis unterstützt die geförderten Kommunen nicht nur dabei, Prozesse und Strukturen wie z. B. Kommunale Gesundheitskonferenzen aufzubauen. Es hilft auch, eine integrierte kommunale Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln. Dies benötigt nicht nur Zeit und finanzielle Ressourcen, sondern

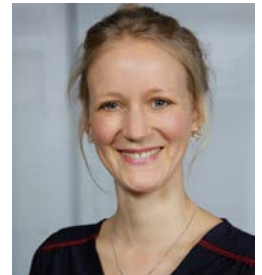
auch entsprechendes fachliches Know-how und Koordination vor Ort. Die Förderung beinhaltet deshalb eine finanzielle Zuwendung im Sinne einer Anschubfinanzierung sowie prozessbegleitende Unterstützungsangebote wie Beratung und Qualifizierung.

Die Projekt-Beteiligten können Unterstützungsangebote kostenfrei in Anspruch nehmen. So haben die geförderten Kommunen beispielsweise die Möglichkeit, auf die Expertise von Prozessberaterinnen und -beratern zurückzugreifen. Diese externe Beratung soll Impulse und Orientierung geben, punktuell und gezielt bei fachlichen Fragen wie der Bedarfsermittlung helfen oder in besonders wichtigen Phasen der Umsetzung (z. B. durch die Moderation von Gremiensitzungen) unterstützen.

Darüber hinaus stehen den Kommunen auch die **Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit**³ zur Verfügung. Diese beraten und informieren zu weiteren Förder- und Unterstützungsangeboten des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Sie stellen auch die Schnittstelle zu den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden im Bundesland dar.

Evaluation soll auch Evidenzlage verbessern

Das Förderangebot fügt sich in eine bestehende und sich kontinuierlich weiterentwickelnde Förderlandschaft auf dem Gebiet der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ein. Es ist als komplementäres Angebot zu verstehen, das auf Bestehendem aufbaut und ein Zusammenspiel verschiedener Förderstränge und Angebote erlaubt. Denn die Ausgangslage der Kommunen ist sehr unterschiedlich: Unterstützt werden einer-



Autor und Autorin:

Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband

Merle Wiegand,
GKV-Spitzenverband



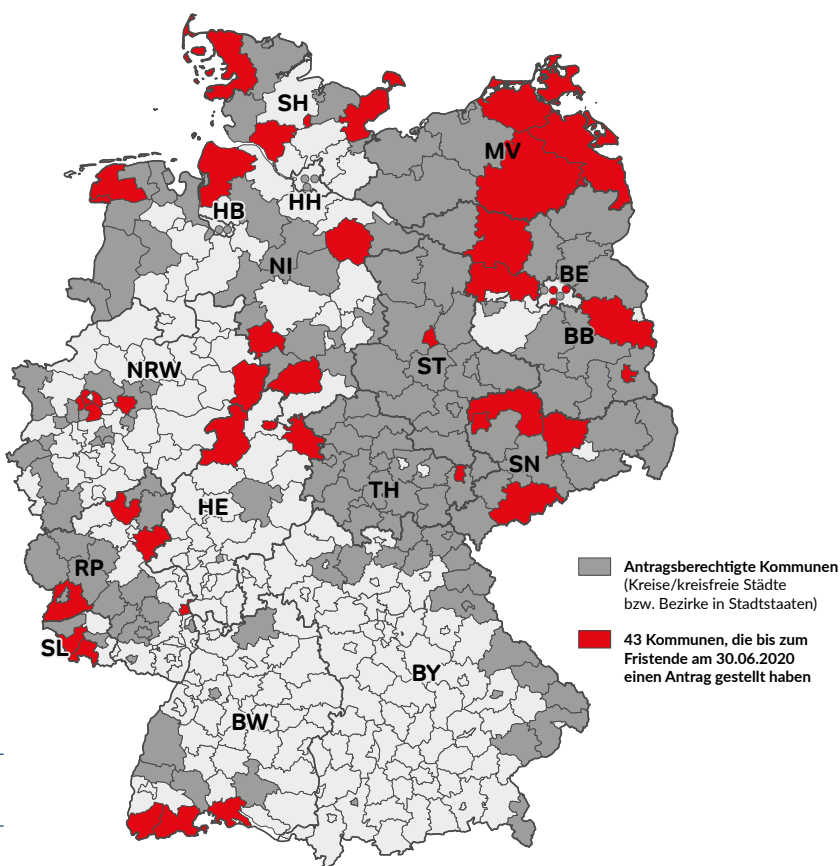
Das Logo symbolisiert die sechs Krankenkassenarten, die Krankenkassenvielfalt und die unterschiedlichen Lebenswelten.

¹ Voraussetzung für eine Förderung ist eine im Bundes- oder Landesbezug vergleichsweise niedrige sozioökonomische Lage der Kommune, welche auf Basis des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts (RKI) definiert wurde.

² Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie das Antragsverfahren ab Mai 2020 für die antragsberechtigten Kommunen vereinfacht. Zur Fristwahrung war das Einreichen einer formlosen, schriftlichen Absichtserklärung (Letter of Intent) bis zum 30. Juni 2020 ausreichend. Der formale Förderantrag kann zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden.

³ www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/zielgruppenspezifische-interventionen/

Abb. 1: Kommunales Förderprogramm: Antragstellungen im Förderprogramm „Kommunaler Strukturaufbau“



Hinweis: Die mehr als 40 Kommunen, die das Angebot zum vereinfachten Antragsverfahren vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie genutzt haben, sind in der vorliegenden Grafik nicht berücksichtigt.

Aktueller Stand unter www.gkv-buendnis.de

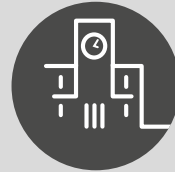
seits Kommunen, die bisher noch keine kommunale Gesamtstrategie aufweisen oder ressortübergreifende Abstimmungsprozesse aufgebaut haben. Andere Kommunen knüpfen an bereits aufgebaute Strukturen an und wollen diese im Rahmen der Förderung erweitern.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat die PROGNOSE AG mit der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation des Förderangebots beauftragt. Die Evaluation erfasst auch die unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen der Kommunen, um Veränderungen, die durch die Förderung erreicht werden, einordnen zu können. Im Forschungsinteresse stehen darüber hinaus auch hemmende und fördernde Faktoren bei der Erreichung der Förderziele sowie der Nutzen und die Wirkung der umgesetzten Maßnahmen. Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Umsetzung des Förderprogramms ein und werden zudem an die Kommunen und Programm-beteiligten zurückgespiegelt, damit die Fördermittel möglichst optimal eingesetzt werden.

Wie geht es weiter?

Das GKV-Bündnis für Gesundheit wird die Unterstützung von Kommunen in den kommenden Jahren weiter ausbauen und damit auch mittel- und langfristig zur Weiterentwicklung des Themenfeldes der kommunalen Gesundheitsförderung beitragen. Das Förderangebot unterstreicht die Bedeutung funktionsfähiger Strukturen für den Auf- und Ausbau kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention. Es zeigt, welch großes Potenzial in der Lebenswelt Kommune steckt. Um dieses voll auszuschöpfen, bedarf es gemeinsamer Anstrengungen aller beteiligten Akteure, um tragfähige Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention flächendeckend aufzubauen.

Die ursprünglich für das Frühjahr 2020 vorgesehene Statuskonferenz musste wegen der Corona-Pandemie verschoben werden. Sie soll im Laufe des Jahres 2021 nachgeholt werden. Nähere Informationen: www.gkv-buendnis.de.



Kommunales Förderprogramm

Mit dem Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit ergänzen die gesetzlichen Krankenkassen ihre kassenindividuellen und kassenartenübergreifenden Unterstützungsangebote. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur systematischen Weiterentwicklung und Stärkung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit fördert dabei auch die Umsetzung zielgruppenspezifischer, gesundheitsfördernder Interventionen auf kommunaler Ebene. Die Projektförderung, die von Kommunen in Anspruch genommen werden kann, rückt vulnerable Zielgruppen in den Fokus.

Weitere Informationen zu diesem Förderangebot:

www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/zielgruppenspezifische-interventionen

Forschungsförderung zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten



Autorin:
Christine Witte,
GKV-Spitzenverband

Im November 2019 hat das GKV-Bündnis für Gesundheit erstmalig eine Bekanntmachung zur Förderung von Forschungsvorhaben veröffentlicht. Ziel dieser Förderbekanntmachung ist es, herausragende praxisorientierte und interdisziplinäre Forschungsvorhaben zu unterstützen, welche sich den geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten widmen. Damit leistet das GKV-Bündnis einen weiteren Beitrag zu mehr Evidenzbasierung in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention.

Praxisorientierte Forschungsvorhaben unterstützen – Forschungslücken schließen

Geschlecht gilt seit Längerem als bedeutsamer Einflussfaktor¹, sowohl auf den Erhalt der Gesundheit als auch auf die Entstehung von Krankheiten. Noch immer existieren jedoch Forschungslücken, z. B. dahingehend, wie geschlechtsspezifische Besonderheiten bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten angemessen berücksichtigt werden sollten. Durch diese erste Forschungsförderung des GKV-Bündnisses für Gesundheit sollen nun Impulse gesetzt werden, solche Forschungslücken zu schließen. Langfristig sollen die Erkenntnisse aus den Forschungsvorhaben dazu dienen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention besser auf die Bedürfnisse der Menschen zuzuschneiden und somit deren Gesundheitschancen zu erhöhen.

Staatliche und nichtstaatliche (Fach-)Hochschulen, universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie gemeinnützige Körperschaften konnten sich bis zum 14. Februar 2020 für den ersten Förderschwerpunkt bewerben. Das zweistufige Begutachtungsverfahren wird voraussichtlich im Herbst 2020 abgeschlossen sein. Im Rahmen der Begutachtung wurden die eingereichten Anträge durch ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachtergremium, mit Expertinnen und

Experten u. a. aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Gender Studies, Medizin, Psychologie und Kommunikationswissenschaften bewertet.

Die große Resonanz auf diesen ersten Themenschwerpunkt im Rahmen der Forschungsförderung zeigt den hohen Bedarf an Unterstützung für praxisorientierte Forschung im Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention und auch die große Bereitschaft seitens der Wissenschaft, sich in diesem Feld interdisziplinär zu engagieren. Auch zukünftig sollen durch weitere Förderbekanntmachungen zu wechselnden Themenschwerpunkten ausgewählte interdisziplinäre und praxisorientierte Forschungsprojekte unterstützt werden.

¹ Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health. An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.

20 Jahre Leitfaden Prävention der GKV

Am 21. Juni 2000 hat die GKV-Gemeinschaft erstmals die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Primärprävention und Gesundheitsförderung beschlossen. Seit diesem Zeitpunkt spannt der **Leitfaden Prävention¹** den thematischen Rahmen („Handlungsfelder“) für die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der Krankenkassen auf und definiert zugleich die inhaltlichen und methodischen Anforderungen an diese („Förderkriterien“). Der Leitfaden ist das zentrale Qualitätssicherungsinstrument für Gesundheitsförderung und Prävention, das kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Während die Erstausgabe lediglich 39 Seiten umfasste, ist der Umfang bis 2018 auf 135 Seiten angewachsen. Die bereits zu Beginn getroffene Einteilung nach Setting-Ansatz („Interventionen, die mehr auf die Verhältnisse zielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern“) und individuellem Ansatz („Interventionen, die in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind“) ist bis heute in Kraft und bildete die Blaupause für die gesetzliche Strukturierung der Leistungen im Präventionsgesetz 2015. Insbesondere die Kriterien zum Setting-Ansatz einschließlich der BGF wurden in den vergangenen 20 Jahren erheblich präzisiert und erweitert (zu den Settings Schule, Kita, Kommune/Stadtteil, Netzwerkansatz in der BGF). Alle Weiterentwicklungen haben die Praxiserfahrungen der Krankenkassen berücksichtigt und sind durch den Sachverstand einer Vielzahl unabhängiger Expertinnen und Experten aus den für Prävention und Gesundheitsförderung relevanten wissenschaftlichen Disziplinen (gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V), der in der Beratenden Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung gebündelt ist, maßgeblich unterstützt worden.

Die Leitfadeneentwicklung im Überblick

21.06.2000

Verabschiedung der ersten Fassung des Leitfadens Prävention durch die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen

27.06.2001

Neufassung der Anforderungen an die Anbieterqualifikation – Ablösung der ursprünglichen Berufe-Listen durch flexiblere Regelungen

12.09.2003

Neuformulierung des Handlungsfeldes Bewegungsgewohnheiten – Gliederung nicht mehr nach Organsystemen, sondern nach Zielgruppen; Ermöglichung „interaktiver Selbstlernprogramme“ (sogenannte E-Kurse)

15.06.2006

„Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil“; Neuformulierung der Handlungsfelder Stressmanagement und Suchtmittelkonsum

02.06.2008

Erstmalige Definition von Präventions- und Gesundheitsförderungszielen für die Jahre 2008-2012; „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“

27.08.2010

Erstmalige Herausgabe durch den GKV-Spitzenverband; Integration der Erfahrungen aus Projekten zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung; Formulierung eines Kapitels handlungsfelderübergreifender Kriterien u. a. mit Regelungen zur Förderung der Breitenwirksamkeit und zur Verhinderung von Betrug und Missbrauch; Kapitel Arbeitgebergeförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen



Autor und Autorin:

Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband

Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband

¹ 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

10.12.2014

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2013–2018; Kriterien zu Leistungen für spezielle Zielgruppen in der Kommune (werdende/junge Familien und Alleinerziehende, Ältere, arbeitslose Menschen); Neuformulierung des Kapitels zur Betrieblichen Gesundheitsförderung; neues BGF-Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“

2016–2017

Kapitelweise Überarbeitung zur Anpassung an die Anforderungen des Präventionsgesetzes 2015

31.10.2018

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2019–2024; Neudefinition der Anforderungen an die Anbieterqualifikation in der verhaltensbezogenen Prävention (fachliche Mindeststandards), Ergänzung von Kriterien zur Zertifizierung, die die Zentrale Prüfstelle Prävention im Auftrag der Krankenkassen anwendet; Leistungskriterien für weitere Zielgruppen und Lebenswelten (Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, Lebenswelten der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports)

Ab 2021

Neues Kapitel zur digitalen Prävention und Gesundheitsförderung

Die Neufassungen haben die annähernde Verzehnfachung der Leistungsausgaben (von knapp 67 Mio. Euro 2001 auf 623 Mio. Euro 2019) qualitativ flankiert. Insbesondere liegt der Schwerpunkt der Prävention heute nicht mehr – wie zu Anfang – auf den individuellen Präventionskursen, sondern auf den lebensweltbezogenen – einschließlich betrieblichen – Leistungen. Die Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention in Selbstverwaltung mit gleichzeitiger verpflichtender Einbindung der maßgeblichen wissenschaftlichen Disziplinen und gesellschaftlichen Stakeholder hat sich bewährt. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Integration neuer Erkenntnisse und Praxiserfahrungen. Diese Steuerung durch die Selbstverwaltung unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen hat der Gesetzgeber auch auf die Prävention in Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI übertragen.

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern

Gemäß § 20f SGB V haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den zuständigen Landesministerien Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zur **Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie¹** abgeschlossen. Die Bundesagentur für Arbeit und die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde haben in fast allen Bundesländern von ihrem Beitrittsrecht zur LRV Gebrauch gemacht; die kommunalen Spitzenverbände sind mehrheitlich beigetreten (**vgl. Erster Präventionsbericht²**).

In den LRV konkretisieren die Sozialversicherungsträger und Landesministerien die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse. Sie legen gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder fest, klären Zuständigkeiten und regeln, wie Leistungen zwischen den Beteiligten koordiniert werden können. Die Zusammenarbeit mit weiteren wichtigen Partnern, wie z. B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, werden in den LRV ebenfalls geregelt.

In allen Bundesländern wurden Kooperationsstrukturen zur Umsetzung der LRV definiert (**zur Analyse der LRV vgl. Böhm & Klinnert, 2018³**). Diese knüpfen teilweise an bestehende Strukturen an, teilweise sind neue Strukturen geschaffen worden. Die Vereinbarungspartner koordinieren ihre Zusammenarbeit in dialogorientierten Gremien zur Herstellung von wechselseitiger Transparenz, aber teilweise auch in Steuerungsstrukturen mit expliziten und verbindlichen Entscheidungskompetenzen.

Aus jedem Bundesland wird im Folgenden ein Einblick in Aktivitäten und Projekte im Rahmen der jeweiligen LRV oder in die Strukturen bzw. Arbeitsweisen der Partner für ein Mehr an gemeinschaftlich verantworteter Gesundheitsförderung gegeben. Die Beschreibungen konkreter gemeinsamer Aktivitäten in den einzelnen Ländern sind dabei exemplarisch als Ausschnitt aus dem vielfältigen trägerübergreifenden gemeinsamen Engagement mit Lebensweltverantwortlichen zu verstehen; sie werden hier in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Alle Beiträge wurden - unabhängig von der institutionellen Zugehörigkeit der jeweils genannten Autorinnen und Autoren - im Namen aller GKV-seitigen Partner der jeweiligen LRV erstellt.



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

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

3 Böhm, K. & Klinnert, D. (2018). Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene. Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Gesundheitswesen (EFirst). doi:10.1055/a-0638-8172

Baden-Württemberg: Gesundheitslotsen als interkulturelle Brückenbauer

Frank Winkler,
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

„Wenn ich meinen Landsleuten gesundheitlich helfen will und ihnen sagen will, wo sie Hilfe finden können, muss ich besser Bescheid wissen. Deshalb habe ich mich entschieden, Gesundheitslotsin zu werden. Ich will zwischen den Kulturen einen Austausch schaffen“, so Frau Kadrye Aslan, die aus der Türkei stammt.

Wie kann Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund gelingen? Die LRV-Partner in Baden-Württemberg zeigen einen vielversprechenden Ansatz auf, um gemeinsam die Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen.

Sprachliche und kulturelle Unterschiede erschweren Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit muss es daher das Ziel sein, Migrantinnen und Migranten den Zugang zu unserem Gesundheitssystem zu ermöglichen und das Bewusstsein und Wissen um Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern. Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung zeigen, dass die Vermittlung von Gesundheitsthemen am besten durch Personen gelingt, die sowohl den gleichen muttersprachlichen als auch kulturellen Hintergrund haben. Im Projekt werden deshalb engagierte integrierte Menschen mit Migrationshintergrund zu Gesundheitslotsen ausgebildet und als interkulturelle Brückenbauer zu öffentlichen Institutionen und Hilfesystemen etabliert. Die Vermittlung von Gesundheitsthemen sowie von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für individuelle Gesundheitsfragen, die Befähigung zu gesundheitsbewusstem Verhal-

ten sowie die Netzwerkarbeit gehören zu den zentralen Aufgaben. Die Auswahl der relevanten Themen sowie die Entwicklung der Schulungskonzepte erfolgen gemeinsam mit der Zielgruppe. Auch die Weiterentwicklung des Projekts folgt dem partizipativen Ansatz. Perspektivisch sollen die „Gesundheitslotsen“ ein fester Bestandteil des Gesundheitskonzeptes der Stadt Stuttgart werden.

Mit Bildung zu mehr Gesundheit

Die Themen rund um Prävention, Gesundheit und Krankheit sind so vielfältig wie die Einstellungen dazu – auch unterschiedlich je nach Herkunftsland. Zudem ist das deutsche Gesundheitssystem für viele Migrantinnen und Migranten, auch aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede, oft schwer zu verstehen. Knapp 45% aller Stuttgarterinnen und Stuttgarter und über 60% aller Kinder und Jugendlichen haben einen Migrationshintergrund. Um diese Menschen in all ihren Fragen rund um die Gesundheit aufzufangen, hat das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart im Oktober 2018 das Projekt „Gesundheitslotsen für Migrantinnen und Migranten in Stuttgart“ ins Leben gerufen. Unterstützt wird das Projekt des Gesundheitsamts und der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Landeshauptstadt Stuttgart durch die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg aus Mitteln der GKV in Baden-Württemberg sowie der Unfallkasse Baden-Württemberg.

Im Frühjahr 2019 wurden 25 ehrenamtliche Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitslotsinnen und -lotsen ausgebildet (im Januar 2020 weitere 16), die kostenfreie, überwiegend muttersprachliche Informationsveranstaltungen über das deutsche Gesundheitssystem sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention anbieten und über die entsprechenden Hilfesysteme in Stuttgart informieren. Sie kommen aus 20 unterschiedlichen Nationen bzw. haben ausländische Wurzeln. Seit Juni 2019 konnten in 71 Informationsveranstaltungen bereits 720 Migrantinnen und Migranten in Stuttgart erreicht werden.



Bayern: Geschlechtersensible Gesundheitsförderung in Augsburg - Stark durch Bewegung

Frauen aus sozial benachteiligten Schichten sind deutschlandweit am wenigsten **körperlich aktiv**¹ und gelten als Hochrisikogruppe für chronisch-degenerative Erkrankungen. Für die Gesundheitsförderung sind sie oft schwer zu erreichen. Das Gesundheitsamt der Stadt Augsburg geht mit einem Präventionsprojekt in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern für diese Zielgruppe neue Wege. Das Projekt „Stark durch Bewegung“ konzentriert sich auf den Stadtteil Oberhausen, in dem sich ein hoher Anteil von Frauen in besonderen bzw. schwierigen Lebenslagen, wie z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende und Migrantinnen, befindet.

Hauptziel ist es, den Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen besseren Zugang zu Bewegungsangeboten zu ermöglichen und sie dabei gleichzeitig psychisch und sozial zu aktivieren. Von Beginn an werden die Frauen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Rahmen einer Planungsgruppe in das Projekt und in die Umsetzung einbezogen. Das Projekt fördert gezielt den Aufbau von Gesundheitskompetenz und die Stärkung eigener Fähigkeiten, damit die Frauen gesundheitsförderliche Aktivitäten eigenverantwortlich durchführen können.

Eigene Koordinierungsstelle

Die Stadt Augsburg nimmt in diesem Projekt aus dem Setting Kommune eine Schlüsselrolle ein. Sie hat hierfür im Gesundheitsamt eine Koordinierungsstelle mit einer Mitarbeiterin angesiedelt, die im Rahmen des Projekts finanziert wird. Zentrale Aufgaben sind die Ansprache der Zielgruppe, die Vernetzung der relevanten Akteure sowie die Koordination und Organisation von Projekttreffen und der zu entwickelnden Maßnahmen. Um im gesamten Projektverlauf eine geregelte Struktur zur Gesundheitsförderung zu gewährleisten, wurde eine Steuerungsgruppe ins Leben gerufen.

Dieser gehören neben den Projektverantwortlichen auch politische Entscheidungsträgerinnen und -träger der Stadt Augsburg sowie Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Krankenkassen und der Geschäftsstelle LRV an.

Nachhaltigkeit im Fokus

Das Projekt „Stark durch Bewegung“ dient somit als weiterer Baustein für eine langfristige Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt Augsburg. Mithilfe der geschaffenen Strukturen sollen die Angebote zur Gesundheitsförderung von Frauen in besonderen Lebenslagen über das Projektende hinaus fortgeführt und weiterentwickelt werden.

Kooperationspartner zur Unterstützung der Projektumsetzung sowie zur Evaluation von „Stark durch Bewegung“ ist der Lehrstuhl für Sportpädagogik der Universität Augsburg.

Die Förderung des Projekts **„Stark durch Bewegung“**² durch die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern ist auf einen Zeitraum von drei Jahren - von April 2019 bis April 2022 - begrenzt. Nach Projektende ist eine Fortführung der entwickelten Maßnahmen sowie des Gesundheitsförderungsprozesses vorgesehen. Dabei werden die Evaluationsergebnisse der Universität Augsburg genutzt, um erfolgreiche Maßnahmen weiterzuführen oder neue Maßnahmen umzusetzen.

Andreas Kaiser,
KNAPPSCHAFT

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

1 Finger, J.-D., Mensink, G., Lange, C. & Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2), 37-44.

2 weitere Informationen finden Sie unter <https://lzg-bayern.de/taetigkeitsfelder/geschaeftsstelle-landesrahmenvereinbarung-praevention-bayern/projekt-beispiel>

Berlin: Kita-Landesprogramm, Clearingstelle Gesundheit und Berichtswesen

Werner Mall,
AOK Nordost

Rebecca Zeljar,
vdek-Landesvertretung
Berlin-Brandenburg

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Landesprogramm „Gute Gesunde Kita“

Das Programm „Gute Gesunde Kita“ steht für eine gelungene und dauerhafte Kooperation von 23 Berliner Akteuren im Gesundheits- und Bildungssektor und Partnern der LRV. Neben der Berliner Senatsverwaltung für Jugend sind mehrere Krankenkassen/-verbände, die Unfallkasse Berlin, die Ärztekammer Berlin, Bezirksämter und die Kita-Träger beteiligt.

In den teilnehmenden Kitas wird ein Organisationsentwicklungsprozess angestoßen, der die Kitas über einen Zeitraum von zwei Jahren durch verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen und konkrete Angebote begleitet. Zur Bedarfsanalyse und zur Ableitung von Maßnahmen dient ein Online-Assessmenttool. Durch die Kooperation der verschiedenen Akteure im Landesprogramm wird Gesundheit in der Kita nicht als isoliertes Themenfeld betrachtet, sondern wird zum Bestandteil eines ganzheitlichen Bildungs- und Erziehungskonzeptes.

Seit 2012 haben bereits ca. 12 % aller Berliner Kitas (315) teilgenommen. Ziel ist es, die Anzahl der teilnehmenden Kitas und beteiligten Bezirke stetig zu erhöhen, um ein flächendeckendes Angebot zu erreichen.

Clearingstelle Gesundheit

Die „Clearingstelle Gesundheit“ wurde bereits 2017 mit dem Ziel ressortübergreifender Zusammenarbeit im Sinne des Präventionsgesetzes initiiert. Den Rahmen der Zusammenarbeit bildet das Programm „Soziale Stadt“ (ab 2020: „Sozialer Zusammenhalt“) der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. Dabei ist die Clearingstelle eine Kooperation der GKV, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. Sie setzt auf Ebene des Quartiersmanagements an, um bedarfsgerecht und niedrigschwellig GKV-Gesundheitsmodule anzudocken. Gesundheitsförderung kommt auf diese Weise genau dort an, wo die Menschen lernen, spielen,

arbeiten und wohnen. Innerhalb des Berichtszeitraums (2019) wurden insgesamt 16 Projekte mit gesundheitsförderlicher Ausrichtung in den Berliner Quartieren der Sozialen Stadt umgesetzt.

Daten über Prävention und Gesundheitsförderung

In der Berliner LRV haben sich die Partner verständigt, ihre jeweils verfügbaren Datenquellen für die Planung, das Monitoring und die Evaluation der Berliner Gesundheitszieleprozesse einzusetzen. Im „Länderübergreifenden Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg“ geschieht dies seit Jahren mit arbeitsweltbezogenen Routinedaten der Sozialversicherungsträger zu Arbeitsunfähigkeit, Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit.

In der LRV sind bereits Mechanismen angelegt, wie aus den geförderten Projekten heraus Daten für ein gemeinsames Berichtswesen generiert werden können. Die LRV-Träger in Berlin wollen gemeinsam aussagekräftige landesbezogene Auswertungen für Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen. Damit diese sich auf Routinedaten der beteiligten Förderer stützen können, ist eine Modifikation der GKV-Berichterstattung und der Dokumentationsformate des Landes nötig.

Brandenburg: Präventionskonferenz, Schwerpunkte Suchtprävention und gute gesunde Schule

Die Brandenburger Präventionskonferenz

Mit der Landesrahmenvereinbarung (LRV) gem. § 20f SGB V haben die beteiligten Sozialversicherungsträger im Land Brandenburg gemeinsam mit der Landesregierung die „Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung“ gegründet. Dieser Zusammenschluss basiert auf der Übereinkunft, dass alle Beteiligten der LRV ihre Aktivitäten zu Prävention und Gesundheitsförderung ausrichten an den Ergebnissen der bestehenden Gesundheitszieleprozesse im Land.

Zusätzlich steht die Brandenburger Konferenz für ein Veranstaltungsformat, das den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Gelegenheit gibt zum Informations- und Erfahrungsaustausch.

Suchtprävention in Brandenburg

Der Bedarf an suchtpräventiven Angeboten, insbesondere für Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien wird im Land Brandenburg durch **unterschiedliche Erhebungen**¹ bestätigt. Im Rahmen des GKV-Förderprogramms (Förderbereich: Landesbezogene Projekte) kooperieren die Krankenkassen im Land mit der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (BLS).

Dabei wird auf den bereits vorhandenen Kooperationsbeziehungen zu Fachkräften und Akteuren aufgebaut. Es wird ein kommunal verankertes, aber zentral koordiniertes Angebot zur Sensibilisierung von Fachkräften und zur fachlichen Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschaffen. Neben suchtpräventiven Maßnahmen zielen begleitende Projektbestand-

teile auf die Themen Sucht und Behinderung/ Migration/Alter ab.

Ziel des gemeinsamen Vorhabens ist es, sowohl die Vernetzung als auch Kooperationen in der Region zu fördern. Gleichzeitig werden regionale Akteure bei der Initiierung und Implementierung regionaler Maßnahmen unterstützt.

Landesprogramm „Gute Gesunde Schule“

Im Rahmen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit gemäß LRV wird das Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ seit 2014 erfolgreich umgesetzt (2008-2014 als „Anschub.de“). Es handelt sich hierbei um ein breit und langfristig angelegtes, vom Bildungsministerium mit verschiedenen Krankenkassen und weiteren Partnern getragenes Präventionsprogramm. Im Berichtsjahr befanden sich landesweit über 70 Schulen im Programm.

Ziel des Angebots ist die gesundheitsorientierte Organisationsentwicklung in der Schule, begleitet über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren. Teilnehmende Schulen verankern Gesundheitsförderung und Prävention im Leitbild der Schule und gestalten das Schulleben/den Unterricht mit diesem Schwerpunkt.

Werner Mall,
AOK Nordost

Dr. Sylvia Böhme,
AOK Nordost

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ Dauber, H., Künzel, J., Specht, S., Schwarzkkopf, L. & Braun, B. (2019). Suchthilfestatistik Brandenburg 2018. Jahresbericht zur aktuellen Situation der ambulanten Suchthilfe in Brandenburg.

Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E. & International HBSC Network Coordinating Committee. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Cross-National (HBSC) study: origins, concept, history and development 1982-2008. *International Journal of Public Health*, 54 (2), 131-139.

Böhm, A., Hardeling, A. & Gundermann, B. (2020). Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen bei Brandenburger Jugendlichen 2005 bis 2017. *Das Gesundheitswesen*, 82, 90-99.
Verfügbar unter: DOI: 10.1055/a-0719-5200

Bremen: Gesundheitsfachkräfte an Schulen

Eschin Marbin,
TK-Landesvertretung
Bremen

Dr. Wolfgang Ritter,
hkk Krankenkasse

Michael Daunus,
KNAPPSCHAFT

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

GefaS

Das dreijährige Projekt „**Gesundheitsfachkräfte an Schulen**“ (GefaS)¹ wird im Rahmen des Präventionsgesetzes gemeinsam von den Krankenkassen im Land Bremen sowie der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Höhe von 1,2 Mio. Euro finanziert. Die Durchführung erfolgt in Kooperation der Landesvereinigung für Gesundheit, der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. (LVG & AFS) mit dem Gesundheitsamt Bremen.

Bei dem im Februar 2018 gestarteten Projekt sind an zwölf Grundschulen insgesamt sieben GefaS eingesetzt. Die Auswahl der Projektschulen erfolgte auf Basis sozialogenbezogener Daten aus Bremer und Bremerhavener Stadtteilen, gesundheitsbezogener Daten aus den Befunden der Schuleingangsuntersuchungen, der Vernetzungsfähigkeit im Stadtteil, der ressourcenadäquaten Anzahl der Schülerinnen und Schüler sowie dem Kooperationsinteresse der Schulen.

Der Projektansatz legt den Fokus auf die Förderung und Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der Kinder, Eltern und des Schulpersonals im Bereich Gesundheit. Ziel ist es, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und in das Setting Schule zu implementieren. Darüber hinaus wird an einer gesundheitsfördernden Schulumgebung mitgewirkt und die Kooperation der Schule mit gesundheitsbezogenen Angeboten im Stadtteil forciert; es werden inner- und außerschulische Netzwerke aufgebaut

und entsprechende Brücken – auch zwischen Schülerinnen und Schülern, Eltern und Schulpersonal – geschaffen. Die GefaS haben die Aufgabe, Themen wie Bewegung, gesunde Ernährung, Hygiene und Körperpflege, Medien und Sucht sowie den Umgang mit Stress bedarfsbezogen in das Setting Schule z. B. in die Unterrichtsgestaltung oder als Projektarbeit einzubringen.

Darüber hinaus wurde ein dauerhaftes Beratungsangebot zu gesundheitsbezogenen Themen sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für deren Eltern etabliert.

Um den vielfältigen Anforderungen und Tätigkeitsfeldern gerecht zu werden, haben die GefaS einen Studienabschluss im Bereich Public Health bzw. einem vergleichbaren Fach sowie eine abgeschlossene Ausbildung zum/zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-in. Zudem wurden die GefaS vor Beginn ihrer Tätigkeit an den Schulen mehrwöchig qualifiziert.

Die Projektsteuerungsgruppe und der Projektbeirat begleiten die Projektentwicklung und setzen sich zusammen aus dem Projektkoordinator der LVG & AFS, der Projektkoordinatorin und fachärztlichen Aufsicht des Gesundheitsamtes Bremen, der Vertreterin der Senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, dem Vertreter der Behörde für Kinder und Bildung, der Vertreterin der Unfallkasse Bremen, der Leitung des Gesundheitsamtes Bremerhaven sowie den Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen.

Das Projekt wird seit Dezember 2018 vom privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav) begleitend evaluiert. Dieses wurde im Rahmen der BZgA-Ausschreibung für Gesundheitsförderungs-Projekt-Evaluationen beauftragt.



GefaS-Smilely

¹ Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie haben die GefaS ihr Angebot an die (durch den Lockdown) veränderten Rahmenbedingungen angepasst: Es wurde verstärkt über Hygienemaßnahmen aufgeklärt und eine Telefonhotline für Schülerinnen und Schüler eingerichtet; außerdem wurden Handouts für das Homeschooling sowie Videoclips zu den GefaS-Themen erstellt.

Hamburg: Psychosoziale Gesundheit in jedem Lebensalter

Anhand von vier Beispielen wird das partnerschaftliche Präventions- und Gesundheitsförderungengagement insbesondere für Menschen, die in benachteiligten Stadtteilen leben, skizziert.

Landungsbrücke 2 – Gestärkt in die Zukunft



Unter diesem Motto¹ unterstützt ein breites Bündnis – neben den Krankenkassen/-verbänden die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (kurz: Sozialbehörde), der DGUV-Landesverband Nordwest, die Unfallkasse Nord, die Bundesagentur für Arbeit, die Behörde für Schule und Berufsbildung, vertreten durch das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung und das Hamburger Institut für Berufliche Bildung und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. – junge Menschen im Übergang von der Schule in die Ausbildung bzw. den Beruf. Das Vorhaben richtet sich an Fachkräfte, die Jugendliche ohne Schulabschluss im Rahmen der sogenannten dualen Ausbildungsvorbereitung begleiten. Eine dafür entwickelte Fortbildungsreihe sowie ein Methodenkoffer geben den Fachkräften Fachwissen und Handwerkszeug, um die Lebensbewältigungskompetenzen und das seelische Wohlbefinden der Jugendlichen zu fördern.

Lokale Vernetzungsstelle für Gesundheitsförderung: Gesund in Eimsbüttel – Quartiersbezogene Präventionsketten in Eidelstedt, Schnelsen-Süd und in der Lenzsiedlung

Um **bestehende Angebote der Gesundheitsförderung in den Stadtteilen²** sichtbar zu machen und lokale Akteure bei der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden und präven-

tiven Maßnahmen in Lebenswelten zu unterstützen, wurden und werden – in Partnerschaft mit der Sozialbehörde, dem Bezirksamt Eimsbüttel und der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung – lokale Vernetzungsstellen für Prävention geschaffen.

Mach mit – bleib fit!



Soziale Teilhabe und psychische Gesundheit stärken: Das Bewegungsangebot **„Mach mit – bleib fit!“³** mit der Sozialbehörde und dem Hamburger Sportbund richtet sich an Senioren, die noch selbstständig, z. T. mit Unterstützung im häuslichen Umfeld leben. Bisher sind 69 Gruppen entstanden, die sich in ihrem Wohnumfeld aktiv halten möchten. Die Angebote finden direkt im Quartier statt, z. B. in Nachbarschaftstreffs oder Senioren-Einrichtungen.

Fachtag „Neue Chancen für Gesundheitsförderung in der stationären Pflege“

Pflegeeinrichtungen sollen dabei unterstützt werden, die wachsenden Herausforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft zu bewältigen. Da Prävention und Gesundheitsförderung hier noch vergleichsweise am Anfang stehen, veranstalteten die Unterzeichner der LRV Mitte 2019 eine erste Fachtagung. Sie stellten u. a. die Unterstützungsmöglichkeiten und bereits existierenden Praxisprojekte vor und luden zu einem gemeinsamen Austausch der Akteure ein.

Kim Ebert,
BKK-Landesverband
NORDWEST

Isabell Wesch,
vdek-Landesvertretung
Hamburg

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/landungsbruecke-2>

² <https://www.hamburg.de/eimsbuettel/kommunales-gesundheitsfoerederungsmanagement/13330394/gesund-in-eimsbuettel/>
<https://www.hag-gesundheit.de/wir-ueber-uns/koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hamburg>

³ <https://www.hamburger-sportbund.de/projekte/mach-mit-bleib-fit>

Hessen: Gemeinsame Stelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Claudia Brück,
Gemeinsame Stelle der
GKV für Prävention und
Gesundheitsförderung in
Hessen

Dr. Axel Kortevoß,
vdek-Landesvertretung
Hessen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Im April 2016 hat Hessen als erstes Bundesland die „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V (LRV Hessen)“ geschlossen. Um die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie unter Berücksichtigung der im Land formulierten gesundheitsbezogenen Ziele voranzubringen und mögliche Hürden bei der Umsetzung zu identifizieren, haben die Partner der LRV das „Dialogforum Prävention“ ins Leben gerufen.

Auch um die Kommunen zu unterstützen, haben die Gesetzlichen Krankenkassen in Hessen frühzeitig zusätzliche Strukturen geschaffen. Als zentrale Anlaufstelle wurde zum 1. Juli 2018 die „Gemeinsame Stelle der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung“ eingerichtet. Die Gemeinsame Stelle nimmt Anträge auf Förderung für GKV- und sozialversicherungsübergreifende Projekte zentral an und berät bei allen Fragen zum Verfahren. Das beinhaltet auch die Prüfung von eingegangenen Projektanträgen und die Berichterstattung darüber sowie die Vermittlung weiterer Beratungsangebote (u. a. von der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit - KGC).

Zusammenarbeit mit der KGC Hessen

Die Arbeit der Gemeinsamen Stelle wird von der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) durch die Beratung der Kommunen ergänzt. Die KGC ist organisatorisch an die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE) in Frankfurt angegliedert, dort werden anteilig 1,5 Stellen von der GKV und eine Stelle vom Land Hessen finanziert.

Antragsteller kontaktieren die Gemeinsame Stelle idealerweise auf der Basis einer vorherigen Beratung durch die KGC zu den konkreten Bedarfslagen vor Ort. Damit werden die Beratungsbedarfe rund um das Präventionsgesetz in Hessen institutionell vollständig abgedeckt.

Antragsbearbeitung und Projektbewilligung

Alle eingehenden Anfragen und Projektanträge werden von der Gemeinsamen Stelle initial bewertet. Nach positiver Bewertung werden die Ansätze, die grundsätzlich zu einer Förderung führen können, mit dem Ziel einer Antragstellung durch die Gemeinsame Stelle und im Bedarfsfall die KGC begleitet.

In einem zweiten Schritt werden die Anträge auf Basis der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention und den „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ geprüft. Die Best-Practice-Kriterien dienen dabei der Gemeinsamen Stelle und dem GKV-Steuerungsgremium als Prüfschema für die Voraussetzungen einer Förderung.

Die Entscheidungen über Projektanträge erfolgen im GKV-Steuerungsgremium. Die Gemeinsame Stelle bereitet die Entscheidungsfindung vor und versendet einen Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid. Bewilligte Projekte werden von der Gemeinsamen Stelle administrativ begleitet. Die Mitwirkung in der Projektsteuerung erfolgt durch eine im GKV-Steuerungsgremium vertretene Krankenkasse.

Mecklenburg-Vorpommern: BGF-Koordinierungsstelle und Ideenwettbewerb für Präventionsprojekte

Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern: Bericht der BGF-Koordinierungsstelle im Land

In der Landesrahmenvereinbarung (LRV) gem. § 20f SGB V in Mecklenburg-Vorpommern haben sich die Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung verpflichtet, Daten und Informationen für die Steuerung von Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. **Die BGF-Koordinierungsstelle¹** hat daher im Februar 2020 gemeinsam mit den kooperierenden Unternehmensorganisationen und dem Landesministerium für Arbeit, Wirtschaft und Gesundheit ihren Bericht zur Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern vorgelegt.

Die Sozialversicherungsträger präsentieren in diesem Bericht gemeinsam die wichtigsten gesundheitsbezogenen Kennwerte aus der Arbeitswelt von rund 365.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in einer regionalisierten Darstellung (Land, Kreise und kreisfreie Städte).

Neben einem Serviceteil zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und zur BGF-Koordinierungsstelle informiert der Bericht über:

- Arbeitsunfähigkeit und Krankenstand
- Zugänge zur Rente wegen Erwerbsminderung
- Berufskrankheiten
- Arbeits- und Wegeunfälle

Insbesondere die branchenbezogene Darstellung unterstützt Klein- und mittelständische Betriebe bei der Gestaltung ihres BGM.

Ideenwettbewerb zur Förderung landesbezogener Präventionsprojekte für Menschen mit Behinderungen in Mecklenburg-Vorpommern

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat unter Berücksichtigung der LRV einen Förderschwerpunkt auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen bzw. Einschränkungen gelegt. Im Zuge dessen wurde im Frühjahr 2020 ein Ideenwettbewerb ausgeschrieben.

Schwerpunkte können z. B. die Stärkung der Gesundheitskompetenz, Maßnahmen der Bewegungsförderung sowie der Suchtprävention, die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens oder die Stärkung von Gesundheits- und Widerstandsressourcen bei Menschen mit Behinderungen sein. Die prämierten Projekte erhalten fachliche und finanzielle Unterstützung; sie müssen dafür einen belegbaren Nutzen haben, den Kriterien des **Leitfadens Prävention²** entsprechen und in fachlich gebotener Qualität und Wirtschaftlichkeit erbracht werden.

Bis 30. September 2020 bestand die Möglichkeit, Ideenskizzen beim Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern einzureichen. Im Anschluss erfolgt die Auswahl durch eine Fachjury. Perspektivisch erfolgt dann im Jahr 2021 die Umsetzung der Präventionsprojekte.

Werner Mall,
AOK Nordost

Antje Bastian,
IKK Nord

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ <https://bgf-koordinierungsstelle.de/mecklenburg-vorpommern/#gesundheitsbericht>

² 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

Niedersachsen: Gemeinsam für gesundheitliche Chancengleichheit

Björn Sassenhausen,
AOK Niedersachsen

Katharina Viehmann,
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Anne Krause,
BKK Landesverband Mitte

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Verlässliche Strukturen

Zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention kommen die Beteiligten trägerübergreifend im Rahmen des Dialogforums Prävention zusammen, um regelmäßig Handlungsbedarfe zu identifizieren und Impulse für trägerübergreifende Zusammenarbeit zu setzen. Federführend sind die Krankenkassen.

Die Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelingt über die Vernetzung im GKV-Lenkungsgremium; spezifische Aspekte werden in Arbeitsgruppen mit weiteren Partnerinnen und Partnern erörtert.

Zielgerichtete Unterstützung

Die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen hatten bereits 2017 mit der Gemeinsamen Stelle der GKV eine transparente Förderstruktur geschaffen und bis 2018 Projekte mit rund 900.000 Euro unterstützt. Die Maßnahmen leisten einen konkreten Beitrag zur Gesundheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Mitte 2019 erfolgte die Umstellung auf das neue Bundesförderprogramm, das die landesbezogenen Strukturen ersetzte. Dank der Vorerfahrung mit der Gemeinsamen Stelle der GKV gelang eine schnelle Etablierung des Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Ende des Jahres nutzten bereits drei Kommunen das Angebot zur Strukturförderung. Eine weitere Kommune bereitete Maßnahmen zur Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen vor.

Bedarfsspezifische Schwerpunkte

Die Initiativen im Jahr 2019 verfolgten insbesondere die Unterstützung der Gesundheit und Erhaltung von Lebensqualität in späteren Lebensphasen.

Gesund im Quartier



Das dreijährige Vorhaben „Gesund im Quartier“ adressiert drei Ebenen und ihre Dialoggruppen in Hannover Langenhagen: vor allem mobilitätseingeschränkte Menschen ab 65 Jahre, ältere Menschen, die sich ehrenamtlich gesundheitsförderlich engagieren möchten und Kooperationspartnerschaften zur Einbindung lokaler Expertise.

Das Projekt „Dabei sein im Alter!“ der Stadt Lüneburg verfolgt das Ziel der Vermeidung von Einsamkeit im Alter. Begegnungen und Gemeinschaft, Beteiligung und Befähigung – das sind Schlüsselwörter, die die Mitarbeiterinnen im Rahmen der seniorenorientierten Stadtteilarbeit mit Leben füllen wollen.

Die Krankenkassen/-verbände und das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung erarbeiteten im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ein gemeinsames Konzept zur Unterstützung allein oder isoliert lebender Älterer.

„Gemeinsam mit den Krankenkassen und ihren Landesverbänden wollen wir durch gezielte Initiativen zur Prävention und Gesundheitsförderung die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen so weit wie möglich hinauszögern und somit zu einer hohen Lebensqualität im Alter beitragen.“

Antje Pund und Dr. Gabriele Windus,
Referatsleiterinnen in der Gesundheitsabteilung
des Niedersächsischen Sozialministeriums.

Nordrhein-Westfalen: Vielfältige Angebote

Im Zuge des Präventionsgesetzes wurden die **Angebote in Nordrhein-Westfalen¹** erheblich ausgebaut. Derzeit gibt es über 30 regionale Präventionsprojekte, die von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden, zudem sechs Landesprogramme, die die Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) in unterschiedlicher Beteiligung fördern. Die Steuerungsgruppe „LRV NRW“ – neben der GKV das Landesgesundheitsministerium, die Deutsche Renten- und Unfallversicherung sowie die Agentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW – koordiniert insbesondere die sechs landesweiten Programme. Allein 2019 wurden mit diesen Angeboten über 70.000 Personen erreicht. Einige Programme bestehen teilweise seit vielen Jahren, wurden im Zuge der LRV ausgebaut, um neue Module ergänzt oder trägerübergreifend aufgestellt; andere wurden neu konzipiert.

Transparentes Antragsverfahren

Das Präventionsgesetz hat Grundlagen geschaffen, in Lebenswelten wie Kita, Schule und Kommune gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und primärpräventive Angebote auszuweiten, von denen dort durch niedrigschwellige Zugänge insbesondere sozial benachteiligte Menschen gesundheitlich langfristig profitieren sollen. Zur Umsetzung dieses Ziels wurde in NRW ein transparentes Antragsverfahren zur **Förderung von Projekten²** in nicht-betrieblichen Lebenswelten durch die gesetzlichen Krankenkassen-/verbände in NRW nach § 20a SGB V entwickelt, das aber auch weitere Fördermöglichkeiten z. B. der anderen Sozialversicherungsträger oder des GKV-Bündnisses für Gesundheit nicht außer Acht lässt. Die am Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) angesiedelte Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) NRW unterstützt das Verfahren durch Beratung von Anträgen und begleitet mit einer Kassenvertreterin bzw. einem Kassenvertreter bereits bewilligte kommunale Projekte auf dem Weg einer qualitätsgesicherten

und nachhaltigen Umsetzung. Bis Mai 2020 bewilligte die AG Lebenswelten 28 Anträge mit einem Fördervolumen von insgesamt knapp 5 Mio. Euro. Die Projekte sind vor allem darauf ausgerichtet, in den Kommunen Strukturen und Maßnahmen zu etablieren, um die gesundheitliche Chancengleichheit für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

Gemeinsame Beratungskonzepte entwickeln

In Umsetzung des Präventionsgesetzes etablierten sich auch die GKV-seitige BGF-Koordinierungsstelle und eine trägerübergreifende AG BGF mit den Vertretungen der Unternehmensorganisationen. Auf Grundlage einer Klausurtagung des Steuerungsgremiums der LRV erging im Mai 2019 der Beschluss, sich – insbesondere auch unter Einwirkung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) – den Branchenbedarfen getrennt zu nähern. Eingerichtet wurden deswegen unterhalb der AG BGF die Fokusgruppen „BGF-Pflege/PpSG“ und „BGF-KMU/KKU“, also BGF für mittlere, kleine und Kleinstunternehmen. Auftrag und Ziel sind je die Entwicklung von Ansprache- und Beratungskonzepten sowie einer Umsetzungsstrategie zu Projekten und Veranstaltungen. Während die Unternehmensvertretungen für KMU/KKU bereits bekannt waren, war für die Fokusgruppe „BGF-Pflege/PpSG“ diese Landschaft erst noch zu erschließen. Ende 2019 gelang dies durch eine Vereinbarung mit den maßgeblichen Verbänden der Pflege.

Sigrid Aversch-Tietz,
vdek-Landesvertretung NRW

Doris Franzen,
AOK Rheinland/Hamburg

Claus Bockermann,
KNAPPSCHAFT

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ Details zu den Landesprogrammen unter:

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/beteiligung_best_progr/index.html

² Weitere Informationen unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/antragstellung_n_betr/index.html

Rheinland-Pfalz: Erfolgsfaktor Vernetzung

Ralf Schmidt,
vdek-Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Martina Ebener,
AOK Rheinland-Pfalz/
Saarland

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Kommunale Gesundheitsförderungskonzepte für ein gesundes Leben im Alter - Gemeindeschwester^{plus}



Was als Modellprojekt 2015 in Rheinland-Pfalz begann, wurde im Jahr 2019 ausgeweitet und weiterentwickelt. Profitieren können vor allem hochbetagte Menschen, die noch keine Pflege benötigen. Ziel des Projektes ist es, die Lebensqualität und Teilhabechancen älterer Menschen zu verbessern sowie möglichst lange eine selbständige Lebensführung zu gewährleisten.

Mit der Finanzierungsbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2019 findet eine Vernetzung der kommunalen Gesundheitsförderungskonzepte für ein gesundes Leben im Alter mit der Tätigkeit der Gemeindeschwesterplus statt. Tätigkeiten wie die Planung und Unterstützung verhaltenspräventiver Maßnahmen oder die Beratung zur verhältnispräventiven Umgestaltung kommunaler Räume gehören nun zum Aufgabengebiet der Gemeindeschwestern. Ihre Arbeit findet im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderungskonzepte statt, welche die beteiligten Kommunen zu Projektbeginn erstellen.

Landespräventionsnetzwerke in Rheinland-Pfalz

Zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention wurden vier Landespräventionsnetzwerke gegründet: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“, „Gesund im Alter“ und „Kommunale Gesundheitsförderung“.

Diese haben das Ziel, die (Weiter-)Entwicklung einer qualitätsgesicherten und flächendeckenden Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Das Landespräventionsnetzwerk „Kommunale Gesundheitsförderung“ versteht sich dabei als Dachsetting.

Der Schwerpunkt der übrigen Landespräventionsnetzwerke liegt in den jeweiligen Lebensbereichen und der Förderung der Zielgruppen.

Die Hauptaufgabe der Landespräventionsnetzwerke besteht darin, inhaltlichen Input in die Steuerungsgruppe der Sozialversicherungsträger, den Landespräventionsausschuss und in die Landespräventionskonferenz zu geben.

Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Ministerien, der Sozialversicherung, landesweiter kommunaler Spitzenverbände, Landesvertretungen aus Sport, Selbsthilfe, Gesundheitsförderung, Bildungsstätten, Sozialverbänden sowie weiteren Interessensvertretungen arbeiten in den Landespräventionsnetzwerken zusammen. Moderatorinnen und Moderatoren aus Ministerien und Sozialversicherungsträger koordinieren die Treffen.

Übergreifend werden konkrete Maßnahmen (weiter-)entwickelt, miteinander vernetzt und deren landesweite Umsetzung unterstützt. Dabei haben sich drei übergeordnete Handlungsfelder herauskristallisiert und stehen im Fokus der Aktivitäten:

- Stärkung der psychischen Gesundheit und Resilienz
- Bewegungsförderung
- Förderung eines gesunden, ausgewogenen Ernährungsverhaltens

Saarland: Begleitung der Antragstellerinnen und Antragsteller

Mit Datum vom 2. Februar 2017 haben die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie mit den im Land zuständigen Stellen gemeinsam die Landesrahmenvereinbarung (LRV) unterzeichnet und somit den offiziellen Startschuss für die Zusammenarbeit gegeben.

Auf die Nennung eines primären Ansprechpartners im Land wurde verzichtet; so können sich die Akteure mit ihren Projektideen und Wünschen jederzeit an einen beliebigen Partner der LRV wenden und werden von der Entwicklung des Konzeptes bis zur Umsetzung des Projektes eng begleitet und beraten. Die vorliegenden Projektideen werden regelmäßig gemeinsam beraten und weiterentwickelt.

Präventionsstrategie des Saarlandes verabschiedet

Im Jahr 2019 wurde die weitere strategische Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention im Saarland im Rahmen eines Eckpunkte-papiers zur Präventionsstrategie beschlossen. Hier wurden gemeinsame Ziele und Themen festgehalten, welche verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollen. Darüber hinaus soll künftig für gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozesse und Projektvorhaben ein einheitlicher Qualitätsstandard verbindlich berücksichtigt werden. Im Rahmen einer gesamtstrategischen Vorgehensweise ist ein koordiniertes Zusammenspiel aller Verantwortlichen in den jeweiligen Lebenswelten wichtig, daher wird der Auf- sowie der Ausbau von Präventionsketten im Saarland forciert.

Erfolgreiche Projekte im Saarland

Bereits seit dem Jahr 2011 werden unter dem Motto „Das Saarland lebt gesund“ durch den Verein Prävention und Gesundheit im Saarland e. V. gesundheitsfördernde Angebote in den saarländischen Kommunen initiiert und miteinander vernetzt.

Mit innovativen Ideen, Projekten und Informationsveranstaltungen werden Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen in der Kommune zum Thema gemacht. Daran beteiligen sich Schulen und Kindertageseinrichtungen, Vereine und Träger ebenso wie Dienstleister aus dem Gesundheitsbereich oder der örtliche Einzelhandel. Dabei sollen die individuellen Strukturen, vorhandene Konzepte und Ressourcen in jeder Kommune mit einbezogen werden.

Seit dem 1. Januar 2020 wird das Programm im Rahmen der landesbezogenen Projektförderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit und das Land gefördert. Ziel ist es, dass alle saarländischen Kommunen miteinander vernetzt werden und voneinander profitieren.

Darüber hinaus konnte gemeinsam mit dem Landesinstitut für Pädagogik und Medien für Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren ein Präventionsprojekt „Yoga mit Kindern in Kita und Schule“ etabliert werden. Neben einem bedarfsgerechten Yoga-Angebot, soll eine gesundheitsfördernde Entwicklung in den Einrichtungen angestoßen werden. Mit diesem gemeinsamen Programm werden bis zu 100 Kitas und Schulen im Saarland erreicht und somit wird der Präventionsgedanke bereits im Kindesalter vermittelt und gefestigt.

Iris Neuhardt,
KNAPPSCHAFT

Dirk Hertgen,
IKK Südwest

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Sachsen: Prävention wird greifbar

Silke Heinke,
vdek-Landesvertretung
Sachsen
(alternierende Vorsitzende
des Steuerungsgremiums
Landesrahmenvereinbarung
Sachsen)

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

P. Sachsen



Seit 2016 wirken ca. 60 Institutionen an der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Sachsen mit. Zentral koordiniert vom Steuerungsgremium LRV mit seinen 26 Mitgliedern aus Sozialversicherung, Ministerien, kommunalen Spitzenverbänden und der Bundesagentur für Arbeit werden 32 Unterstützer partizipativ eingebunden. Für jede Lebenswelt gibt es eine Arbeitsgruppe: Kita, Schule, Kommune, Betrieb und Gesund im Alter. Alle eint das Ziel der LRV Sachsen: Es soll ein landesweites System zur bedarfsbezogenen Information, Beratung und Vernetzung von Trägern und Einrichtungen aufgebaut werden. Das partizipative Vorgehen sowie konkrete, operationalisierte Ziele in den Lebenswelten sind in einem Strategiekonzept niedergeschrieben.

Neben den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit wurden weitere für die Lebenswelten Kita und stationäre Pflege implementiert und in einem Strategiekonzept, welches bis Ende 2022 ausgerichtet ist, niedergeschrieben. Sie fungieren als Anlaufstelle, um Informationen und Angebote zu vermitteln, aber auch um zum partizipativen Organisationsentwicklungsprozess zu beraten.

Besonders gut ist die Integration des GKV-Programmbüros zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt in die LRV Sachsen gelungen. Antragsberechtigte Kommunen finden beim GKV-Programmbüro entsprechende Beratungsleistungen zum Förderprogramm. In enger Abstimmung mit der Gesamtkoordinatorin für Gesundheitliche Chancengleichheit in den Kommunen und der Arbeitsgruppe Kommune der LRV können so passgenaue Unterstützungsleistungen angeboten werden.

„Trampolin in Sachsen“, das erste LRV-Projekt, welches über das GKV-Förderprogramm etabliert wird, soll helfen, im Rahmen eines Pilotprojektes mit fünf Kommunen neue Zugangswege zu Kindern aus suchtbelasteten Elternhäusern zu identifizieren. Mit dem Projektträger Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. werden verschiedene Träger regional vernetzt, damit die Kinder die bekannten und zertifizierten Trampolin-Kurse nachhaltig nutzen können.

Ein weiteres Projekt über das GKV-Förderprogramm beschäftigt sich mit der Zielgruppe älterer Menschen im Stadtteil. Im Rahmen von wohnortnahen Unterstützungsangeboten sollen die gesundheitlichen Ressourcen von älteren Menschen ab dem 75. Lebensjahr gestärkt und die Menschen für eine selbstbestimmte Lebensführung im Alter sensibilisiert werden.

Ein wichtiger Förderschwerpunkt auf Landesebene ist der Bereich Prävention für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen. Umgesetzt wird das Projekt „Es war einmal ... Märchen und Demenz“ des Märchenland e. V. - Deutsches Zentrum für Märchenkultur. Dieses beinhaltet einen multidimensionalen Ansatz zum Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit, zur Stärkung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens, zur Mobilisation durch Interaktion sowie zur Reduzierung von herausforderndem Verhalten und damit auch zur Entlastung von Pflege- und Betreuungspersonal.

Um alle Aktivitäten der LRV sichtbar und transparent zu machen, wurden eine Corporate Identity sowie eine [Homepage¹](https://www.p-sachsen.de) entwickelt.

¹ <https://www.p-sachsen.de>

Sachsen-Anhalt: Bewegung in Pflege und Kommune

Pflegebedürftige aktiv fördern



Das Programm „**Pflegebedürftige aktiv fördern**“¹ (PAF) hat seit 2018 bisher 450 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt unterstützt, Bewohnerinnen und Bewohner mobiler zu machen und deren Gesundheit zu verbessern. Mit dem Programm können Pflegeeinrichtungen den Präventionsgedanken in den Pflegealltag integrieren und dadurch ein zusätzliches Qualitätsmerkmal gegenüber Pflegebedürftigen und Angehörigen ausweisen.

Mitarbeitende einer Pflegeeinrichtung werden in Bewegungstrainings geschult. Angesprochen sind Physio- oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch Betreuungskräfte für die Umsetzung der niedrigschwelligen Angebote in den Einrichtungen. Qualifiziertes Personal des Kooperationspartners betreut nach den Schulungen die Umsetzung der Bewegungseinheiten in den Pflegeeinrichtungen durch Praxiscoaching und Einrichtungsbegehungen und überwacht die eigenständige Umsetzung der Bewegungseinheiten vor Ort.

Mit Abschluss des Projektes erhält die Einrichtung ein Zertifikat. Zudem finden Evaluationsworkshops statt, um die Nachhaltigkeit des Projektes abzusichern.

Zur effizienteren Gestaltung der Projektorganisation wurde eine digitale und interaktive PAF-Internetplattform eingerichtet, die dazu dient, die Kommunikation zwischen dem Projektträger und der Einrichtung effektiver, transparenter und inhaltsreicher zu gestalten. Hierzu gehören z.B. die digitale Steuerung der Terminplanung, die Bereitstellung von Videos und Informationsmaterialien zur Angehörigenberatung oder weiterführende Literatur für die Mitarbeiterqualifizierung.

Für ein Mehr an gesunder Bewegung



Das Projekt „**Bewegung in Kommune**“² (BeiK) der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen Sachsen-Anhalt will mehr Bewegung in die Nachbarschaft bringen. Es ist das erste Projektvorhaben, welches das Landesforum Prävention in Sachsen-Anhalt im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung an den Start bringt.

Projektziel ist es, dass qualifizierte Ehrenamtliche bedarfsorientierte Bewegungsangebote in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft „absichern“ und so möglichst viele Menschen motivieren, aktiv zu sein. Das kann eine regelmäßige Bewegungstour für Alleinerziehende im Stadtpark, eine Tanzgruppe für Ältere im Nachbarschaftstreff oder ein Lernangebot für junge Menschen an der Tischtennisplatte im Quartier sein. Bevor das Projekt in der Fläche wirken kann, wird es an sechs Standorten getestet. Im Anschluss an diese Erprobungszeit soll das Projekt auf Sachsen-Anhalt ausgeweitet werden.

Das Projekt bietet niedrigschwellige Zugänge für bewegungsfördernde Angebote in Kommunen und ist ein wichtiger Baustein unserer gemeinsamen Präventionsarbeit.

Fachlich begleitet wird das Projekt durch die Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Hier wird die Rahmenausbildung für die ehrenamtlichen Anleitenden konzipiert und gleichzeitig die Wirksamkeit des neuen Angebotes akribisch evaluiert.

Gerriet Schröder,
AOK Sachsen-Anhalt

Dr. Volker Schmeichel,
vdek-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

1 <https://paf.eu medias.de>

2 Die BeiK-Website erreichen Sie unter: www.bewegunginkommune.de

Schleswig-Holstein: Gesundheit gemeinsam begreifen - Chancen nutzen

Kerstin Berszuck,
AOK NORDWEST

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention - Wie gelingt es, sich diesem komplexen Thema auf einfachste Weise so zu nähern, dass die Menschen in Schleswig-Holstein gesund aufwachsen, leben und arbeiten und gesund älter werden können? Wie können hierfür landesweit wirksame Voraussetzungen geschaffen werden? Dafür wurden neben landesweiten Strategieforen mit unterschiedlichsten Akteuren Strukturen geschaffen, um Ideen zu mehr Gesundheit aufgreifen und unterstützen zu können. Das kontinuierliche Arbeiten an einem gemeinsamen Verständnis der Möglichkeiten, Grenzen und Ziele sowie die personelle Aufstockung der vernetzenden und mit Expertinnen und Experten besetzten Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) waren wesentliche Erfolgsfaktoren für die Weichenstellung auf dem Weg zu mehr Gesundheit für die Menschen im Land zwischen den Meeren.

Inzwischen laufen in fünf von elf Kreisen und in drei von vier kreisfreien Städten Projekte mit gesundheitsfördernder Ausrichtung in kommunaler Verantwortung, die mit Zustimmung der Steuergruppe zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) gemeinschaftlich auf den Weg gebracht wurden.

Vor Ort bedarfsbezogen agieren

Themen, für die es vor Ort einen Bedarf gab, standen dabei stets im Mittelpunkt. So nimmt Flensburg die Gesundheit von Kindern bis 10 Jahren besonders bei den Übergängen von Familie, Kindertagesstätte und Grundschule in den Blick. Sechs Kommunen kümmern sich in einer Kooperation zwischen Jobcentern und der GKV um die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Hierbei werden nicht nur für Menschen ohne Arbeit, sondern auch für deren familiäres Umfeld gesundheitsfördernde Strukturen geschaffen und Maßnahmen initiiert. Der gesamte Kreis Stormarn vernetzt mit „BEHERZT“ wichtige Akteure und Maßnahmen zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern. In drei Kommunen werden derzeit Strukturen aufgebaut, um mit „Hart am Limit“ dem Rauschtrinken von Jugendlichen vorzubeugen. In Kooperation mit einem Klinikum werden Pflegepersonal und Auszubildende unter dem Titel „Pflege, aber klar!“ suchtpreventiv unterstützt. Das Quartiersmanagement erarbeitet an sechs Orten Lösungen, um Seniorinnen und Senioren mit „Im Alter is(s)t man anders“ für ein aktiveres Leben im Alter zu motivieren. In Lübeck werden ältere Menschen zu Hause besucht, um gemeinsam mit ihnen den Weg zur Nutzung der Möglichkeiten in ihrem Stadtteil zu finden, um sozial eingebunden und mit mehr Lebensqualität gesund älter zu werden.

Synergien erschließen

Durch den Aufbau des Programmbüros für das kommunale GKV-Förderprogramm gelingt es, weitere Projekte zu initiieren und Synergien zwischen laufenden und neuen Projekten in den Kommunen zu schaffen. Inzwischen beschäftigen sich alle Städte und 80 % der Kreise mit gesundheitsfördernden Prozessen. Im Land der Horizonte werden zunehmend Möglichkeiten genutzt, um das Thema „Gesundheit“ mit einem ganzheitlichen Verständnis weiter in die Fläche zu bringen.

Thüringen: Alle Akteure arbeiten Hand in Hand

Die Landesrahmenvereinbarung (LRV) Thüringen mit ihren Mitgliedern aus GKV, Renten- sowie Unfallversicherung und dem Freistaat Thüringen hat das Ziel, die nationale Präventionsstrategie in Thüringen unter Berücksichtigung der im Land formulierten Gesundheitsziele umzusetzen. Gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz (LGK) setzt sie sich für eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitsstrategie für Thüringen ein.

Vernetzung zwischen Landesrahmenvereinbarung und Landesgesundheitskonferenz

LRV und LGK sind zwei gesundheitspolitische Prozesse im Freistaat Thüringen, die gemeinsam für den Erhalt sowie die Steigerung von Lebensqualität der Bevölkerung aller Altersstufen eintreten. Bereits die Initiierung beider Prozesse ist in einem symbolischen Akt der Vernetzung geschehen, denn LRV und LGK wurden zeitgleich am 7. April 2016 konstituiert. LGK und LRV sind auf unterschied-

lichen Ebenen miteinander vernetzt. Um den Austausch untereinander sowie die Kooperation miteinander zu gestalten, wurden unter dem Dach der Thüringer Landesvereinigung für Gesundheit e. V. (AGETHUR) zwei Geschäftsstellen eingerichtet; diese koordinieren die Zusammenarbeit.

Aktuelle Entwicklungen der Landesrahmenvereinbarung

Derzeit gibt es in Thüringen eine geringe Anzahl an Projekten, die sich dem Zielbereich „Gesund alt werden“ widmen. Aus diesem Grund hat sich die GKV mit den Partnern der **LRV**¹ für eine trägerübergreifende Maßnahme in zwei Modellregionen entschieden. Ziel ist es, z. B. Strukturen für einen gesundheitsförderlichen Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand aufzubauen. In der Zusammenarbeit agiert die GKV als Impulsgeber und finanzieller Förderer; die Geschäftsstellen von LGK und LRV verbinden die Aktivitäten mit einem gesundheitspolitischen Prozess auf Landesebene.

Gerald Müller,
BKK Landesverband Mitte
im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ Um neben den Aktivitäten der LGK (www.lgk-thueringen.de) auch die der LRV für die Öffentlichkeit sichtbar und transparent zu machen, wird eine eigene Homepage entwickelt.

Abb. 2: Organisationsstruktur zur Umsetzung der LRV in Thüringen



Quelle: AGETHUR e. V.,
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zahlen im Überblick

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

In den folgenden 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 (BGF) einschließlich der Aktivitäten in Kooperationen und Netzwerken zu ihrer Verbreitung sowie die individuelle verhaltensbezogene Prävention.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2019. Die Prozentzahlen zur Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2020 entnommen werden. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 165.563.391 Euro; das entspricht 2,27 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Ausgaben um 4 % angestiegen. Damit wurde die gemäß § 20 Abs. 6 SGB V vorgesehene Ausgabenhöhe von mindestens 2,15 Euro je Versicherten überschritten.

Die Zahl der erreichten Lebenswelten stieg im Vergleich zum Vorjahr nochmals an; in Kitas und Grundschulen fanden wie in den Vorjahren die meisten Aktivitäten statt.

Abb. 3:

Zahlen im Überblick



Nach § 20a Abs. 3 SGB V beauftragt der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Hierfür erhielt die BZgA 2019 eine Pauschale in Höhe von 0,48 Euro je Versicherten aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten, die in den oben genannten Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in Höhe von 2,27 Euro je Versicherten enthalten sind.

Die vielfältigen, mit diesen Mitteln umgesetzten Aktivitäten sind auf www.gkv-buendnis.de einsehbar und sollen zukünftig im Präventionsbericht quantitativ dokumentiert werden.

240 Mio. €



Betriebliche
Gesundheitsförderung

2.280.653

Menschen

23.221 Betriebe



29 % verarbeitendes Gewerbe
17 % weitere Dienstleistungen

Mit BGF-Maßnahmen konnten 2019 im Vergleich zum Vorjahr 6 % mehr Beschäftigte und 19 % mehr Betriebe erreicht werden.

2019 gaben die Krankenkassen 239.911.574 Euro für die BGF aus. Das entspricht 3,28 Euro je Versicherten. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 39 %.

Insgesamt hat die GKV das Ausgabensoll nach § 20 Abs. 6 SGB V überschritten, im Jahr 2019 je Versicherten mindestens 3,15 Euro für BGF zu investieren. Von diesem Betrag haben die Krankenkassen tatsächlich 0,77 Euro in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für BGF in der Pflege, aufgewendet. Damit wurde die gesetzliche Vorgabe von 1 Euro für BGF in der Pflege 2019 noch nicht von allen Krankenkassen erreicht.

225 Mio. €



Individuelle
Präventionsangebote

1.805.889

Kursteilnahmen



68 % Bewegung
29 % Stressmanagement

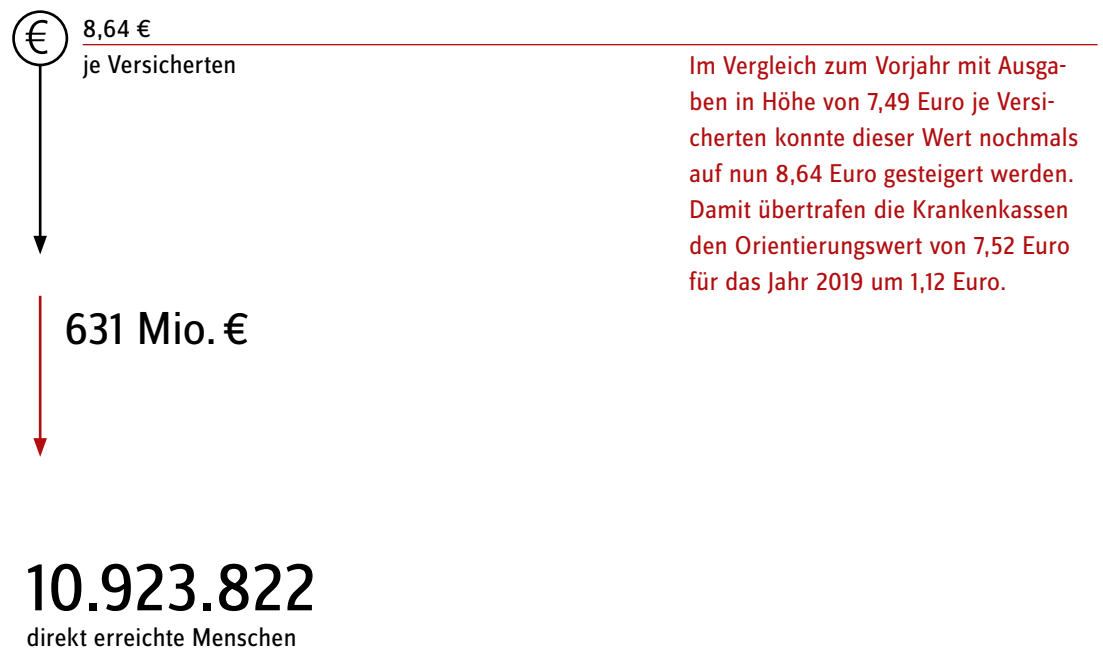
In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuzeigen, wie sie das Erlernte im Alltag umsetzen können.

2019 förderten die Krankenkassen 1.805.889 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Anzahl der Kursteilnahmen im Vergleich zu 2018 angestiegen.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 225.327.955 Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 5 % im Vergleich zum Vorjahr.

GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V)

Abb. 4: GKV-Ausgaben 2019



Die Ausgaben der Krankenkassen für die Aufgaben nach den §§ 20a-c SGB V sollen im Jahr 2019 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Gesamtbetrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten waren davon mindestens 2,15 Euro und für die Gesundheitsförderung in Betrieben 3,15 Euro (hiervon 1 Euro für BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) je Versicherten zu verausgaben. Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltens-

bezogene Prävention - 8,64 Euro je Versicherten aus.

Sie haben damit 2019 ihre Gesamtausgaben für primäre Prävention und Gesundheitsförderung um rund 16 % auf insgesamt 630.802.920 Euro gesteigert und einen erheblichen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Gesundheitsförderung und Prävention geleistet.

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

Abb. 5: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen



direkt erreichte Menschen in 2.023 stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen waren verpflichtet, für die Wahrnehmung ihrer Gesundheitsförderungs- und Präventionsaufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2019 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,32 Euro auszugeben (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Das entspricht bei einer Anzahl von ca. 73,05 Mio. bei Pflegekassen Versicherten einer Summe von ca. 23,4 Mio. Euro. In die Beratung und Umsetzung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen investierten die Pflegekassen insgesamt **17.586.661 Euro¹**. Die Pflegekassen konnten ihre Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr damit um 77% steigern. Es wurden 0,24 Euro pro Versicherten ausgegeben; damit konnte eine Steigerung der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 0,10 Euro erreicht werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekassen 2019 doppelt so viele Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht haben wie 2018. Sie leisten einen kontinuierlichen Beitrag, in Pflegeeinrichtungen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren. Die Ergebnisse zeigen aber auch die Notwendigkeit, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um mehr Pflegeeinrichtungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen zu gewinnen. Stationäre Pflegeeinrichtungen entscheiden selbst über ihren Einstieg in einen von den Pflegekassen geförderten Gesundheitsförderungsprozess. Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, das Thema Gesundheitsförderung im Unternehmen strukturell zu verankern und im Sinne einer Anschubfinanzierung Leistungen zur Verfügung stellen.

¹ Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ1-Statistik 2019 der Pflegekassen zugrunde.

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, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - unterscheiden sich wie in jedem Jahr 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%** Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind die Bildungseinrichtungen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

In der BGF werden hingegen mit **61%** 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 5.895.912 Frauen und 5.025.623 Männer erreicht. Es wurden hier nur Dokumentationsbögen einbezogen, die Angaben zum Geschlecht enthielten. Bei 2.287 Teilnahmen an Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention fehlen diese.

Aufsummiert ergibt sich eine Gesamtzahl von 10.923.822 Personen, was der Summe direkt erreichter Menschen aus Abb. 4 entspricht.

Abb. 6:

Inanspruchnahme nach Geschlecht



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

In § 20a SGB V werden Lebenswelten als abgrenzbare soziale Systeme definiert, die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind (s. nebenstehenden Wortlaut).

Diese können beispielsweise durch Institutionen wie Kindertagesstätten oder Schulen formal festgelegt oder durch einen gemeinsamen sozial-räumlichen Bezug – z. B. einen Stadtteil – sowie eine gemeinsame Lebenslage definiert sein. „Lebenswelten¹“ bzw. „Settings“ haben sich als Interventionsebenen für Gesundheitsförderung und Primärprävention bewährt.

Dabei 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.

Der Lebensweltenansatz ist besonders gut geeignet, um Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Durch die Auswahl der Settings, z. B. Kommunen/Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf, können gezielt sozial schlechter gestellte Menschen ohne Stigmatisierung mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung erreicht werden. Die Implementierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen kann einen relevanten Beitrag leisten, um sozioökonomisch bedingten Unterschieden in der Gesundheit entgegenzuwirken.

Zur Erreichung sozial benachteiligter Menschen wird bei der Datenerhebung der Krankenkassen hilfsweise der Indikator der Beteiligung von Menschen in sogenannten „sozialen Brennpunk-

§ 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. [...]“

ten“ herangezogen (s. S. 46). Der Begriff „sozialer Brennpunkt“ ist nicht juristisch definiert; die Krankenkassen haben sich an der Begriffsdefinition des Deutschen Städtetags von 1979 orientiert und bilden damit ab, dass in den sogenannten sozialen Brennpunkten verschiedene Faktoren wirken, die die Lebens-, Entwicklungs- und Sozialisationsbedingungen negativ beeinflussen.

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.

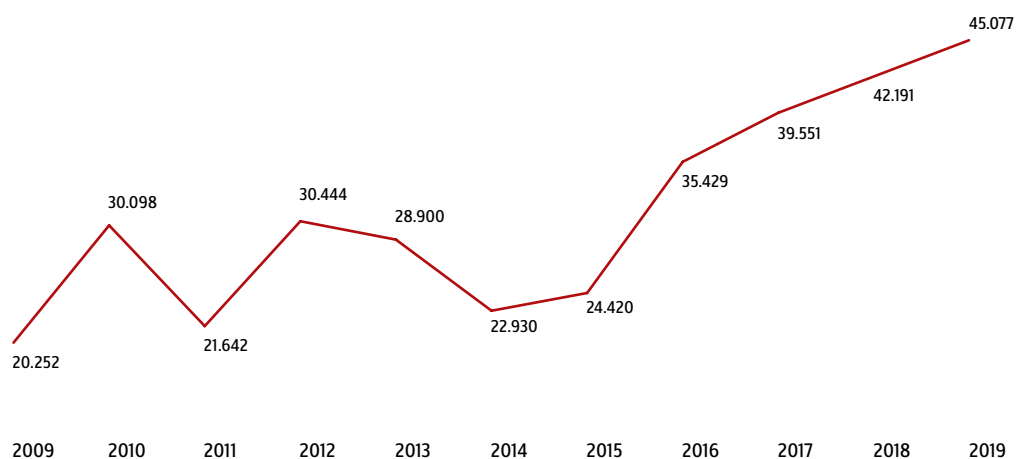
Insgesamt wurden 4.301 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet. Die Arbeitswelt bildet ein Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 58 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“).

Nachfolgend werden die im Jahr 2019 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben.

¹ <http://www.gkv-buendnis.de/gesunde-lebenswelten>

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 7: Anzahl der Lebenswelten 2009–2019



Krankenkassengeförderte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen Menschen in verschiedenen Lebenswelten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, sowohl die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten als auch niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote zu etablieren, damit die Menschen Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil erwerben. Als besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune werden im **Leitfaden Prävention¹** beispielhaft junge Familien und Alleinerziehende, ältere/alte Menschen, arbeitslose Menschen sowie Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien beschrieben; auch Lebenswelten der Freizeitgestaltung wie z. B. Sportvereine eignen sich zur niedrigschwelligen Ansprache und als Zugangsweg verschiedener **Zielgruppen²**.

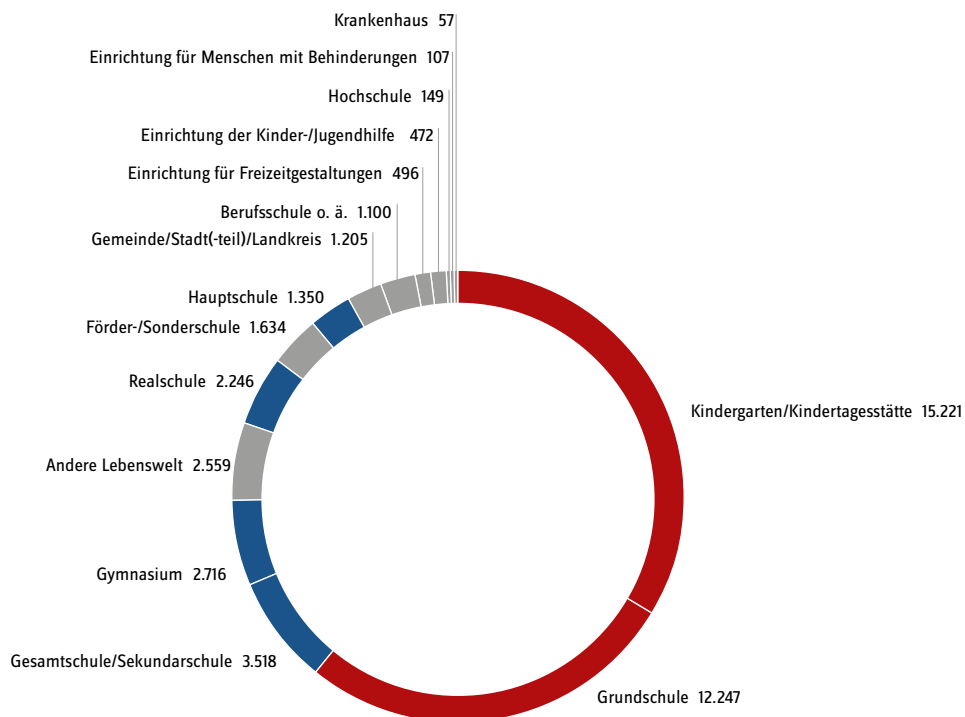
2019 lag die Anzahl der erreichten Lebenswelten bei 45.077; im Vergleich zum Vorjahr mit 42.191

um 2.886 höher. Die Dokumentation weist für 2019 ein auffälliges Plus von 48 % für die Anzahl direkt erreichter Personen von 6.837.280 aus; dies ist allerdings auch auf eine geänderte Erhebung dieser Daten im Berichtsjahr 2019 zurückzuführen und bedeutet keine reale Steigerung in diesem Umfang. Die neuen GKV-Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele 2019–2024 (vgl. S. 57) erfordern nämlich erstmals eine Aufgliederung in Kinder/Jugendliche und Erwachsene. Dies wurde bei Bearbeitung der Dokumentationsbögen leider teilweise nicht entsprechend berücksichtigt, sodass an dieser Stelle vermutlich eine fehlerhafte Erfassung erfolgte.

Das neue Erfassungsformat erlaubt folgende Angaben zur Altersverteilung: demnach wurden 3.481.677 Kinder/Jugendliche und 2.918.322 Erwachsene direkt erreicht (von 437.281 Erfassten fehlen diese Angaben).

¹ Leitfaden Prävention (Kap. 4.5.4 „Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune“)
² s. Anhang, „Wichtige Kennziffern“

Art der Lebenswelten und Laufzeit

Abb. 8: Art und Anzahl der Lebenswelten

Die Auswertung der von Krankenkassen unterstützten Aktivitäten nach Art und Anzahl der Lebenswelten zeigt, dass diese 2019 - wie in den Vorjahren - am häufigsten in **Kitas**¹ (34 %), Grundschulen (27 %) und weiterführenden Schulen (22 %) stattfanden.

Laufzeit

Von 1.468 abgeschlossenen Maßnahmen liegen gültige Angaben zur Laufzeit vor; 171 Bögen weisen keine Angaben zur Laufzeit aus. 76 % der abgeschlossenen Aktivitäten liefen bis zu einem Jahr lang; ihre durchschnittliche Laufzeit betrug elf Monate. Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, hatten bis zum Jahresende im Mittel eine Laufzeit von 24 Monaten. Die durchschnittliche

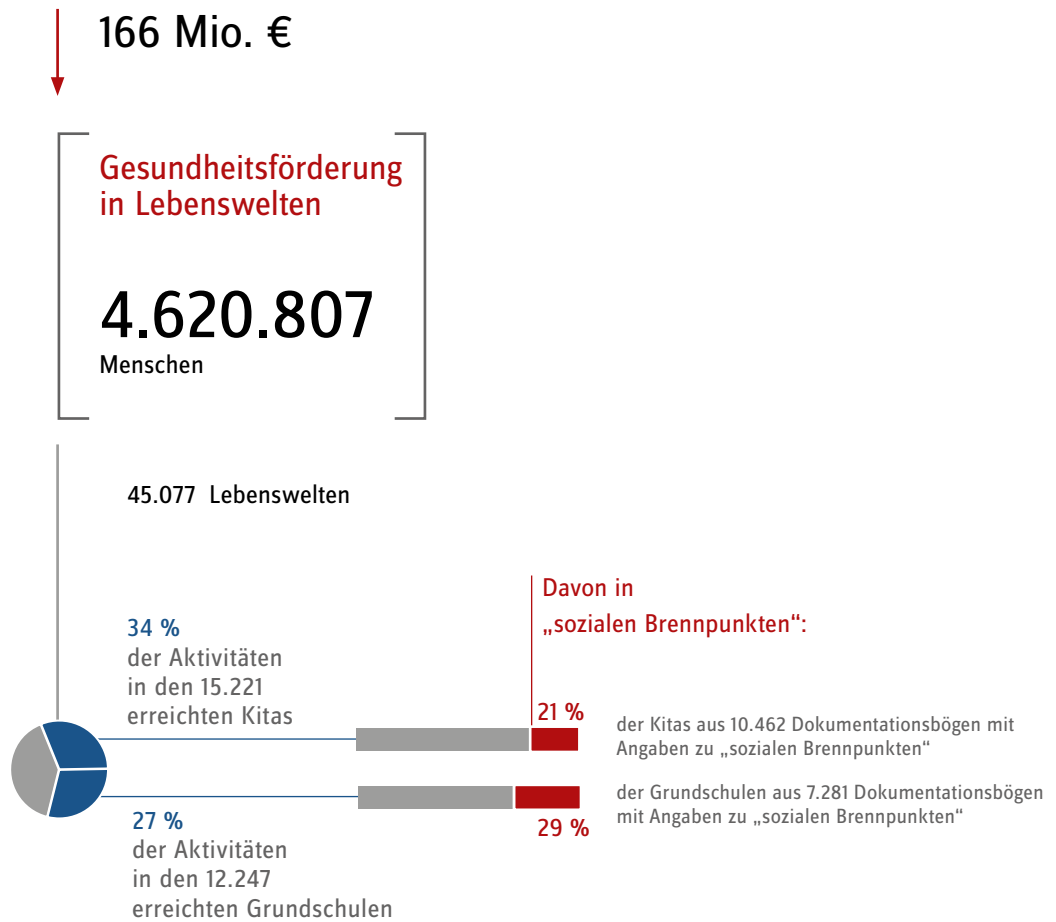
Laufzeit aller bis zum 31. Dezember 2019 erfassten Projekte betrug 20 Monate.

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.

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

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 9: Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“



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

Als „**soziale Brennpunkte**“¹ werden Wohngebiete bezeichnet, deren Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationspro-

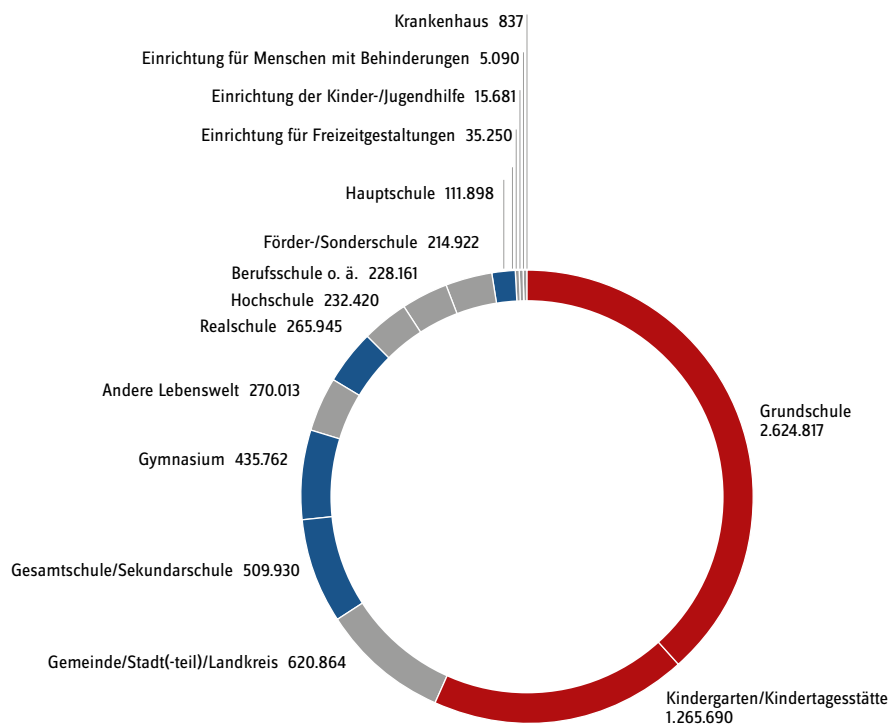
blemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „benachteiligter Stadtteil“ verwendet.

In sozialen Brennpunkten lagen 21 % der erreichten Kitas und 29 % der erreichten Grundschulen.

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

Direkt erreichte Personen

Abb. 10: Direkt erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten



Besonders stark engagieren sich die Krankenkassen in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Schulen; damit tragen sie dazu bei, dass früh Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt werden.

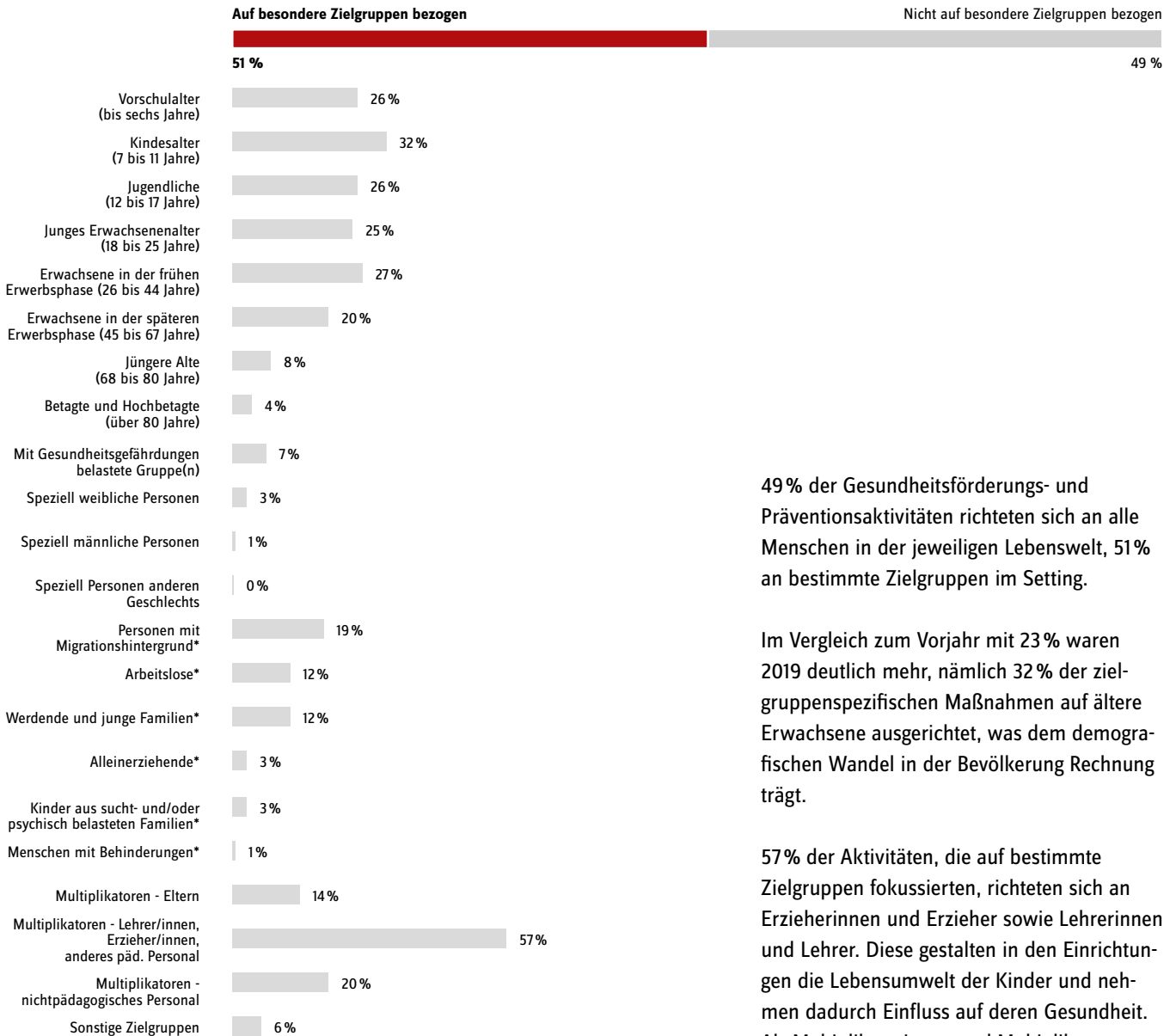
Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen gemäß Leitfaden Prävention insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, sozial-emotionaler Kompetenzen und Resilienz umfassen. In Schulen soll die inhaltliche

Ausrichtung der Projekte insbesondere darauf abzielen, gesundheitsbezogenes Verantwortungsbewusstsein zu fördern, Netzwerke zu initiieren, alle Schülerinnen und Schüler zu befähigen, ihr Potenzial auszuschöpfen, einen gesundheitsförderlichen Umgang miteinander zu pflegen und ein gesundheitsförderliches Arbeits- und Lernklima zu schaffen. Außerdem soll ein gesundheitsgerechter Umgang mit elektronischen Medien erreicht werden.

Zielgruppen

Abb. 11:

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



49% der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten richteten sich an alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt, 51% an bestimmte Zielgruppen im Setting.

Im Vergleich zum Vorjahr mit 23% waren 2019 deutlich mehr, nämlich 32% der zielgruppenspezifischen Maßnahmen auf ältere Erwachsene ausgerichtet, was dem demografischen Wandel in der Bevölkerung Rechnung trägt.

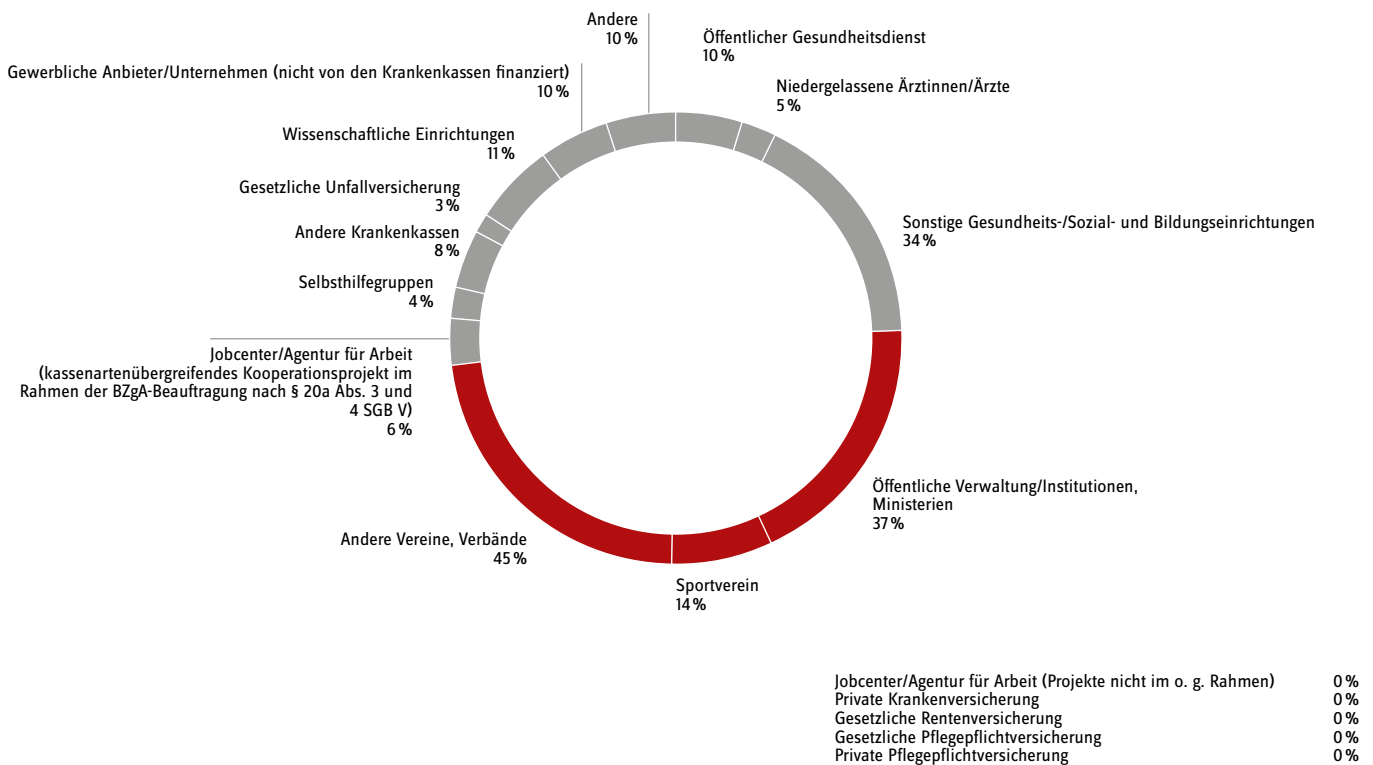
57% der Aktivitäten, die auf bestimmte Zielgruppen fokussierten, richteten sich an Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf deren Gesundheit. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vermitteln sie Kenntnisse und Fertigkeiten.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 11 bis 16 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband.

*GKV-Präventionsziele 2019-2024

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 12: 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 wichtig, 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.

59 % der Dokumentationsbögen weisen aus, dass **weitere Akteure¹** als Kooperationspartner Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht haben. Wie im Jahr zuvor waren Vereine, Verbände und

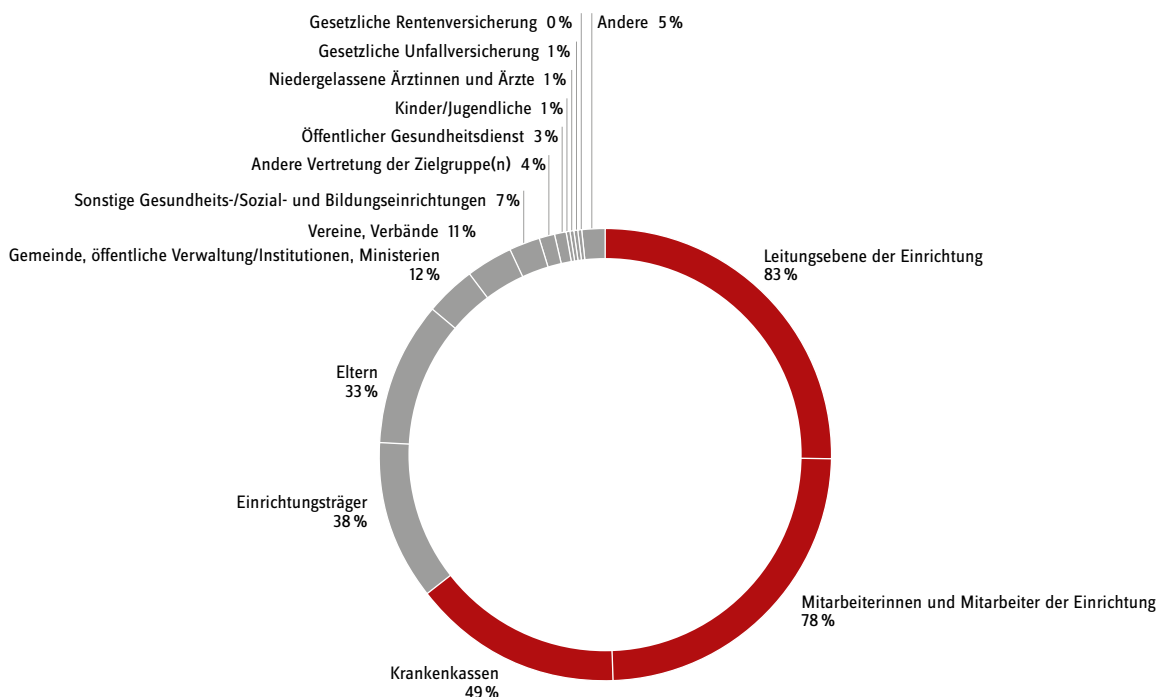
öffentliche Verwaltung/Institutionen sowie Ministerien am häufigsten beteiligt. In 10 % der Fälle war der öffentliche Gesundheitsdienst Kooperationspartner.

Das Engagement jeder einzelnen Krankenkasse in Lebenswelten erfolgt immer für alle Menschen unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einem Versicherungssystem und ist in diesem Sinne nicht nur kassen- sondern darüber hinaus krankensicherungsübergreifend.

¹ Tabellenband zum Präventionsbericht 2020 www.mds-ev.de

Koordination und Steuerung

Abb. 13: Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich)



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erfolgen gemäß Leitfadens Prävention in einem **Prozess¹**, bestehend aus einer Analyse, in der die Bedarfe ermittelt werden, der Planung von Maßnahmen entsprechend konsentierter Ziele, der Umsetzung dieser Maßnahmen und einer Evaluation. Dieser Prozess wird gesteuert durch ein Gremium, in dem die Lebensweltverantwortlichen und wichtige Partner in einer möglichst verbindlichen Struktur zusammenarbeiten und die Menschen der Lebenswelt partizipativ einbinden.

Mit 86 % weist ein Großteil der Programme in Lebenswelten eine solche Entscheidungs- und

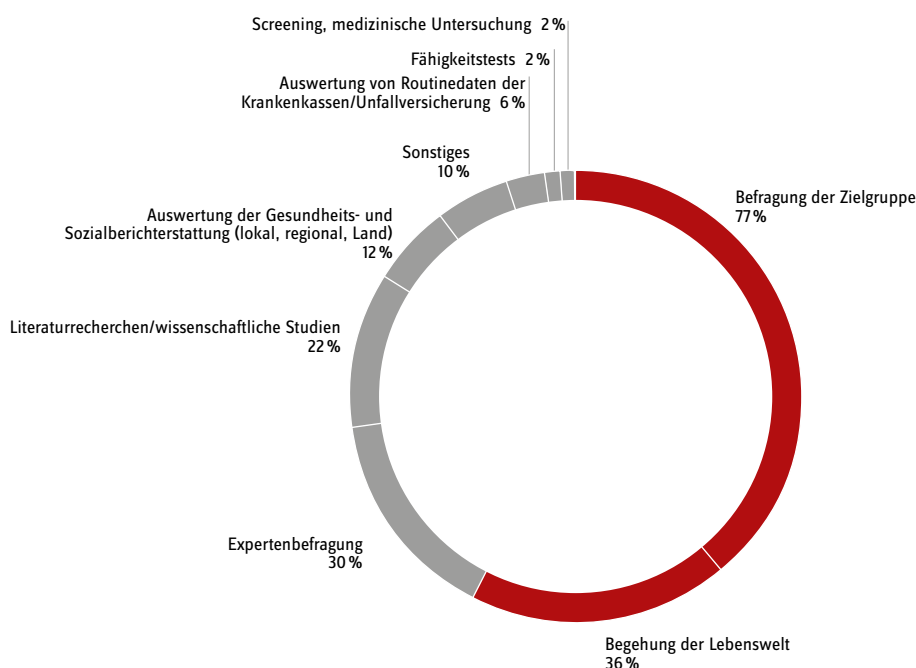
Steuerungsstruktur auf. Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu elf.

In den meisten Steuerungsgremien wirken die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung mit. In fast der Hälfte der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium, nämlich in 49 %, sind Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen beteiligt. An diesen Befunden hat sich im Vergleich zum Vorjahr fast nichts verändert.

¹ Die Internetseite www.gkv-buendnis.de beschreibt Wegweiser zum Gesundheitsförderungsprozess für verschiedene Lebenswelten, z. B. <https://www.gkv-buendnis.de/gesunde-lebenswelten/kommune/wegweiser/#wegweiser>

Bedarfsermittlung

Abb. 14: 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 77% der Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention die Zielgruppe befragt, um deren Bedürfnisse und die Probleme in der Lebenswelt zu ermitteln. Bei 36% der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting ermittelt. Bei 30% der Maßnahmen werden Expertenbefragungen und bei 22% Literaturrecherchen durchgeführt. Bei den Programmen wurden

bis zu sieben **verschiedene Instrumente der Bedarfsermittlung**¹ kombiniert, im Schnitt 2,0.

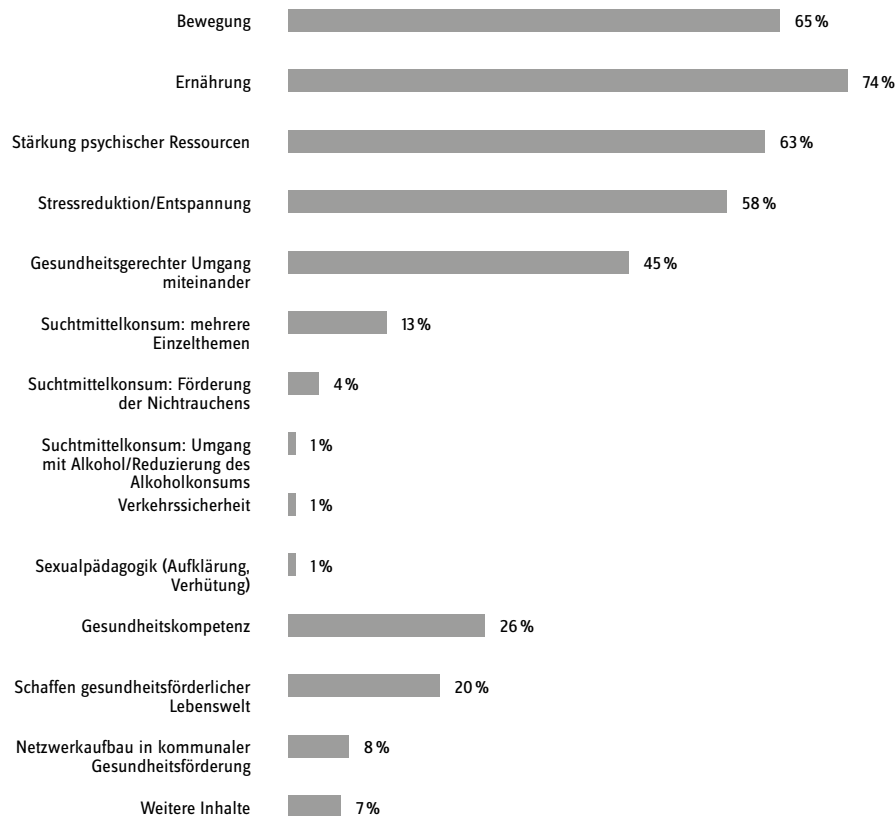
Bei 7% der Programme wurden Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt; dieses Instrument ist im Vergleich zur BGF (s. S. 70) deutlich weniger verbreitet. Zukunftswerkstätten kamen bei 4% der Programme zur Anwendung.

¹ Tabellenband zum Präventionsbericht 2019, www.mds-ev.de

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 15:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen richten sich nach den Bedarfen in der jeweiligen Lebenswelt; sie sollen, wie im **Leitfaden Prävention¹** beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen enthalten.

Die ohnehin stark nachgefragten Aktivitäten zu den Themen Ernährung und Bewegung wurden nochmals ausgebaut. In über der Hälfte der Maßnahmen sind die Stärkung psychischer Ressourcen und die Stressreduktion/Entspannung Inhalte der Aktivitäten. Das Thema Gesundheitskompetenz spielt mit 26 % eine stärkere Rolle als im Vorjahr (16 %).

In der Regel werden mehrere Themen bedarfsbezogen kombiniert.

¹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGBV. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in der jeweiligen Lebenswelt und gleichzeitig auf die Motivierung zu und das Erlernen von gesundheitsförderlichen Lebensgewohnheiten (Verhalten) beziehen. Im Berichtsjahr 2019 waren 66 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet.

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

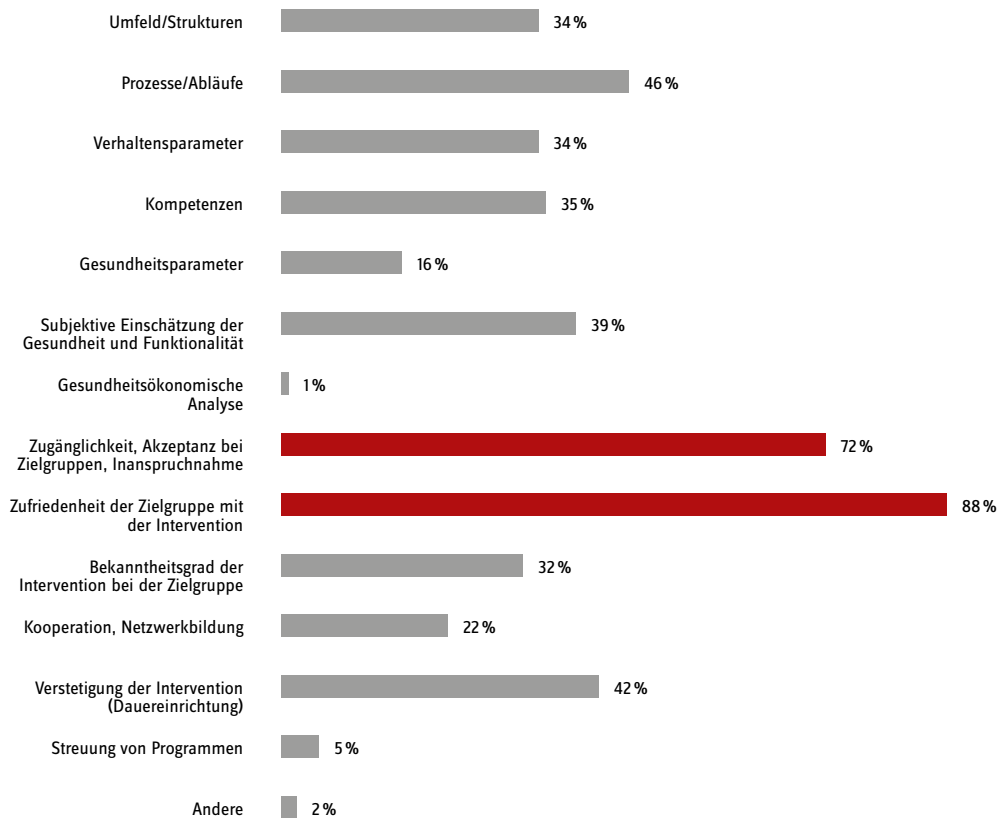
Art der Umgestaltung

Da die Strukturen und Abläufe in den Lebenswelten erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben, können sich darauf abzielende 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 Informations- und Kommunikationsstrukturen (61 %) oder die Umgebungsbedingungen (58 %) zu verbessern.

Erfolgskontrollen

Abb. 16: **Inhalte der Erfolgskontrollen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Der Gesundheitsförderungsprozess sieht auch eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgter Maßnahmen vor. Diese wurden bei 76 % der Gesundheitsförderungsprogramme durchgeführt bzw. waren geplant.

Die Grafik zeigt, mit welchen Parametern der Erfolg von Maßnahmen gemessen wurde. Vorrangig, nämlich bei 88 %, wurde die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention erfasst. Für 72 % der Maßnahmen wurden Zugänglichkeit, Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Zielgruppe eruiert. Bei 46 % der Maßnahmen wurden die Abläufe im Setting ermittelt. Im Schnitt wurden rund fünf Erfolgsindikatoren je Programm erfasst.

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Aus dem seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit laufenden lebensweltbezogenen Kooperationsprojekt zur **Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt**¹ für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen, welches auf der Bundesebene gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag gesteuert wird, liegen von 161 Standorten mit einer spezifischen Kennung versehene Dokumentationsbögen für 2019 vor. 22.135 Personen konnten direkt erreicht werden.

Projektorganisation

In 87 % dieser dokumentierten Projekte für Erwerbslose wurde ein Steuerungsgremium etabliert.

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

Die Krankenkassen sind in allen Steuerungsgruppen aktiv: Entweder durch ihre GKV-seitige Federführung (eine Krankenkasse oder ein Krankenkassenverband) oder einen im GKV-Auftrag agierenden Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit).

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

In den Kooperationsprojekten waren 72 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten ausgerichtet.

21 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 7 % der Aktivitäten konzentrierten sich 2019 ausschließlich auf die Verhältnisprävention. Inhaltlich zielten diese Aktivitäten z. B. auf die Umgestaltung der Informations- und Kommunikationsstrukturen, auf Veränderungen der Organisation in der jeweiligen Lebenswelt sowie auf die Erweiterung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume.

Erfolgskontrollen

Für 128 der 161 Standorte wurden 2019 Erfolgskontrollen als qualitätssichernde Maßnahmen dokumentiert. Häufig erfragte Parameter der Erfolgskontrolle waren die Zufriedenheit der Teilnehmenden, Prozesse/Abläufe im Projekt oder Kooperation/Netzwerkbildung.

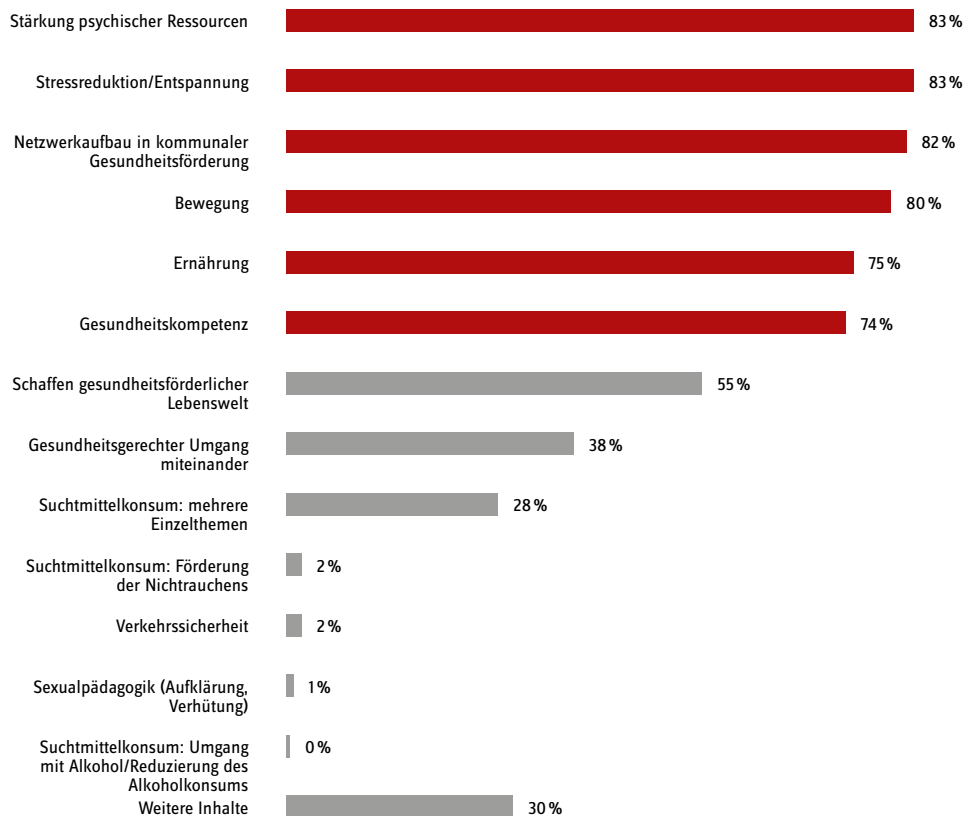
Die Ergebnisse der seit 2018 laufenden externen wissenschaftlichen Begleitevaluation an den ersten 129 Standorten, welche sowohl Aussagen zur Akteurskooperation als auch zur wahrgenommenen gesundheitlichen und teilhabebezogenen Wirkung bei der Zielgruppe umfasst, werden Ende 2020 vorliegen.

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

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Abb. 17:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen haben sich im Vergleich zum Vorjahr etwas verschoben, insbesondere insofern, als der Netzwerkaufbau in kommunaler Gesundheitsförderung verstärkt Thema war. Damit setzt sich dieser Trend der Vorjahre weiter fort.

Im Vergleich zum Vorjahr fällt auf, dass das Thema Suchtmittelkonsum 2019 vermehrt in Form von Einzelthemen aufgegriffen wurde.

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Seit 2008 setzt sich die GKV auf freiwilliger Basis Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019-2024 findet sich im **Leitfaden Prävention 2018¹**. Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventionsbericht dokumentiert. 2019 ist Basisjahr für die neue Zieleperiode; die entsprechenden Befunde werden hier aufgeführt.

- Ziel 1:** Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben: 115
- Ziel 2:** In die Leistungen für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen im Kooperationsprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit integrierte Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger: 125, d. h. 78 % von 161 Aktivitäten für Arbeitslose.
- Ziel 3:** Zahl und Anteil der von Krankenkassen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen
- in sozialen Brennpunkten/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf: 393.429 (Anteil der Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen: 24 %)
 - in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit dem kommunalen Steuerungsgremium bei Planung und Umsetzung: 2.298.821 (Anteil: 72 %).
 - mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in die Maßnahmenplanung und -gestaltung: 1.429.244 (Anteil: 45 %)
 - mit kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung: 2.870.590 (Anteil: 90 %)
- Ziel 4:** Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für
- ältere Menschen in der Kommune: 174 (Anteil: 4 %)
 - Menschen mit Behinderungen: 87 (Anteil: 2 %)
 - Menschen mit Migrationshintergrund: 418 (Anteil: 10 %)
 - Alleinerziehende: 64 (Anteil: 1 %)
 - Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien: 37 (Anteil: 1 %)
- sowie der damit erreichten Personen:
- erreichte Ältere: 100.884 (Anteil: 1 %)
 - erreichte Behinderte: 43.997 (Anteil: 1 %)
 - erreichte Menschen mit Migrationshintergrund: 257.985 (Anteil: 4 %)
 - erreichte Alleinerziehende: 1.587 (Anteil: 0 %)
 - erreichte Kinder aus suchtbelasteten Familien: 2.047 (Anteil: 0 %)

¹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGBV. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Betriebliche Gesundheitsförderung

Der **Leitfaden Prävention**¹ definiert das Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) als „die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten“. Große wie kleine Unternehmen erleben die Herausforderungen einer sich wandelnden Arbeitswelt. Um diesen Anforderungen zu begegnen, braucht es eine gesunde und motivierte Belegschaft. Mit BGF kann die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Unternehmen gesteigert werden, durch „größere Mitarbeiterzufriedenheit und Identifikation, höhere Leistungsfähigkeit und Motivation oder ein besseres Betriebsklima und mehr kollegialen Zusammenhalt.“

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen auf diesem Feld findet sich in § 20b SGB V. Für dieses Segment der Präventionsleistungen wendeten die Krankenkassen 2019 **239.911.574 Euro**² auf, was 3,28 Euro je Versicherten entspricht. Dieser Betrag lag sowohl höher als im Vorjahr (2,37 Euro) als auch über dem für 2019 geltenden Orientierungswert von 3,15 Euro. Von diesem Betrag haben die Krankenkassen tatsächlich 0,77 Euro in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für BGF in der Pflege, auf-

gewendet. Damit wurde die gesetzliche Vorgabe von 1 Euro im ersten Geltungsjahr 2019 für diesen speziellen Bereich noch nicht vollständig erreicht.

Zu dieser Zielgruppe gehören auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die einen BGF-Prozess etablieren und die Gesundheit ihrer Beschäftigten stärken wollen.

Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege wird beschrieben, wie die **BGF-Koordinierungsstellen**³ in den Bundesländern aktiv auf entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit Pflegeverbänden und Krankenhausesellschaften hinwirken (vgl. S 109).

Im Folgenden werden zunächst die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Betrieben im Jahr 2019, anschließend die Aktivitäten zur Unterstützung überbetrieblicher Vernetzung und Kooperationen sowie die überbetrieblichen Informations- und Beratungsleistungen zur Sensibilisierung der Betriebe für BGF-Maßnahmen beschrieben.

Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband zum Präventionsbericht 2020.

BGF-Koordinierungsstelle: Überwiegend kleine und mittlere Unternehmen (KMU) und Unternehmen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen nutzen das Beratungsangebot der Krankenkassen zu betrieblicher Gesundheitsförderung

Das Portal der BGF-Koordinierungsstelle verzeichnete im Jahr 2019 rund 28.000 Besucherinnen und Besucher. Rund 2.100 Nutzerinnen und Nutzer wählten die Kontaktaufnahmemöglichkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse über die Logovariante. Ca. 600 Unternehmen nutzten die automatische Vermittlung über das Kontaktformular. Etwa 35 % dieser Unternehmen waren KMU mit bis zu 49 Mitarbeitenden, weitere 34 % KMU mit 50-249 Beschäftigten. Die Mehrheit der anfragenden Unternehmen kommt aus dem Sozial- und Gesundheitswesen (32 %) bzw. dem Bereich „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung“ (15 %).

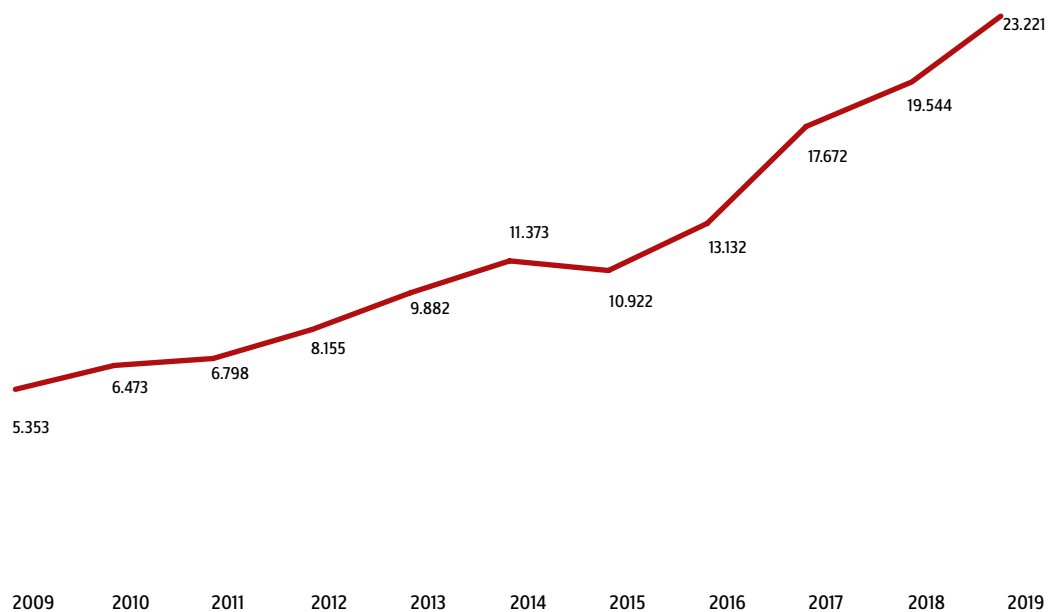
1 GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

2 s. „Zahlen im Überblick“, S. 38 ff.

3 www.bgf-koordinierungsstelle.de

Erreichte Betriebe und Laufzeiten der Aktivitäten

Abb. 18: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



Die Krankenkassen konnten in den letzten zehn Jahren immer mehr Betriebe für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen. 2019 konnten 23.221 Betriebe direkt erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung um 19 % im Vergleich zum Vorjahr.

Die interessierten Betriebe nehmen das Angebot der Krankenkassen, Unternehmen in der BGF zu unterstützen, stets freiwillig an.

An der Verteilung der Aktivitäten zur BGF in Bezug auf einen oder mehrere Betriebsstandorte hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum etwas geändert: 2019 waren 63 % der insgesamt erreichten Standorte und Betriebe Mehrfachstandorte und 37 % Einzelstandorte.

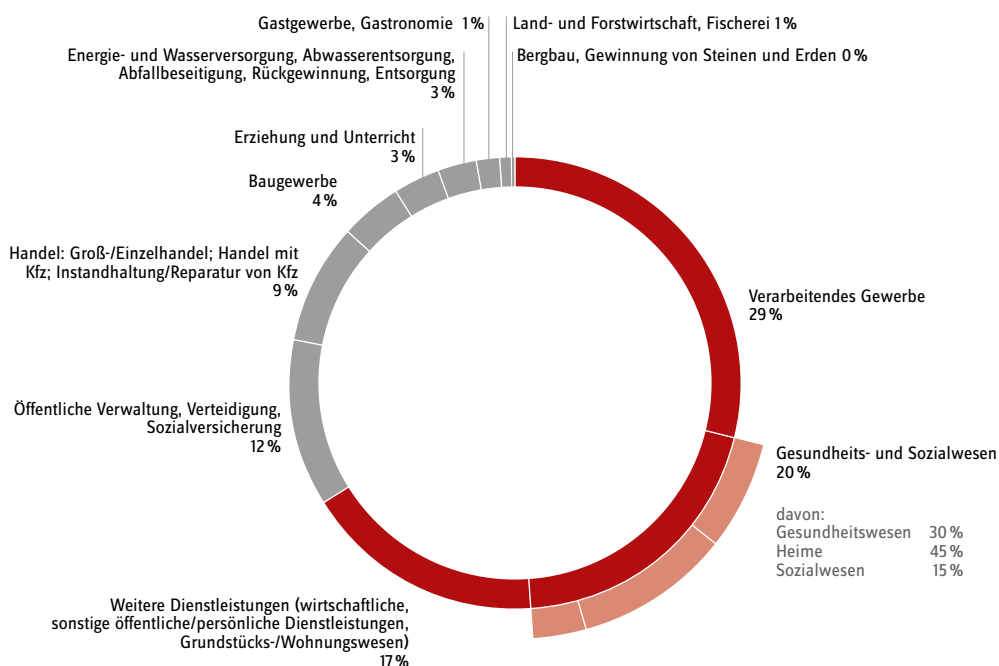
Laufzeiten der Aktivitäten

Aus 4.405 Dokumentationsbögen lassen sich Angaben zur Laufzeit abgeschlossener Projekte entnehmen, bei 555 Bögen fehlen diese. Bis zum 31. Dezember 2019 betrug die mittlere Laufzeit aller Projekte 26 Monate, die der abgeschlossenen Aktivitäten in den Betrieben neun Monate. Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, hatten bis Jahresende eine Laufzeit von 35 Monaten.

Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen dazu befähigt werden, während der Projektlaufzeit so viel Erfahrung zu gewinnen, dass sie die BGF auch nach Beendigung der GKV-Förderung nachhaltig in eigener Verantwortung weiterführen können.

Branchen

Abb. 19: Branchen



Die bei Aufsummierung der Anteile im Gesundheits- und Sozialwesen fehlenden 10% erklären sich durch Rundungsdifferenzen sowie fehlende Angaben zur Einrichtungstyp.

Unternehmen verschiedener Branchen nutzen in unterschiedlichem Maße die Unterstützung der Krankenkassen bei BGF-Aktivitäten. 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 wie in den Vorjahren Maßnahmen der Gesundheitsförderung im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Hier sind die Beschäftigten oftmals großen körperlichen Belastungen ausgesetzt, weshalb Initiativen zur Reduktion und Kompensation dieser Belastungen notwendig sind.

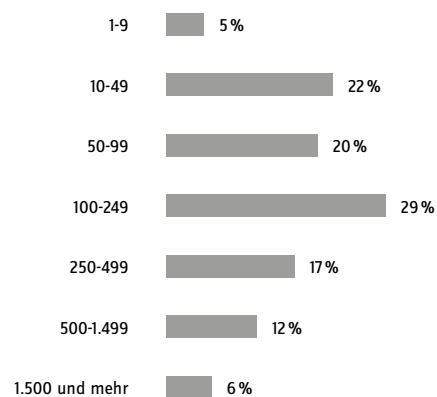
Auch im Dienstleistungsgewerbe und im Gesundheits- und Sozialwesen besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Betriebe und Krankenkassen für die Gesundheitsförderung, denn die Arbeitsplätze dieser Branche sind durch erhebliche physische und psychische Belastungen charakterisiert. Die Kategorien Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen werden im aktualisierten Dokumentationsbogen erstmals weiter **differenziert**¹. Demnach gab es 2019 Meldungen zu

- 261 BGF-Aktivitäten aus Krankenhäusern und Hochschulkliniken,
- 644 BGF-Aktivitäten aus stationären Pflegeeinrichtungen sowie
- 50 BGF-Aktivitäten aus Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und
- 145 BGF-Aktivitäten ambulanter Pflegedienste.

¹ Sonderauswertung zur BGF für beruflich Pflegende sowie verschiedene Praxisbeispiele zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Krankenkassen gemäß § 20b SGB V, teilweise verzahnt mit Prävention nach § 5 SGB XI für die zu pflegenden Menschen, s. S. 107 ff.

Betriebsgröße

Abb. 20: **Betriebsgröße**
(Anzahl der Beschäftigten)



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

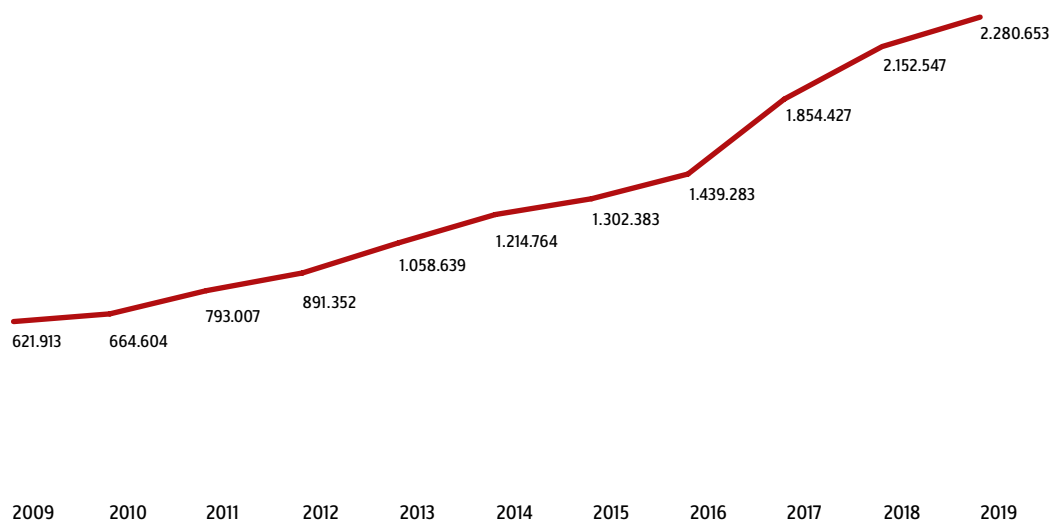
Am häufigsten wurden Betriebe mit 100 bis unter 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu 27 % vertreten, d. h. etwas mehr als im Vorjahr (24 %). Große Unternehmen mit über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind zu 18 % beteiligt.

Die sozialversicherungsträgerübergreifende Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) befasst sich im **iga.Report 42 „Gesund im Kleinbetrieb“¹** speziell mit Gesundheitsprojekten in inhabergeführten Kleinbetrieben.

¹ <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-42>

Erreichte Beschäftigte

Abb. 21: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



Analog zur Steigerung der Anzahl erreichter Betriebe/Standorte entwickelt sich die Anzahl der durch BGF-Maßnahmen erreichten Personen: 2019 konnten 2.280.653 Beschäftigte direkt und weitere 740.269 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 wurden. Ein Beispiel für eine solche Maßnahme ist die Schulung von Führungskräften

zur gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dazu bietet das Projekt „psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (**psyGA**)¹ verschiedene Handlungshilfen und Praxisinstrumente an.

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

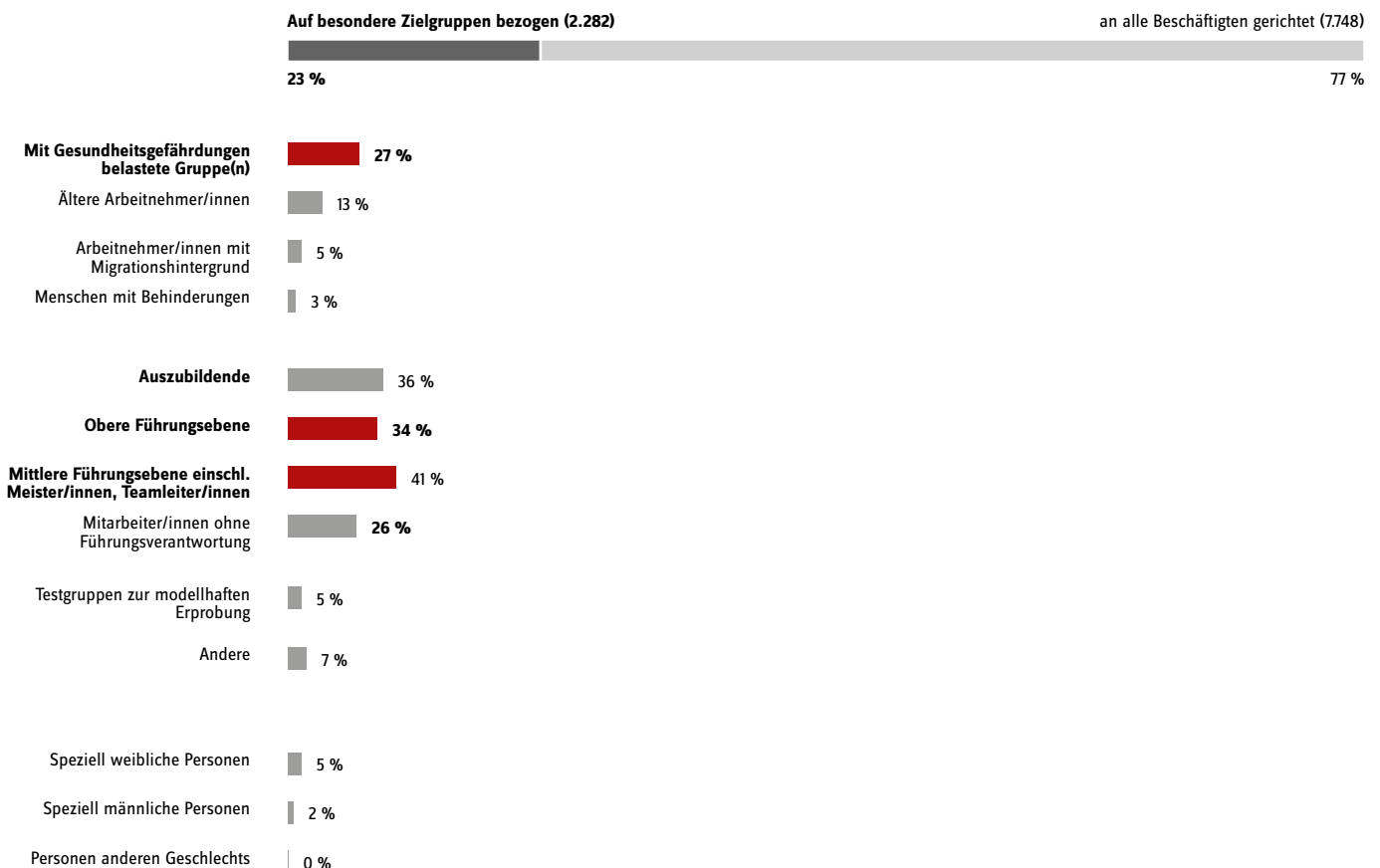
8% der erreichten Betriebe wiesen 2019 einen hohen Anteil an „**ungelernten**“ Beschäftigten² auf. Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20% der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben.

¹ <https://www.psyga.info/unsere-angebote>

² s. „Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen“, S. 136

Zielgruppen

Abb. 22: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



77% der Maßnahmen waren gleichermaßen an alle Beschäftigten gerichtet, 23% waren auf spezifische Zielgruppen der Beschäftigten bezogen.

In allen betrieblichen Hierarchiestufen erhöhten sich die prozentualen Anteile der Zielgruppen, am deutlichsten für Auszubildende sowie in der oberen und mittleren Führungsebene. Diese Zielgruppe wurde auch 2019 am häufigsten genannt. Führungskräfte können durch ihr Verhalten und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter maßgeblich und direkt beeinflussen.

27% der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich direkt an Beschäftigte, die Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. Belastungen können beispielsweise bei der Verrichtung körperlich anstrengender Tätigkeiten wie schweres Heben oder Tragen entstehen, aber auch Arbeiten unter Zeitdruck stellt eine häufig anzutreffende Arbeitsbelastung dar.

Die meisten BGF-Maßnahmen richteten sich an beide Geschlechter; die geschlechtsspezifisch ausgerichteten Angebote richteten sich häufiger an Frauen (5%) als an Männer (2%).

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 23: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben (Mehrfachnennungen möglich)

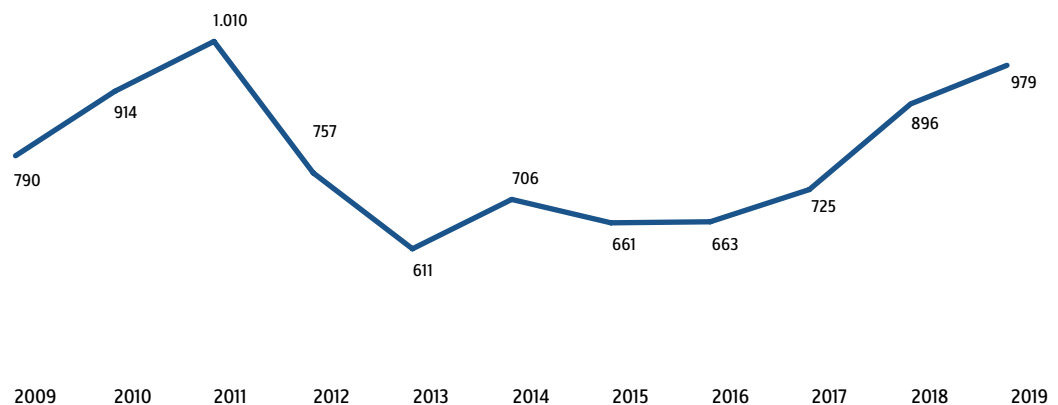


Bei 36 % der von den Krankenkassen geförderten BGF-Aktivitäten waren - neben den Betrieben selbst und den Krankenkassen - weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

Am häufigsten waren gewerbliche Anbieter bzw. Unternehmen beteiligt, gefolgt von den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten; 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.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 24: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung

Die seit Langem etablierte Zusammenarbeit zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der GKV bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 im Rahmen der NPK noch verbindlicher geregelt.

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

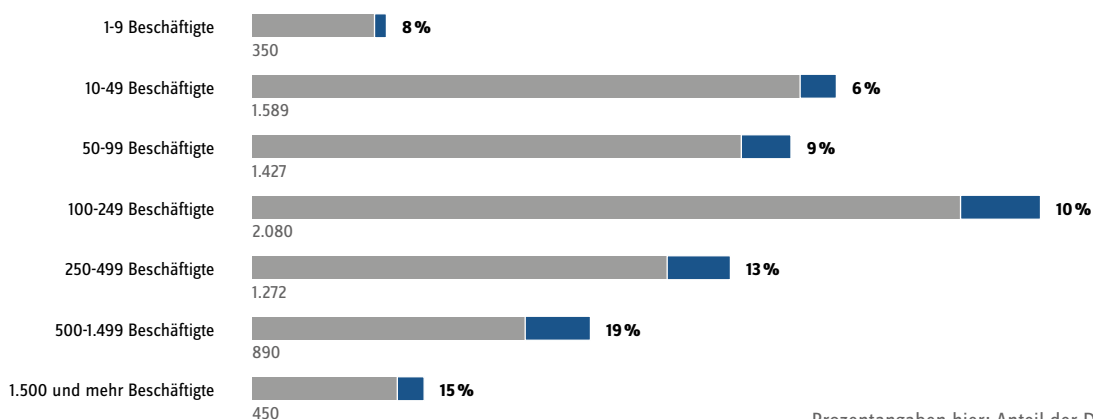
So brachte die Unfallversicherung 2019 bei 28 % aller Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner mitwirkten, Ressourcen ein. Die Beteiligung der Unfallversicherung ergibt sich aus den Bedarfen

und Handlungserfordernissen im Betrieb. So bestehen neben fachlichen Schnittstellen auch eine Vielzahl an Themen wie beispielsweise die Betriebsverpflegung oder Aktivitäten im Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, bei denen nicht zwangsläufig der Bedarf einer Ressourceneinbringung durch die Unfallversicherung besteht.

Beispiele für ein gemeinsames Engagement von Krankenkassen und Unfallversicherung finden sich auf S. 110 (Gemeinsam vernetzt für mehr Gesundheit) und S. 128 (Netzwerk Zukunft Pflege).

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 25: **Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße**
 (Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße)



Prozentangaben hier: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße. Beispiel Betriebsgröße 100-249: insgesamt 2.080 Dokumentationsbögen, davon 207 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 10% der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.

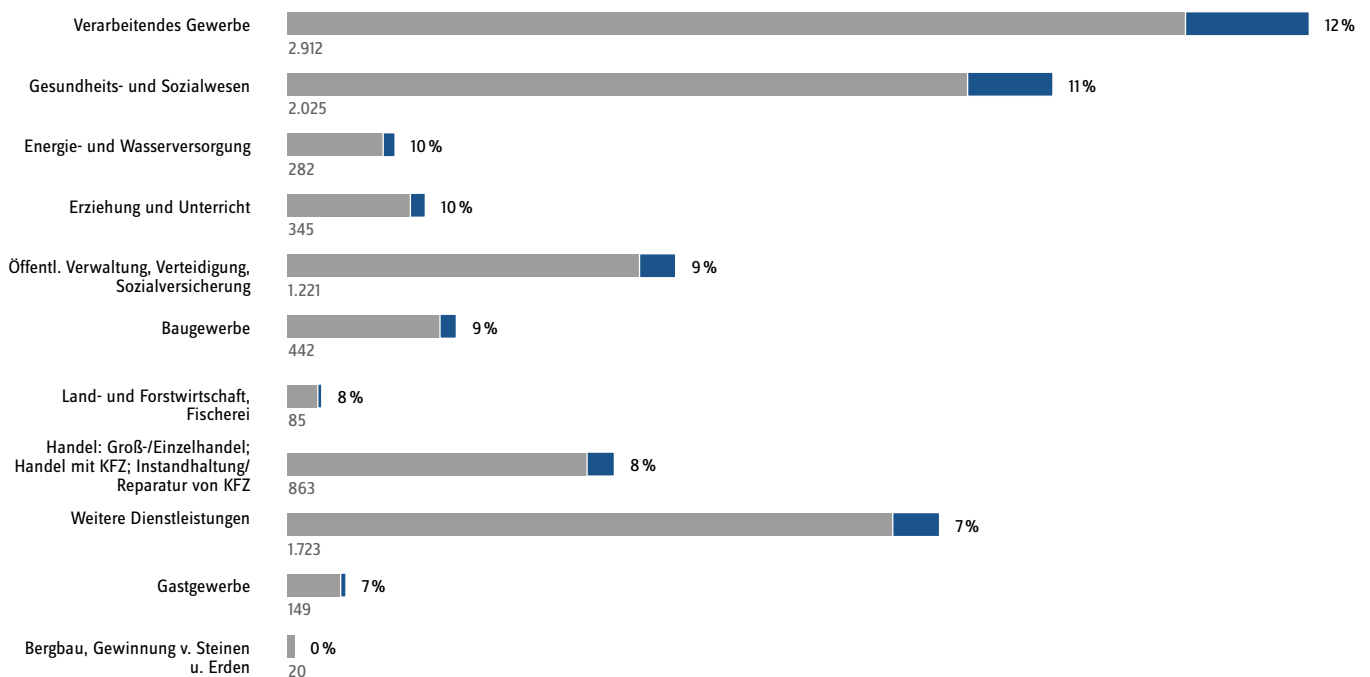
Bei mittleren und größeren Betrieben ab 100 Beschäftigten ist die Unfallversicherung häufiger als Kooperationspartner eingebunden als bei kleineren Betrieben. Auch in sehr großen Betrieben mit 1.500 oder mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wirkt die Unfallversicherung oft als Kooperationspartner mit.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 26:

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

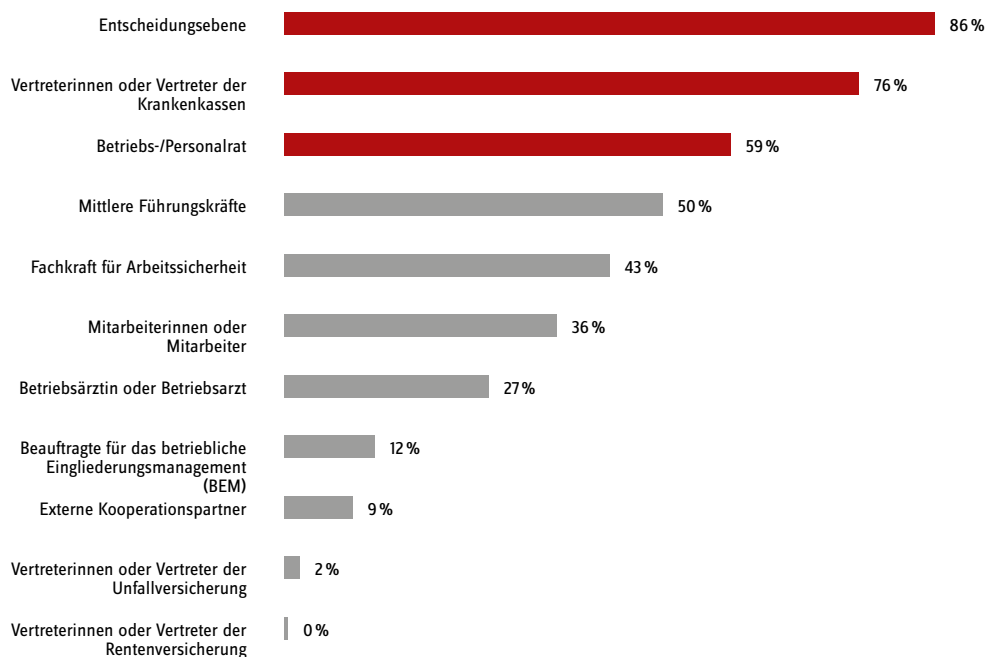
Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.912 Dokumentationsbögen, davon 335 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 12% der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.



Bei Betrachtung der unterschiedlichen Branchen zeigt sich, dass die Unfallversicherung ihre Ressourcen in die meisten Branchen gleichmäßig, nämlich mit ca. 10%, eingebracht hat. Dieser Befund entspricht dem des Vorjahres.

Koordination und Steuerung

Abb. 27: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (Mehrfachnennungen möglich)



Auch in der neuen Zieleperiode von 2019 bis 2024 wird die Erhöhung von Zahl und Anteil etablierter Steuerungsgremien für BGF-Programme angestrebt (s. Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung, S. 74). Bei zwei Dritteln (65%) der BGF-Programme gab es 2019 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Diese dienen dazu, die BGF-Aktivitäten, unter Einbeziehung der relevanten Akteure, zu planen und zu koordinieren. Langfristiges Ziel ist es, die Maßnahmen in das **betriebliche Gesundheitsmanagement des Unternehmens (BGM)**¹ zu überführen, sodass „die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als strategischer Faktor in das Leitbild und in die Kultur sowie in die Strukturen und Prozesse

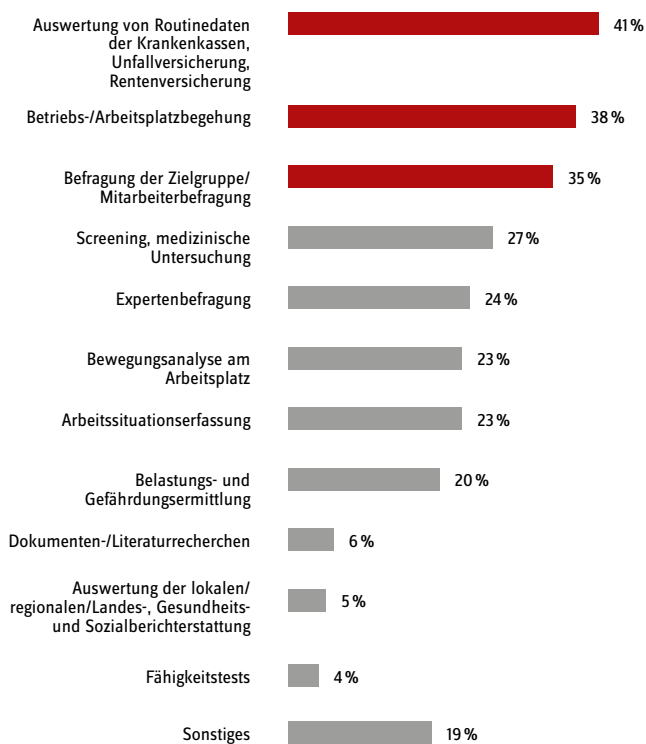
der Organisation einbezogen werden“. Damit wird BGM zu einer Managementaufgabe.

Am häufigsten waren die Entscheidungsebene des Betriebs (86%), Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (76%) sowie Betriebs- und Personalräte (59%) in den Gremien vertreten. Führungskräfte der mittleren Ebene (50%) waren an der Hälfte der Gremien beteiligt.

¹ Rosenbrock, R. (2017). Hindernisse erkennen, benennen und überwinden. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 501-506). Bern: Hogrefe Verlag.

Bedarfsermittlung

Abb. 28: 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 wurden zur Bedarfsermittlung Routinedaten der Krankenkassen, der Unfallversicherung und der Rentenversicherung herangezogen (insgesamt 41%). Zu 38 % erfolgte zur Ermittlung des Bedarfs eine Begehung des Betriebs bzw. Arbeitsplatzes, zu 35 % wurde eine Befragung der Zielgruppe durchgeführt.

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

Formen der Mitarbeiterbeteiligung

Im Berichtsjahr wurden in 32% der Fälle Aktivitäten zur Förderung der aktiven Mitarbeiterbeteiligung durchgeführt. Diese beteiligungsorientierten Analyseinstrumente können einen wichtigen Beitrag zur Identifikation und Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten, indem sie die Beschäftigten als Experten für die eigene Arbeitssituation miteinbeziehen.

Bei 37% der Programme wurden sogenannte **Gesundheitszirkel**¹ eingerichtet. Darunter versteht man eine moderierte Workshop-Reihe mit Beschäftigten eines Teams oder Arbeitsbereichs, die regelmäßig stattfindet. Die in den Workshops identifizierten Belastungen und die daraufhin entwickelten Gestaltungsoptionen werden anschließend der Steuerungsebene vorgelegt. Diese entscheidet dann über die Umsetzung. Durch die direkte Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfahren diese Wertschätzung und Anerkennung.

In 34% der Fälle wurden Arbeitssituationsanalysen durchgeführt. Auch diese sind ein beteiligungsorientiertes Analyseinstrument, bei dem mithilfe moderierter Gruppendiskussionen ein Überblick über die Belastungs- und Beanspruchungssituation geschaffen werden kann. Bei 3% der Programme kam im Rahmen einer Analyse das ebenfalls partizipative Instrument „Zukunftswerkstatt“ zum Einsatz.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Um einen besseren Einblick in krankheitsbedingte Produktionsausfälle zu gewinnen, bieten sich Arbeitsunfähigkeitsanalysen an. Solche von den Krankenkassen erstellten Arbeitsunfähigkeitsprofile („AU-Profil“) oder „betrieblichen Gesundheitsberichte“ liefern 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-Profil/Gesundheitsberichte darüber hinaus die Durchschnittswerte der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit). Über die Erstellung des AU-Profiles und die entstandene Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb kommt es in vielen Fällen zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Jahr 2019 erstellten die Krankenkassen 11.050 AU-Profil bzw. betriebliche Gesundheitsberichte; das waren fast genauso viele wie im Vorjahr (n = 11.195). Die 2019 erstmals umgesetzte differenzierte Erfassung weist insgesamt 1.436 Arbeitsunfähigkeitsanalysen in Krankenhäusern und Pflege aus; diese enthalten im Segment „Krankenhäuser und Hochschulkliniken“ einen doppelt so hohen Anteil an Analysen von 6% als deren Anteil an dieser Branche mit 3% ausmacht – ein möglicher Hinweis auf strukturelle Ursachen der Arbeitsunfähigkeit in diesem Arbeitsumfeld.

Der **iga.Report 28**² zu „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention“ zeigt, dass Fehlzeiten dank betrieblicher Gesundheitsförderung um durchschnittlich ein Viertel sinken.

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

² Initiative Gesundheit und Arbeit (2015). iga.Report, 28 www.iga-info.de

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. Bei Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung sprechen **Studien¹** dafür, dass kombinierte Interventionen, die sowohl das Verhalten als auch die Verhältnisse adressieren, rein verhältnispräventiven Maßnahmen überlegen sind.

Mehr als die Hälfte (54%) der Aktivitäten weist eine solche Kombination der beiden Ansätze auf; es handelt sich hier um eine deutliche Steigerung zum Vorjahr (47%). Rein verhältnisbezogen waren 5% der Aktivitäten.

41% der Maßnahmen unterstützten ausschließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren.

Prozesse zur Umsetzung von BGF-Maßnahmen 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.

Im Ergebnis tragen BGF-Programme, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Beschäftigte sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei.

¹ Initiative Gesundheit und Arbeit (2019). iga.Report, 40, 66. www.iga-info.de

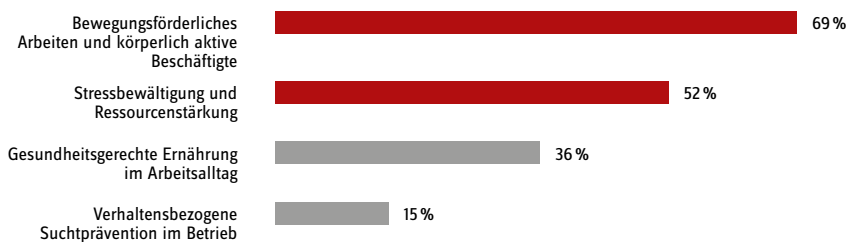
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 29: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte entsprechen weitgehend denen des Vorjahres.

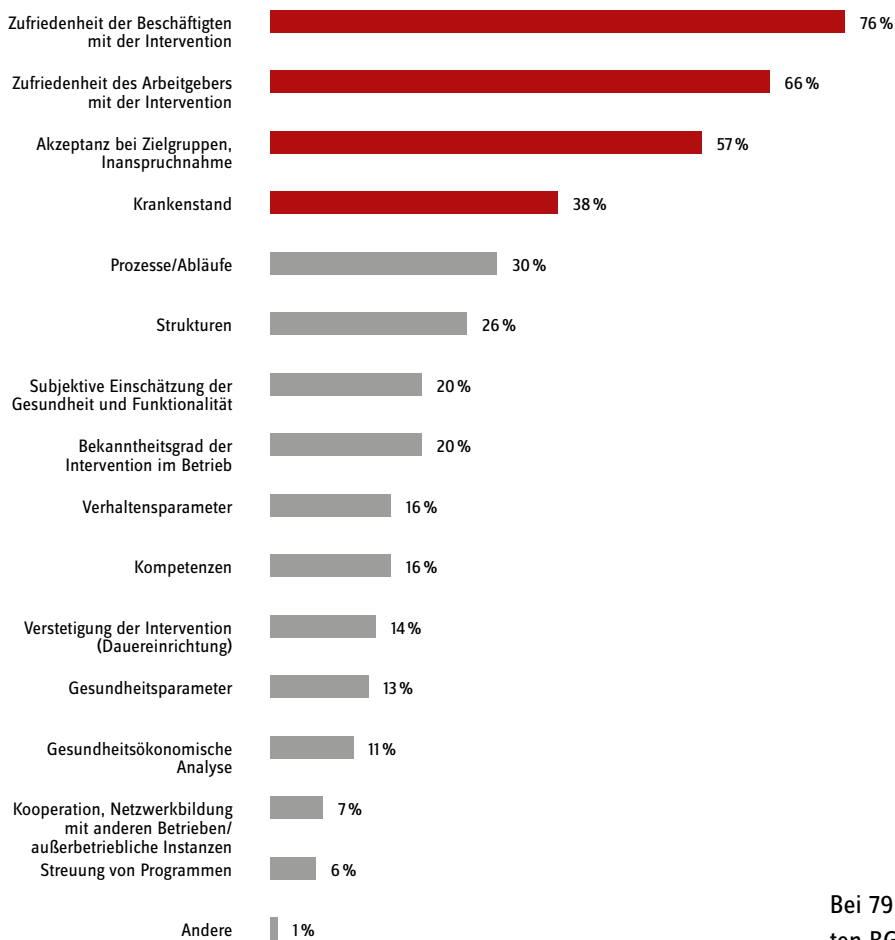
Abb. 30: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Wie im Vorjahr liegt der inhaltliche Fokus verhaltensbezogener Aktivitäten auf den Themen Bewegung sowie Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.

Erfolgskontrollen

Abb. 31: **Inhalte der Erfolgskontrollen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei 79 % aller von den Krankenkassen unterstützten BGF-Programmen 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 sowie die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt (76 % und 66 %). Aber auch der Krankenstand der Beschäftigten (38 %) und die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppen (57 %) werden häufig als Parameter analysiert.

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Auch für die BGF wurden Ziele formuliert. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019–2024 findet sich im **Leitfaden Prävention 2018**¹. Basisjahr für diesen Zeitraum ist das derzeitige Berichtsjahr 2019; die entsprechenden Befunde werden hier aufgeführt.

- Ziel 1:** Zahl und Anteil der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die BGF unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zuständigen Akteure verfügen: 9.867 (Anteil: 42 %)
- Ziel 2:** [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert] **Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum**² aller Träger zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sowie die Verknüpfungsmöglichkeiten von Leistungen der Krankenkassen zur BGF mit den Leistungen von Unfall- und Rentenversicherungsträgern zum Arbeitsschutz, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung.
- Ziel 3:** Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten: 2.213
- Ziel 4:** Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses: 4.958 (Anteil: 21 %)
- Ziel 5:** Zahl und Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die BGF-Maßnahmen durchführen: 1.827 (Anteil: 8 %)
- Ziel 6:** Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt:
Zahl und Anteil der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld erreichten Betriebe: 7.670 (Anteil: 33 %)
- Ziel 7:** Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt:
Zahl und Anteil der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit bei Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen: 12.876 (Anteil: 55 %)

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der Fassung vom 01.10.2018, www.gkv-spitzenverband.de

² Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

BGF-Maßnahmen 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 BGF¹** zu unterstützen.

Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Im Leitfaden Prävention werden **überbetriebliche Netzwerke²** so definiert: „zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteurinnen und Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen.“

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

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

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

In drittmittelgeförderten Projekten konnte die regionale Netzwerkbildung zwischen Krankenkassen und Unternehmensorganisationen erfolgreich initiiert und nachhaltig verankert werden. Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geförderte vom BKK Dachverband gemeinsam mit AOK und IKK durchgeführte Projekt **„Gesund. Stark. Erfolgreich. – Der Gesundheitsplan für Ihren Betrieb“³** unterstützt seit 2014 den dauerhaften träger- und kassenartenübergreifenden Aufbau von Gesundheitsnetzwerken mit regionalen Partnern, um durch eine gemeinsame Strategie die Verbreitung und Implementierung von BGM in kleinen und mittelständischen Betrieben zu befördern. Das Projekt wird aktuell mit einem Schwerpunkt zum Thema regionale BGM-Netzwerke fortgesetzt.

Im Sonderteil „Prävention in der Pflege“ wird in zwei Beiträgen (Münch/Steinmetz, S. 111 und Kupzok, S. 129) jeweils über ein solches Netzwerk im Bereich der Pflege berichtet.

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

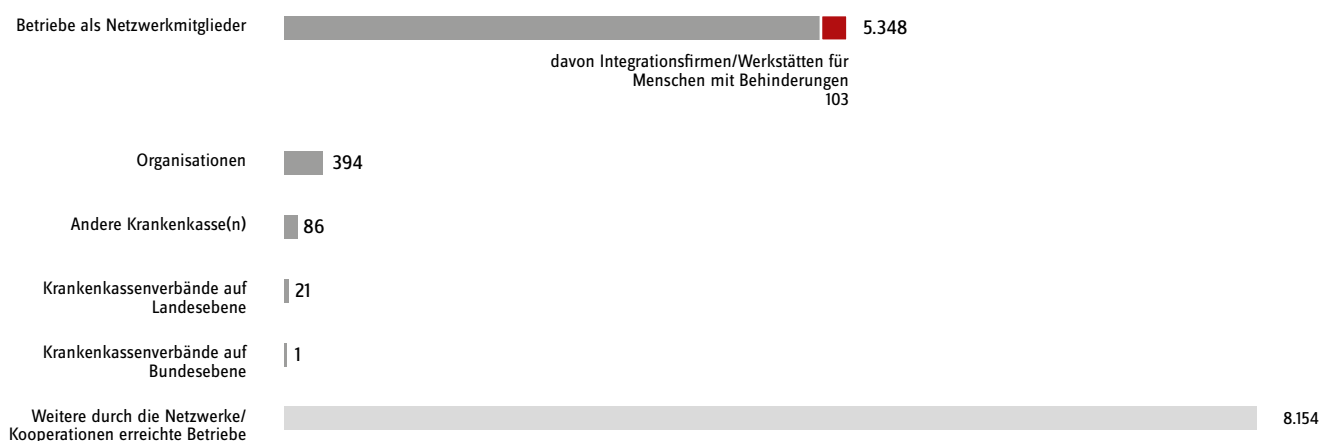
2 GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018).

LeitfadenPrävention (Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, S. 122-124). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

3 <https://www.der-gesundheitsplan.de>

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 32: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Krankenkassen haben sich 2019 in 193 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen für BGF eingesetzt. Unter diesen verfügten 40 (21%) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner.

5.348 Betriebe beteiligten sich direkt als Netzwerkmitglieder. Darunter befanden sich 103 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die Netzwerke erreichten darüber hinaus weitere 8.154 Betriebe. Diese Betriebe befinden sich noch in einer Phase der Informationsgewinnung und der Entscheidungsfindung, wie BGF im eigenen Betrieb eingeführt werden kann. Insgesamt erreichten die Krankenkassen also 13.502 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF. Das entspricht etwa der für 2016 und 2017 erhobenen Zahl: im

Jahr 2018 gab es dagegen insbesondere durch Versand schriftlicher Materialien zur BGF eine um 48 % höhere Zahl weiterer erreichter Betriebe außerhalb der Netzwerke und Kooperationen.

Oft sind Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen der Auftakt für eine BGF: Wie auf S. 59 unter „Erreichte Betriebe“ dargestellt, haben im Berichtsjahr 23.221 Betriebe mit der Unterstützung der Krankenkassen BGF aktiv umgesetzt.

Abb. 33: Organisationen als Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)

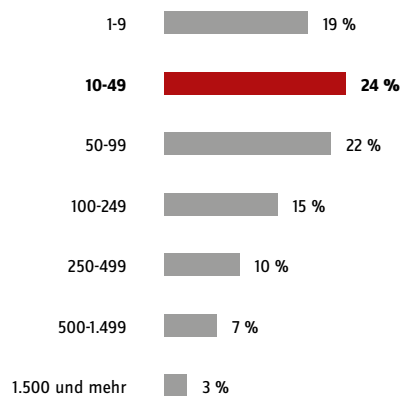


An erster Stelle arbeiteten die Krankenkassen mit Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungsträgern zusammen, um BGF zu verbreiten. Diese sind in der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Spitzenverband (DGUV)**¹ organisiert; die genaue Definition findet sich unter dem in der Fußnote genannten Link.

Ansonsten war eine große Vielfalt an Organisationen in den Netzwerken beteiligt, am häufigsten Innungen und Kammern, Arbeitgeberverbände, die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen.

¹ www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp

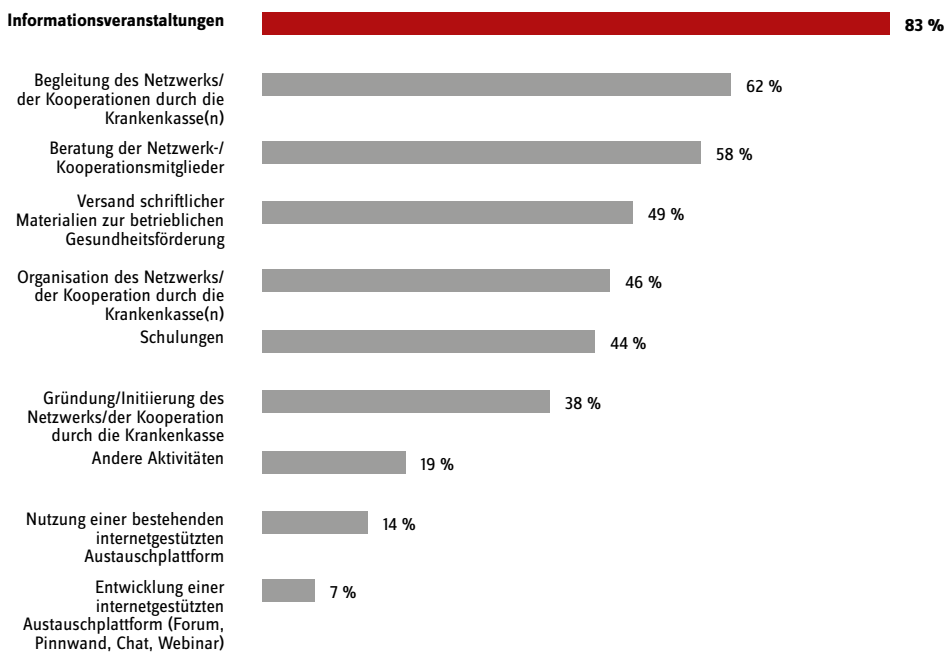
Abb. 34: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)



Der Vergleich der durch die überbetrieblichen Netzwerke erreichten Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) mit dem Anteil, den diese bei der **BGF¹** einnehmen, zeigt einen deutlichen Unterschied: Während im betrieblich ausgerichteten Engagement der Krankenkassen der Anteil der Klein- und Kleinstbetriebe rund 27% ausmacht, haben Betriebe dieser Größe in den überbetrieblichen Netzwerken einen Anteil von rund 43%. Dieser Anteil hat im Vergleich zum Vorjahr einen Zuwachs von 4% zu verzeichnen

¹ vgl. hierzu Abb. 26 „Betriebsgröße“ im Teil betriebl. Gesundheitsförderung, s. S. 65

Abb. 35: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)



Die Abbildung zeigt, mit welchen Aktivitäten die überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen im Berichtsjahr ihre Mitglieder bei der Umsetzung von BGF unterstützt haben.

Zu den Mitgliedern zählten im Jahr 2019 - wie oben berichtet - vor allem über 5.300 Betriebe und knapp 400 Organisationen, z. B. die Mitglieder des Spitzenverbandes „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)“, Innungen und Kammern.

Bei den Aktivitäten standen die Durchführung von Informationsveranstaltungen, die Begleitung des Netzwerks/der Kooperationen sowie die Beratung der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder durch die Krankenkasse(n) im Vordergrund. Es wurden wesentlich mehr überbetriebliche Schulungen durchgeführt als 2018.

Als weitere Aktivitäten führten 58% der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit durch. Je 4% setzten im Berichtsjahr Wissenstransferprojekte um oder führten Forschungsprojekte durch.

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

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

Aus den Netzwerken heraus wurden weitere 8.154 Betriebe erreicht.

Insgesamt wurden

- in 432 Betrieben Schulungen durchgeführt,
- 2.197 Betriebe beraten,
- 2.062 Betriebe mit Informationsveranstaltungen erreicht und
- 4.981 Betrieben schriftliche Informationen zur BGF übermittelt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist damit die Zahl der außerhalb der Netzwerke erreichten Betriebe (2018 mehr als 20.000) massiv zurückgegangen. Auch die Zahl der schriftlichen Informationsübermittlungen an Betriebe (2018 mehr als 16.000) liegt erheblich niedriger als im Vorjahr; es ist anzunehmen, dass der Verzicht auf wenige breite Anschreibeaktionen den Rückgang erklärt.

Evaluation

Je 22 % der Netzwerke/Kooperationen führten im Berichtsjahr 2019 eine Evaluation durch oder planten eine für die Zukunft.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention adressieren die einzelnen Versicherten. Sie haben im Sinne von **§ 1 Satz 2 SGB V¹** zum Ziel, die Versicherten zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren und zu befähigen.

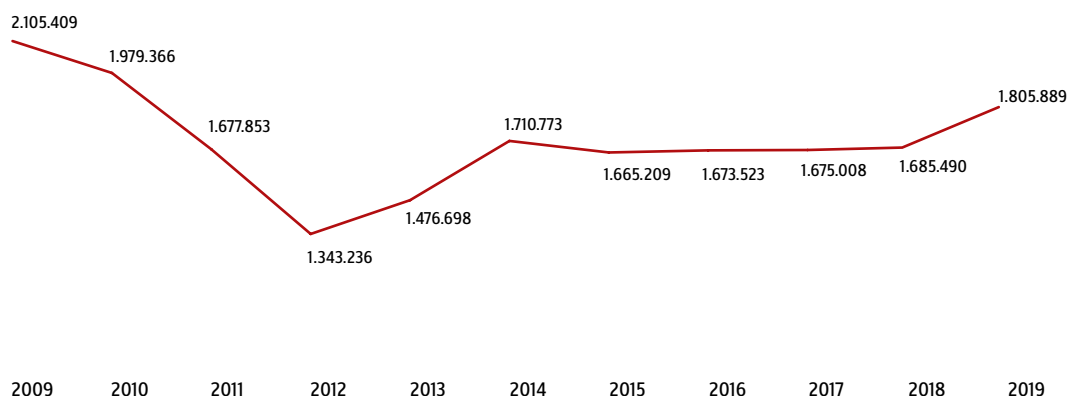
Diese Maßnahmen finden grundsätzlich als Gruppenangebot statt. Die Versicherten lernen Möglichkeiten kennen, wie sie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen dauerhaft in ihren Alltag integrieren können; Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen.

Die Kriterien für individuelle verhaltensbezogene Kursangebote des GKV-Spitzenverbandes sind im **Leitfaden Prävention²** veröffentlicht. Die Übereinstimmung von Kursmaßnahmen mit den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention lassen die Krankenkassen durch die als Kooperationsgemeinschaft beauftragte **Zentrale Prüfstelle Prävention³** prüfen. Voraussetzung einer individuellen verhaltenspräventiven Intervention ist deren evidenzbasierter Wirksamkeitsnachweis in Studien oder Metaanalysen.

1 Satz 2: „Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ www.gesetze-im-internet.de
2 GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“, S. 52-59). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de
3 www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Inanspruchnahme

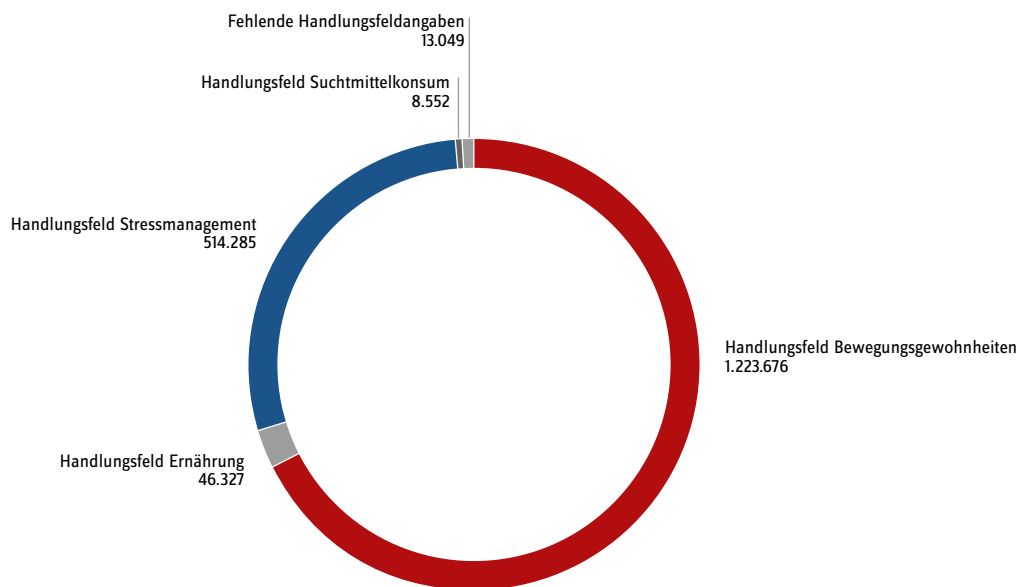
Abb. 36: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



Im Berichtsjahr 2019 wurden insgesamt 1.805.889 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. Sie müssen u. a. auch einen Austausch zwischen den das Programm Nutzenden und den E-Kursleitenden bzw. E-Coachs ermöglichen.

Die obestehende Liniengrafik zeigt die Entwicklung der Teilnahmen über die letzten zehn Jahre.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 37: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern

Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum tragen die Krankenkassen zur Prävention epidemiologisch bedeutsamer Krankheiten und zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil bei.

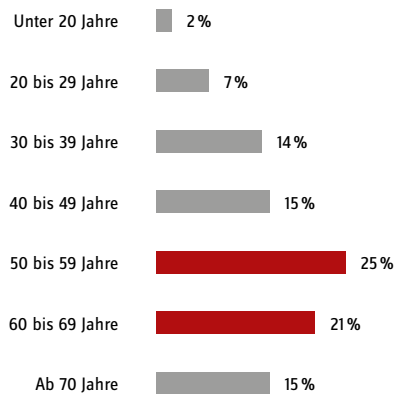
Bewegungsangebote werden von den Versicherten am häufigsten nachgefragt. 68 % der Teilnahmen konzentrierten sich auf Kurse zum Thema Bewegung. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ kann weiter aufgegliedert werden nach den Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Kurse in beiden Präventions-

prinzipien wurden etwa gleich häufig nachgefragt. 29 % der Kursteilnahmen erfolgten zum Thema Stressmanagement. Die Kursangebote lassen sich differenzieren in Kurse zur „Förderung von Stressbewältigungskompetenzen“ und Angebote zur „Förderung von Entspannung“. Zwar wurden mit 86 % überwiegend letztere nachgefragt (gemäß Leitfaden Prävention sind das Progressive Relaxation nach Jacobson, Autogenes Training Grundstufe nach Schultz, Hatha Yoga, Tai-Chi und Qigong), den größten Zuwachs mit 77% im Vergleich zum Vorjahr hatte 2019 jedoch die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen zu verzeichnen.

Ein geringer Anteil der Kursteilnahmen ist den Handlungsfeldern Ernährung und Suchtmittelkonsum zuzuordnen.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 38: Inanspruchnahme nach Alter



Die Prozentangaben in den Abbildungen 39 bis 41 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.805.889 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 Altersgruppen¹** an der Gesamtbevölkerung unterscheiden. So beanspruchen die unter Zwanzigjährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 19 % die krankenkassengeförderten Angebote der Verhaltensprävention kaum; sie machen nur 2 % der Kursteilnahmen aus. 21 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Dabei entspricht die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten in dieser Altersgruppe fast ihrem Bevölkerungsanteil von 25 %. Deutlich überproportional nehmen 40- bis 70-jährige gesundheitsförderliche Kursangebote in Anspruch: 40 % der

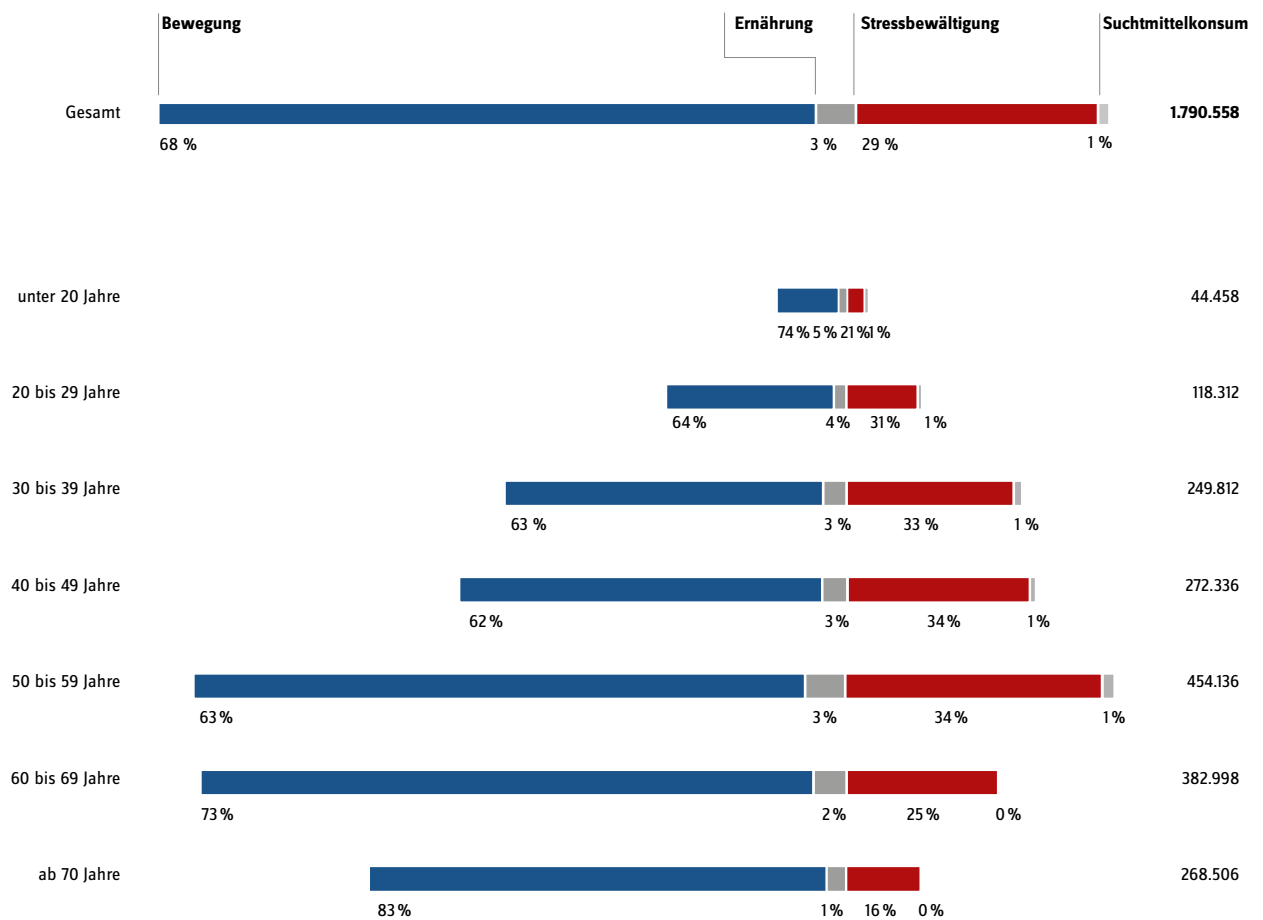
Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer sind 40 bis 60 Jahre alt; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist mit 28 % deutlich niedriger. Die 60- bis 70-jährigen stellen 13 % der deutschen Bevölkerung und nehmen zu 21 % an Präventionskursen teil. Es zeigt sich also ein deutliches Interesse an gesundheitsförderlichen Aktivitäten nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Individuelle Kursangebote werden überwiegend von Frauen besucht: 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich. Dieser Befund ist seit Jahren konstant.

¹ errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005

Abb. 39:

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter



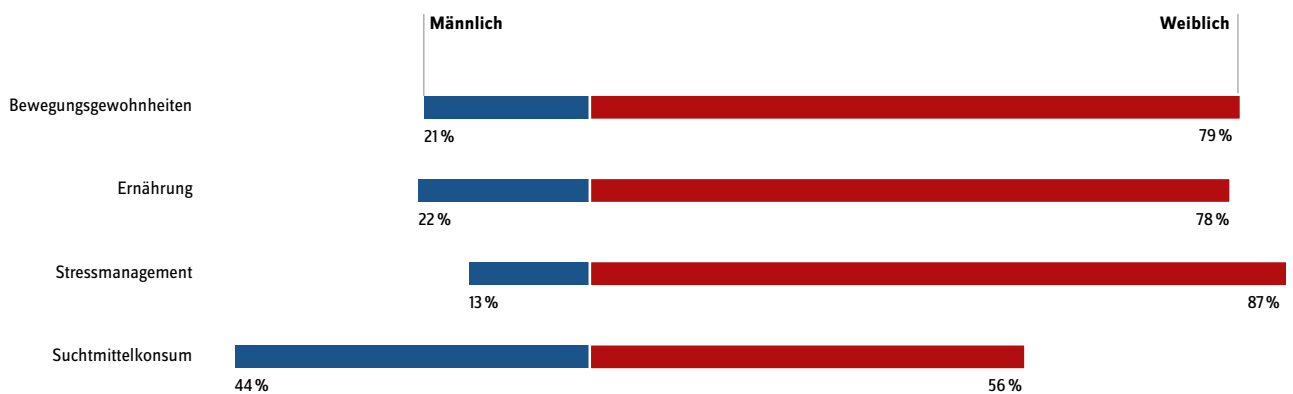
Die in der Abbildung dargestellten Prozentangaben beziehen sich auf die am Ende der jeweiligen Zeile genannte Anzahl an Kursteilnahmen in der jeweiligen Altersgruppe. Die Relationen sind über die Jahre hinweg gleich geblieben.

Kursangebote zur Bewegung werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Durchschnitt zu 68%. Die 60- bis 69-jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren nehmen mit 73% und 83% überdurchschnittlich häufig an Bewegungskursen teil.

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

Jüngere Menschen unter 20 Jahren nutzen relativ häufiger Angebote zum Thema Ernährung als die anderen Altersgruppen.

Abb. 40: 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 mit 44% - bei einer **Raucherquote**¹ von 27% - und Frauen mit 56% - bei einer Raucherquote von 20% - unterschiedlich häufig präsent.

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

¹ Zeiher, J., Kuntz, B., Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring. 2 (2), 59-65. doi 10.17886/RKI-GBE-2017-030. www.rki.de

Evaluation - Qualität gemeinsam sichern und steigern

Bevor Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention durch Versicherte in Anspruch genommen werden können, muss für die Angebote im Rahmen eines **Zertifizierungsprozesses**¹ nachgewiesen werden, dass sie eine Reihe von Anforderungen erfüllen.

Durch den Gesetzgeber wurde dem GKV-Spitzenverband jedoch nicht nur der Auftrag gegeben, unter Einbeziehung der **Beratenden Kommission**² diese Anforderungen zur Zertifizierung der Kursmaßnahmen festzulegen. Ihm wurde auch die Aufgabe übertragen, verbindliche Kriterien zur wissenschaftlichen Evaluation und zur Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele zu entwickeln.

Diesem Auftrag kam der GKV-Spitzenverband nach und seit Mitte 2020 liegt ein umfassendes wissenschaftliches Evaluationskonzept einschließlich der Evaluationsmethoden und -instrumente vor. Dieses Evaluationskonzept bietet nun die Grundlage dafür, Kursmaßnahmen hinsichtlich ihrer Eignung, dauerhafte gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen zu bewirken, zu überprüfen. So ist auch im Routinebetrieb, nach erfolgreicher Zertifizierung, eine kontinuierliche Qualitätssicherung möglich. Anbieterinnen und Anbieter von Kursmaßnahmen müssen sich, gemäß **Leitfaden Prävention**³, im Rahmen der Zertifizierung bereit erklären, sich an Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Im nächsten Schritt wird das Evaluationskonzept umfassend erprobt. Mittels einer repräsentativen Stichprobe sollen dabei Fragestellungen aus einem ausgewählten Handlungsfeld näher beleuchtet werden. Die Ergebnisse dieser und kommender Evaluationen werden als Grundlage für einen Qualitätsdialog zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Beratenden Kommission und den Fach- und Anbieterverbänden im jeweiligen Handlungsfeld dienen.

1 Die Mehrzahl der Kassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) mit der Zertifizierung beauftragt.

2 Die Beratende Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung besteht seit dem Jahr 2000 und begleitet und unterstützt durch unabhängigen wissenschaftlichen Sachverstand.

3 GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kapitel 5). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI



Autorin und Autor:

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband



Seit 2016 setzen die Pflegekassen **Leistungen nach § 5 SGB XI**¹ zur Gesundheitsförderung und Prävention für Versicherte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen um. Grundlage für die Leistungsgewährung ist der **„Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“**², der die Präventionsziele, Handlungsfelder und Kriterien für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen festlegt. Der Leitfaden wurde erstmals 2016 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 und 2018 auf Grundlage neuer Erkenntnisse zur Evidenz gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen aktualisiert. Er bildet die Grundlage für die Messung der Zielerreichung und wird auch weiterhin in regelmäßigen Abständen aktualisiert, um neuen Erkenntnissen und Entwicklungen gerecht zu werden.

Die nachfolgend veröffentlichten Daten zeigen auf, dass seit 2018 - hier wurde erstmals über präventive Aktivitäten der Pflegekassen im Jahr 2017 berichtet - ein kontinuierlicher Leistungsanstieg und eine Erhöhung der Ausgaben zu verzeichnen ist. Im Vergleich zu den Vorjahren konnten sowohl mehr stationäre Pflegeeinrichtungen erreicht werden als auch in allen fünf Handlungsfeldern mehr Angebote für Pflegebedürftige in diesen Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Diese Entwicklung ist erfreulich.

Die Auswertung der von den Pflegekassen durchzuführenden Dokumentation der Leistungen macht aber auch deutlich, dass die Aktivitäten weiterhin ausbaufähig sind. Vorhandene Ressourcen müssen genutzt und für qualitativ gute und nachhaltig wirksame Konzepte eingesetzt werden. Das gesundheitliche Wohl der Pflegebedürftigen

und des Pflegepersonals - wie auch in der Konzentrierten Aktion Pflege vereinbart - muss hierbei der Maßstab aller Bemühungen sein. Um diesen Prozess zu unterstützen, führen die Pflegekassen auf Bundes- und Landesebene modellhaft Evaluationsprojekte durch, deren Ergebnisse in die Weiterentwicklung der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen fließen werden. Erste Zwischenergebnisse ausgewählter Projekte werden auch in diesem Präventionsbericht im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ vorgestellt.

Der GKV-Spitzenverband plant darüber hinaus in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine kassenübergreifende wissenschaftliche Evaluation der Leistungen. Hier sollen vorliegende Erkenntnisse und Erfahrungen der Umsetzung präventiver Angebote aus Sicht der Pflegekassen, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen aufgenommen werden und in die Weiterentwicklung des Leitfadens einfließen, dessen Anpassung für 2022 geplant ist.

¹ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) v. 17.07.2015, BGBl. I, S. 1368.
² GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. <http://www.gkv-spitzenverband.de>

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

Die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt durch die Pflegekassen in Form der Vorbereitung und der Umsetzung **gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen**¹. Die von den Pflegekassen erbrachten Leistungen werden nachfolgend dargestellt.

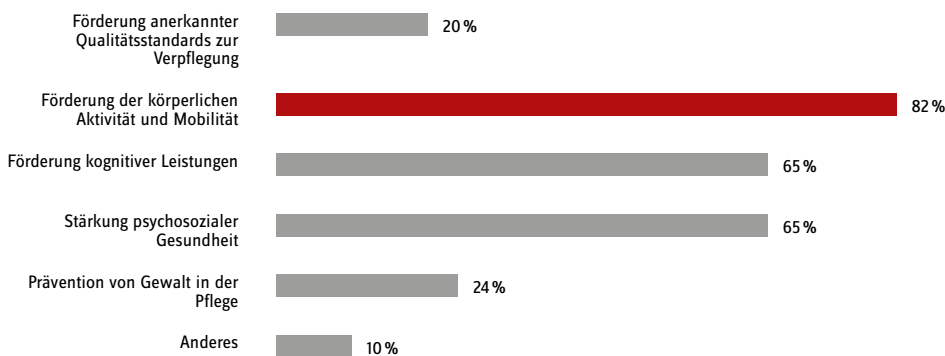
In der Vorbereitungsphase wird der Kontakt zwischen Pflegekassen und Einrichtungen hergestellt und ein Austausch zwischen den Pflegekassen und den verantwortlichen Akteuren in der Pflegeeinrichtung ermöglicht. Der Austausch dient dazu, die in der Pflegeeinrichtung verantwortlichen Personen medial und/oder persönlich zu informieren und für das Thema zu sensibilisieren. Ziel ist es,

die Pflegeeinrichtungen zu einer Zusammenarbeit zu motivieren. Ebenso können Pflegeeinrichtungen Kontakt zu Pflegekassen aufnehmen und so den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess selbst initiieren.

Mit der Entscheidung einer Pflegeeinrichtung für den Eintritt in den Gesundheitsförderungsprozess wird die Vorbereitungsphase abgeschlossen. Idealerweise verfügen sowohl die Pflegekassen als auch die Pflegeeinrichtungen schon zu diesem Zeitpunkt über gemeinsame Vorstellungen zu den Zielen und den gesundheitsfördernden bzw. präventiven Angeboten. Nach anschließender Klärung der zukünftigen Auftrags- und Zielsetzung findet der Wechsel in die Umsetzungsphase statt.

¹ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege“), S. 7. Berlin. <http://www.gkv-spitzenverband.de>

Abb. 41: Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern (Mehrfachnennungen möglich)



Leistungen in der Vorbereitungsphase

Die Pflegekassen haben den Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern Anregungen und Konzepte vermittelt. Dies geschah am häufigsten im Bereich Förderung der körperlichen Aktivität (82 %), gefolgt von den Bereichen Förderung kognitiver Leistungen und Stärkung psychosozialer Gesundheit (beide 65 %). Weiter erfolgte dies in den Bereichen Prävention von Gewalt in der Pflege (24 %), Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung (20 %) und Andere (10 %). In den Bereichen Förderung der körperlichen Aktivität, Stärkung psychosozialer Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege zeigte sich ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr.

Im Dezember 2017 gab es in Deutschland **14.480 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen**¹.

Die Pflegekassen haben im Berichtsjahr 2019 in 3.078 Fällen Pflegeeinrichtungen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. Im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr mit 2.945 Fällen handelt es sich um eine leichte Steigerung.

Im Berichtsjahr 2019 trafen die Einrichtungen in 971 Fällen den Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese Entscheidung in mehr als doppelt so vielen Einrichtungen gefällt.

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation

Zu Beginn der Umsetzung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention analysieren die Pflegekassen gemeinsam mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen die jeweils vorliegenden Bedürfnisse, Ressourcen und Strukturen der stationären Pflegeeinrichtungen. Eine wesentliche Grundlage stellt hierfür die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen dar. Auf dieser Grundlage wird von den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen gemeinschaftlich ein Maßnahmenplan entwickelt und im Anschluss an die Umsetzung evaluiert.

Die Aktivitäten der Umsetzungsphase werden im Folgenden dargestellt und durch Informationen zu ausgewählten strukturellen Faktoren, z. B. zur Laufzeit der Aktivitäten, zu beteiligten Akteuren und erreichten Personen, zur Größe der Einrichtung sowie zum Erreichen der Präventionsziele ergänzt.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Im Berichtsjahr 2019 erbrachten die Pflegekassen Leistungen in 2.023 Pflegeeinrichtungen. Hierbei handelt es sich im Vergleich zum Vorjahr mit 1.281 **dokumentierten Maßnahmen**² um eine deutliche Steigerung. Demnach befanden sich im aktuellen Berichtsjahr 14 % aller 14.480 Pflegeeinrichtungen in Deutschland in der Umsetzungsphase und erbrachten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im vergangenen Jahr waren es etwa 9 % der stationären Pflegeeinrichtungen.

¹ Statistisches Bundesamt (2020). Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. <http://www.destatis.de>

² s. „Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, S. 140

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Der Leitfaden für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert fünf Handlungsfelder für die Pflegekassen. Maßnahmen können die Bereiche Ernährung, körperliche Aktivität,

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

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Ernährung

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

Körperliche Aktivität

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

Stärkung kognitiver Ressourcen

In Anbetracht des hohen Anteils an Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen sind die Stärkung und der Erhalt der kognitiven Ressourcen von hoher Relevanz. Die Präventionsangebote sollen dabei über reines Gedächtnistraining hinausgehen.

Psychosoziale Gesundheit

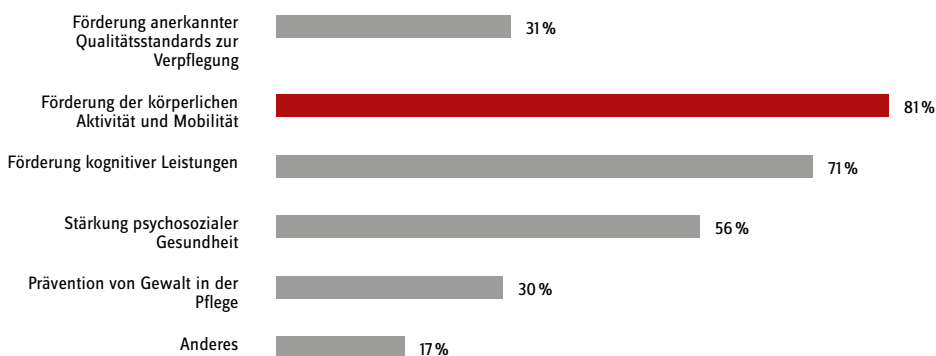
Die Erhaltung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege ist eine besondere Herausforderung. Die psychosoziale Gesundheit kann beispielsweise durch die Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozialen Aktivitäten gestärkt werden, wenn entsprechende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

Prävention von Gewalt in der Pflege

Die **WHO**¹ (2002) definiert Gewalt in der Pflege als einmalige und wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den betroffenen Personen zu Schaden und Leid führen. Gewalt führt bei Pflegebedürftigen zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen oder zu finanziellem Schaden und bedeutet immer einen wesentlichen Eingriff in die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen. Um Gewaltereignissen in Pflegebeziehungen vorzubeugen sowie diese frühzeitig zu erkennen und daraus resultierende gesundheitliche Folgen für Pflegebedürftige zu vermeiden, sollen Konzepte zur gewaltfreien Pflege entwickelt und umgesetzt werden.

¹ World Health Organization (WHO). (2002). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Genf.

Abb. 42: Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben (Mehrfachnennungen möglich)



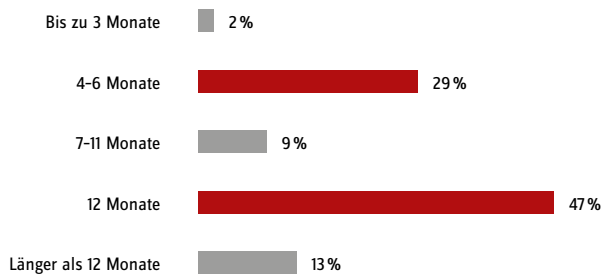
Auf Grundlage der zuvor durchgeführten Analyse werden von den Pflegekassen und Einrichtungen gemeinsam geeignete Präventions-/Gesundheitsförderungskonzepte ausgewählt und im Bedarfsfall an die jeweiligen Besonderheiten der Pflegeeinrichtung angepasst.

Im Berichtsjahr 2019 haben die Pflegeeinrichtungen Leistungen in allen fünf Handlungsfeldern umgesetzt. Ein Großteil der Einrichtungen agierte in mehreren Handlungsfeldern, weshalb Mehrfachnennungen möglich waren. Wie im Jahr zuvor lag das Hauptaugenmerk der Einrichtungen (81 %) auf Konzepten zur Steigerung der körperlichen Aktivität.

Darauf folgten mit 71 % Konzepte zum Handlungsfeld Förderung kognitiver Leistungen sowie mit 56 % Konzepte zum Handlungsfeld Stärkung der psychosozialen Gesundheit. Ein Teil der Einrichtungen setzte Konzepte zur Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung (31 %) und Konzepte zur Prävention von Gewalt in der Pflege (30 %) um. Darüber hinaus wurden in 17 % der Einrichtungen weitere Themen der Gesundheitsförderung, die nicht explizit als Handlungsfeld im Leitfaden aufgeführt sind, umgesetzt. Erkenntnisse aus begleitenden Evaluationen sollen in die Weiterentwicklung des Leitfadens einfließen.

Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 43: Laufzeit der Aktivitäten

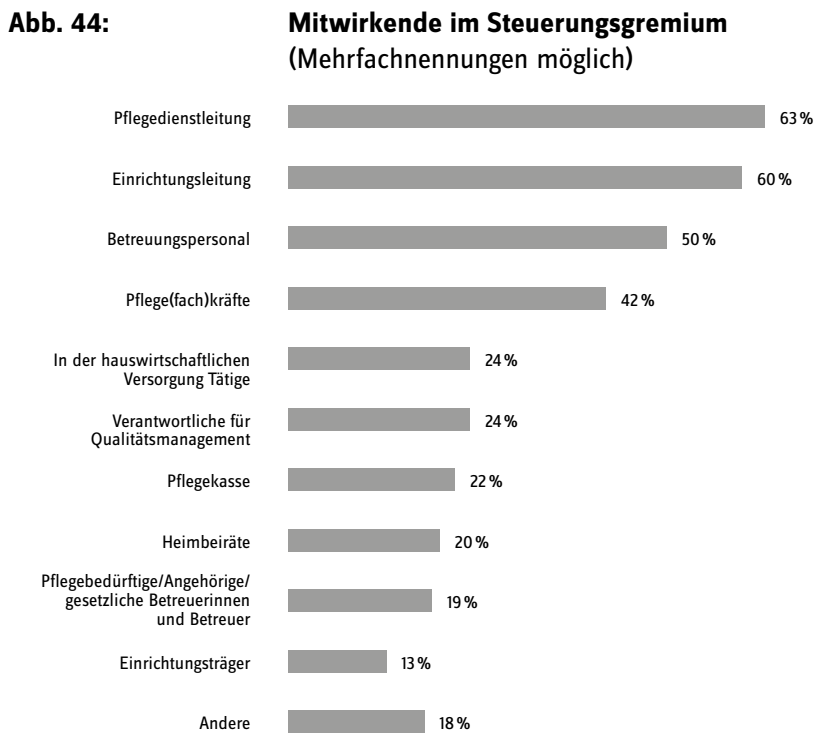


Das Unterstützungsangebot der Pflegekasse in Bezug auf die Förderung von Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention ist auf Nachhaltigkeit und Verstetigung in der Einrichtung ausgelegt, jedoch zeitlich und finanziell begrenzt. Geförderte Projekte laufen also ggf. über mehrere Jahre in den Pflegeeinrichtungen insbesondere dann, wenn sie mit einer umfassenden Evaluation verbunden sind.

Im Berichtsjahr 2019 schlossen die Pflegekassen 56 % der geförderten Projekte ab. In 44 % der geförderten Projekte wurden die Aktivitäten über das Berichtsjahr hinaus weitergeführt.

Etwa die Hälfte der abgeschlossenen Projekte (47%) hatte eine Laufzeit von zwölf Monaten. 29% der Projekte hatten eine Laufzeit von vier bis sechs Monaten und 9 % eine Laufzeit von sieben bis elf Monaten. Weniger als drei Monate liefen 2% und länger als zwölf Monate 13% der Projekte.

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

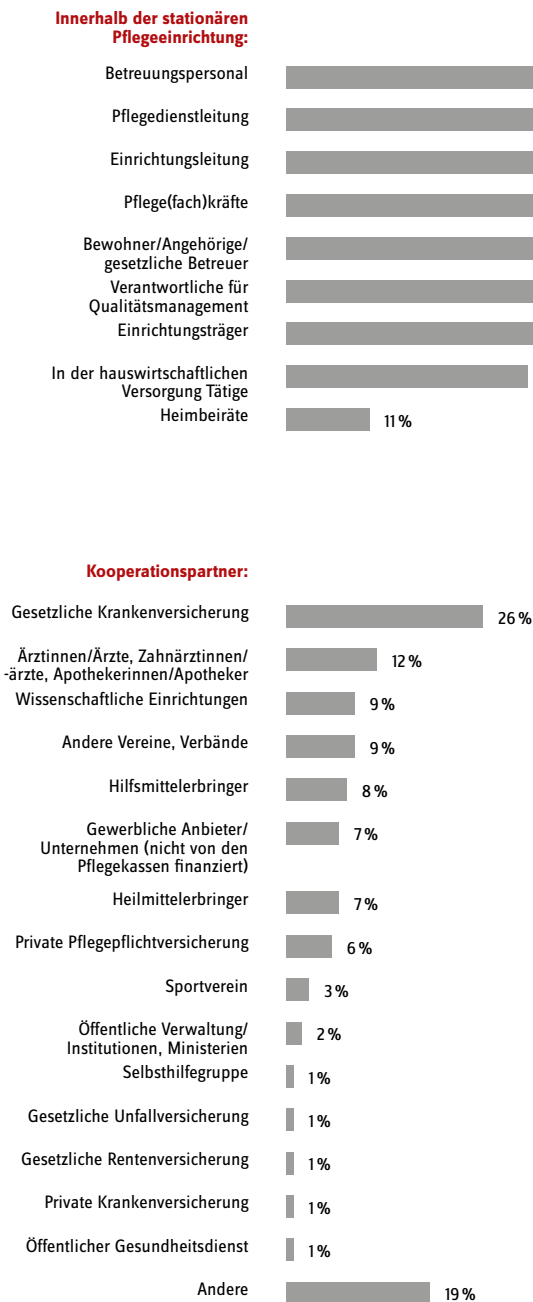


Die Etablierung eines Steuerungsgremiums in den Pflegeeinrichtungen stellt eine optimale Voraussetzung für einen nachhaltigen Strukturaufbau und damit für den Organisationsentwicklungsprozess in der stationären Pflegeeinrichtung dar. Bei der Einrichtung eines Steuerungsgremiums empfiehlt es sich, bereits vorhandene Strukturen als Grundlage für die Implementierung zu nutzen. Dies können bereits bestehende Gremien, Heimbeiräte oder ein vorhandenes Qualitätsmanagement sein. Im Steuerungsgremium nimmt die Einrichtungsleitung

eine wichtige Rolle ein, da sie für die nachhaltige Umsetzung der Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsmaßnahmen sowie für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen letztverantwortlich Sorge tragen muss. Erstrebenswert ist weiterhin die Beteiligung der Pflegedienstleitungen und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Ebenfalls sind Pflege- und Betreuungskräfte sowie Pflegebedürftige und – nach Möglichkeit – deren Angehörige aktiv einzubinden. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr (6 %) mit 19 % besser gelungen.

Beteiligte Akteure

Abb. 45: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Neben den Pflegekassen können weitere Akteure finanzielle und personelle Ressourcen oder Sachmittel zur Umsetzung der präventiven Aktivitäten in den Handlungsfeldern einbringen. Dabei kann zwischen den Akteuren innerhalb der jeweiligen Pflegeeinrichtung (z. B. Einrichtungs- und Pflegedienstleitung) sowie externen Kooperationspartnern (z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Vereine und Verbände) unterschieden werden.

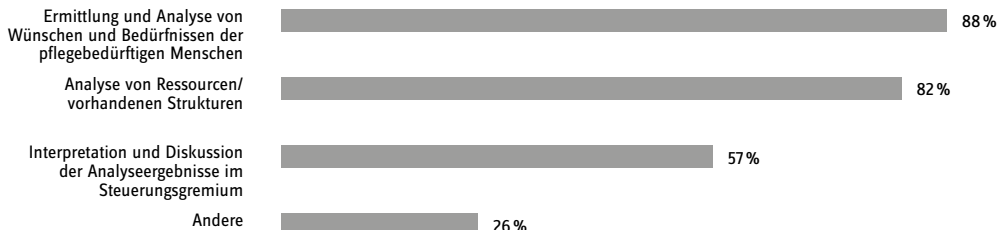
Im Berichtsjahr 2019 brachten von den internen Akteuren das Betreuungspersonal und die Pflegedienstleitung mit jeweils über 80 % am häufigsten Ressourcen ein. Die Einrichtungsleitung und die Pflege(fach)kräfte beteiligten sich zu jeweils über 70 % in den Einrichtungen an der Umsetzung der Präventionsaktivitäten. Es konnte eine starke Steigerung für alle internen Akteure mit Ressourceneinsatz im Vergleich zum Vorjahr beobachtet werden.

Unter den Kooperationspartnern brachten im Berichtsjahr 2019 mit 26 % die gesetzlichen Krankenversicherungen am häufigsten Ressourcen ein. Im Vergleich zu 9 % im Vorjahr handelt es sich um eine beachtenswerte Steigerung. Darüber hinaus wurde von ärztlicher, zahnärztlicher Seite und von Seiten der Apotheken (12 %), von wissenschaftlichen Einrichtungen (9 %), von Vereinen und Verbänden (9 %), von Heil- (7 %) und Hilfsmittelerbringern (8 %), von gewerblichen Anbietern und Unternehmen (7 %) und privaten Pflegeversicherern (6 %), die nicht von der Pflegekasse finanziert wurden, Ressourcen eingebracht. Weitere Kooperationspartner waren Akteure aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der privaten Krankenversicherung, dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder dem Bereich der öffentlichen Verwaltung und Ministerien. Im Vergleich zum Vorjahr konnte der Anteil an Kooperationspartnern stark gesteigert werden.

Ablauf der Umsetzungsphase

Abb. 46:

Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



In der Umsetzungsphase gliedert sich der Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess in die folgenden Schritte:

- Analyse
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung
- Evaluation

Analyse von Bedarfen und Bedürfnissen

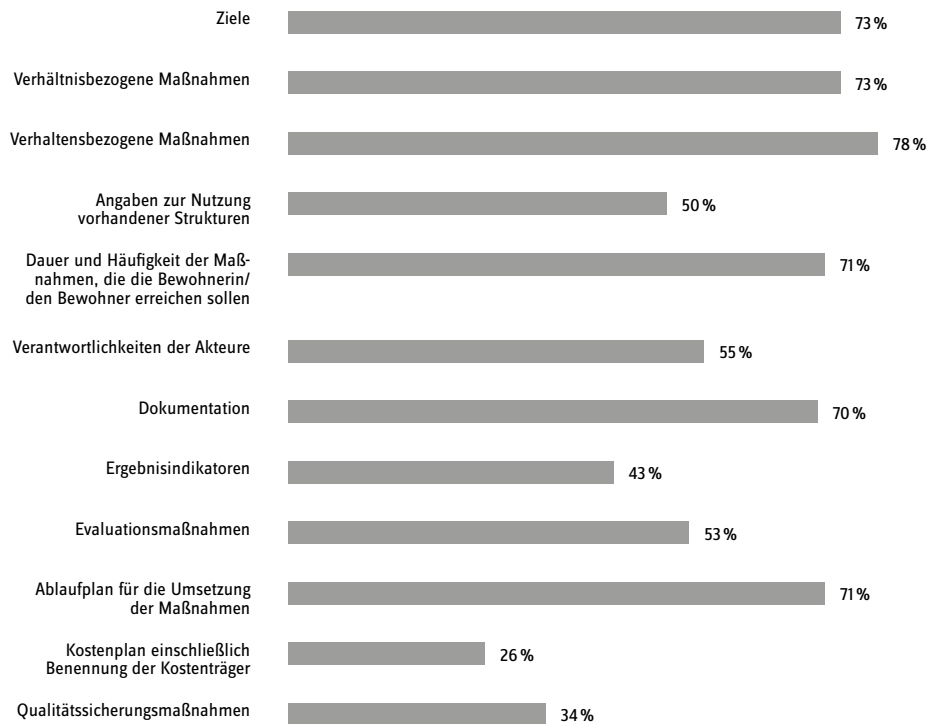
Die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sind heterogen und stehen auch mit der Art der Einrichtung in einem Zusammenhang. Um passende Handlungsfelder zu ermitteln, werden die Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen sowie die strukturellen Voraussetzungen der Pflegeeinrichtungen analysiert. Diese Erkenntnisse dienen als Grundlage zur Maßnahmenplanung und Umsetzung.

Im Berichtsjahr 2019 führten die Pflegekassen in 1.285 (64 %) der 2023 erreichten Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. Da im Vergleich zum Vorjahr (65 %) keine prozentuale Steigerung erreicht werden konnte, ist der Ausbau dieser Maßnahmen weiterhin wünschenswert.

Am häufigsten wurden Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen (88 %) analysiert. Die Ermittlung der Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen konnte von 75 % im Vorjahr auf 82 % gesteigert werden. Im Vergleich zum Vorjahr (9 %) wurden in diesem Jahr vermehrt auch andere Aspekte (26 %) analysiert. Diese Ergebnisse wurden zum gleichen prozentualen Anteil (57 %) wie im Vorjahr in den Steuerungsgremien diskutiert und interpretiert.

Maßnahmenplanung

Abb. 47: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



Die Maßnahmenplanung basiert in der jeweiligen Pflegeeinrichtung auf den Erkenntnissen der bereits durchgeführten Analyse und richtet sich nach der jeweiligen Zielsetzung, der Dringlichkeit sowie den vorhandenen Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen der beteiligten Pflegeeinrichtung. Der Maßnahmenplan sollte mit seinen konkreten Aktivitäten sowohl auf das gesundheitsfördernde Verhalten als auch auf die Weiterentwicklung verhältnisbezogener Interventionen abzielen. Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sind hierbei zu berücksichtigen. Der Maßnahmenplan enthält Interventionen und Interventionsmöglichkeiten, Angaben zu Zielen, benennt beteiligte Akteure wie Kooperationspartner, Routinen für die Dokumentation, den Zeitplan, Bewertungsmaßstäbe von Interventionen

und Meilensteine. Letztere sind speziell bei der Kontrolle von Verlauf und Erfolg geplanter Vorhaben von Bedeutung.

Im Berichtsjahr 2019 wurde in 2021 Pflegeeinrichtungen ein solcher Maßnahmenplan erarbeitet. Ein hoher Anteil von über 70 % der entwickelten Maßnahmenpläne enthielt Angaben zu verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen, Angaben zu Dauer und Häufigkeit der Interventionen sowie einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen.

Umsetzung

Abb. 48: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen

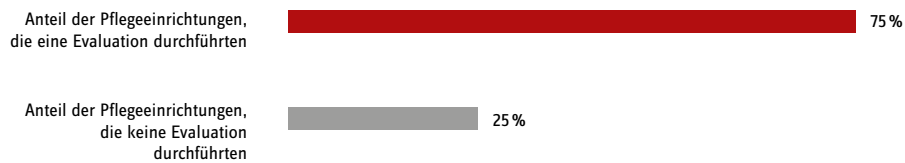


Durch Rundungsdifferenzen lassen sich die Prozentangaben in der Grafik nur auf 101% addieren.

Im Berichtsjahr 2019 haben 1.853 (92%) Pflegeeinrichtungen - unterstützt durch die Pflegekassen - verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen umgesetzt. Davon waren 91% der Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert.

Evaluation

Abb. 49: Durchgeführte Evaluationen

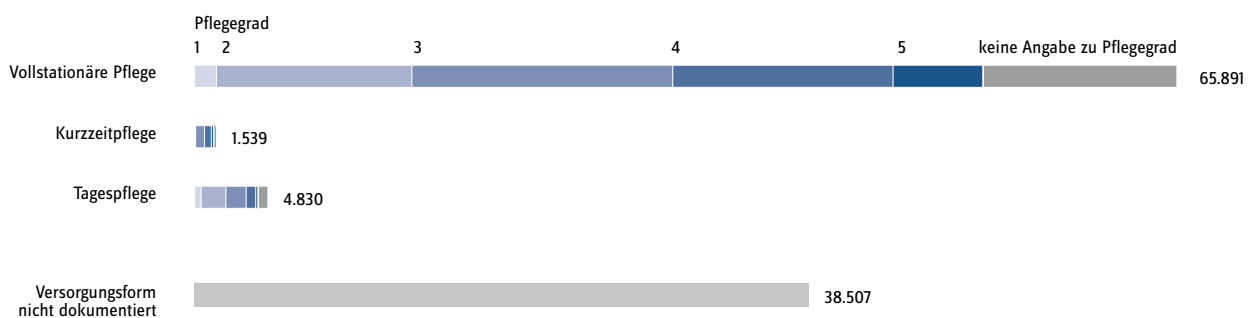


Der Evaluationsprozess sollte mindestens den Grad der Umsetzung der Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen umfassen. Im Berichtsjahr führten 75 % der Einrichtungen eine Evaluation der Maßnahmen durch. Dieser hohe Anteil ist erfreulich, da evaluierte Projekte einen höheren Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Zielerreichung, also beispielsweise die erwünschte Beteiligung der Pflegebedürftigen, erwarten lassen.

Ein Anstieg des Anteils evaluierter Projekte ist wünschenswert, da dies dazu führt, dass zukünftig auch vermehrt Erkenntnisse zur Beteiligung der Zielgruppen sowie zur erwünschten Wirkung der Maßnahmen gewonnen werden können.

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 50: Erreichte Pflegebedürftige



Im Berichtsjahr 2019 wurden insgesamt 110.767 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr (55.369 Pflegebedürftige) handelt es sich hierbei um einen ca. hundertprozentigen Anstieg. Es wurden ungefähr 13 % der 818.300 stationär versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland erreicht.

Von den Pflegebedürftigen, die von den Pflegekassen geförderte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erhielten, nahmen 65.891 (97 %) die vollstationäre Pflege, 4.830 (7 %) die Tagespflege und 1.539 (2 %) die Kurzzeitpflege in Anspruch. In 38.507 Fällen wurde keine Angabe zur Versorgungsform getätigt.

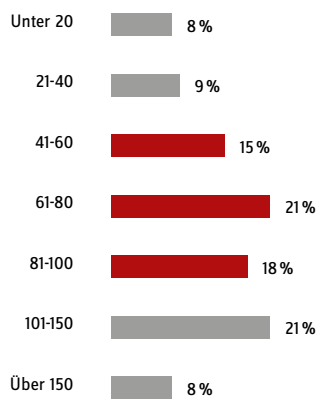
Unter den **erreichten Pflegebedürftigen¹** war der Pflegegrad in 58.445 Fällen bekannt und verteilte sich mehrheitlich auf die Pflegegrade 2 bis 4. Bei einer erheblichen Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen konnte keine Angabe zur Versorgungsform dokumentiert werden.

Neben den Pflegebedürftigen wurden darüber hinaus 61.495 weitere Personen in Präventionsmaßnahmen eingebunden. Darunter waren 47.506 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen sowie 13.989 weitere Personen, z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

¹ Siehe Tabellenband (7.2.7 Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen)

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 51: **Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**
Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner



Im Berichtsjahr 2019 besaß ein Großteil (53 %) der von den Pflegekassen bei präventiven Aktivitäten unterstützten Einrichtungen eine mittlere Größe. Diese Einrichtungen versorgen zwischen 41 und 100 Pflegebedürftige.

Des Weiteren versorgen 17% der Pflegeeinrichtungen weniger als 40 Pflegebedürftige und 29 % der Einrichtungen mehr als 100 Pflegebedürftige.

In 61% der Einrichtungen wurde die vollstationäre Langzeitpflege, in 28 % die vollstationäre Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen und in 11 % Tagespflege von den Versicherten in Anspruch genommen.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele wurden durch die Pflegekassen mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und sind ein wichtiges Instrument zur Etablierung einer nachhaltigen Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen (s. **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Kap. 6¹⁾**).

Als sog. Oberziel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wurde die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen festgelegt. Zur Erreichung dieses Ziels

soll gemäß dem Teilziel 1 ein Steuerungsgremium eingesetzt werden, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention befasst.

Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die einzelnen Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Ziel aller Maßnahmen der Pflegekassen im Bereich der Prävention ist es, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen des Konzepts in den jeweiligen Handlungsfeldern umsetzen, zu erhöhen.

¹ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 6 „Präventionsziele in der stationären Pflege“). Berlin. <http://www.gkv-spitzenverband.de>

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

Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

Abb. 52: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium

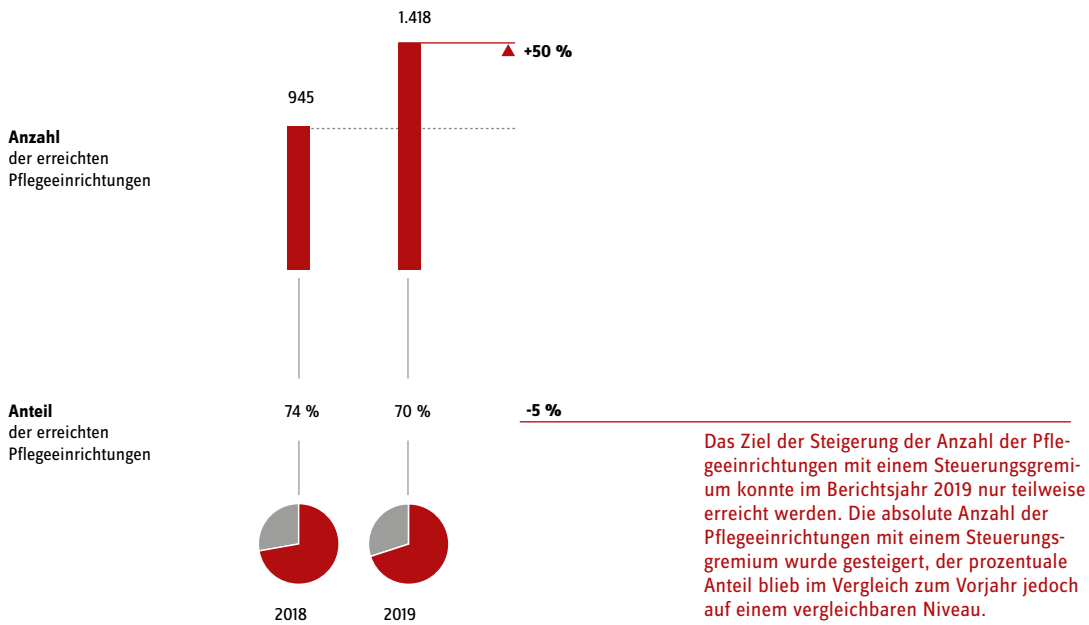
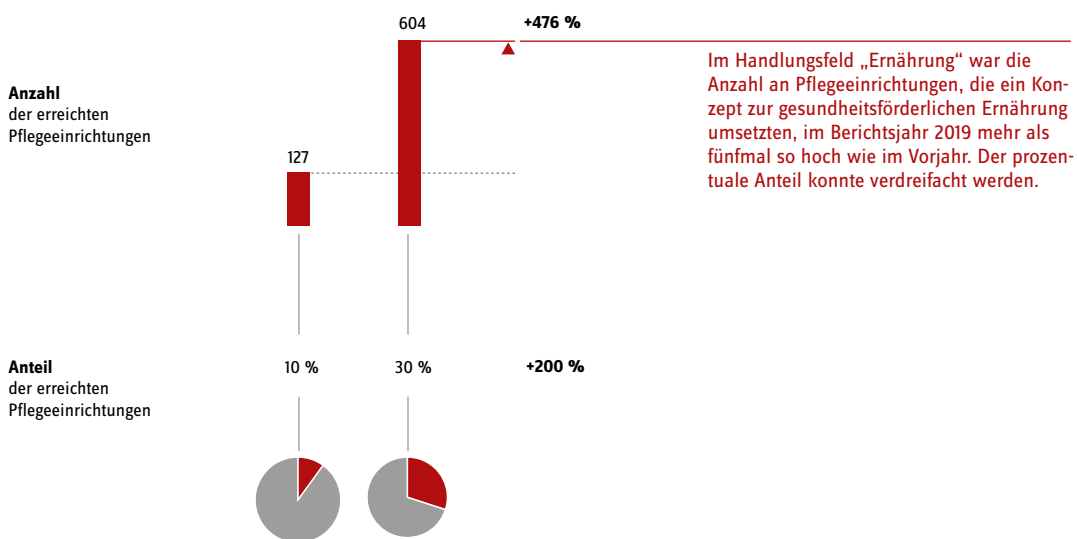


Abb. 53: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten



Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die Umsetzung von Maßnahmen in den fünf Handlungsfeldern. Bei allen Teilzielen konnte eine bedeutende Steigerung im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet werden. In allen Handlungsfeldern erhöhten sich im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl und der Anteil an Einrichtungen, die ein Konzept zu dem jeweiligen Handlungsfeld umgesetzt haben.

Abb. 54: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität

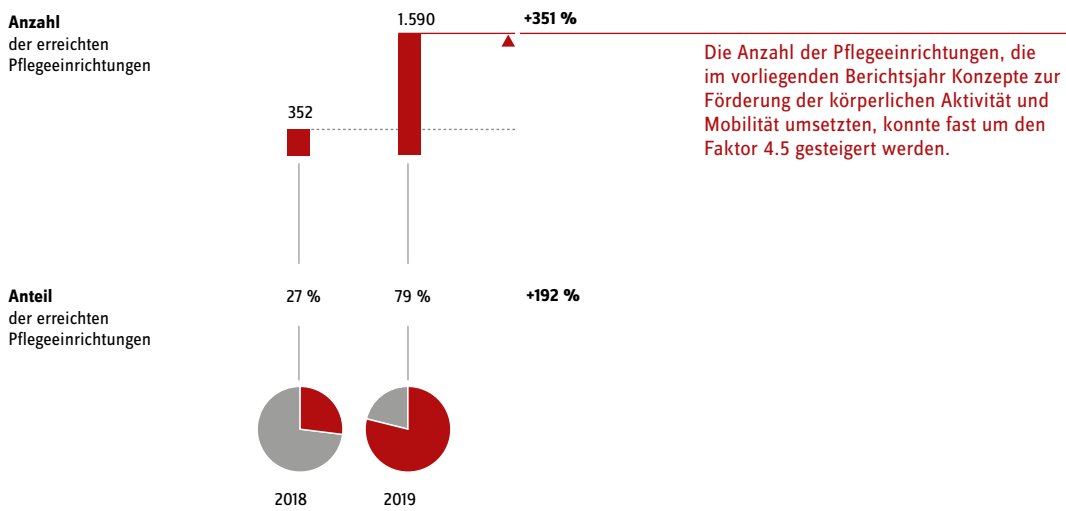


Abb. 55: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen

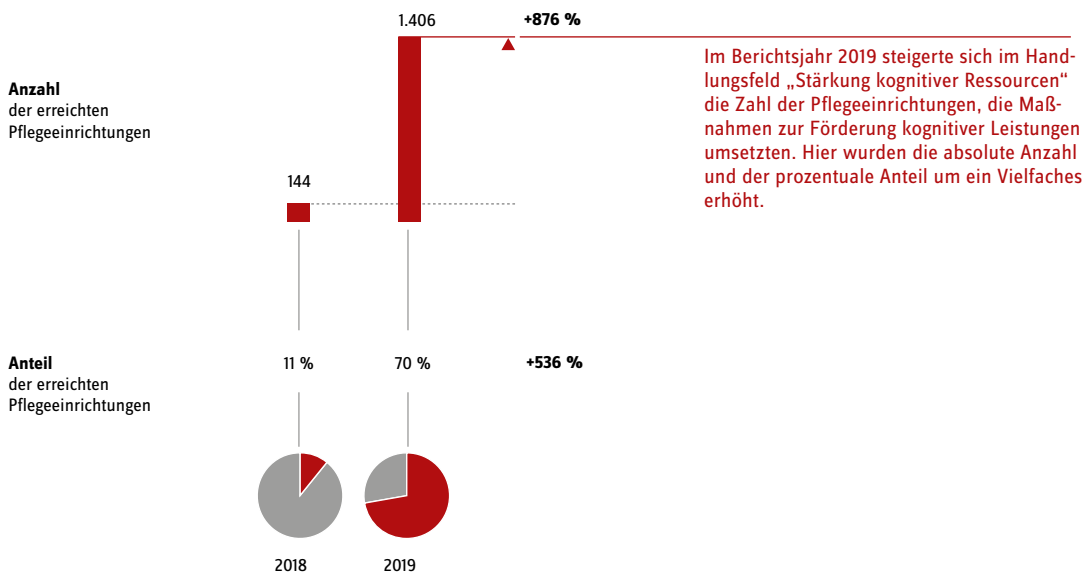


Abb. 56: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit

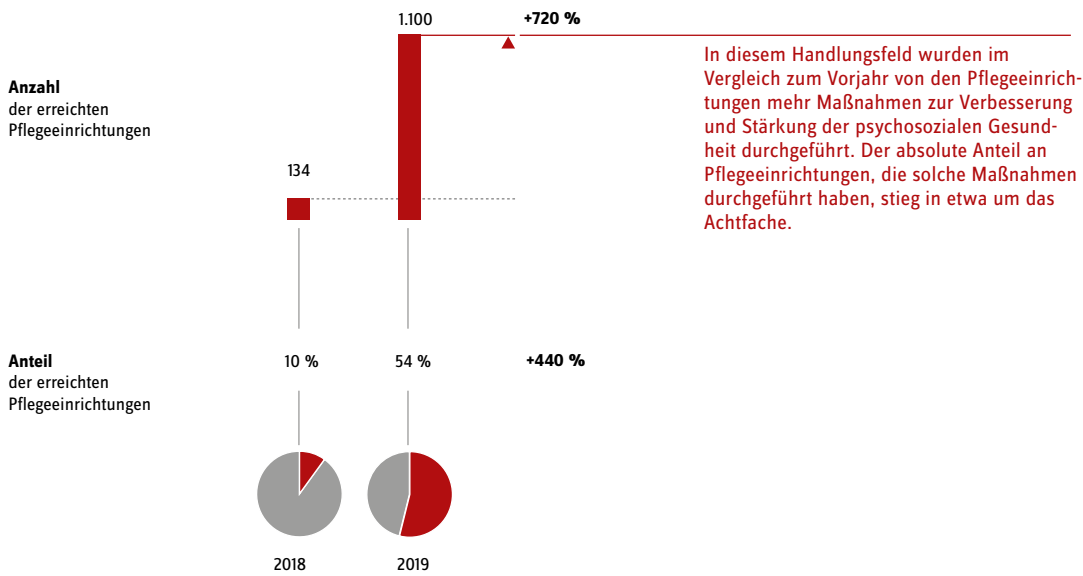
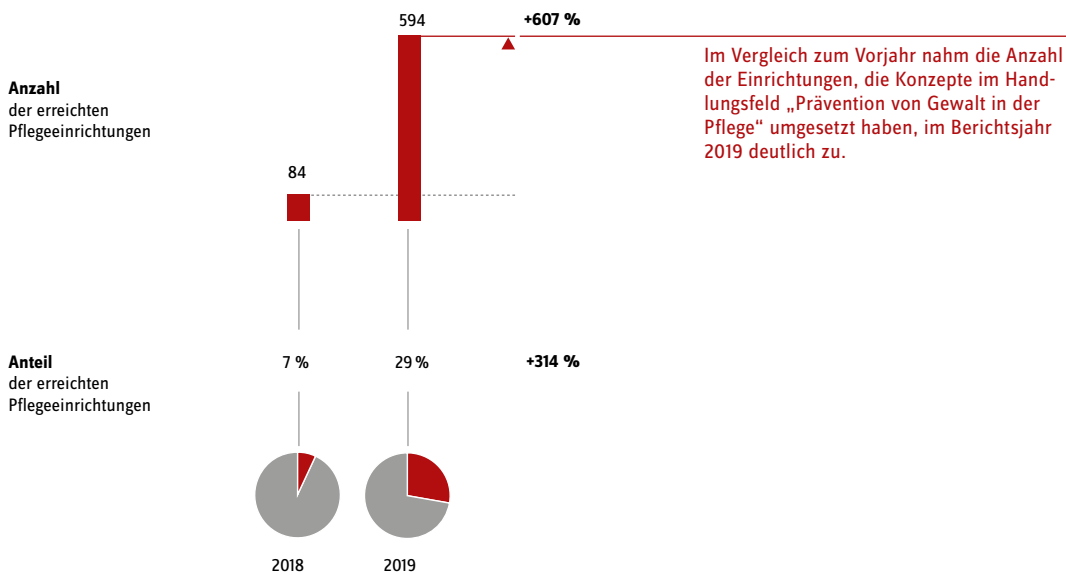


Abb. 57: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt



Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Eine gute und verlässliche Pflege kranker und pflegebedürftiger Menschen ist von zentraler Bedeutung für die Gesellschaft und jeden Einzelnen. Bereits vor der diesjährigen Pandemie haben sich die Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, Ausbildungsträger, Kirchen, Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit und die Sozialpartner zusammen mit den politisch Verantwortlichen des Bundes und der Länder in der **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**¹ auf ein breites Spektrum von Maßnahmen verpflichtet, um den Arbeitsalltag in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

In den verschiedenen Arbeitsgruppen der KAP konsentierten die Mitglieder Absichtserklärungen bzw. Zielrichtungen, die sie in Form konkreter Maßnahmen oder im Rahmen bestimmter Aufgaben umsetzen bzw. fördern wollen. Dazu gehört u. a. auch eine Weiterentwicklung der BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Als einen Beitrag hierzu haben die Träger der NPK eine Übersicht über ihre Leistungen zum Arbeitsschutz, zur BGF und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser erarbeitet und auf der **NPK-Homepage**² bereitgestellt.

Damit diese Leistungen verstärkt genutzt werden, informieren die Verbände der Pflegeeinrichtungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Pflegekammern, der Deutsche Pflegerat und ver.di ihre Mitglieder über das Leistungsspektrum und werben für die Inanspruchnahme der Beratungs- und Informationsangebote.

Der GKV-Spitzenverband hat sich in der Arbeitsgruppe 2 der KAP „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ verpflichtet, in einem Sonderteil seines jährlich mit dem MDS herausgegebenen Präventionsberichts für zunächst fünf Jahre über die BGF für beruflich Pflegende zu berichten. Dies erfolgt erstmalig auf den folgenden Seiten.

Neben vielen Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung, der Entlohnung, der Dienstplangestaltung und der Ausbildung sehen die Vereinbarungen der Konzertierten Aktion auch eine deutliche Ausweitung von BGF-Maßnahmen für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vor, die die Krankenkassen gemeinsam mit den jeweiligen Trägern umsetzen. Denn die Bedingungen am Arbeitsplatz, die gesundheitsförderliche Führung und das gesundheitskompetente Verhalten der Beschäftigten haben einen erheblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der beruflich Pflegenden. Ein sicheres und gesundheitsförderlich gestaltetes Arbeitsumfeld trägt dazu bei, die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu fördern, zu erhalten und zugleich Anreize für einen Quer- und Wiedereinstieg in die Pflege sowie zur Aufstockung von Teilzeittätigkeit zu schaffen. Zusätzlich zu der quantitativen Übersicht (S. 117) und der Darstellung des spezifischen Beratungsangebots der BGF-Koordinierungsstellen (S. 109) sollen die folgenden Beispiele das thematisch breit gefächerte Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern verdeutlichen.

1 www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html

2 www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege

Anhand eines Steckbriefes können sich die Lesenden jeweils einen Kurzüberblick zum Projekt verschaffen:

- Welcher Zielbereich bzw. welche Zielbereiche der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) der nationalen Präventionsstrategie werden adressiert?
- Welchen Handlungsfeldern des GKV-Leitfadens Prävention und/oder des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind die umgesetzten Maßnahmen zugeordnet?
- Welche Zielgruppen – Mitarbeitende, Pflegebedürftige – werden adressiert?
- Handelt es sich um ein bundesweites, landesbezogenes oder regionales Projekt (Wirkungskreis)?
- Wie ist die Projektlaufzeit?
- Welche Kranken- und/oder Pflegekasse(n) ist/sind beteiligt?
- Gibt es weitere Kooperationspartner (außer den beteiligten Einrichtungen)?

Außerdem wird das jeweilige Projekt kurz hinsichtlich Prozess, Inhalten und Ergebnissen skizziert.

Die nachstehenden Beispiele verdeutlichen, dass das Engagement in den Einrichtungen der Pflege häufig nicht nur – teilweise in Kooperation mit der zuständigen Berufsgenossenschaft – die Zielgruppe der Beschäftigten in den Fokus nimmt, sondern zunehmend eine Verzahnung von BGF gemäß § 20b SGB V mit Gesundheitsförderung und Prävention für die Menschen in der (teil-)stationären Pflege gemäß § 5 SGB XI stattfindet. Denn in einer gelingenden Interaktion von beruflich Pflegenden mit den zu pflegenden Personen auf Basis von Sensibilität und Wertschätzung liegt ein erhebliches Gesundheitsförderungspotenzial für alle Beteiligten einschließlich der Gewaltprävention.

Und nicht zuletzt: Überbetriebliche Vernetzung erscheint in der häufig kleinbetrieblich organisierten Pflegebranche als ein geeignetes Mittel zur Verbreitung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Gesundheitsförderung und Prävention in die Pflegepraxis.

Zielbereich entsprechend Bundesrahmenempfehlungen (BRE)

z. B. Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter

Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden

z. B. Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (GKV-Leitfaden Prävention), Psychosoziale Gesundheit (SPV-Leitfaden Prävention)

Zielgruppen

Wirkungskreis

Projektlaufzeit

Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen

BGF-Koordinierungsstellen unterstützen aktiv die Pflege mit Beratungsangebot zur BGF

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden in § 20b Abs. 3 SGB V insbesondere die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen explizit als Adressaten genannt. Insofern sollen diese ab 2019 fokussiert in die Erstberatungen durch die **BGF-Koordinierungsstellen¹** (BGF-KS) einbezogen werden. Damit bettet sich diese Regelung in die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Zielrichtung ein, bessere Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte zu schaffen.

Umsetzung des PpSG - Konzertierte Aktion Pflege (KAP)

Anfang Juni 2019 wurden von Bund, Ländern und den relevanten Akteuren in der Pflege die Ergebnisse der **KAP²** vorgestellt. Die BGF-KS sowie die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollen danach Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur BGF anbieten bzw. in Anspruch nehmen. Leitungs- und Führungskräfte sollen befähigt werden, BGF als Leitungs- und Führungsaufgabe zu verstehen. Besonders die Akteure der Pflegebranche sollen ihre Mitglieder bis Ende 2020 über Möglichkeiten der BGF und Prävention für Beschäftigte und über die BGF-KS informieren.

BGF-Koordinierungsstellen füllen Ergebnisse der KAP mit Leben

Im Mai 2019 hatte das Steuerungsgremium der BGF-KS auf Bundesebene zu einem ersten „Runden Tisch Pflege“ mit Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden der Pflegeeinrichtungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eingeladen. Gemeinsam wurden Vereinbarungen getroffen, die auf das Bekanntmachen des Informations- und Beratungsportals und den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der regionalen BGF-KS mit den Pflegeverbänden und Krankenhausgesellschaften in den Bundesländern gerichtet sind. So fanden bereits im Juni 2019 z. B. in München, Berlin und Potsdam gemeinsame Informationsveranstaltungen mit den landesbezoge-

nen Verbänden und Institutionen der Pflegebranche und den regionalen BGF-KS statt, auch unter Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der Landespolitik. Weiterhin wurden von den BGF-KS Aktivitäten eingeleitet, um die o. g. Kooperationsvereinbarungen auf den Weg zu bringen, welche die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren bis spätestens Ende 2020 auf Landesebene regeln sollen.

BGF ist kein Selbstläufer

Im Februar 2019 veröffentlichte Ergebnisse einer **Evaluation der BGF-KS³** zeigen, dass weitere Anstrengungen und Aktivitäten der BGF-KS und der Unternehmensorganisationen erforderlich sind, um den Bekanntheitsgrad der BGF-KS zu erhöhen. Ebenso wurde und wird das Informations- und Beratungsportal einer Neubetrachtung unterzogen, um die Handhabung noch anwendungsfreundlicher zu gestalten. Die Transparenz aller Aktivitäten der regionalen BGF-KS wird über regelmäßige Ländermonitorings hergestellt. Dies schafft Möglichkeiten der Steuerung bzw. Koordination von Aktivitäten und der Kommunikation gegenüber Dritten.



Autor:

Andreas Busch,
KNAPPSCHAFT

im Namen der
Kooperationsgemeinschaft
BGF-Koordinierungsstellen
auf Bundesebene

1 www.bgf-koordinierungsstelle.de

2 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

3 www.bgf-koordinierungsstelle.de › uploads › 2019/07

Gemeinsam vernetzt für mehr Gesundheit - Gemeinschaftliche Umsetzung von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Kern des Projektes ist ein ganzheitlicher Ansatz, der gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und gesundheitsgerechte Verhaltensänderungen der Mitarbeitenden zusammenführen soll (Verhältnis- und Verhaltensprävention). Hierzu werden passende BGF-Angebote zu gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und zum gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil in die jeweilige Struktur der Klinik eingebunden. Auf einen am 9. November 2016 gleichzeitig in allen 17 Krankenhäusern der Marienhaus Unternehmensgruppe in Rheinland-Pfalz und im Saarland veranstalteten Gesundheitstag, bei dem Führungskräfte und Mitarbeitende für das Projekt gewonnen wurden, folgte eine zweijährige Implementierungsphase eines unternehmensweiten BGM als Teil der Unternehmenskultur der Marienhaus Kliniken GmbH.

Das BGM wird für alle 17 Krankenhäuser von einem strategischen Lenkungskreis, bestehend aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung der Unternehmensgruppe sowie Vertretungen der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft koordiniert. In jeder Klinik gibt es einen operativen Steuerkreis, in dem die Pflichtmitglieder, je eine Person aus dem Direktorium und der Mitarbeitervertretung, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Betriebsärztin bzw. der Betriebsarzt sowie die Projektleitung zusammenarbeiten. Die BGW hat in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Arbeit und Gesundheit des Unternehmens Mitarbeitende der Kliniken zu betrieblichen BGM-Koordinatorinnen bzw. -Koordinatoren qualifiziert, damit diese den Aufbau des Gesundheitsmanagements im Krankenhaus begleiten, eigene Projekte durchführen und eine nachhaltige Integration des BGM in die betrieblichen Abläufe und Strukturen vorantreiben können.

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Führungskräfte und Mitarbeitende in 17 Krankenhäusern |
| Wirkungskreis | Rheinland-Pfalz und Saarland |
| Projektlaufzeit | seit 2016 fortlaufend |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | Projektdurchführung: AOK-Bundesverband; Begleitung durch alle Pflege- und Krankenkassenverbände, GKV-Spitzenverband und weitere Sozialversicherungspartner im Beirat |
| Projektpartner der Kranken- bzw. Pflegekassen | Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Wissenschaftlicher Beirat |

Erfolge

Drei Krankenhäuser streben die Zertifizierung „Gesundes Unternehmen“ mit der Krankenkasse an.

Die Mitarbeitenden konnten über digitale Medien (Intranet/Share Center) gut erreicht werden. Die Gesundheitsförderungsangebote, z. B. Rückengesundheit in der Pflege und Lebe Balance zur Stärkung der Resilienz, wurden mehrheitlich als nützlich bewertet und im Kollegenkreis zur weiteren Nutzung empfohlen. Es wurde von gestärktem Gesundheitsbewusstsein, verbessertem Betriebsklima und verbesserten Arbeitsbedingungen berichtet.

Stolpersteine

Die Doppelbelastung der Projektleitenden ohne Zeitanatz für das Projekt stellt sich als hemmender Faktor heraus.

Das Thema BGM hat bei den Führungskräften noch keine ausreichende Priorität.

Schichtdienst und die Teilzeitbeschäftigung erschweren die Teilnahme an Angeboten.

Ausblick

2019 wurde von der BGW eine Mitarbeiterbefragung in der Marienhaus Unternehmensgruppe durchgeführt. Auf der Basis der Ergebnisse werden verschiedene Themenfelder, z. B. Zeitdruck, Unterbrechungen sowie Fortbildungsbedarfe, identifiziert und ins BGM der Marienhaus Unternehmensgruppe integriert.

2020 wurde auf einer Veranstaltung bei der Marienhaus Unternehmensgruppe der bisherige Projektverlauf mit den Kooperationspartnern reflektiert. Hier wurde die Motivation für das weitere BGM-Projekt und die zukünftige BGM-Entwicklung im Unternehmen gestärkt.

Das Netzwerk der drei Partner soll mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erweitert werden.



Autorinnen:

Michaele Münch,
Marienhaus
Unternehmensgruppe

Anette Steinmetz,
AOK Rheinland-Pfalz/
Saarland

Ulla Vogt,
Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)

MEHRWERT:PFLEGE

Ein Angebot der Ersatzkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

MEHRWERT:PFLEGE - Betriebliche Gesundheitsförderung mit System

Gesunde Beschäftigte in einer gesunden Organisation: Das Angebot MEHRWERT:PFLEGE unterstützt Krankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen und perspektivisch ambulante Pflegedienste dabei, ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aufzubauen. Darüber hinaus werden auch die Einrichtungen adressiert, die sich bereits auf den Weg gemacht haben und ihr BGM weiterentwickeln bzw. ausbauen wollen. Dem Agieren liegt das Verständnis zugrunde, dass Gesundheitsförderung im Arbeitskontext immer Teil der Unternehmenskultur sowie eine Kombination aus verhältnis- und verhaltenspräventiven Ansätzen ist.

Kern des Angebots ist eine systematische Beratung zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung, die sich an den BGF-Prozess anlehnt und passgenau auf die Bedarfe und Rahmenbedingungen in der jeweiligen Einrichtung ausgerichtet ist. Der Beratungsprozess ist schritt-

weise aufgebaut: Nach erfolgter Analysephase zur Bestandsaufnahme wird ein Maßnahmenplan entwickelt, für dessen Umsetzung Seminare, Workshops und Tools aus zehn Themenfeldern des speziell auf die Pflegebranche ausgerichteten sogenannten Gesundheitsbaukastens zur Verfügung stehen.

Anschließend wird das Projekt evaluiert. Alle Aktivitäten zielen darauf ab, die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen gesundheitsfördernd auszugestalten und gleichzeitig die individuellen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Die umfassende Prozessberatung und der integrative Befähigungsansatz ermöglichen es den Einrichtungen zudem, die gesundheitsfördernden Prozesse und Strukturen nachhaltig zu etablieren. MEHRWERT:PFLEGE ist dann als Erfolg zu werten, wenn die Einrichtungen den beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Alle Beschäftigten in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten |
| Wirkungskreis | bundesweit |
| Projektlaufzeit | seit 2019 fortlaufend, je Einrichtung in der Regel 12 bis 18 Monate |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse - KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK - Hanseatische Krankenkasse |

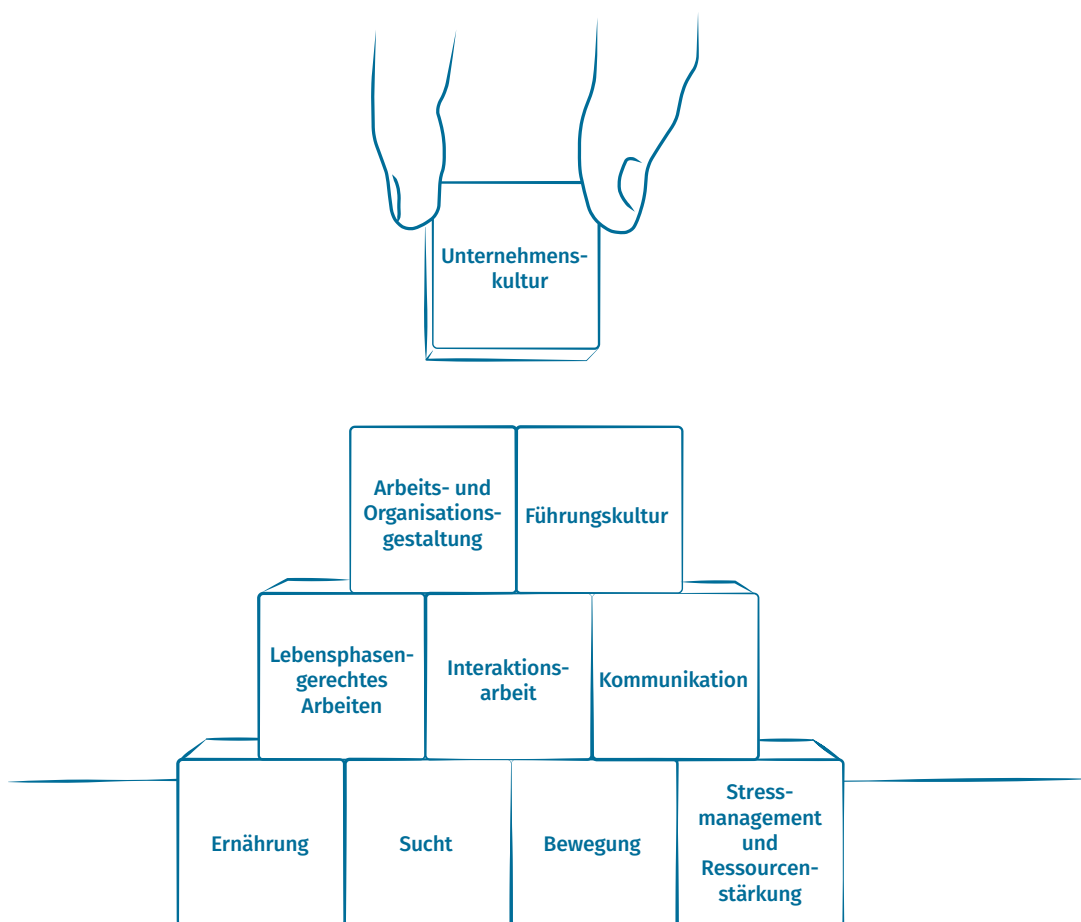
selbstständig über die Kooperation hinaus weiterführen und BGM als Teil der Unternehmenskultur verstanden wird. Die konkrete Unterstützung erfolgt in der Regel über einen Zeitraum von zwölf bis 18 Monaten.

Die Resonanz aus der Praxis auf MEHRWERT:PFLEGE ist als sehr gut zu bewerten. Die Einrichtungen sehen den Mehrwert des Projektes in der Ganzheitlichkeit des Ansatzes, der Individualisierbarkeit und damit Passgenauigkeit des Vorgehens sowie in der Ausrichtung auf eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung.

Neben dieser dargestellten langfristigen Organisationsberatung greift MEHRWERT:PFLEGE zudem Forschungs- und Entwicklungsansätze sowie aktuelle Herausforderungen auf: In Zeiten der Corona-Pandemie wurde ein Sofort-Angebot etabliert, das niedrigschwellig von Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten abgerufen werden kann. So können sich in virtuellen Kleingruppenformaten sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeitende zum Umgang mit Ausnahmesituationen beraten lassen. Durch ein entsprechendes Transfermodul wird den Einrichtungen eine anschließende Überführung in die Prozessberatung ermöglicht.



Autorin
Stefanie Thees,
Verband der Ersatzkassen
e. V



Quelle und Darstellung: vdek

Gesundheitsdialog in Werkstattform – GESUWERK – Prävention durch Belastungssteuerung in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Das Projekt „GESUWERK“ verknüpft die freiwillige BGF mit deren möglicher Nutzung für die gesetzlichen Pflichten zur Beurteilung psychischer Gefährdungen.

Hauptziel ist der Abbau von psychischer Fehlbeanspruchung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen der ambulanten Pflege sowie in Subunternehmen in der stationären Pflege u. a. durch

- gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung,
- gesundheitsgerechte Führung,
- Erhöhung der Attraktivität der Pflegearbeit und
- Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Betriebsprozesse.

Eine erweiterte Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungsfaktoren dient als Grundlage für Sicherheitsunterweisungen sowie für das Angebot eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) als weitere Bestandteile eines BGM. Die Basis für diese Aktivitäten kann gerade in Kleinunternehmen der Pflege eine dialog-/diskursorientierte Gesundheitswerkstatt im Rahmen der BGF zur Ermittlung von Belastungen und Gesundheitsgefahren aus der Arbeitstätigkeit sein.

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | ambulante Pflegedienste, insbesondere deren Beschäftigte, sowie Stationsassistentinnen und -assistenten in der stationären Pflege aus Kleinbetrieben |
| Wirkungskreis | zunächst NRW; geplant bundesweit |
| Projektlaufzeit | Oktober/2019 – Dezember/2020 (Verlängerung aufgrund der Corona-Situation möglich) |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | IKK classic |

Erste Ergebnisse¹ legen nahe, dass in der ambulanten Pflege Befragungsinstrumente zur Gefährdungsbeurteilung in Form standardisierter Fragebögen, die sich meist an den Dimensionen der GDA-Empfehlung (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie) orientieren, nur bedingt zum Ableiten von konkreten situationsspezifischen Verbesserungsmaßnahmen eignen. Es wird deutlich, dass eine an den konkreten Belastungssituationen angelehnte Strategie zur Beanspruchungsreduktion erfolgreicher sein kann. Einige Beispiele zur Verdeutlichung für situationsspezifische Belastungsfaktoren aus Interviews:

- auf der technischen Seite: fehlende Tankschlüssel, mangelnde Navigationsgeräte, leere Akkus (Smartphone), nicht einsatzfähige Fahrzeuge, fehlende Materialien
- auf der organisatorischen Seite: Unklarheit über Dokumentationsanforderungen, Zuständigkeit für Fahrzeugpflege, Wartung und Betankung, unscharfe Vertretungsabsprachen, schlechter Tourenplan, unzureichende Mitsprache bei Arbeitszeitplanung
- auf der persönlichen Seite: Umgang mit unangemessenen Erwartungen der Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen, Umgang mit Wartezeiten in Arztpraxen für Rezepte, Warten auf Rettungswagen, Versterben der/des Betreuten, Lösung von Konflikten zur Einsatzplanung mit Kolleginnen und Kollegen und der Führung

Zur praktischen Maßnahmenplanung unter Beteiligung Beschäftigter ist es ohnehin sinnvoll, auf Gruppendiskussionsverfahren oder Interviews zurückzugreifen. Auf der Basis des Projektes werden zielgruppen- und belastungsorientiert weitere Maßnahmen für die Betriebe vorgeschlagen. Hier bietet die Krankenkasse Trainings bzw. Seminare zu den Präventionsprinzipien gemäß Leitfadens Prävention bedarfsgerecht an wie Angebote zu Führung, Kommunikation, Kooperation, Ernährung, Stress, Sucht oder Bewegung. Die Zielevaluation erfolgt durch Fragebögen und in Workshops, die Ergebnisevaluation erfolgt durch Vorher/Nachher-Erhebung mit Fragebögen bzw. in Workshops.



Autoren:
Georg Hensel,
IKK classic
Prof. Dr. Lutz Packebusch,
Human Factors Engineering

¹ Packebusch, L. & Janßen, M. (2020). Diagnose von Belastung und Beanspruchung in der Pflege. In Trimpop R. et al. (Hrsg.) *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit*. 21. Workshop 2020 (S. 433-436). Kröning.

**WERT
GESCHÄTZT**

WERTGESCHÄTZT - Eine Initiative zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen



Autorinnen:
Isabel Rath,
BKK Scheufelen,
Györgyi Bereczky-Löchli,
BKK Dachverband e. V.

Durch die Initiative werden seit Anfang 2019 bundesweit über 60 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der nachhaltigen Implementierung eines BGM beraten und bei dessen Umsetzung unterstützt. Dabei geht es vorrangig um die nachhaltige Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde und wertschätzende Unternehmenskultur, aber auch um die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenzen. Jede Einrichtung wird dabei von einer Beraterin oder einem Berater kontinuierlich durch den BGM-Prozess begleitet und beraten. Das Vorgehen ist auf Partizipation und Ressourcenstärkung ausgelegt. Ausschlaggebend für die Auswahl der einzelnen Maßnahmen ist der Bedarf der Zielgruppen. Die Initiative wird von dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ geleitet. Dabei stehen die nachhaltige Stärkung von bereits vorhandenen Ressourcen und die Schaffung von bedarfsorientierten und

individuellen Lösungsansätzen und Angeboten im Mittelpunkt. Die umgesetzten Maßnahmen sind individuell, sehr vielseitig und reichen von einem Online-Lerncampus über Workshops für Führungskräfte und Beschäftigte bis zu einer ergonomischen Beratung am Arbeitsplatz.

Die Evaluation fokussiert auf die Wirkung des Organisationsentwicklungsprozesses in Bezug zur Leistungsfähigkeit des BGM. Es werden an zwei Messzeitpunkten Daten durch qualitative sowie quantitative Methoden erhoben und verglichen. Die Ergebnisse liegen im zweiten Halbjahr 2021 vor.

Zielbereiche entsprechend BRE

Gesund leben und arbeiten

Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden

Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (GKV-Leitfaden Prävention)

Zielgruppen

Alle Berufsgruppen, die in diesen Settings tätig sind

Wirkungskreis

bundesweit

Projektlaufzeit

seit Anfang 2019; mindestens 24 Monate je Einrichtung

Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen

Audi BKK, Bertelsmann BKK, BKK actimonda, BKK B. Braun Aesculap, BKK firmus, BKK Herkules, BKK Mahle, BKK Melitta, BKK Merck, BKK Mobil Oil, BKK Novitas, BKK Pfalz, BKK Public, BKK Rieker, BKK RWE, BKK Salzgitter, BKK SBH, BKK Scheufelen, BKK Stadt Augsburg, BKK Technoform, BKK TUI, BKK VDN, BKK Würth, BMW BKK, Daimler BKK, Debeka BKK, energie BKK, Heimat Krankenkasse, Südzucker BKK, Wieland BKK, WMF BKK

Sonderauswertung der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende

Im Berichtsjahr 2019 wurden 20% aller BGF-Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen erbracht. Abbildung 19 zeigt die Aufgliederung in die drei Segmente Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen.

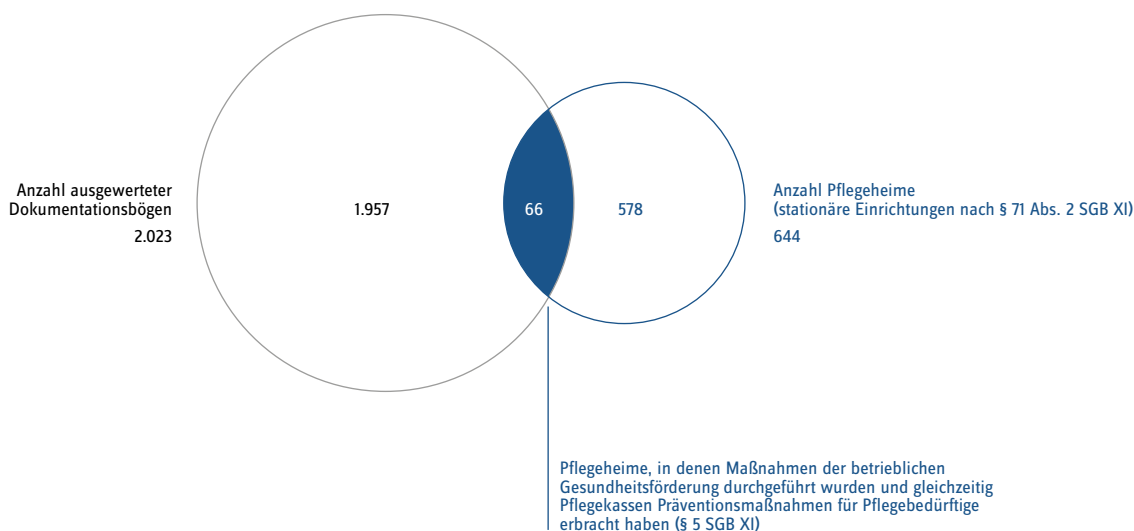
Demnach erfolgte der größte Einzelanteil mit 6% dieser Leistungen in Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI.

Weitere BGF-Leistungen wurden in Einrichtungen des Gesundheitswesens (6%, mit Krankenhäusern und Hochschulkliniken), zu 3% in Heimen, die keine Pflege- und Behinderteneinrichtungen sind, und zu 2% in weiteren Einrichtungen des Sozialwesens erbracht. Die geringste Anzahl an Leistungen fand in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen statt.

Eine Verzahnung von BGF für in Pflegeeinrichtungen Beschäftigte und Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige wurde in 66 von 645 Pflegeheimen mit Hilfe des Dokumentationsbogens „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erfasst. Es wurden BGF-Maßnahmen gemäß § 20b SGB V durchgeführt und gleichzeitig Präventionsmaßnahmen der Pflegekassen für Pflegebedürftige erbracht (§ 5 SGB XI). Weiter konnten zwölf Fälle in der Erhebung „Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen“ dokumentiert werden, in denen Einrichtungen über die Verzahnung von BGF und Präventionsmaßnahmen für Pflegende und Pflegebedürftige informiert/beraten wurden (§ 5 SGB XI).

Folgend werden Projekte dargestellt, welche die Verzahnung von Gesundheitsförderung für Pflegende und Pflegebedürftige zum Ziel haben.

Abb. 58: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen



Pflege gestalten – Gesundheit erhalten für Mitarbeitende und Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege

Das Projekt „Pflege gestalten – Gesundheit erhalten“ hat das Ziel, die BGF in stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Präventionsangebot für die Pflegebedürftigen zu verknüpfen. Wie dies gelingen kann, wird am Beispiel der Zusammenarbeit einer Trägerorganisation in Rheinland-Pfalz mit fünf Pflegeeinrichtungen und der Kranken- und Pflegekasse vorgestellt.

Das Fundament der BGF bildet ein regelmäßiger Steuerungskreis BGF, in dem neben der Geschäftsführung die Stellvertretung, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Beauftragten für das Qualitätsmanagement und die Mitarbeitervertretung sowie alle Hausleitungen der angeschlossenen Einrichtungen und ein Gesundheitsberater der Kranken- und Pflegekasse vertreten sind.

In Anlehnung an den Gesundheitsförderungsprozess aus dem GKV-Leitfaden Prävention werden zunächst auf Basis einer Bedarfsanalyse konkrete jährliche Präventionsziele vereinbart. Die daraus abgeleiteten Interventionen werden gemeinsam mit externen Dienstleistern umgesetzt und umfassen sowohl Maßnahmen für einen gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil als auch Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus Gesundheitszirkeln und verschiedenen Screenings mit individuellen Beratungen sind dies im Einzelnen beispielsweise Vorträge zur Rückengesundheit, Aktionstage zum Thema Ernährung, Resilienz-Trainings für Mitarbeitende sowie Seminare zu gesundem Führen und Veranstaltungen zur Suchtprävention für Auszubildende.

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (GKV-Leitfaden Prävention) Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit (SPV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Mitarbeitende und Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen |
| Wirkungskreis | Trägerorganisation mit fünf Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz |
| Projektlaufzeit | seit 2017 fortlaufend |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | IKK Südwest |

Dabei verteilen sich die verschiedenen Angebote kontinuierlich über das ganze Kalenderjahr und können von sämtlichen Mitarbeitenden der Einrichtungen genutzt werden. Im Steuerungskreis BGF werden die Maßnahmen und Feedbacks der Mitarbeitenden regelmäßig reflektiert sowie weitere Interventionen entwickelt.

In diesem Kontext wurde in dem Gremium angeregt und vereinbart, auch für die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen einen Gesundheitsförderungsprozess zu initiieren. So wurden in zwei Einrichtungen eigene Steuerungskreise „Pflege“ unter Einbindung der Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen installiert. Auch hier werden nach einer Analyse der Ausgangssituation passgenaue Maßnahmen zur Bewegungsförderung entwickelt und umgesetzt. Die verbesserte Mobilität ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern wieder selbstständige Tätigkeiten wie z. B. das Ankleiden oder das Aufräumen und trägt damit zur Entlastung der Pflege(fach)kräfte bei.

Die Einbindung der Mitarbeitenden und der Pflegebedürftigen erhöht die Akzeptanz und fördert den nachhaltigen Erfolg der Maßnahmen. Darüber hinaus werden dadurch insbesondere die verhältnispräventiven Ansätze aus dem BGF-Prozess unterstützt.

Um den Erfolg der Maßnahmen besser einschätzen zu können, werden zum einen persönliche Rückmeldungen von den Hausleitungen eingefangen und zum anderen eine Befragung der Mitarbeitenden sowie der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt. Ziel ist es, den Erfolg der verschiedenen Interventionen über Kennzahlen messbar zu machen und die Maßnahmen stetig bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.



Autorin und Autor:
Astrid Potdevin,
IKK Südwest
Jochen Klek,
IKK Südwest

Gesundheitsförderung ist zwischenmenschlich: gesaPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege

Im Zentrum des Projektes, das im GKV/SPV-Auftrag gemeinsam von Team Gesundheit GmbH, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH und Technischer Universität Chemnitz umgesetzt wird, stehen die Analyse und gesundheitsförderliche (Um-)Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beschäftigten und die (Um-)Gestaltung der einrichtungsinternen Strukturen und Prozesse. Das Projekt verfolgt einen partizipativen Ansatz, in den die Erfahrungen der Einrichtungen und ihrer jeweiligen Zielgruppen einfließen. Als herausfordernd stellt sich die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner dar: Durch einen Methodenmix aus Einzelinterviews und Gruppeninterventionen ist das Projekt mit Leben gefüllt und diverse Zielgruppen (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Beschäftigte) sind an der konkreten Ausgestaltung beteiligt.

Im Rahmen der Bedarfsanalyse stellt sich die psychosoziale Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner als zentraler Ansatzpunkt für Interventionen heraus. Gleichzeitig zeigen die Interviewergebnisse einen hohen Bedarf an emotionaler Unterstützung und verstärkter Teilhabe im Einrichtungsalltag. Die Sinnhaftigkeit der eigenen Person im Einrichtungskontext ist von vielen der Interviewten als verbesserungswürdig benannt worden. Aus diesem Grund lassen sich einige der bisher umgesetzten und geplanten Maßnahmen, neben den fast obligatorischen Mobilitätsthemen, in den Einrichtungen den Handlungsfeldern „Psychosoziale Gesundheit“ und „Stärkung kognitiver Ressourcen“ zuordnen. Beispielhaft dafür ist die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Biografie- oder Märchenarbeit.

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt (SPV-Leitfaden Prävention) Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Bewohnerinnen und Bewohner sowie Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen |
| Wirkungskreis | Nordrhein-Westfalen |
| Projektlaufzeit | Dezember 2017 – Januar (pandemiebedingt ggf. bis Mai) 2021 |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | AOK, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen, Innungskrankenkasse, KNAPPSCHAFT (vollständige Liste siehe www.gesapflege.de) |

Ebenso wie für die Bewohnerinnen und Bewohner zeigen sich bei den Beschäftigten Bedarfe im zwischenmenschlichen Bereich. Zentrale Analyseergebnisse sind eine hohe durchschnittliche Identifikation mit dem eigenen Team, aber auch der Entwicklungsbedarf in den Themenfeldern Emotionsarbeit und Burnout. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die angebotene soziale Unterstützung, eine gesundheitsorientierte Führung, die empfundene Wertschätzung sowie eine offene Kommunikation die Bewertung der Führungsqualität maßgeblich beeinflussen. Diese Erkenntnisse nimmt das Projektteam zum Anlass, um mit den Einrichtungen insbesondere an einer wertschätzenden und offenen Kommunikationskultur zu arbeiten und diese im Bereich gesunder Führung zu schulen.

An der Schnittstelle zwischen Pflegebedürftigen und Beschäftigten werden den Einrichtungen zusätzlich Gewaltpräventionsseminare angeboten. Hier wurde ein kreativer Ansatz gewählt und eine Kooperation mit der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN gGmbH umgesetzt.

Die Projektumsetzung wurde aufgrund der Corona-Pandemie 2020 angepasst.



Autorinnen:
Marieke Leder,
Team Gesundheit GmbH
Anja Marcour,
AOK Rheinland/Hamburg -
Die Gesundheitskasse



Checklisten für Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP)

Mit dem vierjährigen **Projekt QualiPEP¹** werden drei Ziele verfolgt, die sich auf teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege beziehen:

- Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes zur Prävention und Gesundheitsförderung (PGF)
- Entwicklung und Pilotierung eines Rahmenkonzeptes zur Förderung der Gesundheitskompetenz für die drei Ebenen Bewohnerschaft, Beschäftigte und Organisation
- Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung von BGF-Ansätzen

Dabei sollen bestehende Qualitätskonzepte in beiden Lebenswelten berücksichtigt und ggf. genutzt werden. Das Projekt befindet sich in der letzten von vier Arbeitsphasen.

Die partizipativ entwickelten Qualitätssicherungsinstrumente in Form von Checklisten zur Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und BGF werden in fünf Pflegeeinrichtungen über einen längeren Projektzeitraum begleitend pilotiert und evaluiert.

Zusammenhänge zur Verknüpfung von Leistungen nach § 5 SGB XI und § 20b SGB V
PGF und BGF stehen in einem engen wechselseitigen Verhältnis zueinander. Dies bestätigen die bisherigen Forschungsarbeiten in den ersten drei Projektphasen, darunter Interviews mit Einrichtungsleitungen und weiteren Schlüsselpersonen (z. B. Pflegedienstleitungen) in Pflegeeinrichtungen (Phase 2), eine extern beauftragte Zielgruppenbefragung (Phase 2, Prof. Dr. Beate Blättner,

¹ Mehr zum Projekt unter www.aok-qualipep.de

Zielbereiche entsprechend BRE

Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter

Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden

sämtliche Handlungsfelder des GKV-Leitfadens Prävention und des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Zielgruppen

Mitarbeitende in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung und in stationären Pflegeeinrichtungen, Bewohnerinnen und Bewohner in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung und in stationären Pflegeeinrichtungen

Wirkungskreis

bundesweit

Projektlaufzeit

Mai 2017 bis April 2021

Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen

Projektdurchführung: AOK-Bundesverband; Begleitung durch alle Pflege- und Krankenkassenverbände, GKV-Spitzenverband und weitere Sozialversicherungspartner im Beirat

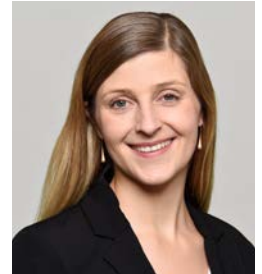
Projektpartner der Kranken- bzw. Pflegekassen

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Wissenschaftlicher Beirat

Hochschule Fulda) sowie mehrere Fokusgruppen-interviews in Pflegeeinrichtungen (Phase 3). Den Ergebnissen der Zielgruppenbefragung zufolge resultiert insbesondere aus der Pflegebeziehung, dass Ansätze der BGF und zur PGF gemeinsam betrachtet und im Rahmen eines gemeinsamen Konzeptes umgesetzt werden sollten. Wenn etwa knappe zeitliche Ressourcen die Möglichkeiten zur Versorgung und aktivierenden Pflege sowie für Zuwendung und Gespräche einschränkt, wirkt sich dies nicht nur negativ auf die Bewohnerinnen und Bewohner aus. Auch die Beschäftigten können damit Stressbelastungen sowie Gefühlen von Unzulänglichkeit, geringerer Wertschätzung und fehlender Sinnstiftung ihrer Tätigkeit ausgesetzt sein. Maßnahmen der PGF für Bewohnerinnen und Bewohner werden zudem auf mehr Akzeptanz und Unterstützung bei den Beschäftigten treffen und nachhaltiger verwirklicht, wenn auch ihre spezifischen Belastungen und Präventionsbedarfe wahrgenommen und erfüllt werden. Präventionskonzepte für beide Zielgruppen sollten daher gemeinsam und partizipativ entwickelt werden.

Ein konkretes zielgruppenübergreifendes Handlungsfeld zeigt sich etwa in der Prävention von Gewalt/Konflikten, die für Bewohnerinnen und Bewohner und Beschäftigte gleichermaßen relevant ist. Beide Zielgruppen können in auftretenden Konflikten sowohl Gewalt erfahren als auch ausüben. Konzepte zur Prävention von Gewalt/Konflikten, die bisher im Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen als Handlungsfeld vorgesehen sind, sind demnach so zu gestalten, dass sie präventiv auf **beide Zielgruppen²** einwirken.

Die entwickelten QualiPEP-Checklisten sind modular aufgebaut und erlauben den Nutzenden eine Auswahl an handlungsfeld- und prozessbezogenen Qualitätskriterien sowie Hilfestellungen, Selbstbewertung und Orientierung bei der selbstständigen Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojektes in der Pflegeeinrichtung.



Autorinnen und Autor:
Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband
Miriam Ströing,
AOK-Bundesverband
Christian Hans,
AOK-Bundesverband

2 Blättner, B. & Tempelmann, A. (2019). Bedarfsanalyse in der stationären Pflege. Lebensqualität und Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegebedürftigen und Pflege(fach)kräften. Prävention und Gesundheitsförderung
Tempelmann, A., Kolpatzik, K., Ehrenreich, H., Ströing, M. & Hans, C. (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62: 296-303



Quelle und Darstellung: AOK-Bundesverband



Mentale Balance und Wohlbefinden im Pflegeheim – ein Widerspruch?!

Zufriedenheit, Glück und Wohlbefinden sind bedeutende Faktoren für die Gesundheit – dies gilt für pflegebedürftige Menschen gleichermaßen wie für die in der Pflege Beschäftigten. Die Stärkung der eigenen seelischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz), Strategien zum achtsamen Umgang mit Stress und Herausforderungen sowie Möglichkeiten der sozialen Teilhabe nehmen in besonderem Maß Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen und die empfundene Lebensqualität. Maßnahmen zur psychosozialen Gesundheit – z. B. zur Stärkung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen, erbracht durch die Pflegekassen – wie auch zur Förderung der **Beschäftigtengesundheit**

im Rahmen der BGF¹ stehen in einer engen Wechselwirkung miteinander. Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes SaluPra (<https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/forschungsprojekte/>) wurde zu diesem Zweck ein Qualitätsmanagementkonzept für Pflegeeinrichtungen (kurz: QMS+) entwickelt. Mit Hilfe von QMS+ können Pflegeeinrichtungen den Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention selbstständig durchführen oder sich im Rahmen des gemeinsamen Angebots der Ersatzkassen **„Gesund im Pflegeheim“²** beraten und unterstützen lassen. Die Einrichtungen erhalten somit die Möglichkeit, bedarfsgerechte Maßnahmen in ihren Einrichtungen langfristig zu etablieren.

¹ www.mehrwert-pflege.com/

² www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim/kontakt

| | |
|---|---|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Psychosoziale Gesundheit (SPV-Leitfaden Prävention), Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Pflegebedürftige, Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen |
| Wirkungskreis | bundesweit |
| Projektlaufzeit | seit 2016 fortlaufend |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK – Hanseatische Krankenkasse |

Gerade schwierige und herausfordernde Zeiten sowie Anpassungsnotwendigkeiten der Organisationsabläufe, wie sie z. B. durch die Corona-Pandemie ausgelöst worden sind, erfordern innovative Ideen und Maßnahmen. Ein wichtiger Baustein ist auch hier die Stärkung der Resilienz der Pflegebedürftigen und der Pflegenden. Kontakt- und Besuchseinschränkungen für Angehörige, aber auch Zeit- und Personalmangel bei den Beschäftigten können die psychosoziale Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Pflegenden beeinflussen. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Herausforderungen, die sich für stationäre Pflegeeinrichtungen ergeben, wurde ein Maßnahmen- und Kommunikationspaket für die Zielgruppen Bewohnerinnen und Bewohner, Pflege(fach)kräfte und Angehörige konzipiert und erprobt.

Die Maßnahmen zielen darauf ab, die spezifischen Kommunikationsbedarfe aufzugreifen sowie Alltagsroutinen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen und Impulsen zu verbinden. So werden Pflegebedürftige niedrigschwellig über die Notwendigkeit von besonderen Schutzvorkehrungen wie Abstandsregelungen und veränderten Hygienevorschriften informiert sowie mit kurzen und wirkungsorientierten Präventionsmaßnahmen

aktiviert. Beispielsweise wurde eine bebilderte Kurzbroschüre konzipiert, welche die Hintergründe der Schutzmaßnahmen und die konkreten Auswirkungen auf das Leben und die Arbeit in der stationären Pflege verdeutlicht. Die Aktivierungskarten mit alltagspraktischen Präventionsmaßnahmen und Impulsen zur kognitiven und körperlichen Stärkung von Pflegebedürftigen sind vielfältig einsetzbar und sowohl im Tandem mit Beschäftigten als auch eigenständig von den Bewohnerinnen und Bewohnern nutzbar. Maßnahmen zur Förderung der Resilienz von Beschäftigten ergänzen das Angebot für die Pflegeeinrichtungen. Das Angebot inklusive Audiodateien ist über die Homepage <https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-im-pflegeheim> abrufbar.

Wohlbefinden im Pflegeheim ist maßgeblich geprägt von den organisationalen Bedingungen. Maßnahmen zur Steigerung der mentalen Balance sind dann ein wichtiger Schlüssel für Glück und Wohlbefinden in Pflegeheimen, wenn diese die enge Beziehung und Anforderungen von pflegebedürftigen Menschen und Beschäftigten gleichermaßen berücksichtigen und in die Alltags- und Arbeitsroutinen integrierbar sind.



Autorin:
Sina Matthies,
Verband der Ersatzkassen
e. V.



Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo in der stationären Langzeitpflege

Im Rahmen des Gewaltpräventionsprojektes **PEKo**¹ werden im partizipativen Prozess einrichtungsspezifische Maßnahmen zur Gewaltprävention entwickelt und in einen konzeptionellen Rahmen überführt. Das Projekt richtet sich an Einrichtungen der stationären Altenpflege und wird in bundesweit 43 Einrichtungen umgesetzt. Zielgruppe des Projektes sind Mitarbeitende sowie Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Intervention

In den Projekteinrichtungen wird eine Arbeitsgruppe gegründet und ein Jahr lang begleitet. In monatlichen Treffen werden gemeinsam Interventionen zur Prävention von Gewalt erarbeitet und implementiert. Kernthemen der Interventionen

sind die Bereiche Sensibilisierung, Handlungssicherheit im Umgang mit Gewalt, Konzeptualisierung und Verstetigung. Durch den Einbezug aller Akteure können gewaltfördernde Strukturen in den Einrichtungen identifiziert und bearbeitet werden. Neben strukturellen Faktoren können auch Gewalterfahrungen in der eigenen Biografie und eigene Stressoren eine Ursache für Gewalt-handlungen sein (**MDS 2017**²). Durch die zugrunde liegende Partizipation, Interventionen im Bereich der Arbeitsorganisation, ein sich veränderndes Gewaltverständnis und das Erlangen von mehr Handlungssicherheit wird eine Kulturveränderung herbeigeführt, die sowohl der Verhältniss als auch der Verhaltensprävention zuzuordnen ist. Zudem werden Interventionen der BGF adressiert.

¹ www.peko-gegen-gewalt.de

² Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). (2017). Abschlussbericht. Projekt Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung.

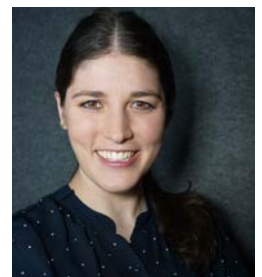
| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Prävention von Gewalt (SPV-Leitfaden Prävention). Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Mitarbeitende, Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige |
| Wirkungskreis | bundesweit |
| Projektlaufzeit | Fortlaufend seit 2018 |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | Techniker Krankenkasse |
| Projektpartner der Kranken- und Pflegekassen | Universität zu Lübeck, Universität zu Köln, Hochschule Fulda, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |

Evaluation und erste Ergebnisse

Das Projekt wird bis Ende 2020 wissenschaftlich evaluiert, um Veränderungen des Gewaltgeschehens, der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden abzubilden. Zusätzlich sollen Informationen über die Machbarkeit der Intervention und Erkenntnisse zu einer erfolgreichen Implementierung von Gewaltpräventionskonzepten gewonnen werden. Die ersten Zwischenergebnisse zeigen, dass Gewalt im Setting der stationären Langzeitpflege in verschiedensten Richtungen und Dimensionen alltäglich stattfindet und das Projekt durch das erweiterte Gewaltverständnis eine Sensibilisierung im Themenkomplex bewirkt.

Nachhaltigkeit und Kulturveränderung

PEKo setzt auf die Schaffung nachhaltiger Strukturen. Allerdings reicht der Interventionszeitraum nicht aus, um die Thematik über das Entwickeln und Umsetzen einzelner Maßnahmen hinaus fest in einer Einrichtung zu etablieren. Aus diesem Grund wurde das neue Projekt „PEKo Verstetigung“ konzipiert, um die bisher erreichten Einrichtungen weiter zu begleiten und auch neuen Einrichtungen zugänglich zu machen. Hierfür wird aus den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen ein Modulhandbuch erstellt, wodurch den Einrichtungen eine eigenständige Projektdurchführung ermöglicht wird, die durch Vor-Ort-Termine sowie elektronische und telefonische Beratungskontakte unterstützt wird.



Autorinnen und Autoren:

Anna Dammermann,
Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Sascha Köpke,
Universität zu Köln

Vera Ünsal,
Techniker Krankenkasse

Thomas Holm,
Techniker Krankenkasse



Netzwerk Zukunft Pflege

Das im Jahr 2008 durch die Krankenkasse und die BGW initiierte Netzwerk Zukunft Pflege hat sein Produktportfolio der jährlichen Treffen um eine Fachtagung erweitert.

Unter dem Titel „Zukunft Pflege - gesund gestalten, Gewalt in der Pflege“ wurde eine neue Tagungsreihe ins Leben gerufen. Am 20. Juni 2019 folgten 200 Pflege(fach)kräfte aus der ambulanten und stationären Pflege der Einladung des Netzwerkes nach Magdeburg. In Fachvorträgen wurde das Thema aus verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet.

Gewaltereignisse können in der professionellen wie auch in der Laien-Pflege sowohl von Pflegenden als auch von Pflegebedürftigen ausgehen. Die Formen der Gewalt können dabei von verbaler/

psychischer Gewalt, wie beispielsweise Anschreien, Beleidigen oder Drohungen, über physische Gewalt, wie unbequeme Lagerung, derbes Anfassen während der Pflege oder Schlägen, bis hin zu intimen Übergriffen und Vernachlässigung reichen. Das Arbeitsklima, die Rahmenbedingungen der Pflegesituation, unzureichende Qualifikation für die pflegerische Tätigkeit oder auch die (problematische) Beziehung zwischen der pflegebedürftigen und der pflegenden Person können u. a. als gewaltbegünstigende Faktoren wirken.

Die Teilnehmenden erhielten einen Überblick über die verschiedenen Formen von Gewalt in ihrem Tätigkeitsfeld. Weiterhin gaben die Referierenden Hinweise zur Prävention von Gewaltereignissen, zur Deeskalation und zum Umgang mit von Gewalt betroffenen Personen.

| | |
|---|--|
| Zielbereiche entsprechend BRE | Gesund leben und arbeiten |
| Handlungsfelder gemäß dem jeweiligen Leitfaden | Überbetriebliche Vernetzung und Beratung (GKV-Leitfaden Prävention) |
| Zielgruppen | Pflegebranche |
| Wirkungskreis | Land Sachsen-Anhalt |
| Projektlaufzeit | Fortlaufend seit 2008 |
| Beteiligte Kranken- bzw. Pflegekassen | AOK Sachsen-Anhalt |
| Projektpartner | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) Präventionsbezirk Magdeburg/Hannover und Dresden |

Durch den großen Zuspruch der Veranstaltung ist die Fachtagung als weiteres Angebot des Netzwerkes Zukunft Pflege auch in Zukunft geplant. So wird die nächste Veranstaltung unter dem thematischen Schwerpunkt „Dienstplangestaltung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ umgesetzt. Die Teilnehmenden erhalten Perspektiven einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Dienstplänen im ambulanten und stationären Bereich. Die Referierenden werden über die Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf die Gesundheit, die Sicherheit und die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe aufklären, die Dienstplangestaltung aus arbeitsrechtlichen Gesichtspunkten beleuchten und aus eigenen Praxisbeispielen und -erfahrungen berichten.



Autorin:
Susann Kupzok,
AOK Sachsen-Anhalt

Empfehlungen und Ausblick

Während die Daten zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Kranken- und Pflegekassen für das Berichtsjahr 2019 gesammelt, ausgewertet und aufbereitet wurden, sahen sich die Gesellschaft und das Gesundheitswesen spätestens seit März 2020 plötzlich einer in dieser Form nie dagewesenen Herausforderung, der Corona-Pandemie und ihren alle Menschen und alle Lebensbereiche betreffenden Auswirkungen, gegenüber. Diese Herausforderung beeinflusst sowohl Empfehlungen für als auch den Ausblick auf das kontinuierliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Partner.

In den letzten Jahren wurde das Angebotsspektrum stetig erweitert, und es konnten zunehmend mehr Einrichtungen, Betriebe und Menschen davon profitieren. Für das Jahr 2020 sind mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite u. a. auch die Orientierungs- und Mindestausgabenwerte für die GKV-Leistungen in Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 Abs. 6 SGB V) sowie der Mindestausgabewert für die SPV-Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 Abs. 7 SGB XI) ausgesetzt worden. Dies erscheint - unbeschadet eines zu erwartenden höheren Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarfs aufgrund der das Leben der Menschen teilweise massiv beeinträchtigenden Folgen der Corona-Pandemie - sachgerecht. Denn: Vor dem Hintergrund der Schließung von Bildungs- und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen und der alle Lebensbereiche betreffenden Einschränkungen konnten die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung zeitweise nicht oder nur stark eingeschränkt erbracht werden.

Hier besteht nicht nur Nachholbedarf, es müssen zukünftig verstärkt digitale Wege gegangen werden, um Gesundheitsförderung und Prävention mit den verantwortlichen Partnern in Lebenswelten und Betrieben zu implementieren und die Menschen bedarfsorientiert dort zu erreichen, wo sie gerade sind. So passt es gut, dass der Leitfaden Prävention, der im Jahre 2003 erstmals „interaktive Selbstlernprogramme“ erwähnte, ab 2021 in einem eigenen Kapitel den Rahmen für eine wirkungsvolle digitale Gesundheitsförderung und Prävention setzt.

Die Corona-Pandemie zeigt deutlich die sich u. a. auch in der NPK widerspiegelnde gesamtgesellschaftliche Verantwortung für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in Kommunen, Bildungseinrichtungen, Kranken- und Pflegeeinrichtungen und anderen Betrieben.

Die Gesundheitschancen der Menschen werden in hohem Maße durch die sozioökonomischen Bedingungen ihres Lebensumfelds, durch ihre Bildungsmöglichkeiten und die Arbeitsverhältnisse beeinflusst. Die Kranken- und Pflegekassen wollen weiterhin als Partner der jeweiligen Verantwortlichen – insbesondere Kommunen, Bundesländer, Einrichtungsträger und Arbeitgeber – ihren Teil zu einem nachhaltigen Mehr an Gesundheit für die Menschen beitragen.

Trotz der Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie im Jahr 2020 wird mittelfristig wieder ein Wachstum dieses GKV- und SPV-Beitrags zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Gesundheitsförderung und Prävention erwartet.

Anhang

Wichtige Kennziffern

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|-------------|-------------------|-------------------|
| Lebenswelten | | | |
| Anzahl der Dokumentationsbögen | 4.426 | 4.155 | 4.301 |
| Anzahl der Lebenswelten | 39.551 | 42.191 | 45.077 |
| Vorjahresvergleich | + 12 % | + 7 % | + 7 % |
| Anzahl direkt erreichter Personen ¹ | 4.452.092 | 4.620.807 | 6.837.280 |
| Vorjahresvergleich ¹ | + 36 % | + 4 % | + 48 % |
| Ausgaben je Versicherten (Euro) | 2,12 | 2,18 ² | 2,27 ² |
| Vorjahresvergleich | 30 % | + 3 % | + 4 % |
| Summe der Ausgaben (Euro) | 153.258.190 | 158.308.821 | 165.563.391 |
| Vorjahresvergleich | + 32 % | + 3 % | + 5 % |
| Individuelle verhaltensbezogene Prävention | | | |
| Anzahl direkt erreichter Personen | 1.675.008 | 1.685.490 | 1.805.889 |
| Vorjahresvergleich | 0 % | + 1 % | + 7 % |
| Ausgaben je Versicherten (Euro) | 2,87 | 2,94 | 3,08 |
| Vorjahresvergleich | -3 % | + 2 % | + 5 % |
| Summe der Ausgaben (Euro) | 207.630.505 | 214.001.861 | 225.327.955 |
| Vorjahresvergleich | -2 % | + 3 % | + 5 % |
| Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) | | | |
| Anzahl der AU-Dokumentationen | 12.104 | 11.195 | 11.050 |
| Anzahl der Dokumentationsbögen | 8.120 | 9.030 | 10.170 |
| Anzahl der Standorte/Betriebe | 17.672 | 19.544 | 23.221 |
| Vorjahresvergleich | + 35 % | + 11 % | + 19 % |
| Anzahl direkt erreichter Personen | 1.854.427 | 2.152.547 | 2.280.653 |
| Vorjahresvergleich | + 29 % | + 16 % | + 6 % |
| Anzahl indirekt erreichter Personen | 0,54 Mio. | 0,61 Mio. | 0,74 Mio. |
| Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Profile/betrieblichen Gesundheitsberichte | 12.104 | 11.195 | 11.050 |
| Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen | 158 | 165 | 193 |
| Anzahl der im Handlungsfeld "Netzwerke/Kooperationen" erreichten Betriebe | 14.911 | 26.059 | 13.502 |
| Ausgaben je Versicherten (Euro) | 2,19 | 2,37 | 3,28 |
| Vorjahresvergleich | 6 % | + 8 % | + 39 % |
| Summe der Ausgaben (Euro) | 158.123.580 | 172.165.808 | 239.911.574 |
| Vorjahresvergleich | 8 % | + 9 % | + 39 % |

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---------------------|-------------|-------------|
| Gesamt | | | |
| Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung) | 12.546 | 13.185 | 14.471 |
| Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz) | 7.981.527 | 8.458.844 | 10.923.822 |
| Ausgaben je Versicherten (Euro) | 7,18 | 7,49 | 8,64 |
| Vorjahresvergleich | 8 % | + 4 % | + 15 % |
| Summe der Ausgaben (Euro) | 519.012.275 | 544.476.491 | 630.802.920 |
| Vorjahresvergleich | 10 % | + 5 % | + 16 % |
| Stationäre Pflegeeinrichtungen | | | |
| Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen) | 27 | 58 | 49 |
| Vorjahresvergleich | | 114,81 % | -16 % |
| Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen | 16.767 ³ | 2.945 | 3.078 |
| Vorjahresvergleich | | -82 % | 5 % |
| Vorbereitungsphase: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess | 1.435 | 466 | 971 |
| Vorjahresvergleich | | -67,53 % | 108 % |
| Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation) | 721 | 1.281 | 2.023 |
| Vorjahresvergleich | | 78 % | 58 % |
| Umsetzungsphase: Anzahl direkt erreichter Personen | 14.439 | 55.370 | 110.767 |
| Vorjahresvergleich | | 283 % | 100 % |
| Ausgaben je Versicherten (Euro) | 0,12 | 0,14 | 0,24 |
| Vorjahresvergleich | | 13 % | 77 % |
| Summe der Ausgaben (Euro) | 8.507.272 | 9.903.045 | 17.586.661 |
| Vorjahresvergleich | + 95 % | + 16 % | + 77 % |

1 Geänderte Erhebungsmethode 2018/2019, daher kein direkter Vergleich möglich

2 Einschließlich 0,47 Euro (2018) bzw. 0,48 Euro (2019) Ausgaben entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V

3 2017 informierte eine Pflegekasse bundesweit 13.000 Pflegeeinrichtungen

Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und BGF sind auf der Website www.gesetze-im-internet.de wiedergegeben. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGBV). Es handelt sich um

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

Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

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

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

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

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

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfadens Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und BGF verfasst: den **Leitfadens Prävention**¹. Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfadens weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2018.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien**² des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmedurchführung), und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

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

Der Leitfadens 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 Leitfadens in der zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

¹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018).

Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGBV. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

² 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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs im **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen¹** 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).

In ihm werden die folgenden Handlungsfelder definiert: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Des Weiteren legt der Leitfaden die Präventionsziele in der stationären Pflege fest. Diese gelten als erfüllt, wenn die Pflegeeinrichtung – unterstützt durch die Pflegekasse – ein Konzept für die Prävention im jeweiligen Handlungsfeld vorweist und Maßnahmen zu dessen Umsetzung ergriffen hat. Des Weiteren werden im Leitfaden die Kriterien für Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung festgelegt.

Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

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

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

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

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

Für die Angabe 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 Deutsch-

¹ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

land mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

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

Die eingangs genannten Dokumentationsbögen werden bereits im 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 BGF programmiert. Wenn sich dadurch Hinweise auf implausible Daten ergeben, werden diese in der Regel in fehlende Werte umgewandelt. In einigen Fällen werden die Krankenkassen über den jeweiligen Bundesverband um Klärung bzw. Korrekturen hierzu gebeten.

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

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

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

Tabellenband

Alle Aussagen zu Grundgesamtheiten im Präventionsbericht beziehen sich auf die im **Tabellenband**¹ ausgewiesene Summe gültiger Angaben aus den Dokumentationsbögen.

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können ebenfalls dem Tabellenband entnommen werden.

¹ www.mds-ev.de

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

Dr. Susanne Bauer,
MDS, Essen

Laura Geiger,
MDS, Essen (bis März 2020)

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

René Niggemann,
MDS, Essen (ab März 2020)

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

Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Christina Singer,
AOK Bayern, Nürnberg

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Susanne Wilhelmi,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Ruth Zaunbrecher,
AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Yvonne Ehmen,
AOK-Bundesverband, Berlin

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Laura Geiger,
MDS, Essen (bis März 2020)

Dr. Andrea Kimmel,
MDS, Essen

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

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Waltraud Wagner,
IKK e. V., Berlin

René Niggemann,
MDS, Essen (ab März 2020)

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

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------|---|----|
| Abb. 1: | Kommunales Förderprogramm: Antragstellungen im Förderprogramm „Kommunaler Strukturaufbau“ | 16 |
| Abb. 2: | Organisationsstruktur zur Umsetzung der LRV in Thüringen. | 37 |
| Abb. 3: | Zahlen im Überblick. | 38 |
| Abb. 4: | GKV-Ausgaben 2019 | 40 |
| Abb. 5: | Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen | 41 |
| Abb. 6: | Inanspruchnahme nach Geschlecht | 42 |
| Abb. 7: | Anzahl der Lebenswelten 2009–2019 | 44 |
| Abb. 8: | Art und Anzahl der Lebenswelten | 45 |
| Abb. 9: | Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“ | 46 |
| Abb. 10: | Direkt erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten. | 47 |
| Abb. 11: | Zielgruppen | 48 |
| Abb. 12: | Kooperationspartner | 49 |
| Abb. 13: | Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium | 50 |
| Abb. 14: | Methoden der Bedarfsermittlung | 51 |
| Abb. 15: | Inhalte | 52 |
| Abb. 16: | Inhalte der Erfolgskontrollen | 54 |
| Abb. 17: | Inhalte | 56 |
| Abb. 18: | Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte | 59 |
| Abb. 19: | Branchen | 60 |
| Abb. 20: | Betriebsgröße | 61 |
| Abb. 21: | Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte. | 62 |
| Abb. 22: | Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung. | 63 |
| Abb. 23: | Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben. | 64 |
| Abb. 24: | Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung | 65 |
| Abb. 25: | Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße | 66 |
| Abb. 26: | Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen | 67 |
| Abb. 27: | Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. | 68 |
| Abb. 28: | Bedarfsermittlung | 69 |
| Abb. 29: | Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen. | 72 |
| Abb. 30: | Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen | 72 |
| Abb. 31: | Inhalte der Erfolgskontrollen | 73 |
| Abb. 32: | Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen | 76 |
| Abb. 33: | Organisationen als Kooperationspartner | 77 |
| Abb. 34: | Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße | 78 |
| Abb. 35: | Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder | 79 |
| Abb. 36: | Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt | 82 |
| Abb. 37: | Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern | 83 |
| Abb. 38: | Inanspruchnahme nach Alter | 84 |
| Abb. 39: | Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter. | 85 |
| Abb. 40: | Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht. | 86 |
| Abb. 41: | Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern | 89 |
| Abb. 42: | Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben | 92 |

| | |
|--|-----|
| Abb. 43: Laufzeit der Aktivitäten | 93 |
| Abb. 44: Mitwirkende im Steuerungsgremium | 94 |
| Abb. 45: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten | 95 |
| Abb. 46: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase | 96 |
| Abb. 47: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase | 97 |
| Abb. 48: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen. | 98 |
| Abb. 49: Durchgeführte Evaluationen | 99 |
| Abb. 50: Erreichte Pflegebedürftige | 100 |
| Abb. 51: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen | 101 |
| Abb. 52: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium | 103 |
| Abb. 53: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten | 104 |
| Abb. 54: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität. | 105 |
| Abb. 55: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen | 105 |
| Abb. 56: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit | 106 |
| Abb. 57: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt. | 106 |
| Abb. 58: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen | 117 |



MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

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

GKV
Spitzenverband

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