Medizinischer Dienst Bund

Präventionsbericht 2024

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2023

Impressum

Autorinnen
Lena Kaun
Cecilia Brunoni
Medizinischer Dienst Bund

Herausgeber
Medizinischer Dienst Bund
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

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

Gestaltung
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck
Druckerei Lokay e. K.

November 2024

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel: 2xSamara.com/AdobeStock
S. 2: Picture People (2)
S. 5: Florian Küttler https://floriankuettler.de (o.); LICHTSCHACHT – Studie für Fotografie, Olaf Schwickerath (u.)
S. 14: Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (o.); Tom Maelsa/tommaelsa.com (u.)
S. 15 Max Rolke, Kreis Unna (o.); privat (m.); Georg J. Lopata (u.)
S. 59: Sara Blake, Fotostudio Licht & Schatten (o.); Markus Altmann | Fotografie (markus-altmann.de) (u.)
S. 99 Michelle Strebe (o.); Tom Maelsa/tommaelsa.com (u.)
S. 101: Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 137: vacances Mobiler Pflegedienst GmbH, Jürgen Weemeyer

PRÄVENTIONSBERICHT 2024

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2023

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

GKV-Spitzenverband, Berlin

Medizinischer Dienst Bund, Essen

Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Dachverband, Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

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

Vorwort

Der aktuelle Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2023 stellt in gewohnter und bewährter Form Transparenz über die Aktivitäten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI her. Er dokumentiert die Anzahl der erbrachten Leistungen und erreichten Personen beziehungsweise Institutionen ebenso wie deren inhaltlichen Schwerpunkte und die aufgewendeten finanziellen Mittel. Außerdem wird durch Praxisbeispiele veranschaulicht, wie die Arbeit der Kranken- und Pflegekassen vor Ort umgesetzt wird. So geben die 16 neu gegründeten Arbeitsgemeinschaften des GKV-Bündnisses für Gesundheit einen Einblick in ihr landesspezifisches Engagement. Im Sonderteil zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege werden im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege zum fünften und nun letzten Mal nicht nur Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende, sondern auch damit verzahnte Aktivitäten für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen abgebildet.

Der vorliegende Präventionsbericht erscheint in einer gesundheitspolitisch bedeutsamen Phase: Das Bundeskabinett hat am 28. August 2024 mit dem „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) ein Vorhaben auf den Weg gebracht, welches das Potenzial hat, das Leistungsspektrum der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention zugunsten medizinischer Maßnahmen einzuschränken. Der Gesetzentwurf zur Stärkung der Herzgesundheit und zur Vermeidung und besseren Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sieht u. a. eine Finanzierung neu einzuführender ärztlicher und medikamentöser Maßnahmen zulasten der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, z. B. für Präventionskurse, vor. Also gerade jener Leistungen, die entsprechend dem Leitgedanken der Prävention darauf ausgerichtet sind, Versicherte dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Ressourcen zu stärken. Ein Blick in den vorliegenden Präventionsbericht zeigt, dass die Krankenkassen allein im vergangenen Jahr über 1,6 Millionen Teilnahmen an zertifizierten Präventionskursen ermöglicht haben. Das GHG würde den verlässlichen Rahmen für diese qualitätsgeprüften Angebote gefährden.

Wir danken den Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen für ihren Einsatz in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die Dokumentation ihrer Maßnahmen für den Präventionsbericht. Den Mitarbeiterinnen des Medizinischen Dienstes Bund danken wir für die Datenauswertung und -aufbereitung sowie die Berichtserstellung.

Wir wünschen eine informative Lektüre.

Stefanie Stoff-Ahnis
Vorständin
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Stefan Groenemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Inhalt

Vorwort ... 5

Zusammenfassung ... 10

GKV-Bündnis für Gesundheit – Verstärkung der Aktivitäten auf Landesebene ... 14
Potenziale kommunaler Gesundheitsförderung – wieso die Kommunen den Erfolg (mit)bestimmen ... 15

Das GKV-Bündnis für Gesundheit in den Bundesländern ... 17
Baden-Württemberg ... 18
Bayern ... 19
Berlin ... 20
Brandenburg ... 21
Bremen ... 22
Hamburg ... 23
Hessen ... 24
Mecklenburg-Vorpommern ... 25
Niedersachsen ... 26
Nordrhein-Westfalen ... 27
Rheinland-Pfalz ... 28
Saarland ... 29
Sachsen ... 30
Sachsen-Anhalt ... 31
Schleswig-Holstein ... 32
Thüringen ... 33

Zahlen im Überblick ... 34
GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V) ... 36
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) ... 37
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht ... 38

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ... 39
Anzahl der Lebenswelten ... 41
Art und Anzahl der Lebenswelten ... 42
Laufzeit ... 43
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ ... 44
Zielgruppen ... 45
Strategien, die das Erreichen besonderer Zielgruppen befördern können ... 46
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben ... 47
Koordination und Steuerung ... 48
Bedarfsermittlung ... 49
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen ... 50
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten ... 51
Art der Umgestaltung ... 51
Nutzung digitaler Formate ... 51

Erfolgskontrollen 51
Übergreifende Aktivitäten 52
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 53

Betriebliche Gesundheitsförderung 57
BGF-Koordinierungsstellen: einheitliche Gesundheitsberatung für Klein-, Kleinst- und mittelständische Unternehmen 59
Erreichte Betriebe, Anteil an „ungelernten" Beschäftigten und Laufzeiten der Aktivitäten 62
Branchen 63
Betriebsgröße 64
Erreichte Beschäftigte 65
Zielgruppen 66
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben 67
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung 68
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße 69
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen 70
Koordination und Steuerung 71
Bedarfsermittlung 72
Formen der Mitarbeitendenbeteiligung 73
Arbeitsunfähigkeitsanalysen 74
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten 75
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen 76
Klima 78
Nutzung digitaler Formate 79
Erfolgskontrollen 79
Aktivitäten der Krankenkassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen 80
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung 81
Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen 81
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe 82
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation 86
Evaluation 86
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung 87

Individuelle verhaltensbezogene Prävention 91
Inanspruchnahme 92
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern 93
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht 95
Evidenzbasierte Qualitätssicherung in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention 99

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI 101
Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess 102
Leistungen in der Vorbereitungsphase 103
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation 104
Ablauf der Umsetzungsphase 105
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten 109
Zielgruppen 113
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen 114
Laufzeit der Aktivitäten 115
Nutzung digitaler Formate 116
Zusammensetzung der Steuerungsgremien 117
Beteiligte und Kooperationspartner 118
Aktivitäten der Pflegekassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen 120
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen 121
Präventionsziele in der stationären Pflege 122
Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen 124

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege 128
„Lokale Gegebenheiten bestimmen die Maßnahmen“ 129
Care4Care: Wirksames BGF-Instrument für die Pflegebranche 130
Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei
Gewaltpräventionsprojekt erfolgreich abgeschlossen 131
Kompetenzentwicklung in der Lebenswelt Pflege 132
Wohl.Fühlen – Gewaltprävention und sexuelle Selbstbestimmung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen 133
Pflege gestalten – Gesundheit erhalten 134
A.D.A.M. – Achtsam dabei, achtsam miteinander 135
Mit kühlem Kopf durch heiße Tage – Hitzeresilienz in der stationären Langzeitpflege stärken 136
Innere Stärke – Resilienz in der Tagespflege 137
Weil Leben Bewegung ist – Projekt „Bewegte Tagespflege“ 138
CaResource – die Lebens- und Arbeitswelt der stationären Langzeitpflege gesundheitsförderlich gestalten 139

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick 140

Anhang.....142
Wichtige Kennziffern.....142
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen.....144
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....144
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention.....145
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention.....145
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....146
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen.....146
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....147
Tabellenband.....148
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht.....149
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....149
Abbildungsverzeichnis.....150

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2024 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und in der Individualprävention sowie über die Leistungen der Pflegekassen in der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2023. Ein Sonderteil gibt zum mittlerweile fünften und letzten Mal einen vertiefenden Einblick in die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Nachfolgend wird eine Zusammenfassung zu den Abschnitten des Präventionsberichts gegeben.

GKV-Bündnis für Gesundheit – Verstärkung der Aktivitäten auf Landesebene

Der Beitrag widmet sich der Neuordnung des GKV-Bündnisses für Gesundheit – der kassenartenübergreifenden Initiative zur Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Basis dafür ist eine im Mai 2023 in Kraft getretene gesetzliche Neuregelung des § 20a Abs. 3 bis 8 SGB V. Die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden stärker auf die Landesebene verlagert. Dadurch ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände neue Gestaltungsmöglichkeiten, für die es im Berichtsjahr Rahmenbedingungen und Prozesse zu definieren und Strukturen aufzubauen galt. Ein Schwerpunkt des GKV-Bündnisses für Gesundheit ist die Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung. In den vergangenen Jahren wurden durch das Bündnis eine Vielzahl an Aktivitäten auf den Weg gebracht und gesundheitsfördernde Strukturen insbesondere auf kommunaler Ebene auf- und ausgebaut.

Potenziale kommunaler Gesundheitsförderung – wieso die Kommunen den Erfolg (mit)bestimmen

Gesundheit zu erhalten, ist ein gesamtgesellschaftliches Ziel und damit eine zentrale Aufgabe kommunaler Daseinsvorsorge. Der Beitrag beleuchtet, mit welchen Potenzialen und Herausforderungen kommunale Gesundheitsförderung verbunden ist, und beschreibt deren Erfolgsfaktoren.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit in den Bundesländern

Die neu gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften des GKV-Bündnisses für Gesundheit geben einen Einblick in ihr landesspezifisches Engagement. Die Beiträge verdeutlichen die Vielfalt der Aktivitäten, die in den vergangenen Jahren unter dem gemeinsamen Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Bundesländern entstanden sind und nach der Neureglung des § 20a Abs. 3 bis 8 SGB V fortgeführt und ausgebaut werden.

Zahlen im Überblick

Die Krankenkassen erreichten im Berichtsjahr 2023 mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt etwa 7,7 Mio. Menschen in 46.971 Settings (2022: ca. 8,4 Mio.[1] Menschen in 50.349 Settings).

Mit Aktivitäten der BGF wurden knapp 2,2 Mio. Beschäftigte in 29.668 Betrieben angesprochen (2022: ca. 2,0 Mio. Menschen in 26.439 Betrieben). Die Krankenkassen förderten rund 1,6 Mio. Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention (2022: ca. 1,3 Mio. Teilnahmen).

Bezogen auf die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention lässt sich eine Steigerung gegenüber dem Berichtsjahr 2022 feststellen. Die Krankenkassen gaben für die drei Bereiche insgesamt 630.579.435 Euro aus (2022: 583.867.822 Euro). Im Durchschnitt wurden 8,49 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind etwa 7 % mehr als im Vorjahr (2022: 7,93 Euro). Der Orientierungswert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für das Jahr 2023 von 8,19 Euro je Versicherten konnte damit sogar

1 Die Zahl der in Lebenswelten erreichten Personen im Berichtsjahr 2022 wurde nach Erscheinen des Präventionsberichts 2023 von 9.262.221 auf 8.373.303 korrigiert (Präventionsbericht 2023, 2., korrigierte Auflage, September 2024).

überschritten werden. Der Anstieg der Ausgaben ist auf ein höheres Ausgabenvolumen in allen drei Bereichen zurückzuführen: Die Ausgaben für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten lagen bei 167.036.473 Euro (2022: 158.655.700 Euro), für BGF-Maßnahmen bei 268.962.864 Euro (2022: 257.421.055 Euro)[2]. Für individuelle Präventionsangebote wendeten die Krankenkassen 194.580.097 Euro auf (2022: 167.791.066 Euro).

Die Pflegekassen erreichten im Berichtsjahr 2023 mit ihren Präventionsmaßnahmen 125.633 pflegebedürftige Menschen in 2.796 stationären Pflegeeinrichtungen. Die Anzahl erreichter pflegebedürftiger Menschen (2022: 101.199) sowie erreichter Pflegeeinrichtungen (2022: 2.529) konnte somit im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden. Auch die Ausgaben der Pflegekassen liegen mit 20.133.636 Euro über dem Ausgabenwert des Vorjahres (2022: 18.461.831 Euro). Im Durchschnitt wurden 0,27 Euro pro Pflegeversicherten ausgegeben (2022: 0,25 Euro). Der Mindestausgabewert nach § 5 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 0,35 Euro pro Pflegeversicherten wurde unterschritten, jedoch konnten die Pflegekassen ihre bisher höchsten Ausgaben für Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen verzeichnen.

In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen lässt sich mit Blick auf die Anzahl der Dokumentationsbögen bzw. der durchgeführten Aktivitäten sowie mit Blick auf die Ausgaben im Vergleich zu 2022 insgesamt eine Steigerung feststellen. Insbesondere auf Ebene der individuellen verhaltensbezogenen Prävention ist ein deutlicher Anstieg der Kursteilnahmen und der Ausgaben zu verzeichnen.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Für die Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention engagieren sich die gesetzlichen Krankenkassen sowohl kassenindividuell als auch kassenartenübergreifend, wie z. B. im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Insgesamt konnten durch kassenindividuelle und kassenartenübergreifende Aktivitäten 46.971 Lebenswelten (u. a. Kita[3], Schule oder Kommunen) erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang um 7 % zu verzeichnen (2022: 50.349). Die meisten Aktivitäten wurden in Kitas (32 %) und Grundschulen (21 %) umgesetzt. Insgesamt konnten 7.698.972 Kinder/Jugendliche und Erwachsene in Lebenswelten erreicht werden (2022: 8.373.303).

Der vorliegende Bericht gibt auch einen Einblick in die inhaltliche Ausgestaltung der Aktivitäten. Mit 68 % war der Großteil der durchgeführten Interventionen auf das Thema Gesundheitskompetenz ausgerichtet, gefolgt von den Themenfeldern Ernährung und Bewegung mit jeweils 66 % sowie Stärkung psychischer Ressourcen und Stressreduktion/Entspannung mit jeweils 61 %. Bei einem Großteil der Aktivitäten wurden Steuerungsgremien etabliert (zu 86 %). Eine solche Steuerungsstruktur (z. B. ein zentrales Gremium) begleitet die Gesundheitsförderungsmaßnahmen von der Bedarfsanalyse über die Planung bis zur Umsetzung und Evaluation.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit Maßnahmen der BGF konnten die Krankenkassen 2.187.858 Beschäftigte in 29.668 Betrieben erreichen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Betriebe und die der erreichten Beschäftigten damit erneut gestiegen (2022: 1.975.093 Beschäftigte in 26.439 Betrieben). Mit 27 % wurden auch im Berichtsjahr 2023 die meisten Betriebe im

2 Die Ausgaben in der BGF enthalten nicht-verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 13,3 Millionen Euro, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist die nicht-verausgabten Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

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

Bereich „weitere Dienstleistungen“ erreicht. Hierzu zählen u. a. freiberufliche, wissenschaftliche, technische und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen. Darauf folgen das verarbeitende Gewerbe mit 25 % und das Gesundheits- und Sozialwesen mit 18 %.

Die Krankenkassen engagierten sich zudem in 150 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF. Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) konnten auch in diesem Berichtsjahr am stärksten von überbetrieblichen Netzwerken profitieren. Diese waren mit 39 % am häufigsten an Netzwerken und Kooperationen beteiligt.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Verhaltensbezogene Präventionsangebote fokussieren das individuelle Gesundheitsverhalten und die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten. 2023 wurden insgesamt 1.613.532 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert, was eine Zunahme um etwa 25 % im Vergleich zum letzten Berichtsjahr bedeutet (2022: 1.294.193). Im Berichtsjahr 2023 wird bezüglich der Individualprävention erstmals zwischen Präsenz- und Online-Angeboten differenziert. Unter allen individuellen verhaltensbezogenen Präventionskursen fanden 78 % in Präsenz und 22 % als Onlinekurs statt.

Wie im Vorjahr waren rund 80 % aller Teilnehmenden weiblich. Mit 60 % wurden am häufigsten Kursangebote im Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen, gefolgt von Kursteilnahmen im Handlungsfeld Stressmanagement mit 35 %.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Berichtsjahr 2023 haben die Pflegekassen in 3.531 Pflegeeinrichtungen zu den Möglichkeiten und Inhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten informiert und beraten. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit eine deutliche Zunahme bei der Informationsvermittlung festzustellen (2022: 2.186 beratene Einrichtungen).

Auch die Aktivitäten in der Umsetzungsphase konnten im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden. So wurden in 2.796 Pflegeeinrichtungen präventive Leistungen entsprechend dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ umgesetzt (2022: 2.529 Pflegeeinrichtungen). Die Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen beläuft sich insgesamt auf schätzungsweise 125.633 (2022: 101.199).

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Mit der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) hat sich die Bundesregierung gemeinsam mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kranken- und Pflegekassen, den Ausbildungsträgern, den Berufsgenossenschaften, den Sozialpartnern u. a. das Ziel gesetzt, die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von beruflich Pflegenden zu verbessern. Inhalt des umfassenden Maßnahmenpakets ist u. a. die Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten BGF-Aktivitäten für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ wird zum fünften und letzten Mal über das Engagement der Kranken- und Pflegekassen berichtet. In diesem Jahr wird anhand von elf Beispielen aus der Praxis ein Einblick in das thematisch breit gefächerte gemeinsame Engagement der Kranken- und Pflegekassen in der Pflege gegeben. Besondere Themen sind hier u. a. die Verknüpfung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention der Kranken- und Pflegekassen und das Thema Gewaltprävention.

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick
Die Dokumentation für das Berichtsjahr 2023 zeigt eine weiterhin positive Entwicklung des Engagements der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wurden nach der gesetzlichen Neuregelung von § 20a SGB V im Mai 2023 für das GKV-Bündnis für Gesundheit die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, die Aktivitäten ab 2024 auf neuer gesetzlicher Grundlage fortzuführen und insbesondere auf Landesebene auszubauen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind als Querschnittsaufgaben in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verorten. Neben verbindlichen Kooperationen sind hierfür auch verlässliche Zuständigkeiten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene notwendig. Um bessere Rahmenbedingungen für den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen, bedarf es der Umsetzung bereits lange angekündigter Reformvorhaben wie der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes.

Um Versicherte und Bürgerinnen und Bürger dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und gesundheitliche Ressourcen zu stärken, gilt es zudem, aktuelle Bedarfe im Blick zu behalten und Handlungsrahmen entsprechend anzupassen (z. B. Vorbeugung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren).

GKV-Bündnis für Gesundheit – Verstärkung der Aktivitäten auf Landesebene

Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband

Christine Witte,
GKV-Spitzenverband

Das Jahr 2023 war für das GKV-Bündnis für Gesundheit – die kassenartenübergreifende Initiative zur Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention – geprägt durch die gesetzliche Neuregelung des § 20a Abs. 3 bis 8 SGB V[4], welche im Mai 2023 in Kraft trat.

Durch die gesetzliche Neuregelung entfiel die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband, die aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2021 ausgesetzt wurde. Bis Ende 2023 wurde das GKV-Bündnis für Gesundheit nahtlos durch die gesetzliche Krankenversicherung weitergeführt. Ein zentrales Element der gesetzlichen Neuregelung ist, dass die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit stärker auf die Landesebene verlagert werden. Dadurch ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände neue Gestaltungsmöglichkeiten, für die es im Berichtsjahr Rahmenbedingungen und Prozesse zu definieren und Strukturen aufzubauen galt.

Die gesetzliche Krankenversicherung versteht sich weiterhin über das GKV-Bündnis für Gesundheit als Impulsgeber in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung. Bewährte Aktivitäten und Strukturen werden fortgeführt und weiterentwickelt. Dazu zählen neben dem Kommunalen Förderprogramm auch das alkoholpräventive Programm „HaLT – Hart am LimiT“ sowie „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“[5].

Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Landesebene

Gemäß ihrem neuen gesetzlichen Auftrag bildeten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Bundesland Arbeitsgemeinschaften. Im vorliegenden Präventionsbericht gibt jede dieser Landesarbeitsgemeinschaften einen Einblick in ihre Aktivitäten (vgl. S. 17 ff.). Die Beiträge geben einen Eindruck von der Vielfalt an Aktivitäten und Projekten des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Ländern. Vulnerable Zielgruppen, wie Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien oder Menschen mit Behinderungen, stehen dabei ebenso im Fokus wie Bemühungen um tragfähige und nachhaltige Strukturen zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention.

Aktivitäten des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Landesarbeitsgemeinschaften bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben u. a. durch die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen, Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen sowie die Entwicklung und Erprobung gesundheitsförderlicher Konzepte. Damit verbunden ist der GKV-Spitzenverband verantwortlich für die Erstellung eines jährlichen Arbeitsprogramms unter Einbindung der Nationalen Präventionskonferenz. Das Arbeitsprogramm empfiehlt unter anderem bundeseinheitliche Handlungsfelder und Schwerpunkte für das GKV-Bündnis für Gesundheit und umfasst Maßnahmen von bundesweiter Bedeutung. Mitteleinzug und Mittelverteilung an die Landesarbeitsgemeinschaften erfolgen ebenso über den GKV-Spitzenverband wie die jährliche Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit. Im Jahr 2027 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zudem erstmals die Ergebnisse einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation der Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften und der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes vorzulegen.

Informationen über das GKV-Bündnis für Gesundheit und zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention werden auf dem Portal www.gkv-buendnis.de veröffentlicht.

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

5 Ehemaliger Projektname: Kooperationsprojekt von Krankenkassen und Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt.

Potenziale kommunaler Gesundheitsförderung – wieso die Kommunen den Erfolg (mit)bestimmen

Kommunale Daseinsvorsorge

Kommunale Daseinsvorsorge heißt, alle Menschen zu erreichen. Gesundheit ganzheitlich zu betrachten, bedeutet den Blick auf die Menschen und ihre Lebenswelten zu richten. Wie gestalten sich Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen? Welchen Umwelteinflüssen sind Menschen vor Ort ausgesetzt? Welche Risikokonstellationen zeigen sich in Settings? Die Gesundheit der Menschen zu fördern, muss dabei sowohl beim Individuum als auch bei ihren Lebenswelten ansetzen. Es gilt, klug und sinnhaft verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze zu verbinden. Hier liegt die Chance der kommunalen Gesundheitsförderung.

Kommunale Gesundheitsförderung – wie kommunale Initiativen gelingen können

Damit kommunale Gesundheitsförderung erfolgreich sein kann, müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Kommunale Gesundheitsförderung findet nicht nur in, sondern auch mit Kommunen statt. Bereits in der kommunalen Verwaltung muss „Health in all Policies“ mit Leben gefüllt werden. Eine zentrale Herausforderung ist die versäulte Struktur in Verwaltungen in Kombination mit oft starren Hierarchien. Formuliert Verwaltung einen Gestaltungsanspruch, bedarf es daher einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Organisation. Viele Verwaltungen haben sich auf den Weg gemacht und fordern für sich einen Modernisierungsprozess ein. Die Herausforderungen für die Verwaltung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sind identisch. So werden nur resiliente Verwaltungsorganisationen künftige Transformationsprozesse mitgestalten können. Der ÖGD ist eingebettet in die Struktur einer kommunalen Verwaltung. Versteht sich der ÖGD als zentraler Akteur für die kommunale Gesundheitsförderung, ist ein wesentlicher Schritt, durch zielführende Koordination und Kooperation die eigenen Reihen für die Themen der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und die interne Akzeptanz zu erhöhen. Ein Zugang sind integrierte Strategien und daraus resultierende Handlungskonzepte. Die Kommunen haben hier u. a. durch kommunale Präventionsketten[6] oder ein kleinräumiges Monitoring Erfahrungen sammeln können. Zugleich stehen etablierte Instrumente wie die Gesundheitsberichterstattung oder die Kommunale Gesundheitskonferenz zur Verfügung.

Nimmt man den Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge ernst, ist der kleinste gemeinsame Nenner aller handelnden Personen in der Verwaltung, die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Mit dem Begriff der Lebensqualität können alle Bereiche der Verwaltung mitgenommen werden. Erfolgsfaktoren sind zudem die klare Unterstützung durch alle Verwaltungs- und auch der politischen Ebenen sowie die Entwicklung einer tragenden Struktur mit dem Ziel eines integrierten Handlungskonzeptes, welches mit etablierten Instrumenten und verbindlichen Ressourcen ausgestattet ist. Prävention lebt vom klaren Bekenntnis zur Beteiligung, aber auch von Schlüsselpersonen und „Kümmerern“ vor Ort.

Gemeinsam und auf Augenhöhe Gesundheitsförderung in den Blick nehmen

In der Praxis bedeutet das: Um erfolgreich Präventionsaktivitäten zu initiieren, müssen die relevanten regionalen Akteure gemeinsam an einen Tisch kommen. Das klingt einfach. Die Praxis zeigt aber auch, dass es Initiatoren vor Ort braucht. Oft übernehmen Krankenkassen diese Rolle, indem sie Kommunen bei der Planung und Durchführung von Projekten zur Förderung der Gesundheit beraten und unterstützen. Und es zeigt sich, wie wichtig es ist, Akteure gemeinsam an einen Tisch zu bringen und Raum für das Thema „Gesundheitsförderung“ zu schaffen. Denn genau das braucht es: gemeinsam aus verschiedenen Blickwinkeln auf das Thema „Gesundheit“ zu schauen sowie verschiedenes Know-how und notwendige Strukturen zur Förderung dieser zu bündeln. Eine gemeinsam

Dr. Katrin Linthorst,
Stadt Wuppertal

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

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

6 Beim Aufbau einer Präventionskette geht es darum, unterschiedliche kommunale Akteure und Institutionen zu vernetzen und deren Angebote aufeinander abzustimmen.

definierte Zielsetzung ist eine wichtige Voraussetzung, um die vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten bestmöglich auszuschöpfen, weitere Akteure entsprechend ihrer Zuständigkeiten einzubinden und ein kooperatives sowie stabiles Netzwerk für Gesundheitsförderung, die den Menschen vor Ort dient, zu etablieren.

Erfolgsrezept: Kapazitätsentwicklung und Netzwerke in der Kommune

Gesundheitsförderung in der Kommune ist somit eine wichtige politische Aufgabe. Insbesondere Kommunen haben einen wesentlichen Einfluss auf Strukturentwicklungen, eine abgestimmte Gestaltung von Unterstützungsangeboten und kennen maßgebliche Zugangswege zu den Menschen vor Ort. Ihnen kommt deshalb in puncto Gesundheitsförderung eine Schlüsselrolle zu. Dort, wo Menschen sich begegnen, ihre Freizeit verbringen und ihr Leben gestalten, kann erheblich zu gesundheitsbewussten Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen beigetragen werden. Vor Ort lassen sich Menschen am besten erreichen: durch ein vernetztes Agieren und im besten Fall einen strukturierten kommunalen Gesundheitsförderungsprozess. Doch was braucht es dafür? Wichtig ist, dass bestehende Strukturen und Netzwerke als Ausgangsbasis genutzt werden und Maßnahmen sowie Konzepte unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger vor Ort und/oder einzelner Zielgruppen wie z. B. ältere Menschen im Quartier entwickelt und umgesetzt werden. In Kommunen können zudem Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die von Gesundheitsförderungsangeboten bisher weniger profitierten. Nur wenn die Angebote auf die Bedürfnisse vor Ort ausgerichtet sind, werden sie in Anspruch genommen. Wie genau ein Gesundheitsförderungsprozess zum Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen gelingen kann, zeigen zum Beispiel der Wegweiser des GKV-Bündnisses für Gesundheit[7] oder der mit vielen praktischen Beispielen angereicherte Praxisleitfaden „Gesund älter werden im ländlichen Raum“[8] eines von den Ersatzkassen und dem vdek von 2018 bis 2020 geförderten Projekts in Kooperation mit dem AWO Bundesverband e. V.

Nachhaltigkeit sichern

Die Unterstützung kommunaler Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen ist an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft, wie z. B. die Anforderung, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen dauerhaft angelegt und langfristig verfolgt werden müssen. Ein bewährtes Instrument ist hierbei z. B. die Umsetzung von „Nachhaltigkeitswerkstätten“: In einem Format mit Workshop-Charakter setzen sich die zentralen kommunalen Akteure zusammen und beraten die Verstetigung von aufgebauten Strukturen. Das Format der „Nachhaltigkeitswerkstätten“ kann in der Publikation „Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum“[9] nachgelesen werden.

Kommunale Gesundheitsförderung – ein Ausblick

Gesundheit zu erhalten, muss weiterhin das gesamtgesellschaftliche Ziel sein, und da gibt es noch Einiges gemeinsam zu tun: In den letzten Jahren wurde der Fokus bereits stärker auf den Auf- und Ausbau von Strukturen gelegt, die einen gesundheitsfördernden Lebensstil besser ermöglichen und die gesundheitliche Chancengleichheit stärken. Und genau hier müssen alle relevanten Akteure weiter am Ball bleiben: Es braucht einfache und bedarfsausgerichtete Strukturen und eine Kommunikation auf Augenhöhe, um in der Gesundheitsförderung erfolgreich zu sein. Auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Menschen und Organisationen spielt dabei eine entscheidende Rolle. Denn: Gesundheit zu fördern, gelingt nur dann, wenn sich alle relevanten Akteure einbringen und mehr Raum für die Gesundheitsförderung schaffen.

7 https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/wegweiser/wegweiser_1.html#wegweiser
8 https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/aeltere-menschen/quartiersprojekt-fuer-aeltere-14
9 https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/aeltere-menschen/gesund-altern-und-pflegen-im-quartier-67

Das GKV-Bündnis für Gesundheit in den Bundesländern

Das GKV-Bündnis für Gesundheit verstärkt seine Aktivitäten auf der Landesebene. Basis dafür ist eine 2023 in Kraft getretene gesetzliche Neuregelung (s. S. 14). Auf den folgenden Seiten geben die neu gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften des GKV-Bündnisses für Gesundheit einen Einblick in ihr landesspezifisches Engagement.

Die Autorinnen und Autoren stellen dazu ausgewählte Aktivitäten der Gesundheitsförderung in ihrem Bundesland vor. Ergänzt wird diese Darstellung durch einen kurzen Steckbrief zur Landesarbeitsgemeinschaft. Dieser informiert über die eigenen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und die Gestaltung der Schnittstelle zu den Landesrahmenvereinbarungen (LRV)[10]:

- Wo ist die Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft angesiedelt?
- Kontaktdaten
- Gibt es eine Schwerpunktsetzung hinsichtlich Zielgruppen oder Themen?
- Wie wird die Schnittstelle zur LRV gestaltet?

Die Beiträge der Landesarbeitsgemeinschaften geben einen Eindruck von der Vielfalt der Aktivitäten und Initiativen in den Bundesländern. Ausgehend von den regionalen Bedarfen werden z. B. Projekte für verschiedene vulnerable Zielgruppen umgesetzt oder die Schaffung tragfähiger und nachhaltiger Strukturen zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert.

Weitere Informationen zum GKV-Bündnis für Gesundheit sind unter www.gkv-buendnis.de zu finden.

GKV-Bündnis für GESUNDHEIT

10 Die Nationale Präventionskonferenz (NPK): https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern (abgerufen am: 27.08.2024).

Baden-Württemberg
Gesund unterwegs im Stadtquartier

AOK Baden-Württemberg

Annalena Szigeth, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Baden-Württemberg, annalena.szigeth@bw.aok.de

Regelmäßige Abstimmungen mit der umsetzenden Stiftung für gesundheitliche Prävention in Baden-Württemberg

Annalena Szigeth,
Geschäftsstelle der ARGE
GKV-Bündnis für Gesundheit
in Baden-Württemberg
c/o AOK Baden-
Württemberg

Das GKV-Bündnis für Gesundheit Baden-Württemberg fördert seit Oktober 2023 über einen Zeitraum von vier Jahren das Modellprojekt „Gesund unterwegs im Stadtquartier – Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner machen", das von der Deutschen Umwelthilfe e. V. gemeinsam mit den Städten Mannheim und Singen durchgeführt wird. Zentrale Ziele sind, Strukturen und Prozesse in den beiden Modellstädten auf eine umweltgerechte und gesundheitsförderliche Stadtentwicklung auszurichten und die Lebensqualität vor Ort zu erhöhen. Hierzu gilt es, die intersektorale Zusammenarbeit innerhalb der Kommunalverwaltung zu fördern (HiaP-Ansatz), um Gesundheitsförderung und Umweltschutz als feste Bestandteile der Gesundheitskonzepte der Städte zu etablieren und nachhaltig zu verankern. Durch die Beteiligung aller Zielgruppen[11] und partizipativ entwickelter Maßnahmen soll die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner werden.

Das Projekt setzt exemplarisch an fünf Schulen[12] und den umliegenden Stadtquartieren an. Als Untersuchungsraum wurden Stadtquartiere mit hohen Verkehrsbelastungen und Versiegelungsgraden, geringen Grünanteilen und wenig Bewegungsmöglichkeiten ausgewählt. Durch das Vorhaben sollen nicht nur möglichst hohe gesundheitsförderliche Effekte erzielt werden, sondern gleichzeitig auch eine ökologische Aufwertung der Quartiere unter den Gesichtspunkten Klimaschutz, Klimawandelanpassung, Stadtnatur und Biodiversität stattfinden.

Das Projekt orientiert sich am Public Health Action Cycle und gliedert sich in folgende Phasen: Nutzung und Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluation.

Um Strukturen aufzubauen, wurden projektbezogene Gremien eingerichtet, die eine nachhaltige Verankerung sicherstellen sollen. Außerdem werden kontinuierlich relevante Akteure identifiziert und informiert, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Im Zuge der Analyse wird die gesundheitliche und umweltrelevante Ausgangs- und Belastungssituation erhoben. Daraus werden quartierspezifische Ziele entwickelt, verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen festgelegt und auf deren Basis ein Beteiligungsfahrplan erstellt (Planung). Es sollen im Rahmen der Umsetzung relevante Akteure in den Kommunen qualifiziert, ein praxisorientierter Leitfaden sowie ein Maßnahmenkatalog erstellt und konkrete Maßnahmen exemplarisch umgesetzt werden. Das ganze Vorhaben wird hinsichtlich folgender Fragestellung evaluiert: Welche regionalen Gelingens-Faktoren zur Etablierung und Verstetigung der gesundheitssensiblen und umweltgerechten Stadt- und Quartiersentwicklung können durch die Kommunen beigetragen und gesichert werden?

11 Schulgemeinschaften, Kinder und Jugendliche, Quartiersbewohnerinnen und -bewohner, Stadtverwaltungen.
12 Drei Schulen im Quartier Unterstadt (Mannheim) und je eine Schule in den Quartieren Südstadt und Innenstadt (Singen).

Bayern
Wenn kommunale Zusammenarbeit funktioniert – Bewegung als Investition in Gesundheit am Beispiel der Odenwald-Allianz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Bayern

Laura Hannemann, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Bayern, laura.hannemann@vdek.com

Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien, Suchtprävention für Kinder und Jugendliche, Ältere Menschen, Menschen in Arbeitslosigkeit, Menschen mit Behinderung

Die Sitzungen der ARGE finden vor den Sitzungen der LRV zur gemeinsamen Abstimmung statt; Teilnahme der GKV-6, der Geschäftsstelle GKV-Bündnis, der Geschäftsstelle LRV an den Sitzungen der LRV-Steuerungsgruppe; regelmäßiger Austausch der Geschäftsstellen LRV und GKV-Bündnis.

Das Projekt „Bewegung als Investition in Gesundheit" (BIG) zielt auf die Bewegungsförderung von Frauen mit sozialer Benachteiligung im kommunalen Setting. Unter Anwendung eines partizipativen Ansatzes sollen in Zusammenarbeit mit den Frauen und verschiedenen Akteuren aus der kommunalen Politik und Praxis gesundheitsförderliche Strukturen und Bewegungsangebote entstehen sowie bestehende Angebote leichter zugänglich gemacht werden.

Mit dem BIG-5-Projekt, koordiniert durch die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), werden seit Dezember 2020 fünf bayerische Städte und erstmals auch Landkreise im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bayern von allen gesetzlichen Krankenkassenverbänden nach § 20a SGB V gefördert.

Umsetzung am Beispiel der Odenwald-Allianz

Einer der geförderten Standorte ist die ländlich geprägte interkommunale Arbeitsgemeinschaft Odenwald-Allianz (OWA), die u. a. als Zielstellung hat, sich gemeinsam für die Gesundheitsförderung ihrer Einwohnenden einzusetzen. Dadurch war eine Zukunftsvision gesetzt, welche durch das BIG-Projekt unterstützt werden konnte.

Mit regelmäßigen Netzwerktreffen, organisiert durch die Koordinationsstelle vor Ort, wurden kommunale Akteure aus Politik und Praxis in die Entwicklung von Bewegungsangeboten einbezogen. Dadurch konnten die Zusammenarbeit gestärkt und die vorhandenen Ressourcen aktiv eingebracht werden.

Aufgrund der Zusammenarbeit mit über 55 lokalen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, darunter Personen aus sozialen Verbänden, Vereinen und privatwirtschaftlichen Unternehmen, konnten gemeinsam mit drei Frauen aus der Zielgruppe (den sogenannten Peers) Bewegungsangebote aufgebaut und beworben werden. Diese fanden u. a. in örtlichen Sporthallen, Räumen von Gemeindezentren oder Verbänden statt. In der OWA konnten durch die kommunale Zusammenarbeit bisher über 25 gesundheitspräventive Bewegungskurse und Workshops, darunter Aquafitness, Yoga und Nordic Walking mit einer stetig wachsenden Teilnehmerinnenzahl umgesetzt werden. Insbesondere erreichte das Projekt Frauen mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Mütter und Seniorinnen.

Ausblick

Durch die interkommunale Zusammenarbeit und Kooperationen zwischen Verbänden und Vereinen konnten Strukturen nachhaltig geschaffen und gestärkt werden. Die Relevanz der Koordinationsstelle wird von den politischen Entscheidungsträgern erkannt, sodass diese zusammen mit den entstandenen Maßnahmen verstetigt wird und weitere Zielgruppen in den Blick genommen werden sollen.

Laura Hannemann, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Bayern

Dr. Maike Till, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)

Berlin
Zusammen für eine gesunde Hauptstadt

- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Berlin/Brandenburg
- Patrick Fischer, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin, patrick.fischer@vdek.com
- Zukünftig sollen insbesondere Strukturen und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention mit landesweiter Tragweite entwickelt, implementiert und umgesetzt werden.
- Umsetzung von Workshops zur inhaltlichen/organisatorischen Neuausrichtung des Gremiums; gemeinsame Steuerungsrunden, um Themen, Zielgruppen und Maßnahmen abzustimmen; ARGE-Geschäftsstelle fungiert als Schnittstelle zwischen GKV- und LRV-Akteuren

Rebecca Zeljar,
Geschäftsführung der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin

Patrick Fischer,
Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin

2021 wurde durch „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) zusammen mit den kooperierenden Schnittstellen der ressortübergreifenden Gemeinschaftsinitiativen, den Senatsverwaltungen für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sowie Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen und den Akteuren der LRV ein Landesprogramm implementiert und etabliert, welches gesundheitsförderliche Strukturen wirkungsorientiert in sozial benachteiligten Gebieten adressiert.

Die Aktionsfelder und Themenschwerpunkte in den 16 Handlungsräumen sind so vielfältig und facettenreich wie die Bezirke selbst.[13] Seit Februar 2023 findet eine externe Evaluation von GiB durch das IGES-Institut statt. Die Ergebnisse fließen in die Weiterentwicklung des Landesprogramms ein. Eine Folgeförderung des Programms ab 2025 wird durch alle beteiligten Partner angestrebt.

Eine weitere Schwerpunktaktivität der LRV-Beteiligten stellt das qualitätsgesicherte Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ („Landesprogramm gute gesunde Kita“, LggK) dar. Das LggK[14] ist ein bezirksübergreifendes umfassendes Organisationsentwicklungsprogramm, welches durch einen strukturierten und ganzheitlichen Ansatz die Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung der Bildungs- und Gesundheitsqualität in der Kita thematisiert und damit die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Kita-Involvierten adressiert. Das Landesprogramm konnte inzwischen dank der Unterstützung der LRV-Partner auf alle Berliner Bezirke ausgeweitet werden.

Im Oktober 2023 fand die öffentliche Landesgesundheitskonferenz zum 20. Mal statt. Klassischerweise berichteten die Mitglieder über relevante Themen der Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Prävention in Berlin. Beim Jubiläum wurden das Erreichte gewürdigt und der Blick nach vorne gerichtet.

13 https://gesundinberlin.org/
14 https://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/

Brandenburg
Zukunftsthemen kommunal gestalten

AOK Nordost
Ulrike Beyer, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Brandenburg, ulrike.beyer@nordost.aok.de

Laut GKV-Leitfaden Prävention kommt den Kommunen eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitsförderung zu. Am Förderprogramm „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit nehmen jedoch lediglich sieben von 16 antragsberechtigten Kommunen in Brandenburg teil. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Inanspruchnahme weiterführender Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 13 Projekte zur zielgruppenspezifischen Intervention bewilligt – ausschließlich eingereicht von den beim kommunalen Strukturaufbau geförderten Kommunen sowie zusätzlich von der Landeshauptstadt Potsdam (LHP). Das Förderprogramm zum kommunalen Strukturaufbau erwies sich damit als ein wesentlicher Treiber der kommunalen Gesundheitsförderung in Brandenburg.

Im Jahr 2023 hat das GKV-Bündnis Brandenburg das Kommunale Förderprogramm mit einem Interessenbekundungsverfahren weiterentwickelt, um die Schwelle zur Antragstellung zu senken. In der Folge wurden erstmals kommunale Maßnahmen für drei Regionen bewilligt, die sich seinerzeit gegen den kommunalen Strukturaufbau entschieden hatten. Seit 2020 beteiligen sich damit jetzt zwölf von 18 Brandenburger Kommunen am Förderprogramm.

Eine niedrigschwellige Gestaltung des Antragsverfahrens kann also zur Akzeptanzsteigerung des Förderprogramms beitragen. Die Zahlen zeigen jedoch auch, dass sich trotz finanzieller Anreize und unbürokratischer Verfahren ein Drittel der antragsberechtigten Kommunen in Brandenburg nicht am Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit für kommunale Gesundheitsförderung beteiligt.

Kommunale Aktivitäten

Seit 2023 ist u. a. der Landkreis Barnim neu dabei. Gemeinsam mit der LHP ist Barnim eine der beiden ersten Brandenburger Kommunen im Förderprogramm, die kommunale Gesundheitsförderung mit Klimawandelanpassung verknüpfen.

Von Beginn an, seit 2020 im GKV-Bündnis für Gesundheit aktiv ist hingegen die kreisfreie Stadt Cottbus. Hier wurden sowohl der kommunale Strukturaufbau vorangetrieben als auch regelmäßig zielgruppenspezifische Förderungen in Anspruch genommen. Die Stadt hat 2023 im Rahmen des geförderten Strukturaufbaus eine kommunale Gesundheitsplanung erarbeitet. Die „Cottbuser Gesundheitsstrategie mit dem Schwerpunkt: Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche“ wurde 2024 von der Stadtverordnetenversammlung beschlossen. Cottbus beteiligt sich darüber hinaus konzeptionell an der Ausgestaltung der „Landesinitiative Kindeswohl im Blick“ (LiK).

Landesweite Aktivitäten und Ausblick

Im Frühjahr 2023 gründeten die Partner der LRV gemeinsam mit der Landesregierung die LiK durch Abschluss einer Kooperationsvereinbarung. Auf der dritten Brandenburger Präventionskonferenz am 26. April 2024 – „Kindeswohl im Blick – Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken!“ – verpflichteten sich die Krankenkassen, das Förderprogramm eng mit der LiK zu verbinden.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit Brandenburg hat auch im Jahr 2024 ein Interessenbekundungsverfahren veröffentlicht und die Kommunen ermutigt, Projekte im Kontext der LiK einzureichen. Das Landesprojekt „selbstbestimmt“ als wichtige Säule der LiK wird weiterhin von der GKV gemeinsam mit dem Land Brandenburg gefördert. Mit der Ausrichtung der Förderprogramme des Landes und der Krankenkassen auf die gemeinsame Landesinitiative löst Brandenburg den in der LRV formulierten Anspruch einer gemeinsam koordinierten und kommunal orientierten Gesundheitsförderung ein.

Werner Mall, AOK Nordost
Ulrike Beyer, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Brandenburg

Bremen
Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter: Ein neuer Baustein für die Gesundheitsfachkräfte

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Bremen
Niels Moldenhauer, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit im Land Bremen, niels.moldenhauer@vdek.com
Die Schnittstelle zur LRV wird durch Teilnahme am Strategieforum Prävention im Land Bremen sichergestellt. Zudem wird bei jedem Projekt versucht, weitere Partner der LRV an den geplanten Maßnahmen zu beteiligen.

Daniel Rosenfeldt, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit im Land Bremen
Dr. Svenja Jacobs, vdek-Landesvertretung Bremen

Bundesweit zeigt sich seit Jahren eine immer stärkere und frühere Nutzung digitaler Medien durch Kinder und Jugendliche. In der Folge sind bei diesen zunehmend Sprachentwicklungs- und Konzentrationsstörungen, Übergewicht und Haltungsschäden zu beobachten. Auch der Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Sozialverhalten ist groß. In Bremen werden daher seit September 2022 die beiden Erfolgsprojekte „Gesundheitsfachkräfte an Schulen" (GefaS) und „Gesundheitsfachkräfte im Quartier" (GiQs) durch ein Projekt zur Medienkompetenz für Kinder und Jugendliche ergänzt.

Die GefaS starteten 2018 als gemeinsames Modellprojekt der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsressorts. 2021 wurde das Angebot durch das Land ausgeweitet und verstetigt. Inzwischen arbeiten zwölf GefaS an über 20 Grundschulen in Bremen und Bremerhaven. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Kindern gesundheitsförderndes Verhalten spielerisch zu vermitteln und ihre Gesundheitskompetenz nachhaltig zu stärken. Die GiQs sind seit 2021 in 18 benachteiligten Quartieren in Bremen und Bremerhaven unterwegs. Sie fungieren als wohnortnahe Anlaufstellen für gesundheitsbezogene Fragestellungen, verweisen auf Angebote im Stadtteil und initiieren Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung. Finanziert wird das Projekt zunächst bis Ende 2024 vom Gesundheitsressort.

GefaS und GiQs arbeiten eng zusammen und sind in ihren Quartieren sowie in den regionalen Strukturen der Gesundheitsförderung gut vernetzt. Entsprechend ist es sinnvoll, Vorhaben, die sich an Kinder und Jugendliche richten, mit diesen Strukturen zu verknüpfen. Das vierjährige Projekt „Gesunder Umgang mit Medien im Kindes- und Jugendalter" wird durch die Krankenkassen im Land Bremen nach § 20a SGB V gefördert. Beantragt wurde es von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Bremen. Mit der Umsetzung und Koordination wurde die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG & AFS e. V.) beauftragt. Diese ist auch für die Koordination und Umsetzung der GiQs zuständig, setzte das GefaS Projekt in der Modellphase um und begleitet es auch weiterhin eng.

Das Projekt hat das Ziel, Medienkompetenz und gleichzeitig Gesundheitskompetenz zu stärken. Dabei sollen insbesondere Kinder, Jugendliche und Erziehungsberechtigte aus sozial benachteiligten Verhältnissen angesprochen werden. Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren sollen über die Grundschulen erreicht werden, Jugendliche im Alter von 11 bis 16 Jahren in den Quartieren. Die Gesundheitsfachkräfte sowie andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden geschult, um Programme und Aktivitäten zu entwickeln und umzusetzen. Zu den konkreten Handlungsfeldern gehören dabei nicht nur die Prävention von Mediensucht und digitaler Gewalt/Cybermobbing, sondern auch die Förderung eines positiven Körperbildes, die Vermittlung eines gesunden Umgangs mit digitalen Endgeräten (inklusive Aspekte wie Nutzungsdauer, Sitzhaltung und Augenhygiene), die Anregung zu körperlicher Aktivität durch digitale Medien sowie die Vermittlung von verlässlichen gesundheitsbezogenen Informationen.

Hamburg
Gelungene Kooperationen mit kommunalen Akteuren

Die in Hamburg seit vielen Jahren gelebte Zusammenarbeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Hansestadt Hamburg, z. B. im Rahmen des Pakts für Prävention und der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, hat sich durch die LRV weiterhin verstärkt. Eine bereits im Präventionsbericht von 2022 beschriebene Kooperation zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialbehörde sind die „Lokalen Vernetzungsstellen Prävention" (LVS). Mittlerweile gibt es sie an 15 Standorten in Stadtteilen mit sozioökonomischen Herausforderungen. Zwei weitere sind in Planung, sodass perspektivisch bestenfalls in allen sieben Bezirken LVS vorhanden sind. Mit den LVS bestehen Anlaufstellen für Gesundheitsförderung, lokal handelnde Akteure werden vernetzt, Bedarfe werden ermittelt und Maßnahmen für Bürgerinnen und Bürger gefördert. Gesundheitsförderung wird mehr und mehr als Querschnittsthema in bestehende Strukturen integriert. GKV, Sozialbehörde und Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) konzipierten dazu ab dem Jahr 2019 gemeinsame Umsetzungsempfehlungen[15], die kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Zur Qualitätssicherung tragen die regelmäßigen Fortbildungen der KGC wesentlich bei, ebenso wie der gemeinsame Steuerungskreis aus den Finanzmittelgebern GKV und Sozialbehörde. So wird die Umsetzung der Empfehlungen des Strategieforums Prävention der LRV in diesem Aktionsfeld gewährleistet. Durch den deutlichen Personalausbau beim Kommunalen Gesundheitsfördermanagement im Rahmen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst konnte eine nachhaltige Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung erreicht werden. Die Koordinatorinnen der LVS sind hier im gutem Austausch und wirken an bezirklichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit.

- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Hamburg
- Geschäftsstelle ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hamburg, gkv-buendnis-fuer-gesundheit.HAM@vdek.com
- Für das GKV-Bündnis für Gesundheit in Hamburg sind die Beschlüsse des Strategieforums Prävention der LRV Hamburg zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie im Land Hamburg handlungsleitend.
- Das GKV-Bündnis für Gesundheit in Hamburg unterstützt bei der Umsetzung der LRV Hamburg. Die Arbeitsgemeinschaft wird unter Wahrung des gesetzlich vorgegebenen Rahmens die im Land Hamburg bewährten Strukturen und Arbeitsweisen der bisherigen Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen aus dem GKV-Bündnis für Gesundheit in den neuen Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft einbringen und bestmöglich fortführen, um Maßnahmen abzustimmen.

Lokale Vernetzungsstelle Prävention „Gesund in Eimsbüttel"

Ein gelungenes Beispiel ist die LVS „Gesund in Eimsbüttel". Die von der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung koordinierte LVS wird seit 2018 kontinuierlich ausgebaut. Seit 2022 erfolgt die Finanzierung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit, die Sozialbehörde und das Bezirksamt Eimsbüttel, die auch inhaltlich stark eingebunden sind. Es konnte so dazu beigetragen werden, dass die Menschen einen leichteren Zugang zu gesundheitsförderlichen Strukturen in der Region bzw. den jeweiligen Lebensräumen erhalten.[16] Gesundheit und Lebensqualität verbesserten sich und dies besonders ausgerichtet auf ältere Menschen und Menschen mit Einschränkungen.

Zu diesem Zweck arbeiten Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsamtes, des Sozialraummanagements und der Gebietsentwicklung mit der LVS zusammen und beteiligen sich gemeinsam an regionalen Strukturen, wie z. B. Gesundheitskonferenzen.

Katharina Hauschildt, AOK Rheinland/Hamburg
Mareen Jahnke, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hamburg
im Namen der GKV-seitigen Partner der LRV

15 https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KGC/Koordinierungsstellen/Koordinierungsstelle_Gesundheitliche_Chancengleichheit_Hamburg/Steckbriefsammlung_final_20240618.pdf
16 https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheit-in-der-stadt/koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hamburg-1

Hessen
Kidstime – Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern in Frankfurt am Main

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Hessen
Luisa Wieczoreck, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen, luisa.wieczoreck@vdek.com
Stärkung der Gesundheitskompetenz
Zusammenarbeit mit den LRV-Fachforen, jährlicher Austausch im Dialogforum Prävention

Luisa Wieczoreck, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen

Viele Kinder sind von den psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen und weisen ein vierfach erhöhtes Risiko auf, selbst Auffälligkeiten oder entsprechende Symptome zu entwickeln. Mit dem Ziel der Stärkung der Resilienz und Widerstandsfähigkeit der Kinder und Eltern startete das Projekt „Kidstime" in Frankfurt im Jahr 2020. Neben den Kindern psychisch kranker Eltern sind psychisch erkrankte Eltern bzw. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sowie kommunale Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Zielgruppen des Projekts.

Für das Projekt, das federführend vom Gesundheitsamt Frankfurt in Kooperation mit dem Sozialwerk Main Taunus e. V. umgesetzt wird, konnten viele Projekt- und Vernetzungspartner gewonnen werden, z. B. Bildungs- und Begegnungsstätten, klinische Einrichtungen, Quartierszentren, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, kommunale Ämter und sonstige soziale Einrichtungen.

Die Maßnahmen, die im Rahmen von „Kidstime" durchgeführt werden, verbinden Methoden der systemischen Beratung und Therapie mit besonderen Elementen der Mehrfamilienarbeit, Methoden der theaterpädagogischen Arbeit sowie der kreativen Kindertherapie. Die Kombination vielfältiger Methoden soll dabei die Gesundheitskompetenz aller Familienmitglieder stärken.

Um einen niedrigschwelligen Zugang zu den Familien zu schaffen, versuchen die Projektpartner die Zielgruppe direkt in ihrer Lebenswelt anzusprechen, wie z. B. über pädagogische Fachkräfte/pädagogisches Personal und Lehrkräfte sowie in verschiedenen sozialen Einrichtungen. Die Zugangssteuerung erfolgt dabei direkt über den Psychosozialen Dienst für Familien in Frankfurt-Bornheim und Frankfurt-Dornbusch.

Das Angebot wird im monatlichen Rhythmus für bis zu zehn Familien gemeinsam umgesetzt. Kennzeichnend für die Maßnahmen sind die anfänglich halboffenen Gruppen, in denen gemeinsam spielerisch verschiedene Themen erarbeitet werden. Anschließend werden die Familien in Eltern- und Kindergruppen aufgeteilt, in denen fortlaufende Themenfelder bearbeitet werden. Schwerpunkte der Elterngruppe, sind dabei Themen wie Stressmanagement, Umgang mit Alltagskonflikten sowie der Umgang mit der psychischen Erkrankung. Neben der Vermittlung von Informationen zu psychischen Erkrankungen stehen theaterpädagogische Interventionen im Fokus der Maßnahmen der Kinder- und Jugendlichen-Gruppen.

Neben dem Gruppenangebot „Kidstime" unterstützt der Projektträger die Familien und Angehörigen bei den Herausforderungen des Lebensalltags. Dabei stehen die Mitarbeitenden vor bzw. nach den Gruppenangeboten für individuelle Fragen zur Verfügung.

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern das Projekt mit einer Anschubfinanzierung von 110.000 Euro. Das Projekt lief unter der Förderung der GKV bis zum 30. September 2024. Regelmäßige Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die enge Vernetzung mit dem Gesamtprojekt „Kidstime Deutschland" schaffen im Sinne der Verstetigung wichtige Strukturen und Verbindungen, die über die Projektlaufzeit hinaus weiter genutzt werden können.

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

Mit Blick auf die Erreichung der Gesundheitsziele des Landes hat die Landesregierung die Initiative zur Entwicklung einer Landesstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung ergriffen. Für die priorisierten Handlungsfelder „Bewegung", „Psychische Gesundheit" und „Gesundheitskompetenz" werden unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung Landeskonzeptionen erarbeitet, um die Aktivitäten und Maßnahmen der verschiedenen Akteursgruppen zu bündeln und zu koordinieren. Die Krankenkassen als Partner der LRV richten ihre Förderaktivitäten auf die Umsetzung dieser Landeskonzeptionen aus.

Im Handlungsfeld der Gesundheitskompetenz wurde ein Landesprogramm „Gute gesunde Pflege in Mecklenburg-Vorpommern" zur Stärkung der Gesundheit von Pflegekräften gegründet. Partner dieser Kooperation sind die Sozialversicherungsträger GKV (mit der BGF-Koordinierungsstelle), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und Deutsche Rentenversicherung (DRV), die Landesregierung sowie Unternehmensorganisationen der Pflege von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite.

Im Handlungsfeld der psychischen Gesundheit wurden die Strukturen und Angebote zur Verbesserung der Situation von Kindern aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien ausgebaut. Zwei der zahlreichen GKV-geförderten Projekte auf kommunaler Ebene werden im Folgenden dargestellt.

Projekt „PsyGiFam" (Förderung der psychischen Gesundheit in Familien) des Landkreises Ludwigslust-Parchim

Das Ende des Jahres 2022 gestartete Projekt PsyGiFam besteht aus den folgenden Elementen:

- Theaterpädagogisches Angebot für Schülerinnen und Schüler ab Klassenstufe 8
- Dialogforum „Erziehung – Bildung und psychische Gesundheit" zur Sensibilisierung der Lehrkräfte
- Themenspezifische Fachtage
- Ausstellung „ZERO"[17] zur Aufklärung über das Fetale Alkoholsyndrom
- Erstellung einer Broschüre mit Unterstützungsangeboten im Landkreis

Projekt „Fortbildung und Einsatz von Präventionshelfer/-innen für Kinder aus psychisch belasteten/suchtbelasteten Familien" des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Mit dem bereits seit einigen Jahren erfolgreich umgesetzten Projekt werden pädagogische Fachkräfte im Umgang mit Kindern und Jugendlichen adressiert. Primäres Projektziel ist die Sensibilisierung dieser Fachkräfte mithilfe eines im Landkreis konzipierten Schulungsformates für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Ausbildung sogenannter Präventionshelferinnen und -helfer und der Anwendung des angeeigneten Wissens im Berufskontext. Ergänzend wird das Fortbildungsangebot „Kita-MOVE"[18] durchgeführt.

IKK – Die Innovationskasse
Rebecca Aust, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in M-V, rebecca.aust@die-ik.de
Stärkung der psychischen Gesundheit/Suchtprävention, Bewegungsförderung und Gesundheitskompetenz
Regelmäßige Sitzungen mit allen Partnern zum Status quo, Berücksichtigung von Stellungnahmen nach § 20a Abs. 3 Satz 3 SGB V, Umsetzung von Kooperationsprojekten, z. B. im Bereich der Bewegungsförderung

Rebecca Aust, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in M-V
Werner Mall, AOK Nordost
Antje Bastian, IKK – Die Innovationskasse

17 Bundesministerium für Gesundheit: FASD-Wanderausstellung ZERO!, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/fasd-wanderausstellung-zero (abgerufen am 24.05.2024).
18 ginko Stiftung für Prävention: Motivierende Kurzintervention, https://www.move-seminare.de/Eltern/Schulung/3567 (abgerufen am 24.05.2024).

Niedersachsen
Cannabis-Prävention in Schulen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Niedersachsen
Hanna Bauke und Laura Hebert, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Niedersachsen, hanna.bauke@vdek.com, laura.hebert@vdek.com
Die Schnittstelle zur LRV wird durch einen jährlichen Austausch im „Dialogforum Prävention" gestaltet.

Hanna Bauke,
Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Niedersachsen

Janika Manstein,
vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Björn Sassenhausen,
AOK Niedersachsen

In Niedersachsen werden verschiedene Projekte für Kinder und Jugendliche aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien umgesetzt. Eines dieser Projekte ist das „Cannabis-Methodenpaket: Pack es an". Durch das Projekt sollen Erkrankungen und Sucht vermieden und Gesundheitsressourcen gefördert werden.

Das Projekt ist bei der Landeshauptstadt Hannover angesiedelt, für die Umsetzung ist die Fachstelle prisma gGmbH als Kooperationspartner tätig. Im Rahmen des Projekts werden verschiedene Maßnahmen in den Jahrgängen 8 bis 10 an weiterführenden Schulen umgesetzt. Dabei wird der Schwerpunkt auf Schulen mit erhöhten Schülerzahlen aus risikobehafteten Milieus, sogenannten Brennpunktschulen gelegt, da die Dialoggruppe hier zusätzlichen Belastungen ausgesetzt ist. Bei der Umsetzung erfolgt eine stetige Einbeziehung von Eltern, Lehrkräften, pädagogischen Fachkräften und Personal der Jugendpflege.

Innerhalb des Projekts wurde ein überwiegend digital verfügbares Methodenpaket entwickelt, mithilfe dessen Jugendliche mit höheren Risikofaktoren für einen möglichen Konsumbeginn im Klassenkontext ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Verschiedene interaktive Methoden und Aufgaben können damit zeitlich und bedarfsorientiert zusammengestellt werden. Hierbei erfolgt u. a. eine Wissensvermittlung zu Cannabis, eine Selbstreflexion, die Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen, die Förderung einer kritischen Haltung und eine Aufklärung über bestehende Hilfsangebote.

Ergänzend werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet, um eine dauerhafte Umsetzung der Intervention zu bewirken. Diese werden durch Schulungen zu einer Anwendung des Methodenpakets befähigt und in der weiteren Umsetzung begleitet. Die dauerhafte Verfügbarkeit des Methodenpakets und der Multiplikationsansatz sind neben dem Netzwerkausbau wesentliche verhältnispräventive Maßnahmen.

Erste Erkenntnisse

Nach einer Pilotierungsphase wurden im Laufe des Projekts inzwischen fast 1.600 Schülerinnen und Schüler sowie 200 weitere der oben genannten Personen erreicht. Bisher konnten zehn Personen zur Multiplikation ausgebildet werden, weitere Schulungen sind in Planung. Es bestehen feste Kontakte zu Schulen, und regelmäßige digitale Elternabende sind etabliert. Während der bisherigen Projektlaufzeit wurden stetig bedarfsbezogene Anpassungen umgesetzt. So konnten die Module regionale Bedarfe verstärkt berücksichtigen und die Akquise schwer erreichbarer Eltern und Erziehungsberechtigter verbessert werden. Zudem wurde das Methodenpaket um alternative Durchführungsoptionen ergänzt. Insgesamt wird das Projekt vonseiten der Schulen sehr gut angenommen, die Module sowie Workshops treffen auf großes Interesse.

Nordrhein-Westfalen
Erfolgreiche Zusammenarbeit in der Prävention: Das neu aufgestellte krankenkassenübergreifende Förderprogramm in NRW

Das vom GKV-Bündnis für Gesundheit in NRW etablierte Förderprogramm wurde an aktuelle Gegebenheiten angepasst und neu strukturiert. Mit dem krankenkassenübergreifenden Förderprogramm können Projekte unterstützt werden, die Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen nachhaltig verbessern.

Das Förderprogramm in NRW zielt darauf ab, gesundheitsbezogene Kompetenzen zu stärken und die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Der Fokus liegt auf der Schaffung kommunaler Strukturen und der Unterstützung schwer erreichbarer Zielgruppen sowie Menschen in belasteten Lebenslagen. Kommunen spielen dabei eine zentrale Rolle. Seit 2017 wird die Förderung von Kommunen über die LRV unterstützt. Die Finanzmittel werden für den kommunalen Strukturaufbau[19] und zielgruppenspezifische Interventionen bereitgestellt.

Im Zuge der Weiterentwicklung wurden den Kommunen in einer Informationsveranstaltung im April 2024 die Förderkriterien vorgestellt und somit eine kontinuierliche Unterstützungsmöglichkeit aufgezeigt, die Kommunen bedarfsbezogen dabei begleitet, integrierte Strukturen gemäß dem Leitfaden Prävention aufzubauen. Auch wurden vorhandene Unterstützungsangebote[20] seitens der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in NRW aufgezeigt.

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Die enge Zusammenarbeit und regelmäßige Abstimmung zwischen den kommunalen Akteuren, wie beispielsweise Gesundheitsämtern, der KGC NRW und den gesetzlichen Krankenkassen in NRW, sind wesentliche Erfolgsfaktoren. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme, ein gutes Netzwerk und ein partizipativer Ansatz zur gemeinsamen Projektentwicklung ermöglichen es, passgenaue Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Trotz der Erfolge gibt es Herausforderungen. Eine nachhaltige Finanzierung außerhalb der GKV-Strukturen und die Integration der Projekte in bestehende kommunale Prozesse sind zentrale Themen. Zudem erfordert die zielgruppenspezifische Arbeit hohe Sensibilität und Anpassungsfähigkeit der Maßnahmen an die Bedürfnisse der betroffenen Menschen.

Das Förderprogramm im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit NRW ist eine wichtige Konstante in der Gesundheitsförderung und Prävention. Durch enge Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren können gezielte und nachhaltige Projekte entwickelt und umgesetzt werden. Diese erfolgreiche Kooperation unterstreicht die Bedeutung von Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der alle relevanten Akteure einbezogen werden.

- BKK-Landesverband NORDWEST
- Sven Sassen, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Nordrhein-Westfalen, sven.sassen@bkk-nordwest.de
- (Kommunale) Strukturförderung
- Regelmäßige Sitzungen mit allen Partnern zum Status quo, Berücksichtigung von Stellungnahmen nach § 20a Abs. 3 Satz 3 SGB V, Umsetzung von gemeinsamen Projekten im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit

Sven Sassen,
Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Nordrhein-Westfalen

19 LZG NRW: GKV-Förderprogramm für Kommunen, https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir_in_den_laendern/nordrhein_westfalen/arge_nrw/arge_nrw.html (abgerufen am 23.05.2024).
20 Dies.: Projektbegleitung KGC NRW, https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/antragstellung_n_betr/begleitung/index.html (abgerufen am 23.05.2024).

Rheinland-Pfalz
Super Kidz – Stille Helden in ihrer Gesundheit fördern

AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz/Saarland
gkv-buendnis-rlp@rps.aok.de
Klimawandel und Gesundheit: Beteiligung an der Initiative „Hitzeaktionstag“ mit eigenen Maßnahmen und Publikationen (Maßnahmenfächer „Hitze“ zur Ansprache älterer Menschen)
SV-Steuerungsgruppe Rheinland-Pfalz

Julia Kramm,
Sozialpädagogin,
Caritas-Zentrum Landau

Wenn ein Elternteil psychisch krank oder suchtkrank wird, ist die ganze Familie betroffen. Betroffene Kinder machen sich große Sorgen um ihre Eltern. Sie suchen die Schuld für das veränderte Verhalten von Mama und Papa oft bei sich. Manchmal werden sie verhaltensauffällig und machen so auf ihre Notlage aufmerksam. Diese Kinder stellen eine vulnerable Gruppe dar, die ohne Unterstützung Gefahr läuft, selbst zu erkranken.

Gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit setzt die Stadt Landau in der Pfalz mit dem Caritas-Zentrum Landau seit März 2021 das Projekt „Super Kidz Landau“ zur Prävention für Kinder aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien um. Es ist mittlerweile ein fester Bestandteil des sozialen Netzwerks in Landau und strahlt in die Region aus.

Ein essenzieller Baustein sind die beiden Kindergruppen für Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren (Taka-Tuka-Landau) und von 12 bis 16 Jahren (Super Kidz). Ziel der Gruppen ist es, psychische Krankheiten und Suchterkrankung zu enttabuisieren sowie den Kindern ein Umfeld zu schaffen, in dem sie gesund aufwachsen können. Neben Gesprächen über schöne und auch schwere Themen aus der Lebenswelt der Kinder, werden diesen innerhalb der Gruppenstunden viel freies Spiel sowie verschiedenste Aktivitäten angeboten. Während der Gruppenstunden werden Themen wie der Umgang mit Gefühlen, das eigene Ich, Gruppenverhalten, Familie, Mobbing, Sexualität, Sucht oder psychische Erkrankungen angesprochen. Die Gruppen sind für die Kinder zu sicheren Räumen geworden, in denen bildlich gesprochen der Rucksack mit den schweren Päckchen einmal abgelegt werden kann und sie Kind sein können. Es gibt Raum, um über diese schweren Päckchen im Lebensrucksack zu sprechen. Sie bekommen Optionen an die Hand, die ihnen das Gehen auf ihrem Lebensweg erleichtern. Darüber hinaus erleben die Kinder, dass sie mit ihren Themen nicht allein sind und es Kinder gibt, denen es ähnlich geht. Zentraler Bestandteil der Gruppen ist auch der Fahrdienst durch die Fachkräfte, der den Kindern den Zugang zu den Gruppen auf niedrigschwelligem Weg ermöglicht.

Neben der Arbeit mit den Kindern ist die Arbeit mit den Erziehungsberechtigten ein wesentlicher Baustein. Ein weiterer Baustein des Projekts ist es, über die Situation von Kindern aus psychisch und suchtbelasteten Familien innerhalb der Gesellschaft zu informieren und vor allem pädagogische Fachkräfte zu sensibilisieren. Hierzu wurden bedarfsgerechte Schulungskonzepte umgesetzt wie z. B. Lesereisen, die „Kind s/Sucht Familie“-Schulung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung Mainz, Kleinteamformate oder auch eine Wanderausstellung.

Zusätzlich bedarf es eines guten Netzwerks, um diese Familien innerhalb ihres Systems bedarfsgerecht zu unterstützen. Dieses besteht in der Stadt Landau bereits, und gleichzeitig zeigt sich innerhalb der Einzelfallarbeit der betroffenen Familien noch Ausbaubedarf. Denn nur durch gute Zusammenarbeit von allen Beteiligten im System gelingt eine Unterstützung dieser Kinder auf ihrem Lebensweg. Wer trägt schon gerne einen schweren Rucksack allein?

Saarland
Prävention wirkt nachhaltig in die saarländischen Lebenswelten

KNAPPSCHAFT Saarbrücken
St.-Johanner-Straße 46–48, 66111 Saarbrücken, 0681 4002-1005
Kommunale Gesundheitsförderung
Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe der Gesundheitsförderung im Land sowie bei der Umsetzung der LRV zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Andrea Bruxmeier, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit im Saarland,
Angela Legrum, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Die Landespräventionskonferenz 2023 arbeitete zukünftige Ziele und Handlungsfelder aus, u. a. wurde als Schwerpunkt die kommunale Gesundheitsförderung festgelegt. Übergeordnetes Ziel ist zudem, den politischen Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhöhen, um vor möglichen krisenbedingten „Einbrüchen" zu schützen. Darüber hinaus sind die Partner der LRV bestrebt, ein ganzheitliches Angebot über alle Lebensphasen und den landesweiten Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen zu erreichen. Dies ist durch einige Projekte im Saarland durchaus gelungen.

Kinder-YOGA nachhaltig in saarländischen Kitas und Schulen verankert

Das Projekt „YOGA mit Kindern in Kita und Schule von 5–12 Jahren", das gemeinsam mit dem Landesinstitut für Pädagogik und Medien (LPM)[21] vom Schuljahr 2019/20 bis 2022/23 umgesetzt wurde, geht weiter. Im Projekt konnten bereits fast 100 Einrichtungen erreicht werden. In dem zweijährigen Fortbildungsprogramm wurden pädagogische Fachkräfte geschult, wie sie ein individuelles Yoga-Angebot in den Alltag integrieren können. Im Projekt war die Nachfrage nach der Fortbildung sehr groß, sodass das LPM die Fortbildung weiterhin durchführt und weitere Einrichtungen erreicht werden. Darüber hinaus wurde ein Fachbuch veröffentlicht. Damit kann das Projekt bundesweit auf andere Schulen übertragen werden.[22]

„Glühwürmchen" & „Drachenfeuer"

Für Kinder aus suchtbelasteten Familien bietet die Kita einen verlässlichen Rahmen und Sicherheit. Sie ist ein Ort der Entlastung, Erziehung und Sozialisation sowie Bildung und Selbstbildung. In der Betreuung werden Resilienz und Selbstwirksamkeit gefördert.[23] „Glühwürmchen" zielt auf 0- bis 6-jährige Kinder aus suchtbelasteten Familien ab. Durch Schulungen wird das Personal in Kitas sensibilisiert. Ziel ist, dass die Teilnehmenden über Wissen und Möglichkeiten verfügen, um die Kinder im Alltag zu stärken. 2023 wurden rund 70 Tagespflegeeltern und pädagogische Fachkräfte geschult.

Nahtlos schließt das Projekt „Drachenfeuer" an, da es sich an Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren richtet. Es gibt Indizien, dass durch die Corona Pandemie Sucht- und psychische Belastungen in Familien stark angestiegen sind. Im Projekt wird Fachpersonal für die Auffälligkeiten bei älteren Kindern und Jugendlichen sensibilisiert. Ziel ist es wiederum, über Möglichkeiten zur Stärkung der Kinder und Jugendlichen im Alltag zu verfügen. Es wurden bereits 30 Fachkräfte geschult, die auch ihre Tätigkeit als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufgenommen haben.

21 Seit dem 1. September 2023 ist das LPM Teil des Bildungscampus Saarland mit dem Ziel der Bündelung der Fort-, Weiter- und Ausbildung von Lehrenden: https://www.saarland.de/bildungscampus/DE/home (abgerufen am 22.08.2024).
22 Spengler, Birgit/Proßowsky, Petra: Kinder-Yoga für Achtsamkeit, Spaß und Empowerment, Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr, 2022.
23 Oswald, Corinna/Meeß, Janina: Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 2019.

Sachsen
Gesundes Aufwachsen von Kindern aus psychisch und suchtbelasteten Familien

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Sachsen

Josy Simon und Jenny Müller, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen, josy.simon@vdek.com, jenny.mueller@vdek.com

Flächendeckende Projektumsetzung: mind. ein Projekt pro kreisfreie Stadt/Landkreis; Weiterentwicklung des Kommunalen Strukturaufbaus; Beitrag zur kleinräumigen Quartiersentwicklung hin zu gesundheitsförderlichen Quartieren; Klima und Gesundheit

Die ARGE unterstützt bei der Umsetzung der LRV und berücksichtigt die landespezifischen Ziele bei der Aufgabenwahrnehmung. Es gibt einen regelmäßigen Berichtspunkt der ARGE zum aktuellen Stand aller Förderbereiche im zuständigen Gremium der LRV. Die ARGE berücksichtigt Stellungnahmen der LRV-Partner bei zu fördernden (landesspezifischen) Projekten. Das Stellungnahmeverfahren erfolgt über den Austausch mit der Geschäftsstelle der LRV (P. SACHSEN). Projektvorhaben und Maßnahmen zur Zielerreichung der LRV.

Silke Heinke,
Geschäftsführung der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen

Jenny Müller,
Josy Simon,
Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen;

im Namen der GKV-seitigen Partner der LRV

„Wackelpudding – Kinder psychisch und/oder suchtkranker Eltern“

Kinder aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien benötigen zum Teil viel Unterstützung. Jedoch sind sie mitunter schwer erreichbar, sodass es eines niedrigschwelligen Zugangs für die Arbeit mit ihnen bedarf. Das Projekt „Wackelpudding“ wird seit 2022 im Erzgebirgskreis umgesetzt und richtet sich an betroffene Kinder in Kindertagesstätten (i. S. v. Krippe, Kindergarten, Hort), deren Eltern sowie die Erzieherinnen und Erzieher, mit dem Ziel der Reduktion sozial bedingter Ungleichheiten sowie der Stärkung und Vernetzung bestehender Strukturen.

Die Erzieherinnen und Erzieher gelten innerhalb des Angebots als direkte Maßnahmenempfangende, da sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für ihre Einrichtungen ausgebildet werden. Pädagogische Fachkräfte sind häufig geprägt von Unsicherheiten im Umgang mit Kindern psychisch und/oder suchtkranker Eltern. Anhand adressatengerechter Schulungen – bestehend aus vier Fortbildungstagen und einem jährlich stattfindenden Reflexionstreffen – werden sie in ihrer täglichen Arbeit befähigt, Familien in ihrem Arbeitskontext sensibel wahrzunehmen, auf deren Probleme einzugehen, präventiv zu wirken und damit zu einer wichtigen Unterstützungsperson für die Kinder zu werden. Darüber hinaus besteht bei Bedarf für die Erzieherinnen und Erzieher die Möglichkeit der individuellen Fallbesprechung und der Ausleihe von Materialien innerhalb der Themenbereiche Suchtprävention und Lebenskompetenzförderung.

Die Unterstützung der betroffenen Kinder und die Stärkung ihrer Fähigkeiten ist ebenso entscheidend für das Projekt wie die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt Kita. Der Umgang mit den Themen Sucht, Abhängigkeit und psychische Belastung soll langfristig in die alltägliche Bildung der Kinder einfließen und somit zur Förderung ihrer Resilienz, Lebens- und Sozialkompetenzen beitragen. Der Fokus wird auf die vulnerable Zielgruppe gerichtet, ohne sie zu stigmatisieren. In diesem niedrigschwelligen Rahmen kann es gelingen, die Tabuisierung des Themas zu durchbrechen, die Eltern in die suchtpräventive und unterstützende Arbeit mit den Kindern einzubeziehen und das gesamte Familiensystem positiv zu beeinflussen. Durch den Netzwerkaufbau mit weiteren Akteuren der Suchthilfe und Familienhilfe sollen weitere kommunale Prozesse und Strukturen zur Verstetigung der Projektinhalte erzielt werden. Im August 2024 soll der vierte Kurs für die Erzieherinnen und Erzieher beginnen. Das Angebot wird laut Rückmeldung des Landkreises sehr gut angenommen. Der Bedarf weiterer Schulungen wurde bereits verzeichnet.

Sachsen-Anhalt
Projekt „Ambulante Wohnschule“

AOK Sachsen-Anhalt

Carolin Bandow, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen-Anhalt, carolin.bandow@san.aok.de

Werdende und junge Familien inklusive der Zielgruppe Alleinerziehende; Kommunaler Strukturfonds für Mikroprojekte

LRV-Partner werden eingebunden

Das Projekt der ambulanten Wohnschule der Lebenshilfe Ostfalen gGmbH wird seit dem Jahr 2021 durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen-Anhalt gefördert. An den beiden Standorten Seehausen und Haldensleben werden Menschen mit geistiger und/oder körperlicher und/oder seelischer Behinderung im Sinne der Gesundheitsförderung gestärkt, um ihren Alltag gesund und im Sinne der Selbstwirksamkeit gestalten zu können. Das Hauptziel der Wohnschule ist es, Menschen mit Behinderung (laut § 2 SGB IX) auf ein weitestgehend selbstständiges Wohnen, selbstbestimmtes Leben und eine gesundheitsfördernde Lebensführung vorzubereiten. Dabei stehen das praktische Lernen und die Anwendung im Mittelpunkt. Den Teilnehmenden soll es ermöglicht werden, Wünsche und Vorstellungen über den weiteren Lebensweg zu entwickeln und deren Realisierung zu erproben. Dabei wird auf Methoden und Materialien geachtet, die sich in Form und Sprache direkt an Menschen mit Behinderung richten. Die Module beinhalten u. a. die Auseinandersetzung mit einer gesunden Ernährungsweise, einer angemessenen gesundheitsfördernden körperlichen Aktivierung, einem angemessenen Umgang mit Suchtmitteln sowie weiteres Kennenlernen von präventiven Maßnahmen. Durch die Einbindung von Angehörigen und die Erstellung eines Materialienordners werden die Teilnehmenden dazu angeregt, erlernte Inhalte in den Alltag zu integrieren.

Gelungene kommunale Kooperationen

Das Projekt dient als gelungenes Beispiel für kommunale Zusammenarbeit im Rahmen von Projekten. Es bestehen langjährige Kooperationen mit den Fachdiensten Gesundheit und Soziales des Landkreises Börde. Darüber hinaus werden viele Anbieter und regionale Partner, wie die Fachstelle für Suchtprävention der örtlichen Drogen- und Suchtberatung, eingebunden. Die Angebote der Ernährungsberatung und örtlicher Fitness- und Sportanbieter werden in die bestehenden Module integriert und so ein Übergang der Teilnehmenden in bestehende Strukturen erleichtert. Das Projekt beteiligt sich jährlich im Rahmen der Herzwoche und kooperiert mit dem Mehrgenerationenhaus „Ein Haus für Alle – EHfA“, um gesundheitsfördernde Ansätze sowie regionale Beratungsangebote vorzustellen. Der Ansatz der ambulanten Wohnschule ist systemisch aufgebaut. So gibt es neben den vom GKV-Bündnis für Gesundheit finanzierten Angeboten weitere Bausteine in Kooperation mit der Landesverkehrswacht, der Kreissparkasse, Betreuungsvereinen, der Feuerwehr zum Brandschutz sowie dem Johanniter Regionalverband. Die Kombination aus krankenkassen- und fremdfinanzierten Modulen ermöglicht es der Zielgruppe, durch Wissen und Erprobung den Ansatz der weitestgehend selbstständigen und gesunden Lebensführung ganzheitlich kennenzulernen und an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Carolin Bandow,
Geschäftsstelle ARGE
GKV-Bündnis für Gesundheit
in Sachsen-Anhalt

Benjamin Krasper,
Lebenshilfe Ostfalen gGmbH

Schleswig-Holstein
Stärkung der Resilienz von Kindern im hohen Norden

- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Schleswig-Holstein
- Mirja Jensen, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Schleswig-Holstein, mirja.jensen@vdek.com
- Förderung der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung aller Lebenslagen und Lebenswelten mit dem „Health in all Policies"-Ansatz
- Regelmäßiger Austausch der Geschäftsstellen LRV und GKV-Bündnis über Förderanträge; Teilnahme der GKV-6, der Geschäftsstelle GKV-Bündnis, der Geschäftsstelle LRV an der Steuerungsgruppe LRV; kurze Darstellung der aktuellen Projekte durch die Geschäftsstelle GKV-Bündnis in der STG LRV

Mirja Jensen,
Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Schleswig-Holstein

Kerstin Berszuck,
AOK NordWest

Anke Galié,
IKK – die Innovationskasse

Das GKV-Bündnis für Gesundheit in Schleswig-Holstein fördert das Projekt „Kidstime" in der Stadt Flensburg sowie im Kreis Schleswig-Flensburg. „Kidstime" führt Familien mit psychisch erkrankten Angehörigen regional zusammen und nimmt vor allem die Stärkung der psychischen Gesundheit der Kinder in den Blick.

Vernetzung als gewinnbringendes Ziel in der Prävention

Resilienzförderung der Kinder und ihrer Eltern sowie die Vernetzung mit anderen betroffenen Familien zum Abbau von Isolation und Tabuisierung sind wichtige Ziele von „Kidstime". In Workshops werden Geschichten aus dem Familienleben aus Sicht der Kinder in Filmen umgesetzt, anschließend mit allen gemeinsam angeschaut und darauf aufbauend in der Elterngruppe besprochen und reflektiert. Fachkonferenzen und die Sensibilisierung der Kommunalpolitik über Fachausschüsse unterstützen die Entstigmatisierung und Wahrnehmung dieses Themas. „Kidstime" wird in das kommunale Unterstützungsangebot integriert und ermöglicht hierdurch weitere Vernetzungen und Kooperationen. Im Kreis Schleswig-Flensburg werden seit inzwischen über einem Jahr viele Familien mit den Workshops erreicht. Die Projektsteuergruppe wurde im Kreis Schleswig-Flensburg in den bestehenden Arbeitskreis „Kinder psychisch erkrankter Eltern" integriert. Durch diese Vernetzung wird „Kidstime" bei den relevanten Akteuren im Kreis präsenter, und betroffenen Familien kann der Weg zum Angebot zielgerichteter erleichtert werden. Die Stadt Flensburg strebt die Vernetzung mit der Erwachsenenpsychiatrie und dem Netzwerk der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, um Teilnehmende für die Kidstime-Workshops[24] zu gewinnen.

Die Stadt hat sich u. a. auch zum Ziel gesetzt, die Netzwerkarbeit für die Fachkräfte in dem Bereich auszubauen. So fand ein Fachtag zur Thematik mit 180 teilnehmenden Expertinnen und Experten aus verschiedensten Hilfesystemen statt. Nachdem zunächst Grundlagen zu verschiedenen psychischen Krankheitsbildern und die entsprechenden Auswirkungen auf die Kinder, wie fehlende Verlässlichkeit oder Schuldgefühle, vermittelt wurden, wurden in Workshops weitere Expertisen zur Elternarbeit und Resilienzförderung aufgebaut. Mit großer interdisziplinärer Beteiligung wurden vorhandene Strukturen grafisch eingeordnet und weitere Ideen, wie die einer Lotsenstelle, geschmiedet. Vernetzung in den Familien fördert den Abbau von Isolation und stärkt Schutzfaktoren. Vernetzung der Fachkräfte trägt zu einem verbesserten kommunalen, die betroffenen Familien unterstützenden Hilfesystem bei, macht die Thematik bekannter und fördert die Entstigmatisierung. Regionale Vernetzung relevanter Akteure im Einklang mit bedarfsorientierten Angeboten sind das Erfolgsrezept.

Im Jahr 2023 wurde mit der Förderung von „Kidstime" die Ausrichtung des Schwerpunkts der Gesundheitsförderung „Kinder mit psychisch erkrankten Angehörigen" erweitert. Auch das zum 1. Januar 2024 gegründete GKV-Bündnis für Gesundheit in Schleswig-Holstein hat sich diesen Arbeitsschwerpunkt gesetzt. Es schafft durch die Förderung der psychischen Gesundheit in allen Lebenswelten einen Zugang zu mehr Gesundheit für die Menschen im Land zwischen den Meeren.

24 Cooklin, Alan et. al.: The Kidstime Workshop. A Multi-Family Social Intervention for the Effects of Parental Mental Illness. Manual. London: CAMHS Publications, 2012.

Thüringen
Resiliente Kinder im Fokus

Kinder, die mit mindestens einem sucht- und/oder psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben, sind besonders gefährdet, später selbst eine Erkrankung zu entwickeln. Deutschlandweit ist laut aktuellen Schätzungen etwa jedes siebte Kind zeitweise und jedes zwölfte dauerhaft von der Suchtstörung eines Elternteils betroffen. Für Thüringen wird von 41.000 zeitweise und 24.000 dauerhaft betroffenen Kindern und Jugendlichen ausgegangen.[25]

- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Thüringen
- Bianca Hegelmann, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Thüringen, bianca.hegelmann@vdek.com
- Kommunale Gesundheitsförderung
- Um die Kommunikationswege zwischen der LRV-Geschäftsstelle und den Krankenkassen zu professionalisieren, erfolgt die grundsätzliche Kommunikation zwischen der ARGE-Geschäftsstelle und der LRV-Geschäftsstelle.

LRV-Projektvorhaben „Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien“

Im Thüringer Gesundheitszieleprozess ist die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern aus sucht- und psychisch belasteten Familien als landesweites Gesundheitsziel verankert. Unter dem Dach der LRV Thüringen beabsichtigen die gesetzlichen Krankenkassen/-verbände mit weiteren LRV-Beteiligten, ein Modellvorhaben auf den Weg zu bringen. Ziel ist es, gemeinsam mit einer Modellkommune und unterschiedlichen Akteuren ein Angebot zu entwickeln, das nachhaltig in den Thüringer Kommunen etabliert werden kann.

Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Kinder stark machen – Präventionsprogramm für Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien“ der Stadt Jena. Das Projekt zielt auf eine Kombination unterschiedlicher Maßnahmen in den Lebenswelten Familie, Schule und Stadtteil ab. Neben Gruppenangeboten und niedrigschwelligen Elternangeboten soll als ergänzender Projektbaustein auch das Präventionsprogramm „Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule“ angeboten werden. Die Maßnahmen fördern die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen, stärken die Resilienz und die Lebenskompetenzen der Kinder im Umgang mit der elterlichen Erkrankung. Die Angebote und Strukturen sollen dauerhaft in der kommunalen Strategie der Jenaer Präventionskette verstetigt werden.

Bianca Hegelmann, Geschäftsstelle der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Thüringen

25 Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Gesundheit: Der Mensch: Sucht: Kinder aus von Suchtkrankheit belasteten Familien, https://www.tmasgff.de/gesundheit/der-mensch/sucht (abgerufen am 06.05.2024).

Zahlen im Überblick

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

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

Die Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2023 und werden zum Teil gerundet berichtet. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern befindet sich im Anhang.

Abb. 1: Zahlen im Überblick

Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten konnten im Berichtsjahr 7.698.972 Menschen in insgesamt 46.971 Lebenswelten direkt erreicht werden. Dies sind 8 % weniger erreichte Personen und 7 % weniger erreichte Lebenswelten als im Vorjahr (2022: 8.373.303 erreichte Menschen[26], 50.349 Lebenswelten). Dabei fand rund die Hälfte der Maßnahmen in Kitas und Grundschulen statt.

Die Krankenkassen investierten 167.036.473 Euro in die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, das entspricht 2,25 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 5 % gestiegen (2022: 158.655.700 Euro). Der im Jahr 2023 vorgesehene Mindestausgabenwert von 2,34 Euro je Versicherten wurde leicht unterschritten.

26 Die Zahl der in Lebenswelten erreichten Personen im Berichtsjahr 2022 wurde nach Erscheinen des Präventionsberichts 2023 von 9.262.221 auf 8.373.303 korrigiert (Präventionsbericht 2023, 2., korrigierte Auflage, September 2024).

269 Mio. €

Betriebliche Gesundheitsförderung

2.187.858
Menschen

29.668 Betriebe

27 % weitere Dienstleistungen
25 % verarbeitendes Gewerbe

Mit BGF-Maßnahmen konnten 2.187.858 Menschen in 29.668 Betrieben direkt erreicht werden. Die Ausgaben der Krankenkassen für BGF lagen 2023 bei 268.962.864 Euro (2022: 257.421.055 Euro), das entspricht 3,62 Euro je Versicherten. Die Ausgaben enthalten nicht-verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 13.285.245 Euro, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist nicht-verausgabte Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

Die Krankenkassen haben aus den Gesamtausgaben 0,90 Euro je Versicherten in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für BGF in der Pflege, aufgewendet. Das Ausgabensoll für die BGF in der Pflege (1,09 Euro je Versicherten) konnte nicht erfüllt werden.

195 Mio. €

Individuelle Präventionsangebote

1.613.532
Kursteilnahmen

60 % Bewegung
35 % Stressmanagement

2023 förderten die Krankenkassen 1.613.532 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sind die Kursteilnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 25 % gestiegen (2022: 1.294.193). 78 % der Kurse fanden in Präsenz statt und 22 % wurden online (als Informations- und kommunikationstechnologie-basierter bzw. IKT-Kurs oder digitale Anwendung) durchgeführt.

Die Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionsangebote lagen im Berichtsjahr bei 194.580.097 Euro. Die Ausgaben sind im Vergleich zu 2022 um 16 % gestiegen (2022: 167.791.066 Euro).

GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V)

Abb. 2: **GKV-Ausgaben 2023**

Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention im Berichtsjahr 2023 630.579.435 Euro aus. Durchschnittlich wurden 8,49 Euro je Versicherten aufgewendet, dies sind 7 % mehr als im Vorjahr (7,93 Euro). Der Orientierungswert 2023 gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V von 8,19 Euro je Versicherten konnte damit erreicht werden.

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

Abb. 3: **Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**

Im Vergleich zum Vorjahr konnten die Ausgaben der Pflegekassen für die Gesundheitsförderung und Prävention mit 20.133.636 Euro[27] (2022: 18.461.831 Euro) gesteigert werden. Es wurden 0,27 Euro pro Pflegeversicherten ausgegeben (2022: 0,25 Euro). Insgesamt unterstützten die Pflegekassen 2.796 stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Anzahl der dokumentierten erreichten pflegebedürftigen Menschen in diesen Einrichtungen beläuft sich auf 125.633 und entspricht damit einer Zunahme von 24 % im Vergleich zum Vorjahr (101.199). Somit konnte an den Leistungsanstieg nach der Corona-Pandemie weiter angeknüpft werden.

27 Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ-1-Statistik 2023 der Pflegekassen zugrunde.

Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

Die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 20 Abs. 4 SGB V – Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention – werden durch Männer und Frauen zu unterschiedlichen Anteilen in Anspruch genommen.

Individuelle verhaltensbezogene Angebote werden überwiegend von Frauen wahrgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass hier rund 80 % der Kursteilnehmenden weiblich sind.

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

In der BGF hingegen werden mit etwa 61 % mehr Männer als Frauen erreicht. Dies ist vor allem darin begründet, dass Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten mit Krankenkassenunterstützung besonders stark in Anspruch nehmen. In Unternehmen dieser Branchen gibt es in der Regel einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Lebenswelten werden als abgrenzbare soziale Systeme beschrieben, die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind. Lebenswelten können formale Institutionen wie beispielsweise Kindertageseinrichtungen oder Schulen oder auch Sozialräume wie z. B. ein Stadtteil sein (vgl. § 20a Abs. 1 SGB V). Die Kriterien für das Engagement der Krankenkassen für gesunde Lebenswelten sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes dargelegt. Dem Präventionsbericht liegt der Leitfaden Prävention in der jeweils zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

Die qualitätsgesicherte Erhebung und Auswertung der im Präventionsbericht dargestellten Zahlen ist den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen und dem GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Bund ein zentrales Anliegen. Entsprechend werden die Dokumentationsbögen für die Krankenkassen und ihre Verbände regelmäßig auf notwendige Anpassungen hin überprüft und bedarfsbezogen weiterentwickelt. Für das Berichtsjahr 2023 wurden Anpassungen am Dokumentationsbogen für die lebensweltbezogenen Aktivitäten vorgenommen. Ziel dieser Anpassungen war, im Präventionsbericht u. a. noch detaillierter zu den angesprochenen besonderen Zielgruppen informieren zu können. Im Rahmen der Überprüfung der Datenplausibilität zeigte sich, dass die zum Thema besondere Zielgruppen ergänzte Dokumentation zu inkonsistenten Dokumentationsweisen geführt hat. In der Folge wird für das Berichtsjahr 2023 auf die differenzierte Darstellung der Aktivitäten und angesprochenen Personen für besondere Zielgruppen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention verzichtet. Dies betrifft entsprechend auch alle Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, welche dem Oberziel 4 zugeordnet sind (s. S. 53). Für den Präventionsbericht 2025 ist geplant, nach Umsetzung der notwendigen Qualitätssicherungsprozesse, die Kennzahlen zu den besonderen Zielgruppen wieder zu berichten.

Für das Berichtsjahr 2023 wurde zudem die Erfassungsweise für das Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ für die Zielgruppe arbeitslose Menschen geändert. Plausibilitätsprüfungen zeigen, dass die Dokumentation nicht einheitlich erfolgte. Vor dem Hintergrund wird in diesem Jahr auf die Sonderauswertung zu „teamw()rk“ verzichtet. Die für die Messung des GKV-Zieles 2 notwendigen Daten wurden nacherfasst (s. S. 54).

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention wurde die jährliche Dokumentation der Leistungen außerdem um einige Aspekte erweitert. So liegen im Berichtsjahr 2023 erstmals Erkenntnisse vor, ob und inwiefern die Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (auch) unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt wurden (s. S. 51). Weitere Neuerungen in der Dokumentation betreffen zudem Strategien, die dazu beitragen können, vor allem besonderen Zielgruppen eine möglichst niedrigschwellige Nutzung von Präventionsangeboten zu ermöglichen (s. S. 46), sowie übergreifende Aktivitäten (Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarung und der kassenartenübergreifenden Initiative GKV-Bündnis für Gesundheit) (s. S. 52).

Für den Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wendeten die Krankenkassen im Jahr 2023 insgesamt 167.036.473 Euro auf, was 2,25 Euro pro Versicherten entspricht. Insgesamt wurden 4.467 Dokumentationsbögen ausgewertet. In 1 % der Dokumentationsbögen wurde angegeben, dass sich die Aktivitäten noch in der Vorbereitung befinden. In der Vorbereitungsphase informieren Krankenkassen durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung die für die Lebenswelt Verantwortlichen über Gesundheitsförderung und Prävention. In der persönlichen Beratung können interessierte Lebenswelt-Verantwortliche für nach-

haltige Gesundheit in der Lebenswelt sensibilisiert werden, und ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt-Ansatz kann vorbereitet werden. Am Ende dieser Phase steht die Entscheidung, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.[28] In 78 % der Bögen wurde dokumentiert, dass die Aktivitäten sich in der Umsetzungsphase befinden. Diese umfasst Nutzung bzw. Aufbau von Strukturen, Analyse des Handlungsbedarfs, Maßnahmenplanung, Umsetzung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen und Evaluation.[29] In 21 % der Bögen erfolgte keine Angabe zur Projektphase.

Die Arbeitswelt bildet ein Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 57 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“).

Nachfolgend werden die im Jahr 2023 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben.

28 GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Fassung vom 4. Dezember 2023, Berlin: 2023, S. 29 ff. www.gkv-spitzenverband.de (kurz: Leitfaden Prävention, Dezember 2023).
29 Ebenda.

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 4: **Anzahl der Lebenswelten**

Krankenkassenunterstützte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention haben das Ziel, die Gesundheit der Menschen in verschiedenen Lebenswelten, wie beispielsweise in Schulen, Kindertagesstätten oder Stadtteilen, zu stärken und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu unterstützen. Dazu gehören z. B. Programme zur Förderung von Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse.

Im Berichtsjahr 2023 wurden 46.971 Lebenswelten mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang um 7 % (2022: 50.349). Insgesamt wurden schätzungsweise 7.698.972 Kinder/Jugendliche und Erwachsene in den verschiedenen Lebenswelten erreicht; dies ist im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang um 8 % (2022: 8.373.303).[30]

30 Die Zahl der in Lebenswelten erreichten Personen im Berichtsjahr 2022 wurde nach Erscheinen des Präventionsberichts 2023 von 9.262.221 auf 8.373.303 korrigiert (Präventionsbericht 2023, 2., korrigierte Auflage, September 2024).

Art und Anzahl der Lebenswelten

Abb. 5: **Art und Anzahl der Lebenswelten**

Ein Großteil der Aktivitäten fand, wie in den Vorjahren, in Grundschulen und Kitas statt: Von insgesamt 46.971 erreichten Lebenswelten waren 9.784 (21 %) Grundschulen und 14.823 (32 %) Kitas. Die absolute Anzahl der erreichten Grundschulen ist im Vergleich zum Vorjahr um 24 % zurückgegangen, die der erreichten Kitas allerdings um 6 % gestiegen (2022: 12.955 erreichte Grundschulen und 13.987 Kitas). Weiterführende Schulen (einschließlich Förder-/Sonderschulen) machten 10.531 (22 %) der erreichten Lebenswelten aus (2022: 12.392 bzw. 25 %).

Durch Präventionsarbeit im Bildungskontext können Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersgruppen sowie sozialer Schichten erreicht werden. Zudem sind Kitas und Grundschulen bedeutsame Lebenswelten, da hier frühzeitig wichtige Grundlagen für einen gesunden Lebensstil geschaffen werden können. Auch Eltern und Lehrkräfte können in die Präventionsarbeit einbezogen werden, um eine nachhaltige Präventionsstrategie zu entwickeln. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitschancen sollten so früh wie möglich im Lebenslauf beginnen. Kitas eignen sich daher in besonderer Weise als Setting der Gesundheitsförderung und Prävention.[31]

31 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 48.

Laufzeit

Bei der Laufzeit der dokumentierten Aktivitäten wird zwischen abgeschlossenen und über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten unterschieden. Im Berichtsjahr 2023 ist der Anteil der im Berichtsjahr abgeschlossenen Aktivitäten leicht gestiegen (2022: 29 %, 2023: 32 %), während der Anteil der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten gesunken ist (2022: 71 %, 2023: 68 %).

Die Maßnahmen der Krankenkassen sind für einen bestimmten Zeitraum angelegt. Die Dauer variiert je nach Art und Zielsetzung der Maßnahme. Die abgeschlossenen Aktivitäten hatten im Durchschnitt eine Laufzeit von 17 Monaten (2022: 19 Monate); die über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten eine Laufzeit von 32 Monaten (2022: 30 Monate). Die durchschnittliche Laufzeit aller Aktivitäten liegt mit 28 Monaten in etwa auf dem Vorjahresniveau (2022: 27 Monate).

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 6: Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“

Nach § 20 Abs. 1 SGB V sollen die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter […] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“ Im Rahmen des Präventionsberichts wird hilfsweise als ein Indikator für die Erreichung sozial benachteiligter Menschen erhoben, wie viele der erreichten Lebenswelten nach Einschätzung der Krankenkassen in „sozialen Brennpunkten“ liegen.

Als „soziale Brennpunkte“[32] werden Wohngebiete bezeichnet, in denen die dort lebenden Menschen stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „benachteiligter Stadtteil“ verwendet.

Nach dieser Definition lagen im Berichtsjahr 2023 schätzungsweise 33 % der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 29 % der mit Aktivitäten erreichten Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“. Somit ist im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Steigerung des prozentualen Anteils der erreichten Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ zu verzeichnen (2022: 27 % der Kitas und 28 % der Grundschulen).

32 Deutscher Städtetag: Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten, Köln, 1987, S. 15.

Zielgruppen

Abb. 7: **Altersgruppenbezogene Ausrichtung der Aktivitäten**
(Mehrfachnennungen möglich)

Damit Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention effektiv und nachhaltig wirken können, sollten diese auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sein. Im Berichtsjahr 2023 waren insgesamt 48 % der Aktivitäten auf spezifische Personengruppen in der jeweiligen Lebenswelt ausgerichtet. 52 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an alle Menschen im Setting.[33] Von allen Aktivitäten mit Zielgruppenbezug hatten 88 % eine gezielt altersgruppenbezogene Ausrichtung. Davon bezogen sich rund 37 % auf Kinder im Vorschulalter, gefolgt von Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren (34 %). Weitere etwa jeweils 30 % der Aktivitäten waren auf Jugendliche (30 %), junge Erwachsene (32 %) und Erwachsene in der frühen Erwerbsphase (31 %) ausgerichtet.

Außerdem hatten etwa 2 % der Aktivitäten eine geschlechtsbezogene Ausrichtung. Unter den Aktivitäten mit geschlechtsbezogener Ausrichtung waren 83 % speziell auf weibliche und 17 % speziell auf männliche Personen bezogen. Insgesamt 65 % aller Aktivitäten mit Zielgruppenbezug waren auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgerichtet, davon 91 % auf Fachkräfte und 29 % auf Peers. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren „können Personen oder Institutionen sein, die gesundheitsförderliche Fachinformationen, Strategien und Kompetenzen innerhalb einer Gruppe oder Gemeinschaft vermitteln und fördern. Sie haben eine wichtige Transferfunktion, indem sie die Reichweite von Wissen und Erfahrungen erhöhen, Maßnahmen in der Praxis etablieren und die Nachhaltigkeit von Veränderungen unterstützen. Mit entsprechender Qualifizierung können sie beispielsweise Beratungen und Veranstaltungen durchführen sowie Gruppen anleiten. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können sowohl ‚Professionelle' (z. B. Lehrkräfte, ärztliches und sozialarbeiterisches Fachpersonal) als auch ‚Peers' sein. Die Letzteren können als akzeptierte und glaubwürdige Zielgruppenmitglieder mitunter besser Zugang zu Gruppen finden als Professionelle."[34]

33 Aufgrund einer geänderten Erfassungsweise zur zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Aktivitäten sind die Ergebnisse nicht mit den Vorjahreswerten vergleichbar.

34 Blümel, Stephan/Lehmann, Frank/Hartung, Susanne: Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/ (abgerufen am 22.08.2024).

Strategien, die das Erreichen besonderer Zielgruppen befördern können

Abb. 8: **Strategien**
(Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Konzipierung und Durchführung der Aktivitäten können Strategien berücksichtigt werden bzw. zum Einsatz kommen, die dazu beitragen sollen, vor allem besondere Zielgruppen besser zu erreichen oder diesen eine möglichst bedürfnisorientierte und niedrigschwellige Nutzung des Angebots zu ermöglichen. Hierdurch kann die Reichweite der Aktivitäten in den Kommunen erhöht werden. Bei etwa 82 % der Aktivitäten, die sich auf Personen aus besonderen Zielgruppen bezogen, wurden solche Strategien angewendet.

Dabei wurde mit rund 81 % am häufigsten der lokale Zugang angegeben. Der Zugang zur Zielgruppe erfolgt hier niedrigschwellig über lokal gut verankerte Institutionen und Einrichtungen wie z. B. Kirchen, kulturelle Organisationen, Schulen und Familienhilfe, mit denen Kooperationen etabliert wurden.

Das Tailoring – verstanden als Anpassung von Aktivitäten z. B. an die sprachlichen, körperlichen oder kognitiven Voraussetzungen der Zielgruppe – wurde mit etwa 78 % am zweithäufigsten angewendet.

Zum Erreichen von besonderen Zielgruppen werden oftmals auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, sogenannte Community Health Worker oder Peers, eingesetzt. Es handelt sich um eine spezielle Art der Einbeziehung von kommunalen Akteuren oder engagierten Personen aus der Mitte der Zielgruppe. Die Qualifikation und der Einsatz solcher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Erreichung besonderer Zielgruppen wurde mit etwa 58 % am dritthäufigsten genannt.

Eine weitere wichtige Strategie stellen Partizipation und Community Engagement dar, welche in 56 % der Fälle dokumentiert wurden. Wenn kommunale Akteure und/oder engagierte Personen aus der Zielgruppe aktiv an der Planung, dem Design, der Steuerung oder der Ausführung von Angeboten mitwirken, lässt sich dies als Community Engagement bezeichnen.

Capacity Building bzw. Struktur- und Kompetenzentwicklung wurde bei 26 % der Aktivitäten genutzt und meint den Aufbau kommunaler Ressourcen sowie die Weiterentwicklung von Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur gemeinschaftlichen Durchführung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten.[35]

35 Sörensen, Jelena/Barthelmes, Ina/Marschall, Jörg: Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review, https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf (abgerufen am 09.10.2024).

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 9: **Kooperationspartner**
(Mehrfachnennungen möglich)

In den Abbildungen 9 (Kooperationspartner), 10 (Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium) und 11 (Methoden der Bedarfsermittlung) werden Kategorien mit Werten unter 5 % nicht angezeigt.

Bei über der Hälfte der Aktivitäten (57 %) wirkten neben den Krankenkassen und den Lebensweltbeteiligten weitere Kooperationspartner mit. Häufig waren Vereine (ohne Sportvereine) und Verbände (47 %), sonstige Gesundheits-/Sozial- und Bildungseinrichtungen (37 %) sowie öffentliche Verwaltung/Institutionen und Ministerien (32 %) eingebunden.

Koordination und Steuerung

Abb. 10: **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)

Gut funktionierende Koordinations- und Steuerungsstrukturen tragen zu einer nachhaltigen Verankerung der Maßnahmen in der jeweiligen Lebenswelt bei. Gemäß dem Leitfaden Prävention soll eine solche Steuerungsstruktur (z. B. ein zentrales Gremium) den gesamten Prozess[36] von der Bedarfsanalyse und Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen begleiten und mit strukturieren.

Bei 86 % der Aktivitäten wurden im Jahr 2023 Steuerungsstrukturen etabliert. Mit 84 % waren am häufigsten die Mitarbeitenden der Einrichtung selbst beteiligt. Auch die Leitungsebene war mit 77 % häufig in den Steuerungsstrukturen vertreten. Mitarbeitende der Krankenkassen waren bei 39 % der Aktivitäten in den Gremien vertreten.

36 Die Website des GKV-Bündnisses für Gesundheit bietet Wegweiser zum Gesundheitsförderungsprozess für verschiedene Lebenswelten, z. B. https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/wegweiser/wegweiser_1.html#wegweiser

Bedarfsermittlung

Abb. 11: **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)

Die Ermittlung der Bedarfe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgte durch den Einsatz verschiedener Methoden. So wurde bei 65 % der Aktivitäten die Zielgruppe befragt, um deren Wünsche und Bedürfnisse zu erheben. Durch Partizipation der Zielgruppe erhöht sich die Chance, dass Maßnahmen und Ziele angemessen sind und eine nachhaltige Wirkung haben. Zudem erhöht sie die Akzeptanz und letztlich auch die Motivation für Veränderungsprozesse.[37] Bei 50 % der Maßnahmen wurden Literaturrecherchen durchgeführt. Analysedaten, fachliche Untersuchungen oder statistische Erkenntnisse können auch als Grundlage dienen, um z. B. ein Vorhaben voranzubringen oder wichtige Akteure in der Kommune zu überzeugen.[38] Im Durchschnitt wurden je Aktivität etwas mehr als zwei verschiedene Instrumente der Bedarfsanalyse kombiniert.

37 https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/wegweiser/wegweiser_kommune_analyse.html
38 Ebenda.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 12: **Inhalte**
(Mehrfachnennungen möglich)

Der inhaltliche Schwerpunkt der Aktivitäten richtet sich nach den ermittelten Bedarfen in der jeweiligen Zielgruppe. Wie im Leitfaden Prävention beschrieben, sollen diese verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten.[39] Oft werden mehrere Inhalte miteinander kombiniert. Gesundheitskompetenz (68 %), Ernährung und Bewegung (jeweils 66 %), Stärkung psychischer Ressourcen und Stressreduktion/Entspannung (jeweils 61 %) waren im Berichtsjahr 2023 die häufigsten Themen der Interventionen.

39 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 31.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Maßnahmen der Krankenkassen können zum einen auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt, zum anderen auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Menschen fokussiert sein. Idealerweise werden beide Strategien miteinander kombiniert. Den Ergebnissen zufolge waren im Berichtsjahr 2023 etwa 71 % der Maßnahmen sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet. 27 % der krankenkassengeförderten Maßnahmen waren ausschließlich darauf ausgerichtet, die Menschen in der Lebenswelt zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen.

Art der Umgestaltung

Die strukturellen Bedingungen in einer Lebenswelt nehmen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen. Häufig zielten die Maßnahmen struktureller Umgestaltungen darauf ab, Umgebungsbedingungen insgesamt zu verbessern (72 %), Informations- und Kommunikationsstrukturen (57 %) sowie Entscheidungsspielräume und Verantwortlichkeiten zu erweitern (53 %).

Nutzung digitaler Formate

Die Aktivitäten in den Lebenswelten können digital unterstützt werden. Dabei ist deren Nutzbarkeit durch Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen bzw. der Gefahr der Exklusion digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“) vorzubeugen.[40] Während in der Vorbereitungsphase z. B. Online-Formate zur Sensibilisierung und Motivierung von Lebenswelt-Verantwortlichen für den Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess eingesetzt werden können, besteht in der Analysephase die Möglichkeit, die gesundheitliche Situation z. B. durch anonymisierte Daten zum Gesundheitsverhalten aus mobilen Anwendungen zu erheben. In der Umsetzungsphase können Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Menschen in der Lebenswelt (teilweise) digital angeboten werden.[41] Im Berichtsjahr 2023 wurden etwa 30 % der Aktivitäten (auch) in digitalen Formaten bzw. unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Davon fanden 14 % vollständig digital und 86 % hybrid (digital und in Präsenz) statt.

Erfolgskontrollen

Bei 68 % der Aktivitäten in Lebenswelten wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren geplant. Dabei gibt es verschiedene Methoden, die zur Messung des Erfolgs herangezogen werden können. Dies können einerseits subjektive Einschätzungen, andererseits die Erhebung struktureller Bedingungen und Merkmale sein. Am häufigsten bezogen sich die Erfolgskontrollen auf die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (87 %), die Akzeptanz der Maßnahme bei den Zielgruppen (57 %) und Prozesse/Abläufe (43 %).

40 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 33.
41 Ebenda, S. 160.

Übergreifende Aktivitäten

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wurden gemeinsame Arbeits- und Abstimmungsstrukturen in den Ländern aufgebaut, die in den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) nach § 20f SGB V verankert sind. Ferner konkretisieren die Vereinbarungen zwischen Sozialversicherungsträgern und den weiteren beteiligten Akteuren die Ziele unter Berücksichtigung regionaler und landesspezifischer Bedarfe.[42] Den Angaben zufolge wiesen im Berichtsjahr 2023 rund 11 % der Aktivitäten eine Verbindung zu Strukturen der LRV auf. Damit ist gemeint, dass die Aktivitäten in den Gremien/Arbeitsgruppen der LRV beraten und/oder entwickelt worden oder Weiterentwicklungsbedarfe bzw. Schnittstellen identifiziert worden sind.

Bei etwa 9 % der Aktivitäten waren diese Bestandteil der kassenartenübergreifenden Initiative GKV-Bündnis für Gesundheit. Das GKV-Bündnis für Gesundheit[43] ist die gemeinsame Initiative aller gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten.

Etwa 5 % der Aktivitäten vollzogen sich im Rahmen weiterer übergreifender Aktivitäten, davon 43 % als Bestandteil eines oder mehrerer Landesprogramme, 25 % im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen und 36 % im Rahmen anderweitiger Vereinbarungen auf der kommunalen Ebene oder auf Landesebene.

42 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 18.
43 https://gkv-buendnis.de/

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention an freiwillig gesetzten Zielen aus. Die Zieleperiode startete 2019 und läuft bis 2025.[44] Näheres zur Methodik der Zielauswahl findet sich im Leitfaden Prävention 2023, Kapitel 3.[45] Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventionsbericht dokumentiert.

Das lebensweltbezogene Engagement der Krankenkassen wird quantitativ im Präventionsbericht nicht vollständig abgebildet; so gehen die Aktivitäten des Förderbereichs „Kommunaler Strukturaufbau" im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit nicht in die Messung von Ziel 1 ein, wodurch die Erreichung dieses Zieles unterschätzt wird.

Die GKV-Ziele 2, 3.1, 3.2 und 3.4 konnten im vorliegenden Berichtsjahr (teilweise) erreicht werden. Für das Berichtsjahr 2023 wurden Anpassungen am Dokumentationsabschnitt der zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Aktivitäten vorgenommen. Im Rahmen der Überprüfung der Datenplausibilität zeigten sich inkonsistente Dokumentationsweisen bei den besonderen Zielgruppen. Im Folgenden wird daher auf die Darstellung der GKV-Ziele 4.1–4.5 verzichtet (s. S. 39).

Ziel 1: Die Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben, ist erhöht.

Ziel 2: In die Leistungen für die Zielgruppe arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit sind auch Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert.

Ziel 3: Zahl und Anteil der von Krankenkassen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen

- in „sozialen Brennpunkten"/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf,
- in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit dem kommunalen Steuerungsgremium bei Planung und Umsetzung,
- mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in die Maßnahmenplanung und -gestaltung sowie
- mit kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung

sind erhöht.

Ziel 4: Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für

- ältere Menschen in der Kommune,
- Menschen mit Behinderungen,
- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Alleinerziehende sowie
- Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

sind erhöht.

Außerdem sind Zahl und Anteil der damit erreichten Personengruppen erhöht:

- erreichte ältere Menschen
- erreichte Menschen mit Behinderungen
- erreichte Menschen mit Migrationshintergrund
- erreichte Alleinerziehende
- erreichte Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

44 Die Zieleperiode wurde um ein Jahr verlängert und dauert nun bis einschließlich 2025.
45 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 18 ff.

Abb. 13:

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

Anzahl
der Kommunen

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

Die Aktivitäten im Förderbereich „Kommunaler Strukturaufbau“ des Kommunalen Förderprogramms sind hier nicht enthalten.

Abb. 14:

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

Anzahl
der Leistungen

Bei 158 der 205 Kooperationsprojekte zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung bezogen auf arbeitslose Menschen sind auch Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert. Die Anzahl dieser Projekte mit Beiträgen der genannten politischen Stellen und freigemeinnützigen Träger ist dabei im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 15:

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

Es wurden 9 % mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreicht. Ihr Anteil an den insgesamt erreichten Kindern und Jugendlichen ist um 15 % gestiegen. Somit konnte das Ziel erreicht werden.

Abb. 16:

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

Die Zahl der durch Aktivitäten in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen ist gesunken. Der Anteil dieser an den erreichten Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen insgesamt ist hingegen leicht gestiegen. Somit konnte das Ziel teilweise erreicht werden.

Abb. 17:

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

Die Zahl sowie der Anteil der durch Aktivitäten mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen ist gesunken. Das Ziel konnte somit nicht erreicht werden.

Abb. 18:

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind in § 20b SGB V geregelt. Erwerbsarbeit besitzt vielschichtige gesundheitsfördernde Potenziale, gleichzeitig kann es durch Überbelastungen im Beruf zu körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen kommen. Um die gesundheitliche Situation im Betrieb zu verbessern und die Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten zu stärken, unterstützen die Krankenkassen Betriebe auf vielfältige Weise beim Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen am Arbeitsplatz. Dazu arbeiten sie mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern und den für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. BGF trägt zur Stärkung der individuellen Gesundheit der Beschäftigten und – vor dem Hintergrund alternder Belegschaften und des Fachkräftemangels – zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bei.[46]

Infolge der Neufassung des Leitfadens Prävention wurde die Dokumentation der BGF-Leistungen für das Berichtsjahr 2023 um neue Aspekte erweitert. Beispielweise dokumentieren die Krankenkassen, ob bei der Durchführung von BGF-Aktivitäten die Themen Klimaschutz und -anpassung bei der Planung und/oder Umsetzung berücksichtigt wurden. Im Kontext der Arbeitswelt rücken neben der Nutzung nachhaltiger Energiequellen und den Auswirkungen des Klimawandels auf Produktions- und Lieferketten ebenfalls Themen des Arbeitsschutzes, z. B. physikalische Einflüsse der Arbeitsumgebung (Hitze) und Berufskrankheiten (Hautkrebs durch UV-Strahlung), verstärkt in den Fokus.[47]

Steigende Temperaturen und zunehmende Extremwetterereignisse haben nicht nur Einfluss auf die Arbeitsumgebung, sondern auch auf die Gesundheit der Beschäftigten. Insbesondere Hitzebelastungen am Arbeitsplatz betreffen nicht nur Beschäftigte, die im Freien und/oder körperlich schwer arbeiten, sondern auch chronisch erkrankte Beschäftigte, schwangere Beschäftigte, ältere Beschäftigte über 65 Jahren sowie Beschäftigte mit Behinderungen und Beschäftigte aus unteren Einkommensgruppen. Eng verbunden mit Hitzetagen infolge des Klimawandels ist die zunehmende UV-Strahlung. Durch eine erhöhte UV-Exposition kann das Risiko für bestimmte Erkrankungen, z. B. Hautkrebs, steigen, und Beschäftigte im Freien sind besonders gefährdet. Vor diesem Hintergrund kann die Berücksichtigung von Klimaschutz und -anpassung im Rahmen der BGF zu einer klimasensiblen Gestaltung der Arbeitsbedingungen und zur Reduktion von Arbeitsbelastungen infolge des Klimawandels beitragen.[48]

Eine weitere Neuerung in der Dokumentation der BGF-Leistungen umfasst die Nutzung digitaler Formate im Rahmen des BGF-Prozesses. Mit zunehmender Digitalisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt sind bestimmte Beschäftigtengruppen häufiger orts- und zeitflexibel tätig. Mit der Bereitstellung digitaler Gesundheitsinformationen z. B. über betriebseigene Gesundheitsplattformen, können auch Beschäftigte in mobiler Arbeit oder Beschäftigte im Schichtdienst mit verhaltensbezogenen digitalen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden.[49]

46 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 104, 107.
47 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Klimawandel und Arbeitsschutz, https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung/Klimawandel-und-Arbeitsschutz/Klimawandel-und-Arbeitsschutz_node.html (abgerufen am 11.06.2024).
48 Bühn, Stefanie/Voss, Maike: Gutachten Klimawandel und Gesundheit – Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Berlin: Centre for Planetary Health Policy (CPHP), 2023, https://www.arbeit-sicher-und-gesund.de/fileadmin/PDFs/klug-gutachten-klimawandel-und-gesundheit-auswirkungen-auf-die-arbeitswelt_stand-feb-2023.pdf (abgerufen am 01.06.2024).
49 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 160.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2023 14.713 Dokumentationsbögen zur BGF sowie 150 Dokumentationsbögen zur überbetrieblichen Vernetzung und Kooperation ausgewertet. Die Krankenkassen haben 268.962.864 Euro in BGF investiert,[50] dies entspricht 3,62 Euro je Versicherten. Darin enthalten sind 0,90 Euro je Versicherten für BGF in der Pflege. Hiervon profitieren Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, die mit einem Gesundheitsförderungsprozess die Arbeitsabläufe gesundheitsförderlicher gestalten und ihren Beschäftigten BGF-Angebote machen wollen. Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sind konkrete Umsetzungsbeispiele beschrieben (s. S. 128 ff.).

Nachfolgend werden die Aktivitäten der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Betrieben sowie zur Unterstützung der überbetrieblichen Vernetzung und Kooperation beschrieben.

50 Die Ausgaben enthalten nicht-verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 13,3 Millionen Euro, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist die nicht-verausgabten Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

BGF-Koordinierungsstellen: einheitliche Gesundheitsberatung für Klein-, Kleinst- und mittelständische Unternehmen

Seit 2017 wirken alle gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) gemeinsam daran mit, Unternehmen zu BGF zu informieren, zu sensibilisieren, zu vernetzen und zu den Unterstützungsmöglichkeiten durch die GKV zu beraten. Dies wird z. B. umgesetzt anhand verschiedener Informationskampagnen, -veranstaltungen und Netzwerkaktivitäten. Im Fokus stehen insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen (KKU)[51]. Um möglichst viele Unternehmen zu erreichen, arbeitet die BGF-KS mit Unternehmensorganisationen und Interessen- und Fachverbänden der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie mit weiteren Sozialversicherungsträgern (SV-Träger), etwa der Unfall- oder Rentenversicherung, zusammen. Gemeinsames Ziel ist es, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Um darüber hinaus mehr Unternehmen zu erreichen, steht die BGF-KS seit 2021 auch (über-)betrieblichen Netzwerken bei dem Thema BGF zur Seite und fördert so die Verbreitung guter BGF-Praxis.

Mit einem Klick zur BGF-Erstberatung

Unternehmen können das Informations- und Beratungsportal[52] der BGF-KS ergänzend zu dem BGF-Leistungsportfolio der SV-Träger als weiteren Zugang zu BGF nutzen. Dort können Unternehmen eine digitale Anfrage zur BGF-Erstberatung stellen und sich über BGF informieren. In der Folge können sie in Zusammenarbeit mit einer gesetzlichen Krankenkasse und/oder in Abstimmung mit weiteren SV-Trägern gesundheitsfördernde Maßnahmen für ihre Beschäftigten erarbeiten.

GKV-gemeinsamer Auftritt für BGF und einheitliche Beratungsqualität

In jedem Bundesland und auf der Bundesebene arbeiten die sechs Krankenkassensysteme zusammen und beziehen bedarfsabhängig weitere SV-Träger in ihre Tätigkeiten ein. Dazu wurden ein Leitbild sowie ein Standard der BGF-Erstberatung gemeinsam entwickelt. Kerninhalte des Leitbilds sind u. a. die gemeinsamen Werte Professionalität, Motivation, Zuverlässigkeit, Solidarität und Nachhaltigkeit. Der Standard der BGF-Erstberatung unterstützt die BGF-Fachberaterinnen und -Fachberater der gesetzlichen Krankenkassen dabei, mit praxisorientierten Informationen und Anleitungen eine qualitativ hochwertige und bundesweit einheitliche Beratung zu gewährleisten. Basierend auf dem Standard der BGF-Erstberatung setzen über 300 BGF-Fachberatende der GKV wettbewerbsneutral die Erstberatung zur BGF um – bei Bedarf auch direkt vor Ort im Unternehmen. Durch die enge Verzahnung mit der Unfall- und Rentenversicherung werden anfragende Unternehmen bedarfsbezogen zu den dort zuständigen Beraterinnen und Beratern vermittelt. Damit wird ein gemeinsamer Auftritt der SV-Träger in Unternehmen unterstützt.

Zahl der Anfragen von Unternehmen auf höchstem Niveau seit 2020

Seit 2017 haben 3.151 Unternehmen über das Portal der BGF-KS eine BGF-Erstberatung angefragt (Stand 31. August 2024). Es ist von einer höheren Zahl auszugehen, da Anfragen, die über die Kassensuche direkt an die BGF-Fachberatenden der Krankenkassen gestellt werden, aus Datenschutzgründen nicht verzeichnet werden. Im Jahr 2023 äußerten über 500 Unternehmen Interesse an einer BGF-Erstberatung. In Ergänzung dazu haben die Krankenkassen im Berichtsjahr insgesamt 29.668 Unternehmen mit BGF direkt erreicht. 72 % aller Anfragen[53], die bisher über die BGF-KS eingingen, stammen von Unternehmen mit bis zu 249 Beschäftigten, darunter 12 % von Kleinst- und 27 % von Kleinunternehmen. Aus dem Gesundheits- und Sozialwesen gingen 881 Anfragen ein. 38 % dieser Anfragen wurden von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie

Michaela Kindervater, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Antje Siedentopp, BKK Dachverband e. V.,

im Namen und Auftrag der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstelle

51 Als Kleinstunternehmen werden Unternehmen bezeichnet, die bis zu 9 Beschäftigte haben. Kleine Unternehmen sind Unternehmen mit 10 bis 49 Beschäftigten, https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/Glossar/kmu.html (abgerufen am 05.08.2024).

52 https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/

53 Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 8. Mai 2017 bis 31. August 2024.

Krankenhäusern und Hochschulkliniken übermittelt.[54] Der gesetzliche Auftrag, insbesondere KKU sowie Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu erreichen und über BGF zu informieren, wird damit erfüllt. Seit 2017 haben sich die Anfragen aus der öffentlichen Verwaltung erhöht, bislang gingen insgesamt 449 aus diesem Bereich ein. Zur Verbreitung des Angebots und Zielerreichung der BGF-KS werden gemäß § 20b Abs. 3 SGB V Unternehmensorganisationen über Kooperationsvereinbarungen aktiv beteiligt. Bis Dezember 2023 bestanden 133 abgeschlossene Vereinbarungen.[55]

Vielfalt an Aktivitäten der regionalen BGF-KS

In über 165 Veranstaltungen haben die BGF-KS seit 2017 Unternehmen zu BGF informiert. 2023 wurden in mehr als 70 Veranstaltungen ca. 2.500 BGF-Interessierte erreicht. Die Formate in Präsenz und digital waren ausgewogen. Hybride Veranstaltungen fanden seltener statt. Die Themen und Aktivitäten reichten von „Gesund arbeiten in der Pflege"[56], einer hybriden Veranstaltung der BGF-KS Nordrhein-Westfalen, bei der die ambulanten Pflegedienste im Fokus standen, über die Betriebliche Gesundheit als Erfolgsfaktor für Kliniken[57], einer Online-Veranstaltung der BGF-KS Sachsen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen, bis zu den Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit in der Arbeitswelt und den damit verbundenen Herausforderungen[58], einem Workshop der BGF-KS Niedersachsen.

In allen Bundesländern werden unterschiedliche Maßnahmen wie z. B. der Länderübergreifende Gesundheitsbericht der BGF-KS Berlin/Brandenburg[59], Seminare oder Workshopreihen zur Bekanntmachung der BGF-KS und Sensibilisierung von Unternehmen zur BGF umgesetzt.

BGF-KS intensiviert SVT-übergreifende Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen untereinander und mit weiteren SV-Trägern ermöglicht es, anfragenden Unternehmen aus den Angeboten aller Träger gezielte Lösungen im Bereich der BGF zu vermitteln. Bewährt haben sich gemeinsame regionale Veranstaltungen, etwa mit der Rentenversicherung zu Themen der Prävention vor Rehabilitation vor Rente[60] und der Chancen durch Betriebliches Eingliederungsmanagement[61] sowie mit der Unfallversicherung zu Gewaltprävention[62], als Teile einer digitalen Workshopreihe, initiiert durch die BGF-KS Niedersachsen. Die BGF-KS Land Bremen organisierte gemeinsam mit der Bremer Pflege-Initiative, dem Land Bremen, der Renten- und der Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Arbeitnehmerkammer unter Beteiligung der Pflegeverbände die Veranstaltung „Wir für die Pflege – Wege zur Stärkung der Gesundheit in Ihrem Betrieb"[63].

54 Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 1. März 2021 bis 31. August 2024.
55 Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 8. Mai 2017 bis 31. August 2024.
56 Als Videomitschnitt verfügbar unter: https://vimeo.com/902161846/f2a805a7ff?share=copy
57 Präsentation zur Veranstaltung verfügbar unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/online-veranstaltung-erfolgsfaktor-im-klinikum-betriebliche-gesundheit/
58 Präsentation zur Veranstaltung verfügbar unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/workshop-4-auswirkungen-der-klimakrise-auf-die-gesundheit-in-der-arbeitswelt-herausforderungen-und-chancen-im-kontext-der-betrieblichen-gesundheitsfoerderung/
59 BGF-Koordinierungsstelle: Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2022, Berlin: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital, 2022, https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/wp-content/uploads/2023/02/BP_Gesundheitsbericht_2022_web.pdf (abgerufen am 22.08.2024).
60 Präsentation zur Veranstaltung verfügbar unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/workshop-3-praevention-vor-rehabilitation-vor-rente/
61 Präsentation zur Veranstaltung verfügbar unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/workshop-5-betriebliches-eingliederungsmanagement/
62 Präsentation zur Veranstaltung verfügbar unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/veranstaltungsdetailseite/workshop-6-gewaltpraevention/
63 https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/wp-content/uploads/2023/09/20231011_BGM_Tagung-1.pdf

BGF-KS unterstützt regionale Unternehmensnetzwerke

Die BGF-KS unterstützt die (über-)betriebliche Vernetzung[64] und die Verbreitung guter BGF-Praxis. Neben Anfragen von Netzwerken mit direkter Beteiligung von Unternehmen nimmt die Vernetzung regionaler BGF-KS als Netzwerkpartner zu. Die BGF-KS Bayern ist z. B. Kooperationspartnerin in einem Netzwerk aus Unternehmensorganisationen und regionalen Akteuren, um in einer strukturschwachen Gegend kleine und mittlere Unternehmen gemeinsam und bedarfsorientiert zu unterstützen. Des Weiteren haben sich z. B. das Ministerium für Bildung und die BGF-KS in Rheinland-Pfalz vernetzt, um die Gesundheit der Mitarbeitenden von Trägern von Kindertageseinrichtungen zu fördern.

Fazit und Ausblick

Die BGF-KS wird zunehmend bekannter, und mehr Unternehmen werden durch regionale Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit weiteren SV-Trägern informiert und beraten. Grundlage dafür bilden die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den SV-Trägern, die eine gemeinsame Beratung von Unternehmen ermöglichen – eine Zielsetzung der nationalen Präventionsstrategie. In den nächsten Jahren sollen der Bekanntheitsgrad der BGF-KS weiter erhöht, der Standard der BGF-Erstberatung weiter implementiert und das Informations- und Beratungsportal der BGF-KS als Plattform für zentrale Informationen und Vernetzung für Unternehmen und SV-Träger neu aufgesetzt werden.

64 https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/ueberbetriebliche-netzwerke/

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

Abb. 19: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte

Im Berichtsjahr 2023 lag die Anzahl der erreichten Betriebe bei 29.668. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der erreichten Betriebe um 12 % gestiegen (2022: 26.439 Betriebe). In 89 % der Aktivitäten wurde ein Betrieb bzw. ein Betriebsstandort mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. 11 % der Aktivitäten wurden in mehreren Betrieben bzw. an mehreren Betriebsstandorten durchgeführt.

Anteil an „ungelernten" Beschäftigten

Die Differenzierung in „Betriebe mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende" soll Betriebe mit einem hohen Anteil an sogenannten „ungelernten" Beschäftigten[65] identifizieren. 2023 lag ihr Anteil an den erreichten Betrieben insgesamt bei 6 % und somit etwas über dem Anteil von 2022 (5 %).

Laufzeiten der Aktivitäten

Es wird zwischen im Berichtsjahr abgeschlossenen und über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten unterschieden. Für das Berichtsjahr 2023 kann im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der abgeschlossenen Aktivitäten festgestellt werden (2023: 57 %, 2022: 66 %), während eine Zunahme für über das Berichtsjahr hinausgehende Aktivitäten zu verzeichnen ist (2023: 43 %, 2022: 34 %).

Die mittlere Laufzeit der abgeschlossenen bzw. der über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten beträgt, ähnlich wie im Vorjahr, 6 bzw. 39 Monate. Die mittlere Laufzeit über alle Aktivitäten hat, verglichen mit dem Vorjahr, etwas zugenommen und liegt nun bei 22 Monaten (2022: 20 Monate).

Ein Ziel der befristeten BGF-Unterstützung der Krankenkassen ist es, Maßnahmen nachhaltig im Betrieb zu verankern. Hierzu kann auch die steuerfreie Arbeitgeberleistung für Präventions- und BGF-Angebote gemäß § 3 Nr. 34 EStG beitragen.[66]

65 s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, S. 146 f.
66 Bundesministerium der Finanzen: Umsetzungshilfe zur steuerlichen Anerkennung von Arbeitgeberleistungen nach § 3 Nummer 34 EstG, 20.04.2021, https://esth.bundesfinanzministerium.de/lsth/2023/B-Anhaenge/Anhang-18c/anhang-18c.html (abgerufen am 22.08.2024).

Branchen

Abb. 20: Branchen

Über alle Branchen hinweg fanden im Berichtsjahr 2023, ähnlich wie im Vorjahr, mit 27 % die meisten Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich „weitere Dienstleistungen" statt, zu denen z. B. freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen zählen. Darauf folgen das verarbeitende Gewerbe mit 25 % und das Gesundheits- und Sozialwesen mit 18 %, deren Anteile im Vergleich zu 2022 (25 % und 18 %) gleich geblieben sind.

Im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens werden drei Kategorien differenziert erfasst: Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen.[67] 2023 wurde folgende Anzahl an Aktivitäten in diesen Bereichen durchgeführt:

Gesundheitswesen

- 521 BGF-Aktivitäten in Krankenhäusern und Hochschulkliniken (2022: 458)
- 183 BGF-Aktivitäten in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Apotheken oder Arztpraxen (2022: 185)

Heime

- 1.171 BGF-Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen (2022: 921)
- 120 BGF-Aktivitäten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (2022: 81)
- 55 BGF-Aktivitäten in anderen Heimen, z. B. Altenheime ohne Pflegeleistung (2022: 99)

Sozialwesen

- 219 BGF-Aktivitäten mit ambulanten Pflegediensten (2022: 200)
- 185 BGF-Aktivitäten in anderen Bereichen des Sozialwesens, z. B. Besuchsdienste für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen (2022: 160)

67 Im Sonderteil Pflege werden verschiedene Praxisbeispiele zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Krankenkassen gemäß § 20b SGB V beschrieben, teilweise verzahnt mit Prävention nach § 5 SGB XI der Pflegekassen für die zu pflegenden Menschen, s. S. 128 ff.

Betriebsgröße

Abb. 21: **Betriebsgröße**
(Anzahl der Beschäftigten)

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Am häufigsten wurden Betriebe mit zehn bis 49 Beschäftigten erreicht (20 %), gefolgt von Betrieben mit 50 bis 99 bzw. 100 bis 249 Beschäftigten mit jeweils 18 %. Größere Betriebe mit 500 bis 1.499 Beschäftigten und Betriebe mit über 1.500 Beschäftigten wurden mit insgesamt 25 % ähnlich häufig in Maßnahmen der Krankenkassen einbezogen wie im vergangenen Jahr (2022: 26 %). Kleinstbetriebe mit bis zu neun Beschäftigten waren deutlich seltener vertreten (4 %).

Erreichte Beschäftigte

Abb. 22: **Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte**
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

2023 wurden 2.187.858 Beschäftigte durch BGF-Aktivitäten der Krankenkassen erreicht; dies sind 11 % mehr als im Vorjahr (2022: 1.975.093). Die Anzahl der Dokumentationsbögen mit fehlenden Angaben zu den erreichten Beschäftigten ist allerdings weiterhin hoch (2023: 44 %, 2022: 46 %), wodurch es vermutlich insgesamt zu einer Unterschätzung der erreichten Beschäftigten kommt.

Zielgruppen

Abb. 23: **Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung**
(Mehrfachnennungen möglich)

Im Berichtsjahr 2023 waren 36 % der Projekte auf spezifische Zielgruppen und 64 % der Aktivitäten auf alle Beschäftigten gleichermaßen ausgerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil zielgruppenspezifischer Aktivitäten leicht gesunken (2022: 40 %).

Zielgruppenspezifische Aktivitäten waren am häufigsten auf Führungskräfte der mittleren sowie oberen Führungsebene (46 % und 45 %) ausgerichtet.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Führungskräfte immer häufiger als zentrale Akteure angesprochen, die, im positiven wie im negativen Sinne, Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten sowie auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten nehmen. Die Sensibilisierung von Führungskräften für den Zusammenhang zwischen ihrem Führungsstil und dem Wohlbefinden, den mentalen und körperlichen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeitenden ist entscheidend für das Erlernen eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Führungsstils. Ein solcher Führungsstil wirkt sich nicht nur positiv auf die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Beschäftigten und der Führungskräfte selbst aus, sondern kann, vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie einer zunehmenden Digitalisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt und den daraus entstehenden neuen Möglichkeiten und Herausforderungen, langfristig zum Erfolg des Unternehmens beitragen.[68]

Darüber hinaus wurden Auszubildende (44 %) und Mitarbeitende ohne Führungsverantwortung (33 %) ebenfalls häufig durch gezielte Aktivitäten angesprochen.

68 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 127 f.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 24: **Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben**
(Mehrfachnennungen möglich)

Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

Neben den Krankenkassen sind häufig auch externe, nicht von den Krankenkassen beauftrage Kooperationspartner in die Erbringung von Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden. Im Berichtsjahr 2023 waren in 20 % der krankenkassenunterstützen Aktivitäten weitere außerbetriebliche Partner beteiligt.

Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben, waren am häufigsten Betriebsärztinnen und -ärzte (39 %), gewerbliche Anbieter/Unternehmen (36 %) sowie Träger der Unfallversicherung (29 %). Weitere Krankenkassen waren in 20 % der Aktivitäten als Kooperationspartner eingebunden und sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen in 17 %. Die Beteiligung der Unfallversicherung als wichtiger Partner der Krankenkassen im Bereich der BGF wird auf der folgenden Seite differenziert dargestellt.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 25: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung arbeiteten im Berichtsjahr 2023 in 731 Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung eng mit den Krankenkassen zusammen. Im Berichtsjahr 2022 erfolgte die Zusammenarbeit in 715 Aktivitäten. Somit ist die absolute Anzahl der Aktivitäten, bei denen die Unfallversicherung als Kooperationspartner beteiligt gewesen ist, leicht angestiegen. Gemessen an allen Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner Ressourcen eingebracht haben, lag der prozentuale Anteil von Aktivitäten, in denen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eingebunden waren, bei 29 % und ist somit im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben (2022: 30 %).

Die seit Langem etablierte Zusammenarbeit zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der gesetzlichen Krankenversicherung bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz noch verbindlicher geregelt. Die jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten benennt das SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen und das SGB VII für die Unfallversicherung. Eine Zusammenarbeit bietet sich beispielsweise bei der Durchführung von Analysen bezüglich Risiken oder Potenzialen im Betrieb, der Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen oder auch der Beratung zur Verzahnung unterschiedlicher Unterstützungsleistungen an. Dies gilt insbesondere für die Themen, bei denen Schnittmengen zum Aufgabenspektrum der Unfallversicherungsträger bestehen, wie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 26:

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

Beispiel Betriebsgröße 100-249: insgesamt 3.806 Betriebe, davon 331 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 9 %.

Wie bereits im Vorjahr waren die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung am häufigsten in Betrieben mit 50 bis 99 Beschäftigten an der Erbringung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt (12 %). In den kleineren Betrieben mit bis zu neun Beschäftigten lag der Anteil an Aktivitäten, die unter Beteiligung der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführt wurden, bei 7 %.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 27:

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 „Baugewerbe“: insgesamt 469 Dokumentationsbögen, davon 29 mit Beteiligung der Unfallversicherung; somit sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in 6 % der Betriebe im Baugewerbe an den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt.

Die absolute Anzahl an Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung war im verarbeitenden Gewerbe (194 Aktivitäten) und im Gesundheits- und Sozialwesen (191 Aktivitäten) am höchsten.

Der relative Anteil der Aktivitäten mit Beteiligung der Unfallversicherung an allen Aktivitäten in den verschiedenen Branchen war mit jeweils 9 % in den Bereichen Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden, Energie- und Wasserversorgung sowie in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung am höchsten, gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen mit 8 %.

Koordination und Steuerung

Abb. 28: **Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

In 41 % der Aktivitäten waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eingerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteil leicht gestiegen (2022: 37 %). In den eingerichteten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bzw. Steuerungsgremien wirken verschiedene für die BGF relevante Akteure bei der Planung und Gestaltung der Maßnahmen mit und tragen zum Aufbau eines langfristigen Gesundheitsmanagements im Unternehmen bei. Mitglieder dieser Gremien können sowohl betriebsinterne Personen sein, z. B. Betriebsärztinnen und -ärzte oder Sicherheitsfachleute, als auch externe Personen, z. B. Beschäftigte der Unfallversicherungsträger oder Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen. Am häufigsten waren die betriebliche Entscheidungsebene (82 %), Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (63 %) sowie Angehörige der mittleren Führungsebene (47 %) im Steuerungsgremium vertreten. Die Beschäftigten des Betriebs waren mit 45 % etwas häufiger als die Vertreterinnen und Vertreter des Betriebs-/Personalrats (42 %) in den Steuerungsgremien beteiligt, was die Einbindung und Mitbestimmung der Beschäftigten bei der Planung und Gestaltung von BGF-Aktivitäten unterstreicht.

Bedarfsermittlung

Abb. 29: **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)

Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses steht die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch die Erhebung der gesundheitlichen Situation innerhalb des Betriebs einschließlich Potenzialen und Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten. Dazu sollen für den gesamten Betrieb sowie für die verschiedenen Betriebsteile und Beschäftigtengruppen die relevanten Ressourcen und Belastungen systematisch erhoben werden. Geeignete Datenquellen und Erhebungsinstrumente stellen u. a. Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Betrieb, Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes und standardisierte Befragungen der Beschäftigten zu den Themen Arbeit und Gesundheit dar.[69]

Im Berichtsjahr 2023 wurde zur Ermittlung der Bedarfe am häufigsten auf Erfahrungen aus dem bisherigen Projektverlauf (40 %) sowie auf Ergebnisse von Projektevaluationen und/oder Ergebnisse aus vergleichbaren Projekten (38 %) zurückgegriffen, Routinedaten der Krankenkassen, der Unfall- und der Rentenversicherung (30 %) ausgewertet oder eine Befragung der Mitarbeitenden bzw. der Zielgruppe (23 %) durchgeführt.

69 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 112 f.

Formen der Mitarbeitendenbeteiligung

Bei der Planung und Durchführung der Aktivitäten sollte die Perspektive der Beschäftigten auf Potenziale und Risiken der betriebsinternen Strukturen und Abläufe erfasst und berücksichtigt werden. Die Beschäftigten erfahren durch die Einbindung in die Gestaltung der BGF-Aktivitäten zum einen Anerkennung und Wertschätzung. Zum anderen kann diese Einbindung dazu beitragen, dass die Maßnahme auf mehr Akzeptanz trifft und erfolgreicher umgesetzt werden kann. In 42 % der Aktivitäten wurden Ansätze zur Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung berücksichtigt.

Im Jahr 2023 fanden 40 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung in Form einer Arbeitssituationsanalyse statt. Bei einer Arbeitssituationsanalyse werden im Rahmen teilstrukturierter Gruppendiskussionen die aktuelle Arbeitssituation beleuchtet und gemeinsam die wichtigsten Faktoren ermittelt und dokumentiert. Auf dieser Grundlage werden Verbesserungsvorschläge erarbeitet und konkrete Maßnahmen abgeleitet. Die Durchführung einer Arbeitssituationsanalyse fördert die offene Diskussion und die innerbetriebliche Kommunikation.[70]

In 22 % der Aktivitäten zur Mitarbeitendenbeteiligung kamen Gesundheitszirkel[71] zum Einsatz. Ein betrieblicher Gesundheitszirkel besteht in der Regel aus sechs bis acht Beschäftigten, optional können Führungskräfte, Betriebs-/Personalräte sowie Beauftragte für Arbeitsschutz eingeladen werden. Im Rahmen von regelmäßigen, moderierten Treffen identifiziert die Gruppe alle gesundheitlich beeinträchtigenden Arbeitsbelastungen der Beschäftigten und erarbeitet entsprechende Anpassungsvorschläge. Die Teilnehmenden des Gesundheitszirkels verfügen über detailliertes Wissen betrieblicher Abläufe und Belastungen und werden somit zu Fachleuten für die Themen Arbeitssicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Durchführung von Gesundheitszirkeln bietet sich besonders in der Analysephase an, da die Ergebnisse direkt in die Gestaltung der BGF-Aktivitäten einfließen können.[72]

70 Team Gesundheit: Arbeitssituationsanalyse durchführen, https://teamgesundheit.de/produkt/arbeitssituationsanalyse-durchfuehren/ (abgerufen am 22.08.2024).
71 Friczewski, Franz: Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co., in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Auflage, Bern: Hogrefe Verlag, 2017, S. 243–252.
72 Team Gesundheit: Betrieblichen Gesundheitszirkel umsetzen, https://teamgesundheit.de/produkt/betrieblichen-gesundheitszirkel-umsetzen/ (abgerufen am 22.08.2024).

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Abb. 30: **Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte**

Zur Ableitung konkreter Anknüpfungspunkte für BGF-Aktivitäten können die Betriebe auf sogenannte Arbeitsunfähigkeitsanalysen (AU-Profile) bzw. betriebliche sowie branchenbezogene Gesundheitsberichte zurückgreifen. Arbeitsunfähigkeitsanalysen werden auf Anfrage von den Krankenkassen erstellt und geben einen Einblick in die Gesundheitssituation der Beschäftigten. Des Weiteren geben sie Auskunft über das spezifische Krankheitsgeschehen sowie über mögliche Belastungsschwerpunkte oder Gesundheitsgefährdungen innerhalb des Betriebs und innerhalb der jeweiligen Branche. Dazu werden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten anonymisiert ausgewertet und die Ergebnisse um Regional- oder Branchendaten ergänzt. Die Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsanalysen stellt oftmals den Einstieg in die Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb dar und kann zu einem längerfristigen Engagement im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention führen.

Die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten bietet sich insbesondere in größeren Betrieben bzw. bei einer höheren Zahl an Beschäftigten an. In Klein- und Kleinstbetrieben sind Arbeitsunfähigkeitsanalysen aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt umsetzbar. In diesem Fall stellen branchenbezogene Gesundheitsberichte ein geeigneteres Instrument dar, um auch in kleinen Betrieben mögliche Gesundheitsgefahren zu identifizieren. Weitere Methoden zur Sensibilisierung und Begleitung von Klein- und Kleinstbetrieben in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses sind beispielsweise beteiligungsorientierte Verfahren (Gesundheitszirkel und Gruppendiskussionen).[73]

Im Jahr 2023 erstellten die Krankenkassen insgesamt 11.310 AU-Profile. Verglichen mit dem Vorjahr (2022: 8.473 AU-Profile) entspricht dies einem Zuwachs von 33 %. 1.514 bzw. 13 % aller Gesundheitsberichte wurden in Krankenhäusern und im Bereich der ambulanten und stationären Pflege erstellt: davon jeweils ca. 6 % in Krankenhäusern und Hochschulkliniken bzw. in stationären Pflegeheimen und ca. 2 % in ambulanten Pflegediensten.

73 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 120.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention können entweder auf verhältnisbezogene Handlungsroutinen und Regelungen (z. B. eine bewegungsfreundliche Arbeitsumgebung, gesundheitsgerechte Verpflegungsangebote, gesundheitsförderliche Führungs- und Kommunikationskultur) oder auf individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote ausgerichtet sein. Das Ziel verhaltensbezogener Interventionen ist die Reduzierung bzw. Vermeidung negativer Folgen für die physische und psychische Gesundheit aufgrund beruflicher Belastungen oder individueller Risiken bzw. Risikoverhaltensweisen. Verhaltenspräventive Angebote sind den Präventionsprinzipien Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte, gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag und Suchtprävention im Betrieb zugeordnet. Die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten hat sich als besonders effektiv bewiesen.[74]

Im Berichtsjahr 2023 wurden in 60 % der durchgeführten Aktivitäten verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen miteinander kombiniert. Weitere 31 % der BGF-Aktivitäten waren ausschließlich auf Verhaltensprävention ausgerichtet und insgesamt 9 % hatten eine ausschließlich verhältnispräventive Ausrichtung. Auf die inhaltliche Ausrichtung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen wird nachfolgend detailliert eingegangen.

74 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 104, 139.

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 31: **Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Mit verhältnisbezogenen Maßnahmen wurden im Berichtsjahr 2023 am häufigsten eine bewegungsförderliche Umgebung (40 %) und eine gesundheitsgerechte Führung (35 %) adressiert. Weitere häufig dokumentierte Inhalte verhältnisbezogener Aktivitäten waren die Stärkung psychosozialer Ressourcen (32 %) und die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen (29 %).

Abb. 32: **Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Verhaltensbezogene Aktivitäten waren am häufigsten auf das Thema bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte ausgerichtet (63 %). Etwa die Hälfte (49 %) der Aktivitäten waren auf Stressbewältigung und Ressourcenstärkung bezogen. Knapp ein Drittel (31 %) der durchgeführten verhaltenspräventiven Interventionen bezog sich auf gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag. Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb wurden nur selten durchgeführt (7 %).

Klima

Laut WHO stellt der Klimawandel die größte Bedrohung für die Gesundheit der Menschheit dar.[75] So können Extremwettereignisse wie Hitzewellen zur hitzebedingten Morbidität und Mortalität beitragen.[76] Klimaschutz und -anpassung stellen somit wichtige Querschnittsthemen der Gesundheitsförderung und Prävention dar.[77]

Mit Blick auf die Arbeitswelt ergeben sich vor diesem Hintergrund vielfältige Herausforderungen für den Arbeitsschutz, und auch die – branchenunabhängige – Integration von Klimaschutz und -anpassung in die Betriebliche Gesundheitsförderung wird zunehmend relevanter. Die Erweiterung der Strukturen der Betrieblichen Gesundheitsförderung um geeignete Klimaschutzmaßnahmen kann dazu beitragen, gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und die psychische und physische Resilienz der Beschäftigten zu stärken. Darüber hinaus können Klimaschutzmaßnahmen mit positiven Wechselwirkungen (Co-Benefits) in verschiedenen Bereichen, beispielsweise gesundheitlichen Vorteilen, einhergehen. Gesundheitsfördernde Aktivitäten können somit zugleich klimaschützende (Neben-) Effekte haben oder mit klimaschützenden Aktivitäten kombiniert werden. Beispielweise können durch die betriebliche Förderung einer pflanzenbasierten, regionalen Ernährungsweise oder einer klimasensiblen, aktiven Mobilität (z. B. ÖPNV-Tickets, Job-Rad-Angebote) neben einer Reduktion von Treibhausgasemissionen und Luftschadstoffen ebenfalls Co-Benefits für die individuelle Gesundheit erreicht werden, wie z. B. die Verringerung des Risikos für Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Belastungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates.[78]

Im Berichtsjahr 2023 wurde daher erstmalig erhoben, ob bei der Durchführung von Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Themen Klimaschutz und -anpassung bei der Planung und/oder Umsetzung eine Rolle spielten. Die Ergebnisse zeigen, dass bei etwa der Hälfte (53 %) der BGF-Projekte Klimaschutz und -anpassung berücksichtigt wurden.

75 World Health Organization (WHO): COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action, 2021, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346168/9789240036727-eng.pdf?sequence=1 (abgerufen am 22.08.2024).
76 Winklmayer, Claudia/an der Heiden, Matthias: Hitzebedingte Mortalität in Deutschland, in: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 42, 2022, https://edoc.rki.de/handle/176904/10346.3 (abgerufen am 22.08.2024).
77 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 46 ff.
78 Bühn, Stefanie/Voss, Maike: Gutachten Klimawandel und Gesundheit – Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Berlin: Centre for Planetary Health Policy (CPHP), 2023, https://www.arbeit-sicher-und-gesund.de/fileadmin/PDFs/klug-gutachten-klimawandel-und-gesundheit-auswirkungen-auf-die-arbeitswelt_stand-feb-2023.pdf (abgerufen am 01.06.2024).

Nutzung digitaler Formate

Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden zunehmend auch in digitalen Formaten bzw. unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Digitale Formate können sowohl in den Gesundheitsförderungsprozess einfließen als auch die Bereitstellung eines Gesundheitsförderungsangebots umfassen. Der Einsatz digitaler Formate im Gesundheitsförderungsprozess kann in bestehende digitale Strukturen von Betrieben integriert oder in Form einer eigenen Gesundheitsplattform etabliert werden. Die Nutzung einer Gesundheitsplattform erleichtert den Zugang zu informellem Erfahrungswissen und ermöglicht die Bereitstellung spezifischer Informationen für verschiedene Akteure und Zielgruppen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie den fachlichen Austausch zu Gesundheitsthemen. Des Weiteren können durch die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit der Gesundheitsangebote auf einer entsprechenden Plattform sowohl Schichtarbeitende als auch Beschäftigte in mobiler Arbeit/Telearbeit erreicht werden. Bei der Entwicklung einer solchen Gesundheitsplattform sollten die jeweiligen betriebsinternen Mitbestimmungsorgane einbezogen werden.[79]

Im Berichtsjahr 2023 wurde erstmals die Nutzung digitaler Formate im Rahmen von Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung erhoben. Etwa die Hälfte (50 %) der dokumentierten BGF-Projekte wurde unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Mit 89 % kamen dabei am häufigsten hybride Formate (online und in Präsenz) zum Einsatz.

Erfolgskontrollen

In 83 % der durchgeführten BGF-Aktivitäten wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung geplant. Mit 70 % stand die Ermittlung der Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention im Mittelpunkt der Erfolgskontrollen, gefolgt von der Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention (66 %) sowie die Akzeptanz der Maßnahme bei der Zielgruppe bzw. die Inanspruchnahme der Maßnahme (59 %).

79 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 160 ff.

Aktivitäten der Krankenkassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen

Die gesetzlichen Krankenkassen und Träger der Unfall- und Rentenversicherung beraten die Betriebe bei der Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei weisen die Sozialversicherungsträger die in den Betrieben Verantwortlichen nicht nur auf eigene Angebote und Instrumente hin, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten anderer Sozialleistungsträger. Sie fördern damit die bedarfsgerechte Inanspruchnahme und Verzahnung der von den unterschiedlichen Trägern angebotenen Leistungen. Die genaue Ausgestaltung der wechselseitigen Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der Träger untereinander und mit weiteren Verantwortlichen ist in den LRV festgehalten[80], die zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Landesministerien geschlossen werden.

Von den im Berichtsjahr 2023 dokumentierten BGF-Projekten, bei denen gültige Angaben zur Fragestellung vorlagen, wiesen 11 % einen Bezug zu den Strukturen der LRV auf.

80 Die Nationale Präventionskonferenz (NPK): Gesundheit in der Arbeitswelt, https://www.npk-info.de/umsetzung/gesundheit-in-der-arbeitswelt (abgerufen am 22.08.2024).

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Während große und mittlere Unternehmen meist über ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen verfügen, um BGF-Aktivitäten zu planen und umzusetzen, haben Klein- und Kleinstbetriebe diesbezüglich meist weniger Ressourcen und weisen somit einen besonderen Unterstützungsbedarf auf. Um auch kleinere Betriebe mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen, gewinnt die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung.[81]

Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Überbetriebliche Netzwerke[82] werden in der aktuellen Fassung des Leitfadens Prävention als „zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen", definiert. Im Rahmen von Netzwerken sollen Betriebe, die noch nicht über ausreichende Ressourcen für die Umsetzung von Präventionsangeboten verfügen, erreicht und niederschwellig (z. B. digital unterstützt) für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisiert, motiviert und unterstützt werden. Innerhalb eines Netzwerks können Betriebe sich mit anderen Betrieben bzw. auch branchenübergreifend in Bezug auf die Gesundheitsförderung vergleichen und von den Erfahrungen anderer Netzwerkmitglieder profitieren. Netzwerke sind wichtig zur Stärkung und Förderung der Bereitschaft von betrieblichen Entscheidenden, in BGF-Maßnahmen zu investieren.

Darüber hinaus können Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ebenfalls durch Kooperationen mit Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und anderen Organisationen, z. B. Innungen, Handwerkskammern, Fachverbänden sowie Industrie- und Handelskammern vermittelt werden. Gemeinsam mit diesen Kooperationspartnern können die gesetzlichen Krankenkassen und die BGF-Koordinierungsstellen Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen für die Betriebe durchführen. Daran anknüpfend können weiterführende Maßnahmen, wie Netzwerkaktivitäten oder betriebliche Projekte, umgesetzt werden.

81 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 142.
82 Ebenda.

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 33: **Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Im Berichtsjahr 2023 waren die Krankenkassen in 150 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF aktiv. Im Vergleich zum Vorjahr (2022: 166) ist die Anzahl der dokumentierten Netzwerke und Kooperationen leicht gesunken. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner lag bei 57 Netzwerken (43 %) vor.

Neben den Krankenkassen und Organisationen beteiligten sich 5.661 Betriebe direkt als Netzwerkmitglieder. Im Vergleich zum Vorjahr (2022: 4.714) bedeutet dies eine Steigerung von 20 %. Unter den Betrieben waren 58 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Über die Netzwerke hinaus wurden weitere 107.909 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl geringfügig gesunken (2022: 112.708); im Vergleich zum Berichtsjahr 2021 allerdings deutlich gestiegen (2021: 62.233). Dies hängt damit zusammen, dass sich einige neue Netzwerke zusammengeschlossen haben, die große Wirtschaftsverbände einbinden und durch Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen eine große Anzahl an Betrieben erreichen können. Die Anzahl der insgesamt erreichten Betriebe ist im Vergleich zum Vorjahr etwas gesunken (2023: 113.570; 2022: 117.422).

Abb. 34: **Organisationen als Kooperationspartner** (Mehrfachnennungen möglich)

Kategorien mit Werten unter 3 % werden nicht angezeigt.

Innerhalb der Netzwerke waren neben den Krankenkassen und den Betrieben mit 16 % am häufigsten die Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungsträger vertreten. Diese sind Mitglieder des Spitzenverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).[83]

Darüber hinaus waren unter den Mitgliedern des Netzwerks/der Kooperation zu jeweils 8 % sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen sowie Innungen, ihre Fachverbände und Zusammenschlüsse und zu 7 % Kommunen vertreten.

83 DGUV-Spitzenverband: Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp (abgerufen am 22.08.2024).

Abb. 35: **Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße**
(Mehrfachnennungen möglich)

Durch Netzwerke/Kooperationen wurden am häufigsten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigen erreicht (39 % bzw. 2.130 Betriebe). Damit ist der prozentuale Anteil von Klein- und Kleinstbestrieben in den Netzwerken höher als der Anteil dieser Betriebe, die insgesamt mit BGF-Aktivitäten erreicht wurden (25 %). Dies ist insofern positiv zu bewerten, als Klein- und Kleinstbetriebe aufgrund von begrenzten Ressourcen für Aktivitäten der BGF im besonderen Maße von Netzwerken/Kooperationen profitieren können.

Mittelgroße Betriebe mit 50 bis 99 und 100 bis 249 Beschäftigten waren mit jeweils 17 % (930 bzw. 918 Betriebe) Mitglieder in Netzwerken/Kooperationen. Großbetriebe mit 250 und mehr Beschäftigten waren mit insgesamt 28 % (1.549 Betriebe) hingegen seltener Mitglieder in einem Netzwerk. Im Detail waren Betriebe mit 250 bis 499 Beschäftigten zu 16 % in Netzwerke/Kooperationen eingebunden, Betriebe mit 500 bis 1.499 Beschäftigten zu 8 % und Betriebe mit 1.500 und mehr Beschäftigten zu 4 %.

Abb. 36: **Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder**
(Mehrfachnennungen möglich)

Zur Verbreitung und Implementierung von BGF-Maßnahmen stand im Berichtsjahr 2023 die Durchführung von Informationsveranstaltungen für Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (72 %) im Mittelpunkt, gefolgt von der Begleitung der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen durch die Krankenkasse(n) (70 %). Weitere häufige Aktivitäten, mit dem Ziel der Sensibilisierung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, waren die Beratung der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (66 %) und der Versand von schriftlichen Materialen zur BGF (61 %).

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Abb. 37: **Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation**
(Mehrfachnennungen möglich)

In den durch Sensibilisierungsmaßnahmen erreichten weiteren Betrieben außerhalb der Netzwerke/Kooperationen (107.909)[84] wurden die genannten Maßnahmen durchgeführt:

- Schulungen: 611 Betriebe (2022: 394 Betriebe)
- Beratungen: 2.759 Betriebe (2022: 3.035 Betriebe)
- Informationsveranstaltungen: 4.374 Betriebe (2022: 3.611 Betriebe)
- Schriftliche Informationen zur BGF: 8.975 Betriebe (2022: 7.366 Betriebe)

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

Evaluation

Während im Berichtsjahr 2023 37 % der Netzwerke eine Evaluation durchführten, haben 13 % der Netzwerke eine Evaluation für die Zukunft geplant.

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

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Ziele der GKV grafisch dargestellt. Die Zieleperiode startete 2019 und läuft bis 2025.[85] Näheres zur Methodik der Zielauswahl findet sich im Leitfaden Prävention 2023, Kapitel 3.[86]

Im Berichtsjahr 2023 konnte die Anzahl der erreichten Betriebe für alle formulierten Ziele gesteigert werden. Für nahezu alle Ziele konnte ebenfalls der relative Anteil der Betriebe, welche mit den in den Zielen spezifisch definierten Aktivitäten erreicht wurden, gesteigert werden.

Ziel 1: Zahl und Anteil der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement zuständigen Akteure verfügen, sind erhöht.

Ziel 2: [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert] Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum[87] aller Träger zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sowie die Verknüpfungsmöglichkeiten von Leistungen der Krankenkassen zur BGF mit den Leistungen von Unfall- und Rentenversicherungsträgern zum Arbeitsschutz, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung.

Ziel 3: Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht.

Ziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses sind erhöht.

Ziel 5: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durchführen, sind erhöht.

Ziel 6: Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der mit verhältnis- **und** verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld erreichten Betriebe sind erhöht.

Ziel 7: Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht.

85 Die Zieleperiode wurde um ein Jahr verlängert und dauert nun bis einschließlich 2025.
86 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 18 ff.
87 Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Abb. 38:

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

Die Anzahl der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement zuständigen Akteure verfügen, ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Der relative Anteil ist ebenfalls gestiegen. Das Ziel konnte erreicht werden.

Abb. 39:

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

Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist gestiegen. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 40:

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

Die Zahl sowie der Anteil von Betrieben mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses ist erhöht. Das Ziel konnte erreicht werden.

Abb. 41:

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

Die absolute Zahl der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Gleichzeitig hat ebenfalls der relative Anteil zugenommen. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 42: **Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen**

Die absolute Anzahl der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb erreichten Unternehmen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen. Der prozentuale Anteil ist im gleichen Zeitraum zurückgegangen. Das Ziel konnte teilweise erreicht werden.

Abb. 43: **Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten**

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

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle verhaltensbezogene Interventionen richten sich an einzelne Versicherte. Entsprechend ihren jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten sollen individuelle Präventionsleistungen die Gesundheitskompetenz der und des Einzelnen stärken und zu positiven gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen anregen und befähigen. Ziel ist es, Risikofaktoren (z. B. durch Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel) zu reduzieren und gleichzeitig gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Ressourcen zu stärken.[88] Inhaltlich werden die Angebote folgenden in der Prävention anerkannten Handlungsfeldern[89] zugeordnet: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Die Maßnahmen sind grundsätzlich als Gruppenangebote organisiert.

Bezuschussungsfähige Kurse werden von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP)[90] im Auftrag der Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention zertifiziert.

Neben Kursen in Präsenz können Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention als Informations- und kommunikationstechnologie-basierte (IKT-)Kurse oder als digitale Angebote (z. B. Internet-Interventionen, mobile Anwendungen) umgesetzt werden. Während bei Kursen im Präsenz- bzw. IKT-Format die Kursleitung für z. B. Edukation, Motivation, Reflexion oder Individualisierung verantwortlich ist, sind diese Funktionen in digitalen Angeboten teilweise oder vollständig digitalisiert (z. B. durch Lernvideos, Reflexionsfragen mit automatisiertem und/oder personalisiertem Feedback). Da bei IKT-Kursen die Leitung der Maßnahme einer realen Person obliegt, gelten hier die Regelungen des Kapitels 5 im Leitfaden Prävention. Bei Übertragung dieser Funktion auf digitale Technologie handelt es sich um ein digitales Angebot; es gelten die Regelungen des Kapitel 7 im Leitfaden Prävention. Neben reinen Präsenz-, IKT- und digitalen Angeboten sind auch Mischformen (Blended Learning) möglich. Wenn die Nutzung digitaler Angebote z. B. zu Beginn in einem Präsenzformat vor Ort eingeführt und/oder deren Nutzung punktuell in einem Präsenzformat reflektiert wird, handelt es sich insgesamt um ein digitales Angebot. Werden digitale Anwendungen jedoch nur begleitend und unterstützend zu einem Präsenzkurs eingesetzt, so handelt es sich um ein Kursangebot im Präsenzformat.[91]

In diesem Berichtsjahr wurden erstmals Präsenzangebote und Online-Angebote differenziert dokumentiert. Im Folgenden werden zunächst die Gesamtergebnisse dargestellt und schließlich um ausgewählte differenzierte Ergebnisse zu Präsenzangeboten und Online-Angeboten ergänzt.

88 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 58.
89 Ebenda, S. 69 ff.
90 www.zentrale-pruefstelle-praevention.de
91 Leitfaden Prävention, Dezember 2023, S. 151.

Inanspruchnahme

Abb. 44: **Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt**

Insgesamt wurden im vorliegenden Berichtsjahr 1.613.532 Kursteilnahmen dokumentiert, was einer Zunahme um etwa 25 % im Vergleich zum letzten Berichtsjahr entspricht (2022: 1.294.193).

Unter allen dokumentierten Kursteilnahmen fanden 1.173.824 bzw. 73 % in Präsenz statt; 326.163 bzw. 20 % wurden online (als IKT-Kurs oder digitale Anwendung) durchgeführt. Bei 113.545 bzw. 7 % der Maßnahmen konnte nicht zwischen Online- und Präsenzangeboten differenziert werden.

Die Prozentangaben der im weiteren Verlauf dargestellten Ergebnisse zu Online- und Präsenzangeboten beziehen sich auf die gültigen Angaben bzw. auf die Summe der Teilnahmen, bei denen dokumentiert werden konnte, ob es sich um Online- oder Präsenzangebote handelte (1.499.987 Kursteilnahmen). Bezogen auf die gültigen Angaben beläuft sich der Anteil der Kursteilnahmen bei den Präsenzangeboten auf 78 % (1.173.824) und bei den Online-Angeboten auf 22 % (326.163).

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 45: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern

Die Abbildung beschreibt die Verteilung der Kursteilnahmen nach den im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfeldern. Am häufigsten wurden Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten (60 %), gefolgt von Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Stressmanagement (35 %) wahrgenommen. Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen konzentrierte sich auf die Themen Ernährung (5 %) und Suchtmittelkonsum (1 %).

Wird die Verteilung der verschiedenen Handlungsfelder innerhalb der Präsenz- und Online-Formate betrachtet, zeigt sich: Unter allen durchgeführten Präsenzkursen beträgt der Anteil der in Anspruch genommenen Bewegungsangebote rund 65 %. Etwa 33 % der Präsenzkurse fielen dem Handlungsfeld Stressmanagement zu. Kursteilnahmen zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum waren unter den Präsenzangeboten mit 1 % und 0,3 % deutlich seltener zu finden. Unter allen durchgeführten Onlinekursen entfiel mit 43 % ein Großteil der Angebote auf das Handlungsfeld Stressmanagement und auf das Handlungsfeld Bewegung (38 %). Im Vergleich zu den Präsenzangeboten waren unter den Online-Angeboten häufiger Kurse zu den Themen Ernährung (16 %) und Suchtmittelkonsum (3 %) zu finden.

Abb. 46: **Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern differenziert nach Präsenz- und Online-Angeboten**

Die Prozentangaben in den Abbildungen 46 und 48 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen und bei denen eine Differenzierung zwischen Online- und Präsenzkursen dokumentiert werden konnte. Die Differenzierung erfolgte insgesamt bei 1.499.987 der Kursteilnahmen. Die Angaben sind gerundet.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass Angebote im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten und zum Thema Stressmanagement zu 86 % bzw. 73 % überwiegend in Präsenz stattfanden. Kurse zu den Themenbereichen Ernährung und Suchtmittelkonsum wurden zu 76 % bzw. 77 % überwiegend als Online-Formate durchgeführt.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 47: Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Die Prozentangaben in den Abbildungen 47, 49 und 50 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Insgesamt wurden 1.613.532 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Die Angaben sind gerundet.

Die Inanspruchnahme von individuellen verhaltensbezogenen Präventionsangeboten ist altersabhängig. So machten die Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen (22 %) sowie der 60- bis 69-Jährigen (21 %) den höchsten Anteil der Kursteilnehmenden insgesamt aus. Der Anteil der Personen ab 50 Jahren betrug insgesamt 56 %. Wird der Anteil der Inanspruchnahme innerhalb der jeweiligen Altersgruppe dem Anteil der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung[92] gegenübergestellt, wird deutlich, dass auf die unter 20-Jährigen mit ihrem Bevölkerungsanteil von 19 % nur etwa 3 % der Kursteilnahmen entfielen. Angebote individueller Verhaltensprävention wurden von dieser Altersgruppe somit unterproportional zu ihrem Bevölkerungsanteil nachgefragt. Die Inanspruchnahme von Kursen in der Altersgruppe zwischen 20 und 39 Jahre entsprach mit 25 % in etwa ihrem Bevölkerungsanteil (24 %). Auch die 40- bis 49-Jährigen waren mit 16 % in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 12 % vertreten. Die 50- bis 59-Jährigen beteiligten sich überproportional an verhaltenspräventiven Angeboten (22 %); ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 15 %.

Bei Betrachtung der Alterszusammensetzung der Teilnehmenden an Präsenz- und Online-Kursen ist festzustellen, dass unter allen durchgeführten Präsenzkursen mit 63 % überdurchschnittlich häufig Personen ab 50 Jahren vertreten waren. Am häufigsten wurden diese von Personen zwischen 60 und 69 Jahren gewählt (24 %), gefolgt von Personen zwischen 50 und 59 Jahren (23 %). Bei den Online-Angeboten belief sich der Anteil der Personen ab 50 Jahren auf etwa 31 %. Mit 68 % wurden diese überdurchschnittlich häufig von Personen zwischen 20 und 49 Jahren wahrgenommen; insbesondere in der Altersgruppe zwischen 30 bis 39 Jahren (29 %) waren Online-Angebote gefragt.

Gesundheitsorientierte Kursangebote trafen insbesondere bei Frauen auf großes Interesse. Rund 80 % der Teilnehmenden waren weiblich. Dieser Wert ist seit Jahren konstant. Der Frauenanteil bei den durchgeführten Präsenzkursen betrug 81 %; der Männeranteil 19 %. Bei den durchgeführten Onlinekursen belief sich das Verhältnis von weiblichen und männlichen Versicherten auf 72 % zu 28 %.

92 Errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005, Stand 31. Dezember 2022.

Abb. 48: Inanspruchnahme von Online- und Präsenzkursen nach Alter und Geschlecht

Die Abbildung 48 zeigt, dass die Inanspruchnahme von Präsenzangeboten zwar über alle Altersgruppen hinweg überwiegt. Am häufigsten erfolgte die Inanspruchnahme von Online-Angeboten allerdings in den drei Altersgruppen 20 bis 29 Jahre (47 %), 30 bis 39 Jahre (36 %) und 40 bis 49 Jahren (30 %).

Bezüglich des Geschlechts ist festzustellen, dass der Anteil der Männer, welche Online-Angebote in Anspruch genommen haben, mit 28 % höher ist als der Anteil der Frauen mit 20 %.

Abb. 49: **Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter**

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Anhand der vorliegenden Abbildung lässt sich erkennen, ob bestimmte Kursinhalte von einzelnen Altersgruppen bevorzugt in Anspruch genommen wurden. Bewegungsangebote wurden mit durchschnittlich 60 % in allen Altersgruppen am häufigsten genutzt. Allerdings wurden diese von Versicherten unter 20 Jahren und ab 70 Jahren mit jeweils 76 % besonders häufig gewählt.

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

Abb. 50: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht

Wie in den Berichtsjahren zuvor wurden individuelle Präventionskurse zu allen Themen deutlich häufiger von Frauen belegt. So beträgt der Frauenanteil sowohl im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten als auch im Handlungsfeld Ernährung jeweils 77 %; der Männeranteil 23 %. Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum wurden allerdings mit 42 % zu einem vergleichsweisen hohen Anteil von Männern besucht. Am geringsten war der Männeranteil bei Kursen zum Thema Stressmanagement (16 %).

Evidenzbasierte Qualitätssicherung in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention

Melanie Dold,
Geschäftsführender Verband vdek

Christine Witte,
GKV-Spitzenverband

Qualitätssicherung im Rahmen des Prüfprozesses – 10 Jahre Zentrale Prüfstelle Prävention

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich 2013 zu einer Kooperationsgemeinschaft zur Zertifizierung von Präventionsangeboten § 20 SGB V zusammengeschlossen und die Zentrale Prüfstelle Prävention als Institution mit der einheitlichen Prüfung von Präventionskursen beauftragt. Nach 10 Jahren Prüftätigkeit steht den Versicherten ein breites Spektrum an qualitätsgesicherten Präsenz- und Onlineformaten zur Unterstützung ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens zur Verfügung. Aus 110.000 geprüften Angeboten können die Versicherten auf den Internetseiten der Krankenkassen auswählen und einen Zuschuss zur Teilnahmegebühr erhalten. Schwerpunkte bilden das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten sowie Stress- und Ressourcenmanagement. Auch wenn es sich dabei vor allem um Präsenzangebote handelt, sind die ca. 3.000 geprüften Online-Angebote spätestens seit der Corona-Pandemie ein fester Bestandteil der Individualprävention. Sie unterstützen den Alltagstransfer für die Versicherten und erhöhen durch ihre Ortsunabhängigkeit die Teilnahmemöglichkeiten.

Der Prüfprozess und die Prüfbereiche

Der Ablauf einer Kursprüfung erfolgt online in der Datenbank der Prüfstelle und umfasst alle Handlungsfelder des Leitfadens Prävention. Seit 2021 wird die Qualifikationsprüfung als eigenständiger Prüfantrag von der Kursleitung beantragt. Der Kursanbieter leitet hingegen die Prüfung des konkreten Kurses ein und erhält innerhalb von 10 Tagen eine Rückmeldung zu den geprüften Kursinhalten. Für ein positiv geprüftes Präventionsangebot und die dafür ebenfalls geprüfte Kursleitung erhält der Anbieter das Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ für die Dauer von drei Jahren. Seit 2014 wurde das Zertifikat als Zeichen der Qualität für Präventionsangebote über 500.000-mal an Anbietende vergeben. Die Qualifikationen der Kursleitungen werden dauerhaft anerkannt.

In den letzten Jahren sind mit der Fortentwicklung des Leitfadens Prävention verschiedene Prüfbereiche etabliert worden, die sich hinsichtlich Anforderungen und Prüfumgang deutlich voneinander unterscheiden. Während die Präsenzkurse vielfach auf der Basis eines bereits vorgeprüften Konzepts weitgehend direkt geprüft und zertifiziert werden, ist bei den Online-Angeboten nach Kapitel 5 (IKT-Angebote) stets eine Selbstverpflichtungserklärung zur Einhaltung des Datenschutzes vorzuweisen. Bei den sogenannten Digitalen Angeboten nach Kapitel 7 (technisierte Anwendung ohne Kursleitung) muss eine Risiko-Folgen-Abschätzung für die konkrete Anwendung nachgewiesen werden. Entscheidend ist zudem, dass der gesundheitliche Nutzen der digitalen Anwendung sichergestellt ist und somit spätestens nach einem Jahr eine wissenschaftliche Evaluation vorliegt. Anfang 2024 ist die Anzahl mit sechs zertifizierten hoch technisierten (mobilen) Angeboten noch gering, jedoch sorgt eine Mitte 2024 neu eingeführte Datenmaske für eine weitere Vereinfachung bei der Beantragung. Ein eigens für diesen Bereich eingerichteter wissenschaftlicher Beirat für Online-Angebote flankiert beratend die Weiterentwicklung.

Die Qualitätssicherung customized – ein individuelles System

Durch das individuelle und speziell auf die Anforderungen des Leitfadens Prävention ausgerichtete IT-System wird die Qualität aller Präventionsangebote durch die Überprüfung der fachlich-inhaltlichen Voraussetzungen in den Handlungsfeldern Bewegung, Stress, Ernährung und Sucht gesichert. Ein großer Vorteil besteht zudem in der Bereitstellung der Angebote, denn die gemeinsam genutzte Datenbank sorgt für eine einfache Nutzung durch die Versicherten, eine hohe Effizienz im Erstattungsprozess bei den Kassen und viel Flexibilität bei Anbietern, die das passende Format (in Präsenz, online) zur Prüfung einreichen können.

Stichprobenhafte Evaluation von Präventionskursen im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten deutschlandweit Präventionskurse in hoher Qualität an. Eine wesentliche Voraussetzung dafür sind die im Leitfaden Prävention im Kapitel 5 definierten Handlungsfelder übergreifenden Kriterien in den Bereichen Struktur-, Konzept- und Planungs- sowie Prozessqualität. Die Anbieter und Anbieterinnen von Präventionskursen müssen im Zuge der Zertifizierung von Präventionskursen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention zum einen ihre fachliche und pädagogische Qualifikation nachweisen. Zum anderen wird geprüft, ob die Kurskonzepte gemäß Leitfaden Prävention wissenschaftlich fundiert sind und unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden können.

Der GKV-Spitzenverband hat darüber hinaus verbindliche Kriterien für eine wissenschaftliche Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Kursen verfolgten Ziele festgelegt (§ 20 Abs. 2 SGB V). Diese Kriterien sind wesentliche Grundlagen, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob die durchgeführten Präventionskurse eine nachhaltig wirkende gesundheitsfördernde Verhaltensänderung entfalten.

Im ersten Schritt hat das IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2020 ein Evaluationskonzept, einschließlich der Erhebungsinstrumente (Fragebögen für die Kursteilnehmenden) entwickelt. Das Evaluationskonzept sieht vor, dass die Erreichung der mit den Kursen verfolgten Ziele in den Bereichen Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektiver Gesundheitszustand im Vorher-Nachher-Vergleich mit Follow-up (Katamnese) ermittelt wird. Zugleich werden Aspekte der Prozessqualität erhoben.

In einem zweiten Schritt wird derzeit dieses Evaluationskonzept erprobt. Mit der Erprobung wurde das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit beauftragt. Seit April bis voraussichtlich September 2024 werden durch das BQS Institut Einrichtungen und Personen, die Präventionskurse im Handlungsfeld der Bewegungsgewohnheiten anbieten, aufgefordert, sich mit einem Präsenzkurs an dieser Erprobung zu beteiligen.

Die Ergebnisse werden voraussichtlich Anfang des Jahres 2026 vorliegen. Der GKV-Spitzenverband wird die Ergebnisse in einer Form erhalten, die keine Rückschlüsse auf einzelne Kurse oder Anbieter und Anbieterinnen ermöglicht. Die Erkenntnisse werden zum einem für die Weiterentwicklung des Evaluationskonzepts genutzt und zum anderen für einen Qualitätsdialog mit den Anbieterverbänden.

Im dritten Schritt ist vorgesehen, nach Abschluss der Erprobung ein System zur Evaluation der Präventionskurse dauerhaft zu implementieren. Die Evaluationen sollen dann stichprobenhaft in den verschiedenen Handlungsfeldern erfolgen.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Seit 2016 setzen die Pflegekassen präventive Leistungen entsprechend § 5 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen um. In diesem Zeitraum wurde der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI" dreimal dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst und zuletzt im Oktober 2023 in einer aktualisierten Fassung veröffentlicht. Die Pflegekassen richten ihr Leistungsspektrum entsprechend dem Leitfaden aus. Auch in diesem Jahr werden nachfolgend relevante Eckdaten zum Leistungsgeschehen der Pflegekassen veröffentlicht. Diese Daten zeigen auf, dass sich der positive Trend in der Umsetzung präventiver Leistungen nach den Einschränkungen der Corona-Pandemie fortsetzt: 2023 konnten die Pflegekassen im Vergleich zu den beiden Vorjahren wiederholt mehr pflegebedürftige Menschen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit ihren präventiven Angeboten erreichen. Die kontinuierliche Leistungssteigerung spiegelt sich auch bei der Erreichung der Präventionsziele wider – fast alle Präventionsziele konnten im Jahr 2023 erfüllt werden. Hierfür gaben die Pflegekassen im Vergleich zu den Vorjahren mehr Präventionsmittel aus, wobei der Richtwert für die Sollausgaben noch immer nicht erreicht werden konnte.

Die Pflegekassen investierten im Jahr 2023 einmal mehr in die Ansprache stationärer Pflegeeinrichtungen – 22 % der 16.115 stationären Einrichtungen in Deutschland[93] wurden über die Möglichkeit der Förderung von Prävention durch die Pflegekassen informiert. Etwa ein Drittel der informierten Pflegeeinrichtungen entschied sich für den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess. Prozentual weniger als im letzten Jahr – hier gilt es, weiterhin kontinuierlich dafür zu werben, dass sich Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen und Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen lohnen. Das, und wie dies gut gelingen kann, belegen die vielen im Sonderteil des GKV-Präventionsberichts ab der Seite 128 ff. aufgeführten Praxisbeispiele. Die überwiegende Mehrheit der Pflegeeinrichtungen, die sich für die Umsetzung präventiver Maßnahmen entschieden haben – das sind im Jahr 2023 etwa 17 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland – kombinieren ihre Aktivitäten in den Handlungsfeldern der Prävention. Das bedeutet, dass präventive Maßnahmen sich auf mehrere Handlungsfelder der Prävention beziehen und beispielsweise bewegungsfördernde Angebote (Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität) in der Gemeinschaft erfolgen (Stärkung der psychosozialen Gesundheit) und mit kognitiven Anforderungen und entsprechenden Trainingsmodulen (Förderung kognitiver Leistungen) verbunden sind. Dies entspricht dem Alltagsverständnis der Menschen und ist auch in der Wirksamkeit gut belegt.

Mit der Neufassung des Leitfadens war auch die Erfassung neuer Aspekte der Leistungserbringung der Pflegekassen verbunden. Entsprechend dem neuen Kapitel 8 „Digital unterstütze Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen" des Leitfadens dokumentieren die Pflegekassen erstmals mit Rückblick auf das Berichtsjahr 2023, welche digitalen Formate für die Umsetzung der präventiven Angebote genutzt wurden. Mehr als die Hälfte der von den Pflegekassen unterstützten Einrichtungen nutzten Online-Schulungen (50 %) oder auch Computerspiele (24 %), um Bewohnende von Pflegeeinrichtungen bzw. Gäste der Tages- und der Kurzzeitpflege zu erreichen. Damit ist belegt, dass digitale Formate – forciert durch die Corona-Pandemie – Einzug in die alltägliche Praxis der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gehalten haben.

Ulrike Bode,
GKV-Spitzenverband

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband

93 Statistisches Bundesamt: Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, 21.12.2022, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html (abgerufen am 03.04.2024).

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

In der Vorbereitungsphase informieren und beraten die Pflegekassen stationäre Pflegeeinrichtungen zu den Präventionsleistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Im Mittelpunkt stehen hier die Sensibilisierung und Motivation der Pflegeeinrichtungen bzw. der in der Einrichtung verantwortlichen Personen und der pflegebedürftigen Menschen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umzusetzen. Die Vorbereitungsphase dient auch dem Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses darüber, welche gesundheitsfördernden Strukturen in der Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtung passend sind. Interessierte Pflegeeinrichtungen werden über die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten, die Pflegekassen vorhalten, informiert.[94]

Hierbei greifen die Pflegekassen auf verschiedene Zugangswege zurück, wie z. B. persönliche Informations- und Beratungsangebote in den Pflegeeinrichtungen, Anwerbung über externe Dienstleister, Erweiterung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Personal um Präventionsleistungen oder Informationsveranstaltungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen.[95] Sobald sich die Pflegeeinrichtung für den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess entschieden hat, gilt die Vorbereitungsphase als beendet, und es erfolgt ein Wechsel in die Umsetzungsphase.[96]

94 GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Fassung vom 28. September 2023, Berlin: 2023, S. 8. www.gkv-spitzenverband.de (kurz: Leitfaden Prävention stationär, September 2023).

95 Vollmer, Janko et al.: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. 2022, S. 45 ff., https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2022_Endbericht_Evaluation_praventive_Leistungen_Pflegekassen__5_SGB_XI_final.pdf (abgerufen am 03.04.2024).

96 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 10.

Leistungen in der Vorbereitungsphase

Abb. 51: **Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern**
(Mehrfachnennungen möglich)

Im Berichtsjahr 2023 haben die Pflegekassen 3.531 Pflegeeinrichtungen und 235 Träger zu den Möglichkeiten und Inhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten informiert und beraten. Im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr mit 2.186 beratenen Einrichtungen und 124 beratenen Trägern ist eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. Prozentual ausgedrückt sind im Berichtsjahr 2023 über ein Drittel der zuvor beratenen Einrichtungen (1.346 bzw. 38 %) bzw. die Hälfte der informierten Träger (118 bzw. 50 %) anschließend in den Gesundheitsförderungsprozess eingestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei den Pflegeeinrichtungen, die sich für den Einstieg entschieden haben, ein Anstieg der absoluten Zahlen zu verzeichnen (2022: 1.133), gleichzeitig hat der prozentuale Anteil abgenommen (2022: 52 %). Bei den Trägern konnte sowohl eine Steigerung der absoluten Zahl (2022: 39) als auch des prozentualen Anteils (2022: 31 %) erreicht werden. Unter anderem stellen mangelnde personelle Ressourcen innerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen eine Herausforderung für die Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess dar.[97]

Die Pflegekassen informierten am häufigsten über Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit (85 %), zur Förderung kognitiver Leistungen (84 %) sowie zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität (77 %).

97 Vollmer, Janko et al.: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. 2022, S. 52.

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation

Zu Beginn der Umsetzungsphase des Gesundheitsförderungsprozesses gilt es zunächst, vorhandene Ressourcen und Strukturen zu prüfen und die Bedarfe und Wünsche der Pflegebedürftigen zu ermitteln und zu analysieren. Ausgehend von diesen Erkenntnissen werden Interventionsziele abgeleitet und in gemeinsamer Abstimmung mit den am Gesundheitsförderungsprozess beteiligten Akteuren ein Maßnahmenplan mit verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen entwickelt. Danach erfolgt die Umsetzung der ausgewählten präventiven Maßnahmen, die in der Regel begleitend oder abschließend evaluiert werden.

Nachfolgend werden die Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase aufgezeigt und um Informationen zu ausgewählten strukturellen Faktoren ergänzt, wie z. B. zur Nutzung digitaler Angebote, zur Laufzeit und inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten, zu den erreichten Zielgruppen pflegebedürftiger Menschen, zu Charakteristiken der Pflegeeinrichtungen sowie zum Erreichen der Präventionsziele.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Die Pflegekassen erbrachten im Berichtsjahr 2023 in 2.796 stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.[98] Im Vergleich zu den beiden Vorjahren (2022: 2.529 Pflegeeinrichtungen, 2021: 1.859 Pflegeeinrichtungen) konnten die Leistungen in der Umsetzungsphase erneut gesteigert werden. Von den 16.115 vollstationären Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland[99] konnten im Berichtsjahr 2023 insgesamt 17 % aller Einrichtungen mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden.

98 s. Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, S. 147.
99 Statistisches Bundesamt: Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, 21.12.2022, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html (abgerufen am 03.04.2024).

Ablauf der Umsetzungsphase

Abb. 52: **Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase**
(Mehrfachnennungen möglich)

Die prozesshafte Implementierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen basiert auf den folgenden vier Schritten:[100]

- Analyse
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung
- Evaluation

1. Analyse

Im ersten Schritt werden die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern analysiert. Die Bedarfs- und Bedürfnislage variiert je nach Einrichtungsart und in Abhängigkeit der Charakteristika der pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen. Eine Befragung der Zielgruppe zu ihren konkreten Bedürfnissen und Vorstellungen über gesundheitsfördernde Angebote erhöht die Chance, dass diese auch angenommen werden und eine nachhaltige Wirkung haben. In der Analysephase ist neben der Partizipation der Pflegebedürftigen auch die Einbeziehung von Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung relevant, da diese in engem Kontakt zu den Pflegebedürftigen stehen und deren Bedürfnisse benennen können. Des Weiteren werden die Voraussetzungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen analysiert.[101]

Die Pflegekassen führten im Berichtsjahr 2023 in rund 57 % der erreichten Pflegeeinrichtungen eine Bedarfsermittlung durch. Dabei wurden in 90 % der Fälle die Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen vertiefend analysiert. Die Ermittlung und Analyse von Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen erfolgte bei 85 %; die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse im Steuerungsgremium bei 62 % der Aktivitäten.

100 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 9 f.
101 GKV-Bündnis für Gesundheit: Wegweiser: Phase 3: Analyse, https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser_8/wegweiser_pflege_analyse.html (abgerufen am 16.05.2024).

Abb. 53: **Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase**
(Mehrfachnennungen möglich)

2. Maßnahmenplanung

Das Steuerungsgremium analysiert und bewertet die im Rahmen der Bedarfsanalyse gesammelten Informationen, um daraus Interventionsziele abzuleiten und zu priorisieren. Darauf aufbauend wird ein Maßnahmenplan für die einzelnen Handlungsbereiche erarbeitet. Das Steuerungsgremium setzt sich in der Regel aus der Einrichtungsleitung, den Beauftragten des Qualitätsmanagements sowie den in der Einrichtung tätigen Pflege- und Betreuungskräften sowie den Vertretenden der Pflegebedürftigen zusammen und ist für die Analyse der Bedarfe, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie für die Qualitätssicherung und Evaluation zuständig.[102]

Der Maßnahmenplan sollte verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen beinhalten, die einen Beitrag zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen der jeweiligen Zielgruppen leisten. Verhaltenspräventive Interventionen zielen auf die Stärkung des gesundheitsfördernden Verhaltens der pflegebedürftigen Menschen ab, verhältnispräventive Interventionen sind auf den Aufbau gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung ausgerichtet. Des Weiteren sollten im Maßnahmenplan (Zwischen-)Ziele, Bewertungs- und Dokumentationsstandards sowie ein Zeitplan mit einzelnen Fristen festgelegt sein. Dem Steuerungsgremium obliegt die Realisierung des Maßnahmenplans.

In etwa 82 % der erreichten Pflegeeinrichtungen wurde ein solcher Maßnahmenplan erarbeitet. Während etwa 86 % bzw. 73 % der entwickelten Maßnahmenpläne Angaben zu verhaltensbezogenen bzw. verhältnisbezogenen Interventionen umfassten, enthielten 70 % die Dauer und Häufigkeit der Interventionen, 69 % einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen, 65 % die Dokumentation des Projektverlaufs und 64 % Ziele.

102 GKV-Bündnis für Gesundheit: Wegweiser: Phase 2: Nutzung von Strukturen, https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser_8/standardseite_53.html (abgerufen am 16.05.204).

Abb. 54: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen

3. Umsetzung

Während der Umsetzungsphase hat das Steuerungsgremium die Aufgabe, die geplanten Aktivitäten und die für die Umsetzung notwendigen Ressourcen zu koordinieren, die erreichten und geplanten Ziele in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren und den Verlauf der Intervention zu dokumentieren.[103]

In dieser Phase ist auch auf den Aufbau nachhaltiger Strukturen, z. B. von langfristig wirkenden Kooperationen mit externen Anbietern und Partnern, zu achten. Die verhaltens- und verhältnispräventiven Angebote sollen sich an den fünf Handlungsfeldern der Prävention orientieren: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege (s. S. 109 f.).

Im Berichtsjahr 2023 wurden in 2.608 Pflegeeinrichtungen (93 %) – unterstützt durch die Pflegekassen – verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen umgesetzt und dokumentiert. Die meisten Maßnahmen verfolgten kombinierte Ansätze aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Elementen (76 %). Circa 16 % bzw. 8 % der dokumentierten Maßnahmen waren ausschließlich verhaltens- oder verhältnisbezogen.

103 GKV-Bündnis für Gesundheit: Wegweiser: Phase 4: Maßnahmenplanung, https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser_8/massnahmenplanung.html (abgerufen am 16.05.2024).

Abb. 55: **Parameter, auf die sich durchgeführte Evaluationen bezogen** (Mehrfachnennungen möglich)

4. Evaluation

Die abschließende Evaluation der durchgeführten Maßnahmen dient der Prüfung und gegebenenfalls Optimierung der Planung und Durchführung des Gesundheitsförderungsprozesses in der stationären Pflege. Dies schafft Transparenz und dokumentiert die Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme. Das Hauptziel der Evaluation besteht darin, zu ermitteln, inwieweit die im Maßnahmenplan festgelegten Ziele erreicht wurden und ob Anpassungen oder Verbesserungen erforderlich sind. Die Evaluation sichert darüber hinaus die erzielten Fortschritte und trägt zur dauerhaften Verankerung erfolgreicher Innovationen in den Strukturen, Prozessen sowie der Kultur der stationären Pflegeeinrichtung bei. Als Teil des Qualitätsmanagements ist die Evaluation ein relevantes Instrument zur effektiven Gestaltung zukünftiger Prozesse, zum effizienten Einsatz von Ressourcen, zur Verbesserung des Wirkungsgrades von Maßnahmen und zur Sicherung der Nachhaltigkeit.[104]

Im Berichtsjahr 2023 wurde in 65 % der Einrichtungen die Durchführung einer Evaluation dokumentiert. Dabei wurden am häufigsten die Parameter „Erreichen der Pflegebedürftigen“ und „Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen“ (88 % und 79 %) evaluiert.

104 GKV-Bündnis für Gesundheit: Wegweiser: Phase 6: Evaluation, https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/pflegeeinrichtung/wegweiser_8/wegweiser_pflege_evaluation.html (abgerufen am 16.05.2024).

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genannten fünf Handlungsfelder geben den leistungsrechtlichen Rahmen vor, innerhalb dessen Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegeeinrichtungen geplant und umgesetzt werden können: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung der kognitiven Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege. Als effektiv bestätigte Interventionen sollten nicht nur auf die Durchführung einzelner, sondern auf eine Kombination mehrerer Maßnahmen zielen. Damit entsprechen sie stärker der Lebenswirklichkeit bzw. dem Alltagsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen.[105]

Fünf Handlungsfelder

Ernährung
Die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen im Handlungsfeld Ernährung liegen in der Verbesserung der Esssituation sowie allgemein des Ernährungsangebots zur Verhinderung von Fehl- bzw. Mangelernährung. Dabei sollen klimarelevante Aspekte berücksichtigt und die soziale Partizipation der pflegebedürftigen Menschen gestärkt werden. Die Pflegekassen können die Einrichtungen dazu in Anlehnung an die anerkannten „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) beraten und unterstützen.

Körperliche Aktivität
Die körperliche Aktivität von Pflegebedürftigen ist von besonderer Relevanz für den Erhalt der physischen Leistungsfähigkeit sowie für die Umsetzung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Die Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Bewegungsprogramme für Gruppen umzusetzen und die körperliche Aktivität der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen im Alltag zu fördern.

Stärkung der kognitiven Ressourcen
Vor dem Hintergrund des hohen Anteils pflegebedürftiger Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, z. B. infolge von Demenzerkrankungen, stellen die Stärkung und der Erhalt kognitiver Ressourcen wichtige Elemente der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen dar. Von Maßnahmen zur Stärkung kognitiver Fähigkeiten können sowohl kognitiv geringer eingeschränkte Personen als auch Menschen mit stärkeren Beeinträchtigungen profitieren. Präventionsangebote sollten dabei über reines Gedächtnistraining hinausgehen und neben körperlichen Aktivitäten auch Interventionen beinhalten, die auf Erinnerung abzielen.

Psychosoziale Gesundheit
Die Erhaltung, Stärkung und Wiederherstellung der psychosozialen Gesundheit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege ist eine besondere Herausforderung. Verschiedene neurodegenerative Erkrankungen sind häufig mit Depression verbunden, die als relevanteste psychische Erkrankung innerhalb der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen gilt. Konzepte zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit sollten neben Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz und des Kohärenzgefühls auch die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen an sozialen Aktivitäten fördern.

Prävention von Gewalt in der Pflege
Gewalt gegenüber alten Menschen umfasst gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einmalige oder wiederholte

105 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 18.

Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen.[106] Darunter fallen Formen emotionaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung. Pflegebedürftige Menschen sind durch ihre gesundheitliche Situation und die daraus resultierenden Abhängigkeiten besonders vulnerabel und bedürfen daher besonderen Schutzes. Gewalt gegen und Gewalt durch pflegebedürftige Menschen bedingen sich oft wechselseitig, weshalb Konzepte zur Gewaltprävention in Pflegebeziehungen von großer Relevanz sind. Konzepte zur gewaltfreien Pflege sollten neben der Sensibilisierung und Schulung von Mitarbeitenden auch die Entwicklung und Festlegung einrichtungsinterner Handlungsempfehlungen sowie die Ernennung von Präventionsbeauftragten vorsehen.

106 World Health Organization (WHO): The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, 17.11.2002, https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/09/toronto_declaration_en.pdf (abgerufen am 03.04.2024).

Abb. 56: **Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Maßnahmen eines Konzepts zur Zielerreichung umgesetzt haben**
(Mehrfachnennungen möglich)

Der Großteil der im Berichtsjahr 2023 umgesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen bezog sich auf das Handlungsfeld „Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität“ (82 %), gefolgt vom Handlungsfeld „Förderung kognitiver Leistungen“ (72 %). Maßnahmen mit Bezug zum Handlungsfeld „Stärkung der psychosozialen Gesundheit“ (52 %) wurden ebenfalls häufig dokumentiert. In den Handlungsfeldern „Prävention von Gewalt in der Pflege“ (16 %) und „Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung“ (11 %) wurden vergleichsweise weniger Aktivitäten umgesetzt.

Rund 3 % der dokumentierten Maßnahmen befanden sich zum Ende des Berichtsjahres noch in Planung bzw. wurden noch nicht umgesetzt, sodass der Bezug zu den Handlungsfeldern noch nicht dokumentiert werden konnte.[107]

107 Die Dokumentation von Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen konzentriert sich nicht nur auf Maßnahmen, die im jeweiligen Berichtsjahr vollständig abgeschlossen wurden, sondern beinhaltet auch Aktivitäten, die sich noch am Anfang der Umsetzungsphase, z. B. in der Analysephase befinden (s. S. 104 ff.). Zu diesem Zeitpunkt stehen die Handlungsfelder der Prävention noch nicht fest. Die Dokumentation der Handlungsfelder und Präventionsziele (Teilziele 2.1 bis 2.5, s. S. 125 ff.) bezieht sich auf Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen eines Konzepts bereits konkret umsetzen bzw. durchführen.

Abb. 57: **Maßnahmen, die auf ein/mehrere Handlungsfeld/er im Berichtsjahr bezogen waren**

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen können auf einzelne oder mehrere, miteinander kombinierte Handlungsfelder bezogen sein. Z. B. verweisen wissenschaftliche Studien auf die Wirksamkeit kombinierter Ansätze in den drei Handlungsfeldern „Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität", „Förderung kognitiver Ressourcen" und „Stärkung psychosozialer Gesundheit".[108] Eine Kombination gesundheitsfördernder Aktivitäten bezogen auf mehrere Handlungsfelder entspricht aufgrund eines ganzheitlichen Ansatzes auch stärker dem Alltagsgeschehen in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung.

Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen (75 %) setzte Maßnahmen in **mehreren** Handlungsfeldern um. Bezogen auf alle Aktivitäten wurden am häufigsten (35 %) die drei Handlungsfelder „Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität", „Förderung kognitiver Ressourcen" und „Stärkung psychosozialer Gesundheit" miteinander kombiniert. Ebenfalls häufig (19 %) wurden Interventionen unter Berücksichtigung der beiden Handlungsfelder „Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität" und „Förderung kognitiver Leistungen" durchgeführt. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018 verweist unter Einbeziehung von 13 Primärstudien auf die Wirksamkeit körperlicher Aktivität für den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit im Setting der stationären Pflege. Pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Einschränkungen können demnach von langfristigen Aktivitätsangeboten profitieren.[109]

Ein Viertel (25 %) der Einrichtungen setzte in diesem Berichtsjahr Maßnahmen in **einem** der fünf Handlungsfelder um. Bezogen auf alle Aktivitäten waren 16 % am häufigsten ausschließlich auf das Handlungsfeld „Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität" ausgerichtet.

108 Vollmer, Janko et al.: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. 2022, S. 34–36.
109 Wöhl, Caroline/ Siebert, Hendrik/ Blättner, Beate: Körperliche Aktivität zur Stärkung kognitiver Ressourcen: Systematische Übersicht der Wirksamkeit in Pflegeheimen, in: Prävention und Gesundheitsförderung 13(1), 2018, S. 32–38.

Zielgruppen

Abb. 58: **Zielgruppen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sollen so gestaltet sein, dass sie entweder alle Bewohnende einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. Gäste von Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen erreichen oder auf bestimmte Zielgruppen pflegebedürftiger Menschen, z. B. differenziert nach physischen und kognitiven Fähigkeiten, zugeschnitten sind.[110]

Die Aufschlüsselung von Maßnahmen nach spezifischen Zielgruppen wurde im Berichtsjahr 2023 erstmals vorgenommen. So waren 59 % der Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen auf alle Pflegebedürftigen gleichermaßen ausgerichtet, d. h., es wurden keine bestimmten Fähigkeiten vorausgesetzt. 41 % der Aktivitäten richteten sich an spezifische Zielgruppen innerhalb der Pflegeeinrichtung. Davon adressierten 29 % der Angebote gezielt pflegebedürftige Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Des Weiteren wurden in 16 % der Maßnahmen gezielt pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 1 bis 3, und in 8 % gezielt pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 4 bis 5 adressiert. Bestimmte körperliche und kognitive Fähigkeiten wurden jeweils in 85 % und 78 % der Aktivitäten vorausgesetzt.

110 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 11.

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 59: **Erreichte Pflegebedürftige**

Aus den Dokumentationsbögen geht hervor, dass mit den Aktivitäten der Pflegekassen im Berichtsjahr 2023 schätzungsweise insgesamt 125.633 pflegebedürftige Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht wurden.[111] Verglichen mit der geschätzten Anzahl aus dem Vorjahr (2022: 101.199) entspricht dies einer Zunahme von 24 %. Gemessen an allen im Berichtsjahr 2023 geschätzt erreichten pflegebedürftigen Menschen lagen für 90.402 (72 %) der Pflegebedürftigen Angaben zur Versorgungsform bzw. Einrichtungsart vor. Davon nahmen 80.905 (89 %) die vollstationäre Pflege, 6.626 (7 %) die teilstationäre Tages- und Nachtpflege und 2.871 (3 %) die Kurzzeitpflege in Anspruch. Für 35.231 (28 %) der erreichten Pflegebedürftigen lagen keine Angaben zur Versorgungsform vor.

Für 74.030 (59 %) der erreichten pflegebedürftigen Menschen konnte der Pflegegrad dokumentiert werden. Die Mehrheit der erreichten Pflegebedürftigen mit dokumentiertem Pflegegrad verteilt sich auf die Pflegegrade 2 bis 4 (64.424 bzw. 87 %). Für 51.603 der erreichten Pflegebedürftigen (41 %) lagen keine Angaben zum Pflegegrad vor.[112] Die dokumentierten Angaben zu den Pflegegraden geben jedoch einen Hinweis darauf, dass mit den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention pflegebedürftige Menschen in allen Pflegegraden erreicht werden.

Darüber hinaus wurden schätzungsweise 55.707 weitere Personen durch Präventionsmaßnahmen erreicht. Darunter befanden sich 42.909 Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen sowie 12.798 andere Personen, wie z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter der pflegebedürftigen Menschen.

111 Die Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen insgesamt wurde in 96 % der 2.796 Dokumentationsbögen angegeben.
112 Die Angabe zu den erreichten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden erfolgte in knapp über der Hälfte (53 %) der 2.795 Dokumentationsbögen.

Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 60: Laufzeit der Aktivitäten

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Pflegekassen können bei der Umsetzung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in den stationären Pflegeeinrichtungen zeitlich begrenzt unterstützen. Dabei bilden die Projekte unterschiedliche Laufzeiten ab, je nach Umfang der geplanten Intervention und der Projektbegleitung bzw. der geplanten wissenschaftlichen Evaluation. Die Einrichtungen sollen auch dabei unterstützt werden, präventive Angebote und gesundheitsfördernde Strukturen in die Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung langfristig zu implementieren. Wie dies gelingen könnte, muss bereits in der Vorbereitungsphase konzeptioneller Bestandteil der Angebotsplanung sein.[113]

Im Berichtsjahr 2023 wurden 41 % der dokumentierten Aktivitäten abgeschlossen. Der Anteil der nicht abgeschlossenen bzw. über das Berichtsjahr hinausgehenden Aktivitäten beträgt 27 %. Für ein Drittel (33 %) der Aktivitäten war die Laufzeit noch nicht abschätzbar.

31 % der abgeschlossenen Projekte hatten eine Laufzeit von bis zu sechs Monaten, 10 % eine Laufzeit von sieben bis elf Monaten. Für insgesamt 60 % der Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen wurde eine Laufzeit von zwölf oder mehr als zwölf Monate angegeben.

113 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 5.

Nutzung digitaler Formate

Abb. 61: **Digitale Formate und Anwendungen**
(Mehrfachnennungen möglich)

Im Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wird in der Fassung von 2023 im neuen Kapitel 8 auf die mögliche Nutzung digitaler Formate zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen hingewiesen. Digitale Formate und Anwendungen werden bereits bei der Umsetzung der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen genutzt.[114] Sie können dazu beitragen, die Bereitschaft der pflegebedürftigen Menschen wie auch des Pflege- und Betreuungspersonals zu erhöhen, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung wahrzunehmen. Maßnahmen in der Umsetzungsphase können, je nach Zielgruppe, (teilweise) digital angeboten werden und umfassen z. B. Videokonferenzen, die Nutzung mobiler Endgeräte, Online-Schulungen für die Pflegebedürftigen und das Pflegepersonal sowie Online-Trainingsprogramme beispielsweise zur Unterstützung der Mobilität der Pflegebedürftigen durch bewegungsfördernde Computerspiele.[115]

Im Berichtsjahr 2023 wurde erstmals die Nutzung digitaler Formate für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in der Dokumentation der Pflegekassen erfasst. Insgesamt wurden 58 % der dokumentierten Maßnahmen unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Diese fanden mit 62 % mehrheitlich hybrid, d. h. digital sowie in Präsenz statt. Zu den am häufigsten genutzten digitalen Formaten zählten neben Online-Schulungen (50 %) auch Videokonferenzen (41 %), die Nutzung mobiler Endgeräte (29 %) sowie Computerspiele (24 %).

114 Vollmer, Janko et al.: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. 2022, S. 87–90.
115 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 26.

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Abb. 62: **Mitwirkende im Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)

Zur nachhaltigen Etablierung und Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Konzepte ist die Verankerung langfristig wirksamer Strukturen innerhalb der Pflegeeinrichtungen notwendig. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Einrichtung oder Erweiterung eines bestehenden Steuerungsgremiums, welches die am Gesundheitsförderungsprozess beteiligten Akteure zusammenbringt, wichtig. Neben der Einrichtungsleitung und den Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement, sollten auch das Einrichtungspersonal sowie die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen bzw. gesetzliche Betreuende im Steuerungsgremium vertreten sein. Zu den Aufgaben zählen die Koordination der Bedarfsanalyse, Zielfestlegung, Maßnahmenplanungen und -umsetzung sowie der Qualitätssicherung und Evaluation.[116]

Das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums wurde in 78 % der dokumentierten Aktivitäten angegeben. Mit 76 % und 73 % waren die Einrichtungsleitungen sowie die Pflegedienstleitungen am häufigsten im Steuerungsgremium vertreten. Weitere Mitwirkende in den Steuerungsgremien waren das Betreuungspersonal (65 %), die Pflege(fach)kräfte (42 %) sowie Beauftragte des Qualitätsmanagements (34 %).

116 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 8.

Beteiligte und Kooperationspartner

Abb. 63: **Beteiligte der stationären Pflegeeinrichtung und Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten**
(Mehrfachnennungen möglich)

An der Erfüllung des Präventionsauftrags beteiligen sich neben den Pflegekassen verschiedene Akteure innerhalb sowie außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung aktiv an der Planung, Umsetzung und Evaluation von präventiven Angeboten und bringen weitere finanzielle, sachliche und personelle Ressourcen ein.

Für das vorliegende Berichtsjahr geht aus den Ergebnissen hervor, dass sich innerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen am häufigsten das Betreuungspersonal (81 %), die Einrichtungsleitung (71 %) und die Pflegedienstleitung (69 %) an der Umsetzung präventiver Maßnahmen beteiligten. Mit 57 % brachten sich die Pflege(fach)kräfte ebenfalls ein. Heimbewohnende, Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Angehörige, gesetzlich Betreuende sowie Vertreterinnen und Vertreter von Heimbeiräten konnten mit insgesamt 47 % zur Gestaltung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beitragen. Damit die präventiven Maßnahmen den Bedarfen an Gesundheitsförderung und Prävention der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeheimen entsprechen, sollten Pflegebedürftige und diejenigen, die ihre Interessen vertreten, in den Prozess der Gesundheitsförderung aktiv eingebunden werden.[117] Im Rahmen der Konzeption, Umsetzung und Evaluation von präventiven Angeboten sind partizipative Ansätze weiter zu stärken.

Unter allen externen Kooperationspartnern brachten die gesetzlichen Krankenkassen mit 25 % am häufigsten Ressourcen zur Umsetzung der dokumentierten Projekte ein. Als weitere externe Kooperationspartner wurden gewerbliche Anbieter (14 %) sowie wissenschaftliche Einrichtungen (9 %) genannt. Unter der Kategorie „Andere“ (21 %) wurden weitere externe Kooperationspartner wie z. B. ein Unternehmen, welches Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Pflege im Auftrag einer gesetzlichen Krankenkasse umsetzt, eine unabhängige Zertifizierungsstelle sowie ein Softwareentwickler für präventiv-therapeutische Videospiele angegeben.

117 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 5.

Aktivitäten der Pflegekassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen

Gemeinsam mit den Krankenkassen sowie den Trägern der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung tragen die Pflegekassen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie bei. Ziel dieses gemeinsamen Engagements ist die Gestaltung von Lebenswelten dahingehend, dass neben Gesundheit auch Sicherheit und Teilhabe gefördert und gesundheitliche Risiken verringert werden. Zur Umsetzung der Aktivitäten im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie sind die verschiedenen Träger darauf angewiesen, ihr Engagement in ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen einzubetten. Zur verbindlichen Vereinbarung eines solchen Vorgehens können z. B. die in den einzelnen Bundesländern geschlossenen Landesrahmenvereinbarungen (LRV) genutzt werden.[118]

Die Schließung von LRV zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zwischen den Trägern der Sozialversicherungen und den Landesministerien ist im Präventionsgesetz (§ 20f SGB V) verankert und sieht vor, dass die Träger gemeinsam mit den in den Ländern zuständigen Stellen die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz unter Beachtung regionaler Erfordernisse konkretisieren.[119]

Im Berichtsjahr 2023 wurde erstmals erfasst, ob die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen einen Bezug zu den Strukturen der LRV aufwiesen. Im Berichtsjahr 2023 wurde für 9 % der erreichten Pflegeeinrichtungen dokumentiert, dass die Aktivitäten eine Verbindung zu den Strukturen der LRV aufwiesen. Ein Großteil der Aktivitäten (57 %) in den stationären Pflegeeinrichtungen wies somit keinen derartigen Bezug auf bzw. war für ein Drittel (34 %) der erbrachten Leistungen ein Bezug zu einer LRV nicht bekannt.

118 Die Nationale Präventionskonferenz (NPK): Umsetzung, https://www.npk-info.de/umsetzung (abgerufen am 03.04.2024).
119 Dies.: Umsetzung in den Ländern, https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern (abgerufen am 03.04.2024).

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 64: **Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**
Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Knapp die Hälfte der Pflegeeinrichtungen, die im Berichtsjahr 2023 Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dokumentierten, zählte zu Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege (44 %). Weitere 42 % waren Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. In 14 % der Fälle handelte es sich um Tagespflegeeinrichtungen.

Der Großteil der stationären Pflegeeinrichtungen (59 %), die im Berichtsjahr 2023 von den Pflegekassen bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen unterstützt wurden, versorgte zwischen 61 und 150 pflegebedürftige Menschen. Etwas mehr als ein Drittel (35 %) der Einrichtungen versorgten bis zu 60 und 5 % der Einrichtungen mehr als 150 Pflegebedürftige.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele[120] wurden durch den GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene sowie dem Medizinischen Dienst Bund mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und sind ein wichtiges Instrument zur Etablierung einer nachhaltigen Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Erreichungsgrade der Ziele werden seit dem GKV-Präventionsbericht 2018 berichtet.

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

Teilziel 1.1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste befasst, ist erhöht.

Teilziel 1.2: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden, ist erhöht.

Teilziele 2.1 bis 2.5 der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder:

Teilziel 2.1 Ernährung

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.2 Körperliche Aktivität

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.3 Stärkung kognitiver Ressourcen

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.4 Psychosoziale Gesundheit

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

Teilziel 2.5 Prävention von Gewalt

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und die Handlungsleitlinien oder die Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

120 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 16 f.

Das Oberziel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Erreichung dieses Ziels soll gemäß Teilziel 1.1 ein Steuerungsgremium eingesetzt werden, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeeinrichtung befasst und diese in den Einrichtungen langfristig etabliert. Neu aufgenommen in den Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wurde im Jahr 2023 das Teilziel 1.2, mit dem das gemeinsame Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen gemeinsam mit entsprechenden Angeboten für das pflegende und betreuende Personal gestärkt werden soll. Hierbei wird davon ausgegangen, dass sich die Lebensbedingungen der zu Pflegenden und die Arbeitsbedingungen des Personals wechselseitig beeinflussen und durch den Ausbau verknüpfter Ansätze der Kranken- und Pflegekassen positive Effekte für die Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Mitarbeitenden ergeben können.

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

Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

Abb. 65: **Teilziel 1.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium**

Die absolute Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium konnte im Berichtsjahr 2023 gesteigert werden. Der prozentuale Anteil aller Pflegeeinrichtungen, in denen ein Steuerungsgremium eingerichtet wurde, ist gleich geblieben. Das Teilziel 1.1 konnte teilweise erreicht werden.

Abb. 66: **Teilziel 1.2: Mehr Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden**

Im Berichtsjahr 2023 wurden in 386 Pflegeeinrichtungen durch die Krankenkassen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) für beruflich Pflegende durchgeführt und gleichzeitig Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige durch die Pflegekassen (§ 5 SGB XI) erbracht. Im Vergleich zum Vorjahr kann ein Anstieg der absoluten Zahlen festgestellt werden. Der prozentuale Anteil der Einrichtungen, in denen gleichzeitig Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie Bewohnende bzw. Gäste der Einrichtung erbracht wurden, ist jedoch leicht zurückgegangen. Das Teilziel konnte teilweise erreicht werden.

Die Durchführung von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) für beruflich Pflegende durch die Krankenkassen in Kombination mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige durch die Pflegekassen (§ 5 SGB XI) wird im Rahmen des Präventionsberichts bereits seit dem Jahr 2020 berichtet (vgl. z. B. GKV-Präventionsbericht 2023, S. 140). Mit Aufnahme des neuen Teilziels 1.2 soll auf die gesundheitsfördernden Potenziale verknüpfter Ansätze für Pflegende und Pflegebedürftige aufmerksam gemacht und der Ausbau entsprechender Interventionen zukünftig gestärkt werden.

Bei der Berechnung des Teilziels 1.2 wird als Referenzgröße die Anzahl der Pflegeeinrichtungen verwendet, in denen Präventionsleistungen nach § 20b SGB V erbracht wurden (2023: 1.171 Pflegeeinrichtungen, 2022: 921 Pflegeeinrichtungen). Die Verknüpfung der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen wurde mithilfe des Dokumentationsbogens „Betriebliche Gesundheitsförderung“ der Krankenkassen erfasst.

Abb. 67: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten

Während im vergangenen Berichtsjahr 2022 die Anzahl sowie der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur gesunden Ernährung umsetzten, gesunken war, konnte für das vorliegende Berichtsjahr 2023 wieder eine Zunahme der absoluten Anzahl verzeichnet werden. Der prozentuale Anteil an Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen im Handlungsfeld „Ernährung" umsetzten, konnte geringfügig gesteigert werden. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die Umsetzung von Maßnahmen in den fünf Handlungsfeldern. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich für die Teilziele 2.1 (Ernährung), 2.2 (Körperliche Aktivität), 2.3 (Stärkung kognitiver Ressourcen) und 2.4 (Psychosoziale Gesundheit) eine Zunahme der absoluten Anzahl sowie der prozentualen Anteile an Einrichtungen, die Maßnahmen in den entsprechenden Handlungsfeldern realisierten, feststellen. Für das Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt) lässt sich ein geringer einstelliger Anstieg der absoluten Anzahl verzeichnen, während der prozentuale Anteil an Einrichtungen, die Maßnahmen in diesem Handlungsfeld umgesetzt haben, geringfügig zurückgegangen ist.

Bei der Berechnung der Teilziele 2.1 bis 2.5 wird im Berichtsjahr 2023 als Referenzgröße die Anzahl der Dokumentationsbögen mit gültigen Angaben in den Handlungsfeldern verwendet (2.723 von 2.796 Dokumentationsbögen). Maßnahmen, die sich zum Ablauf des Berichtsjahrs 2023 noch in Planung befanden bzw. noch nicht umgesetzt waren, werden für die Berechnung der Teilziele 2.1 bis 2.5 nicht berücksichtigt (insgesamt 3 % aller dokumentierten Maßnahmen). Bis zum Berichtsjahr 2022 war die Referenzgröße die Gesamtanzahl aller Dokumentationsbögen (Berichtsjahr 2022: 2.529).

Abb. 68: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität

Im Berichtsjahr 2023 sind die Anzahl und der prozentuale Anteil an stationären Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten im Handlungsfeld Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität gestiegen. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 69: **Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen**

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

Abb. 70: **Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit**

Insgesamt konnten die absolute Anzahl sowie der prozentuale Anteil stationärer Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen zur Verbesserung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit umsetzten, im Berichtsjahr 2023 gesteigert werden. Das Ziel konnte somit erreicht werden.

Abb. 71: **Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt**

Im Handlungsfeld Prävention von Gewalt in der Pflege ist im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl an stationären Einrichtungen, die Konzepte in diesem Handlungsfeld umsetzen, geringfügig gestiegen, während der prozentuale Anteil leicht gesunken ist. Das Ziel konnte teilweise erreicht werden.

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

In diesem Jahr wird in dieser Form zum letzten Mal der Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ als Teil des GKV-Präventionsberichts veröffentlicht. Die Idee für den Bericht entstand 2019 im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung. Der GKV-Spitzenverband verpflichtete sich, in seinen jährlich erscheinenden Präventionsbericht regelmäßig einen Sonderteil zum betrieblichen Gesundheitsmanagement für beruflich Pflegende – zunächst für den Zeitraum von fünf Jahren – zu integrieren.[121] Im Rahmen der KAP wurde ein umfassendes Maßnahmenpaket entwickelt, welches u. a. die Ausweitung von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beinhaltet. Unterstützt von Verbänden der Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Kranken- und Pflegekassen, Ausbildungsträgern, Berufsgenossenschaften und Sozialpartnern zielen die Maßnahmen darauf ab, gesündere Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Gesundheit der Pflegenden zu fördern.

Im Berichtsjahr 2023 fanden 18 % der BGF-Leistungen in Betrieben aus dem Gesundheits- und Sozialwesen statt (s. Abb. 20). Den größten Anteil machen dabei mit 8 % die Leistungen in Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI aus. Einen besonderen Stellenwert nehmen verknüpfte Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege nach § 5 SGB XI mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende nach § 20 SGB V ein. Eine quantitative Auswertung zum gemeinsamen Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen in den stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI entsprechend dem Präventionsteilziel 1.2 findet sich auf Seite 124 dieses Berichts.

Auf den folgenden Seiten wird das thematisch breit gefächerte Engagement der Kranken- und Pflegekassen für gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen anhand von ausgewählten Praxisbeispielen beschrieben.

Zuerst werden zwei Projekte vorgestellt, in denen Maßnahmen der BGF nach § 20b SGB V für beruflich Pflegende entwickelt und bundesweit in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen sowie Hospizen umgesetzt und evaluiert werden.

Es folgen sechs Beispiele, bei denen die BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI **verknüpft** werden ( ). Diese Praxisbeispiele zeigen auf, wie sich die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen und die Arbeitsbedingungen des Personals wechselseitig beeinflussen und sich durch den Ausbau verknüpfter gesundheitsfördernder Ansätze der Kranken- und Pflegekassen positive Effekte für die Gesundheit der Pflegebedürftigen und der Mitarbeitenden ergeben.

Das Thema **Gewaltprävention** ( ) findet sich dabei in vier Projektdarstellungen wieder und nimmt damit wie in vorangegangenen Berichtsjahren einen hohen Stellenwert ein. Unter den verknüpften Ansätzen findet sich auch ein wichtiges neues Thema wieder, in dem es um hitzeresiliente und gesundheitsfördernde Arbeits- und Lebensbedingungen in der stationären Versorgung geht.

Zuletzt werden drei präventive Aktivitäten der Pflegekassen nach § 5 SGB XI vorgestellt, die sich ausschließlich an pflegebedürftige Menschen richten. Dazu gehören präventive Angebote, die in **Tagespflegestätten** ( ) umgesetzt werden und ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen erreichen.

Alle Praxisbeispiele werden anhand eines Steckbriefs mit nebenstehenden Symbolen vorgestellt.

Steckbrief-Symbole

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

121 Die Bundesregierung: Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, 2019, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf (abgerufen am 04.07.2024).

„Lokale Gegebenheiten bestimmen die Maßnahmen“

- Gesund leben und arbeiten
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsgerechter Arbeits- und Lebensstil
- 96 Einrichtungen (94 stationäre Pflegeeinrichtungen, 2 Hospize)
- AOK Nordost
- AOK-Bundesverband, AOK Landeskassen, Johanniter Seniorenhäuser GmbH
- Mitarbeitende der Einrichtungen
- Bundesweit, Pilotphase in 5 Einrichtungen Mai 2019 bis Mai 2021, bundesweite Durchführung Oktober 2022 bis Dezember 2024

Tim Hendrik Porwol,
BGM/BGF-Projektkoordinator
AOK Nordost

Unter der Prämisse „Lokale Gegebenheiten bestimmen die Maßnahmen!“ startete das Projekt im Mai 2019 an fünf Pilotstandorten. Mitarbeitendenbefragungen, Auswertungen der AU-Daten und Arbeitsplatzbesichtigungen in den jeweiligen Einrichtungen setzten die Basis für die Entwicklung passgenauer Maßnahmen mit dem Ziel, die Betriebliche Gesundheitsförderung auf die Bedürfnisse der Beschäftigten zuzuschneiden und langfristig in den Einrichtungen zu verankern.

So standen z. B. neben der Arbeitsplatzgestaltung vor allem die arbeitstypischen Bewegungen der Beschäftigten im Fokus. Dabei ging es um individuelle Bewegungsausführungen, um persönliche Beschreibungen und Erläuterungen zu den Arbeitsabläufen, -inhalten und -belastungen.

Auf Basis der vielfältigen Erkenntnisse und der stetig zunehmenden Belastungen für Pflegekräfte stand seitens der Geschäftsleitung die Entscheidung schnell fest, das Projekt aus der Pilotierung auf die Gesamtorganisation der Johanniter Seniorenhäuser GmbH auszuweiten. Der Schwerpunkt des Bundesprojekts liegt vor allem auf der Zielstellung, einrichtungsbezogen die Gesundheitskompetenzen der Mitarbeitenden zu stärken und der Entwicklung und Implementierung individueller Gesundheitsprojekte in enger Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und den beteiligten Krankenkassen. Das Projekt richtet sich insgesamt an 94 Altenpflegeeinrichtungen und 2 Hospize mit insgesamt ca. 7.300 Mitarbeitenden.

Im Projektverlauf wird ein hybrider Ansatz in Form der Betreuung/Planung auf der Metaebene (bundesweiter Ansatz) und der individuellen Umsetzung auf Mikroebene (einrichtungsbezogen) präferiert. Dabei erfolgt auf beiden Ebenen ein stetiger Abgleich der Interessen und individuellen Bedarfe.

Das Bundesprojekt setzt nach Abschluss der Pilotphase zunächst vier inhaltliche Schwerpunkte:

1. Qualifizierung von Mitarbeitenden zu „Gesundheitsbeauftragten“ (Befähigung zur Intervention) je Einrichtung
2. Angebot zur Teilnahme am zum Teil digitalen Branchenprojekt „Care4Care“
3. Individuelle BGM-Beratungsgespräche (Fachexpert/-innen, Einrichtungsleitung und Gesundheitsbeauftragte)
4. Identifikation spezifischer Analysemethoden je Einrichtung

Nach Abschluss der Qualifizierungsphase der Gesundheitsbeauftragten im Mai 2023 sind die Einrichtungen schnell dazu übergegangen, individuelle Projektideen zu verwirklichen und diese auch auf den verschiedenen Ebenen zu teilen. Der Fokus lag auf einem ressourcenschonenden, agilen Modell, Projektideen zu vervielfältigen und in andere Einrichtungen zu spiegeln. Die Ergebnisse wurden in den Einrichtungen gemeinsam mit dem AOK-Expertenteam ausgewertet, und Empfehlungen wurden abgeleitet. Dazu zählen z. B. individuelle, bedarfsorientierte Gesundheitsangebote. Einrichtungs- und professionsübergreifende Austausche wurden u. a. durch hybride (zum Teil digitale) Formate gewährleistet.

Bereits jetzt haben sich die Geschäftsführung der Johanniter Seniorenhäuser GmbH, die beteiligten Krankenkassen und die Einrichtungen auf eine Fortführung des erfolgreichen Projekts über das Jahr 2024 hinaus verständigt.

Care4Care: Wirksames BGF-Instrument für die Pflegebranche

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- Diverse Pflegeeinrichtungen
- AOK-Bundesverband und Landes-AOKn; Vertreter/-innen der Sozialversicherungspartner (AOK, BGW, BMAS) im Projektbeirat
- Berliner Hochschule für Technik Berlin, Leuphana Universität Lüneburg, Technische Hochschule Lübeck, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg/ Universität der Bundeswehr Hamburg
- Pflegekräfte und Führungskräfte der Pflegeteilbranchen (Krankenhaus, stationäre und ambulante Pflege)
- Bundesweit, 2020 bis 2024

Dr. Thomas Lennefer, AOK-Bundesverband
Prof. Dr. Antje Ducki, Berliner Hochschule für Technik
Prof. Dr. Monique Janneck, Technische Hochschule Lübeck
Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität Lüneburg
Prof. Dr. Jörg Felfe, Helmut-Schmidt-Universität/ Universität der Bundeswehr Hamburg

Das Care4Care-Projekt[122] ist ein Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit vier deutschen Hochschulen. Ziel des Projekts war es, die Möglichkeiten digital unterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung in der Pflege zu erproben. Dazu wurde eine digitale BGF-Plattform entwickelt, die sowohl umfassende Analyseinstrumente als auch verschiedene verhaltenspräventive und verhältnispräventive Online-Trainings umfasst. Diese Care4Care-Plattform wurde durch ein Präsenzangebot zu gesunder Führung (health oriented leadership) ergänzt (siehe Abb. 72).

Abb. 72: **Angebote des Care4Care-Projekts**

Wissenschaftliche Evaluation der Care4Care-Inhalte

Die Care4Care-Angebote wurden im Rahmen einer cluster-randomisierten Studie hinsichtlich der Wirksamkeit auf die mentale Gesundheit evaluiert. Teilnehmende Einrichtungen wurden zufällig entweder der Interventionsgruppe zugewiesen, die sofort alle Angebote nutzen konnten, oder der Warte-Kontrollgruppe, die den Zugang zu den Care4Care-Angeboten erst nach sechs Monaten erhielt. Die Warte-Kontrollgruppe hatte während der sechs Monate allerdings Zugang zu einem Angebot namens AOK-Vital, einer Mischung aus Care4Care-Schnupperangeboten und BGF-Angeboten ohne eine gezielte Förderung der mentalen Gesundheit. Nach sechs Monaten erhielt auch die Warte-Kontrollgruppe vollständigen Zugang zu den Care4Care-Angeboten.

Effekte auf die mentale Gesundheit

Insgesamt nahmen 33 Pflegeeinrichtungen mit 347 Beschäftigten an der Studie teil. Die Analysen zeigten, dass das Care4Care-Angebot sowohl einen positiven Effekt auf Organisationsebene als auch auf individueller Ebene hat. So wiesen Einrichtungen in der Interventionsgruppe nach Nutzung von Care4Care ein förderlicheres Organisationsklima in Bezug auf die mentale Gesundheit auf, als dies bei Einrichtungen in der Warte-Kontrollgruppe der Fall war. Darüber hinaus berichteten Pflegekräfte in der Interventionsgruppe nach Teilnahme an den Care4Care-Angeboten von einem geringeren Stresserleben im Vergleich zu Pflegekräften in der Warte-Kontrollgruppe.[123] Das Care4Care-Angebot kann im Jahr 2024 weiterhin von Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

122 Weitere Informationen zum Projekt unter: https://care4care-projekt.de/
123 Boß, Leif/ Ross, Jennifer/ Reis, Dorota/ Pischel, Sarah/ Mallwitz, Tim/ Brückner, Hanna/ Tanner, Grit/ Nissen, Helge/ Kalon, Lina/ Schümann, Marlies/ Lennefer, Thomas/ Janneck, Monique/ Felfe, Jörg/ Ducki, Anjte/ Lehr, Dirk: Effectiveness of an integrated platform intervention for promoting the mental health in nursing – a pragmatic cluster-randomised controlled trial, in Vorbereitung.

Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei
Gewaltpräventionsprojekt erfolgreich abgeschlossen

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
  § 5 SGB XI: Prävention von Gewalt
- Ursprünglich 40, zuletzt 35 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- AOK Bayern, Ersatzkassen, 20 Betriebskrankenkassen, KNAPPSCHAFT, SVLFG als Pflegekasse
- AGP Sozialforschung, Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V., Hochschule München
- Beschäftigte sowie Bewohnende von Pflegeheimen
- Bayern, 1. Januar 2020 bis 31. Juli 2023

Inés Rösner,
vdek-Landesvertretung Bayern
Agnes Daberger
Pflegekasse bei der AOK Bayern

Inhalt und Ziel

Das Projekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ verbindet Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V mit Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI. Initiiert, durchgeführt und wissenschaftlich begleitet von der AGP Sozialforschung Freiburg in Zusammenarbeit mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. und der Hochschule München wurde das Projekt von 29 Kranken- und Pflegekassen gefördert.
40 Pflegeheime unterschiedlicher Träger, Größe und verteilt über ganz Bayern nahmen daran teil. Das Präventionsprogramm rückte die ganzheitlichen Wechselwirkungen von Gewaltvorkommnissen in Pflegeheimen in den Fokus, indem nicht nur Gewaltphänomene von Bewohnenden gegenüber Beschäftigten, sondern auch solche von Mitarbeitenden oder Angehörigen gegenüber Pflegebedürftigen und zwischen Pflegebedürftigen untereinander in den Blick genommen wurden. Ziel war es, bei den Mitarbeitenden ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Gewaltformen und -dimensionen in der Pflege zu schaffen, um sie in Bezug auf den Umgang mit herausfordernden Situationen, Gewaltpotenzialen und -handlungen zu unterstützen.

Dies gelang mithilfe innovativer Konzepte und Methoden, die helfen, Gewalthandlungen vorzubeugen. Eingebettet in ein gesundheitsförderliches organisatorisches Umfeld konnten die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden verbessert und die subjektive Lebensqualität der Bewohnenden gefördert werden. Die Persönlichkeitsrechte beider Zielgruppen – Pflegebedürftige und Beschäftigte – wurden gestärkt. Unterstützt durch erfahrene Prozessbegleiterinnen und -begleiter sowie Coaches etablierten die Pflegeheime partizipativ und systematisch die für sie passenden Konzepte und Methoden und setzen diese nachhaltig um.

Methodenkoffer

Mithilfe einer strukturierten Good-Practice-Sammlung wurde in der Projektlaufzeit die Verstetigung und Nachhaltigkeit des Projekts erarbeitet. Der im Zuge des Projekts erstellte Methodenkoffer mit Instrumenten und Werkzeugen für Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden und gewaltfreien Pflege steht allen Pflegeeinrichtungen in Bayern zur Verfügung und ist unter folgendem Link zu finden: www.gesund-gewaltfrei.bayern

Resümee

Trotz der durch die Corona-Pandemie herausfordernden und fortdauernd krisenhaften Rahmenbedingungen für die Langzeitpflege zogen die Projektverantwortlichen ein positives Resümee. Die im Projekt gemeinsam bearbeiteten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und der Gewaltprävention erwiesen sich als erfolgreich. Mit Methoden wie z. B. der gewaltfreien Kommunikation und der Anwendung von Deeskalationsstrategien, um herausforderndem Verhalten adäquat zu begegnen, sowie mehr Achtsamkeitstraining und Anleitung zum Selbstschutz ist es gelungen, Handlungskompetenz und -sicherheit der Beschäftigten zu stärken. Des Weiteren berichteten die Mitarbeitenden sowie die Bewohnenden von mehr spür- und erlebbarer gegenseitiger Wertschätzung. Schließlich konnte durch offenere Kommunikation unter den Beschäftigten eine positive Fehlerkultur in den Einrichtungen etabliert werden, die in erster Linie den Blick aller auf das gemeinsam Erreichte richtet.

Kompetenzentwicklung in der Lebenswelt Pflege

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
  § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Ernährung, Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Prävention von Gewalt
- 5 Einrichtungen in Berlin-Pankow
- BARMER, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH, HEK und hkk (vdek-Landesvertretungen Berlin/Brandenburg)
- Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V. (QVNIA e. V.)
- Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Bewohnende und deren Angehörige
- Berlin-Pankow, Januar 2024 bis Dezember 2025

Rebecca Zeljar,
Verband der Ersatzkassen e. V.

Niklas Valder,
Verband der Ersatzkassen e. V.

Das Projekt „Kompetenz-Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflege (GLP)“ wurde zu Beginn 2024 als Pilot in Berlin-Pankow konzipiert und gestartet. Das übergeordnete Ziel des Projekts ist es, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den beteiligten Pflegeeinrichtungen gesundheitsförderlich zu gestalten, indem Organisationsentwicklungsprozesse partizipativ mit Mitarbeitenden, Pflegebedürftigen sowie An- und Zugehörigen entwickelt und umgesetzt werden.

Dabei werden die ausgewählten Einrichtungen ganzheitlich betrachtet und die pflegebedürftigen Menschen sowie die Mitarbeitenden adressiert. Dazu werden einerseits modulare Qualifizierungsprogramme für leitende Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen entwickelt, um diese als spezifische Fachkräfte für eine gesundheitsorientierte Organisationsentwicklung zu qualifizieren. Diese können anschließend innerhalb der Einrichtung gesundheitsförderliche Potenziale analysieren, um einen entsprechenden Gesundheitsförderungsprozess für die jeweilige Einrichtung zu konzipieren und umzusetzen. Zusätzlich werden Fortbildungsprogramme für Mitarbeitende zur Umsetzung der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflege für die zu Pflegenden entwickelt. Die Schulungsmodelle behandeln die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt.

Des Weiteren werden verhaltenspräventive Maßnahmen wie Gruppenaktivitäten, aktive Bewegung und Sinneswahrnehmungen zur Förderung und zum Erhalt der kognitiven Ressourcen, der psychosozialen Gesundheit und der körperlichen Aktivität für Pflegebedürftige durchgeführt. Eine zentrale Rolle hat auch die Konzepterstellung zur Partizipation von Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen, um sicherzustellen, dass Mitarbeitende und Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige langfristig an Gesundheitsförderungsprozessen in der Einrichtung beteiligt sein können. Die Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner QVNIA e. V. (Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e. V.) wurde bereits durch vorangegangene gemeinsame Projekte erprobt und gefestigt. Hierdurch können die Projektpartner ihre Expertise in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in „Kompetenz-GLP“ ideal einbringen. QVNIA e. V. zeichnet sich insbesondere durch eine gute Vernetzung innerhalb des Bezirks und dem Verbund zugehöriger voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen aus, in denen das Projekt umgesetzt wird. Aufgrund der dadurch entstehenden Niedrigschwelligkeit beim Zugang zu den Pflegeeinrichtungen ist bereits im Vorfeld eine Selektion für geeignete Einrichtungen erfolgt. Hierbei wurden insbesondere die Bedarfe wie auch die Annahme und das Engagement der Einrichtungen hinsichtlich der Projektvorhaben berücksichtigt.

Um die Projekterfolge auch nach Ablauf des Projekts zu erhalten, wurde die Verstetigung direkt bei der Projektplanung durch die Erstellung eines Nachhaltigkeitskonzepts berücksichtigt. Darin enthalten sind sowohl Handlungsempfehlungen als auch konkrete Maßnahmen, um die Programme und Maßnahmen über die Projektlaufzeit hinaus zu erproben und zu evaluieren. Ziel hierbei ist es, nach Abschluss des Projekts die Selbstbefähigung der Pflegeeinrichtungen sowie eine praxisorientierte Unterstützung hinsichtlich der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflege zu sichern und einen Transfer der entwickelten Konzepte zu ermöglichen.

Wohl.Fühlen - Gewaltprävention und sexuelle Selbstbestimmung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

Ein partizipativ ausgerichtetes Vorgängerprojekt der Gesundheitsförderung mit Pflegeeinrichtungen führte zu der Erkenntnis, dass bestimmte Bedürfnisse bzw. Wünsche der Pflegebedürftigen nur ansatzweise geäußert, aber nicht adressiert wurden, weil diese entweder schambehaftet waren oder Ängste damit verbunden wurden. Diese Aspekte haben wir im Folgeprojekt „Wohl. Fühlen" gezielt aufgegriffen und bewusst die Tabu-Themen „Gewalt" und „sexuelle Selbstbestimmung" ausgewählt. Diese Themen sollten im Projekt „besprechbar" gemacht werden, zumal diese Aspekte die psychosoziale Gesundheit und das Miteinander wesentlich mitbestimmen.

Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
§ 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
§ 5 SGB XI: Prävention von Gewalt, Psychosoziale Gesundheit
6 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
BARMER
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Pro familia Landesverband Niedersachsen e. V., Hochschule Hannover, trivention GmbH , BARMER Landesvertretung Niedersachsen/Bremen
Pflegebedürftige und Beschäftigte in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen
Niedersachsen/Bremen, 1. September 2019 bis 31. März 2023

Das Projekt wurde hauptverantwortlich von der Landesvereinigung für Gesundheit in Niedersachsen/Bremen umgesetzt. Für das Thema der sexuellen Selbstbestimmung fand dabei eine Unterstützung durch Pro familia Niedersachsen als kompetentem Ansprechpartner statt. Ergänzt wurde dies durch Leistungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für die Beschäftigten durch Seminare/Workshops der trivention GmbH. Die Evaluation im Rahmen von Interviews wurde durch die Hochschule Hannover sichergestellt. Die BARMER als Kooperationspartner hat wesentliche Entscheidungen im Steuerungsgremium mitgetroffen und das Projekt begleitet sowie unterstützt. Die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten hat reibungslos funktioniert.

Besonders herausfordernd im Projekt war, dass die Laufzeit auch die Zeit der Corona-Pandemie beinhaltete. Insofern kam es im Ablauf zu starken Verzögerungen mit Pausen in der Umsetzung und vielen Personalwechseln. Deutlich wurde jedoch auch, wie notwendig das soziale Miteinander und Zuwendungen für den einzelnen pflegebedürftigen Menschen sind. Eine Verlängerung des Projekts um sieben Monate war möglich und notwendig, um den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit zu geben, die geplanten Maßnahmen zu realisieren.

In den teilnehmenden zwei teilstationären und vier vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde anfangs eine Steuerungsgruppe gebildet, bestehend aus Leitungskräften, Mitarbeitenden, Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern von pflegebedürftigen Menschen. In einer ersten Phase ging es um eine Sensibilisierung zu den beiden Themen (Verständnis/Wahrnehmung/Einordnung). Danach stellte sich die Frage nach den Bedürfnissen, um anschließend zu überlegen, was dies konkret für die eigene Pflegeeinrichtung bedeutet und wo bisher Schwachstellen in der Umsetzung der Bedürfnisse liegen. Aufgrund der sich daraus ergebenden Schwerpunkte hat jede Einrichtung konkrete Ziele und Maßnahmen entwickelt, um diese anschließend umzusetzen. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden erfasst, bewertet und weiterentwickelt bzw. verstetigt.

Einzelheiten zu den Maßnahmen und den Evaluierungsergebnissen sind unter folgendem Link abrufbar: www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/wohlfuehlen

Carsten Holdorf,
BARMER Landesvertretung Niedersachsen/Bremen
Birgit Wolff,
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.

Pflege gestalten – Gesundheit erhalten

Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
§ 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
§ 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt
15 Pflegeeinrichtungen
IKK Südwest
Eichenberg Institut Gesundheitsmanagement und Personalentwicklung GmbH, lebensfreude gesundheitsmanagement, Salut GmbH DR. AMBROSIUS®-Ernährungsberatung
Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen, Bewohnende sowie deren An- und Zugehörige
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, 1. September 2023 bis 30. Juni 2024

Daniela dos Santos Leite,
IKK Südwest
Astrid Potdevin,
IKK Südwest

Mit dem Projekt „Pflege gestalten – Gesundheit erhalten“ soll die BGF in stationären Pflegeeinrichtungen mit der Prävention für die Bewohnenden verknüpft werden. Neben konkreten Projekten für die Pflegebedürftigen (z. B. „Auf sicheren Beinen“, MAKS-Therapie®) werden daher auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die Beschäftigten in den Einrichtungen angeboten. Dabei wird erwartet, dass sich die Verbesserung der Gesundheitssituation der Beschäftigten positiv auf die Gesundheit der Pflegebedürftigen auswirkt. Die vielfältigen und komplexen Anforderungen im Pflegeberuf steigen kontinuierlich. Insbesondere die psychosozialen Belastungen wie Dauerstress, Zeitdruck, hohe Verantwortung sowie wachsende Erwartungen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen führen viele Pflegekräfte zunehmend an die Grenze des Leistbaren.

Aus diesem Grund wurde in diesem Projekt das Angebot zur Förderung der psychosozialen Gesundheit deutlich ausgebaut. Gemeinsam mit externen Dienstleistern wurde ein umfangreiches Programm entwickelt, dessen Inhalte spezifisch auf die Bedürfnisse der Pflegebranche ausgerichtet sind. Mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und die individuellen Kompetenzen der Pflegekräfte zu stärken, werden alle Zielgruppen wie Führungskräfte, Teams und einzelne Mitarbeitende angesprochen. Dauer, Format (Vortrag, Workshop oder Seminar) sowie Art der Veranstaltungen (digital, hybrid oder in Präsenz) werden individuell auf die Bedürfnisse der Einrichtung angepasst.

Am Beispiel einer Einrichtung in Hessen wird die konkrete Umsetzung des Projekts beschrieben. Nach der Implementierung eines Steuerkreises wurde zunächst die Gesundheitssituation der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung analysiert. Hierzu wurde eine Mitarbeitendenbefragung mit anschließenden Gesundheitszirkeln, Arbeitsplatzbegehungen, Experteninterviews und verschiedene Gesundheits-Checks durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse wurden den Pflegekräften verschiedene Workshops und Seminare angeboten, wie z. B. Gesunde Führung, Gesundheitsförderliche Kommunikation, Wertschätzung am Arbeitsplatz, Positive Psychologie sowie Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Darüber hinaus wurden verschiedene Entspannungstechniken vorgestellt. Fallsupervisionen und Einzelcoachings zum Umgang mit Belastungen haben das Angebot vervollständigt.

Kurzfristige Personalengpässe und ganztägige Veranstaltungen stellten für die Wahrnehmung der Angebote eine große Herausforderung dar. Zudem waren die Beschäftigten skeptisch, wie sie die Maßnahmen neben ihrer hohen Arbeitsbelastung bewältigen sollten. Hier hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, wenn die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen die Pflegekräfte regelmäßig auf die Veranstaltungen aufmerksam machen und die Termine je nach Interesse der Beschäftigten in deren Dienstplänen einplanen. Bereits nach wenigen Monaten Projektlaufzeit wurde von Pflegekräften, Bewohnenden sowie Angehörigen das Miteinander in der Einrichtung positiver und „friedlicher“ wahrgenommen. Konkrete Ergebnisse werden über die geplante Evaluation ermittelt, die dem Steuerkreis als Basis für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Angebots dienen werden.

A.D.A.M. – Achtsam dabei, achtsam miteinander

A.D.A.M. nimmt die Menschen in Pflegeeinrichtungen ganzheitlich in den Blick – für mehr Gesundheit und Wohlbefinden. Das Projekt stellt sich der Aufgabe, ein gesundes Verhalten ganz selbstverständlich in den Alltag von Mitarbeitenden, Bewohnenden und auch pflegebedürftigen Gästen von Tagespflegeeinrichtungen zu integrieren und die Gesundheitsförderung in den jeweiligen Einrichtungen zu stärken.

Der erste Schritt ist eine individuelle Analyse in der jeweiligen Einrichtung und der Aufbau eines Steuerkreises. Danach begleitet ein qualifiziertes Team die Einrichtungen zunächst in Form von Schnuppertagen, die ganz auf die eigenen Bedürfnisse des Hauses abgestimmt sind. Alle Mitarbeitenden können Kurzangebote aus den Bereichen Entspannung, Ernährung, Bewegung und Kommunikation erleben. Im Sinne der Nachhaltigkeit werden parallel die Teams der sozialen Betreuung geschult, eigenständig Angebote zu den Themen Entspannung und Achtsamkeit mit den Bewohnenden oder Tagesgästen umzusetzen.

Vertieft werden die Themen über weitere Gesundheitstage und Workshops zur Mitarbeitendengesundheit, sowie Impulse zur Ideenentwicklung und zur Sensibilisierung für weitere Maßnahmen mit allen Zielgruppen.

Wichtig ist dem A.D.A.M.-Projektteam, dass auch über die Schnuppertage und die Qualifizierung der Pflegeteams hinaus die Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle im Alltag der Einrichtungen spielt. Dafür wird gemeinsam die Einbindung gesundheitsförderlicher Elemente in den Arbeitsalltag geplant und ein passendes Gesundheitsprogramm für die Einrichtungen entwickelt.

In einem folgenden Projektzyklus wird der weitere Bedarf der Einrichtungen analysiert und die Gesundheitsförderung inklusive Dokumentation und Evaluation begleitet. Eine Herausforderung ist zu Beginn häufig die selbstständige Teilnahme der Mitarbeitenden an den Angeboten. Neben der stetigen Sensibilisierung baut das A.D.A.M.-Team nach langjähriger Projekterfahrung auf unterschiedliche Methoden zur Förderung der Eigeninitiative, welche in regelmäßigen Arbeitskreistreffen gemeinsam erörtert und bewältigt werden.

Dass dieser Ansatz Positives bewirken kann und sich das Engagement lohnt, fasst das Feedback einer Hausleitung gut zusammen: „Ich finde, das Projekt hat uns sehr gut dabei begleitet, unsere Mitarbeitenden für die Betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und besonders zu motivieren. Damit sind wir auf einem sehr, sehr guten Weg, diese fest in unsere Einrichtungsstruktur zu integrieren und die Gesundheit der Mitarbeitenden langfristig zu fördern. Ich freue mich, mit der Weiterführung des A.D.A.M.-Projekts noch einen Schritt weiter zu gehen und hoffe, mit Ihrer Unterstützung und der [unterstützenden Krankenkasse], ein umfassendes Konzept dazu entwickeln und integrieren zu können."

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
  § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen
- 16 voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Bodenseekreis und in Ostwestfalen Lippe
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- Mehr Zeit für Kinder e. V.
- Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen
- Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, seit 2019 fortlaufend

Denise Schuppener,
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER

Larissa Kreis,
Mehr Zeit für Kinder e. V.

HIGELA

Mit kühlem Kopf durch heiße Tage – Hitzeresilienz in der stationären Langzeitpflege stärken

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
  § 5 SGB SGB XI: Ernährung, Kognitive Ressource
- 40 AWO-Einrichtungen im Kernprojekt, sowie circa 100 Einrichtungen anderer Wohlfahrtsverbände über das Hitzeresilienzprogramm und Vernetzungsveranstaltungen
- BKK Dachverband e. V.
- AWO Bundesverband e. V., Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V., AWO Bezirksverband Oberbayern e. V., AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West, AWO Bezirksverband Württemberg e. V., AWO Bezirksverband Rheinland e. V., AWO Gesellschaft für Altenhilfeeinrichtungen mbH
- Beschäftigte und Bewohnende stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen
- Deutschlandweite Umsetzung mit Schwerpunkten in den Projektregionen Oberbayern, Sachsen-West, Württemberg, Rheinland und Mittelrhein, 30. November 2022 bis 31. Dezember 2025

Elisabeth Olfermann,
AWO Bundesverband e. V.

Felix Bittner,
Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V.

Madeleine Viol,
BKK Dachverband e. V.

Ziel des Projekts „Hitzeresiliente und gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege (HIGELA)“ ist die Entwicklung von effektiven Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention und Kompetenzentwicklung von Pflegekräften und weiteren Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf den Umgang mit Hitzeereignissen. Dadurch soll die Resilienz der Bewohnenden und Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.

In fünf Projektregionen werden derzeit 40 stationäre Pflegeeinrichtungen von Regionalverantwortlichen der örtlichen AWO-Gliederung in der Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen begleitet. In einem ersten Schritt werden „Hitze-Teams“ oder Hitzebeauftragte in den teilnehmenden Einrichtungen ernannt, die den Istzustand der Einrichtung erheben. Anhand eines Musterhitzeschutzplans werden dann Maßnahmen identifiziert, die aktuell und auch mit Blick auf zukünftige Hitzewellen umgesetzt werden. So werden die Beschäftigten sensibilisiert und geschult, erhalten aber auch Maßgaben beispielsweise zu einem für sie angepassten Arbeitsablauf entlang des Hitzeaufkommens in der Einrichtung. Dazu gehören auch aktive Trinkpausen. Darüber hinaus stellten einige Einrichtungen auf dünnere, luftigere Dienstkleidung um und testeten Kühlkleidung. Informationsmaterialien für Pflegekräfte, Bewohnende sowie An- und Zugehörige sind erstellt und werden ausgegeben. Darüber hinaus wurden auch Schulungen für die Beschäftigten entwickelt und angeboten, welche Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Bewohnenden umfassen. In deren Mittelpunkt stehen u. a. an Hitze angepasste Ernährungsstrategien, der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit in Hitzeperioden sowie die Veränderung der Tagesablaufgestaltung für betreuerische und aktivierende Angebote. Fokussiert werden vor allem niedrigschwellige Maßnahmen, die kein größeres finanzielles Budget benötigen. Geplant ist, dass die Schulungsangebote zu jeder Zeit in Anspruch genommen und in bestehende Arbeitsstrukturen kapazitätsschonend integriert werden können. Die im Projekt erstellten Materialien, wie Handlungsleitfaden, Informationsmaterialien etc. werden über die Projekthomepage für weitere Interessierte kostenfrei zur Verfügung gestellt: www.higela.de

Eine projektbegleitende Evaluation zur wissenschaftlichen Bewertung der durchgeführten Methoden und Interventionen im Projekt erfolgt durch die Arbeitsgruppe „Lokale Passung“ (Institut für Soziologie der LMU München). Auf Basis der Evaluationsergebnisse wurden die Projektaktivitäten überarbeitet und angepasst.

Innere Stärke – Resilienz in der Tagespflege

Welche Ressourcen können bei Menschen mit Demenz, chronischen Schmerzen und Pflegebedürftigkeit gestärkt werden? Wie wichtig ist eine optimistische Haltung im Alter? Wie kann das Thema Resilienz niedrigschwellig in den Alltag einer Tagespflege eingebaut werden? Dies sind Fragen, mit denen sich das Projekt „Innere Stärke – Resilienz in der Tagespflege" befasst. In dem dreijährigen Projekt werden erprobte Verfahren der Resilienzstärkung[124,125] auf die besondere Gruppe der Tagespflege-Gäste angepasst und weiterentwickelt.

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit
- vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH
- hkk, Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, HEK, KKH (vdek-Landesvertretung Bremen)
- Vahrer Löwen e. V., Almata-Stift Friedehorst
- Pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige
- Bremen, November 2021 bis Oktober 2024

Dr. Svenja Jacobs, vdek-Landesvertretung Bremen

Jürgen Weemeyer, vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH

Zielgruppe pflegebedürftige Menschen

Die Gäste einer Tagespflege erhalten zweimal wöchentlich Angebote des Resilienz-Trainings, ergänzt durch Yoga, Entspannungstechniken und musikgestützte Biographie-Arbeit. Durchgeführt wurden die Angebote zunächst von einer Resilienztrainerin und einem Musikpädagogen. Im Laufe des Projekts übernahmen die Mitarbeitenden der Einrichtung die Umsetzung. Akzeptanz und Wirksamkeit wurden kontinuierlich erfasst und die Angebote weiterentwickelt. Jedes liegt nun in zwei bis drei Schwierigkeitsstufen vor, um Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen gerecht werden zu können.

Zielgruppe pflegende Angehörige

Neben dem Hauptprojekt gibt es einen Projektbaustein für pflegende Angehörige. Der Fokus liegt dabei in der strukturellen Anpassung der Schulungsinhalte. Die Zielgruppe ist durch eine massive Dauerbelastung gekennzeichnet. Hier sind flankierende Maßnahmen zu ergreifen, um Angebote effektiv umsetzen zu können.

Verstetigung für breite Zielgruppe

Alle Angebote wurden auf ihre Übertragbarkeit auf andere Settings und Zielgruppen, wie der aufsuchenden Altenarbeit, der stationären Pflege oder der Freiwilligenarbeit, überprüft. Ebenso wurde die Umsetzbarkeit in Tagespflegeeinrichtungen ohne professionelle Unterstützung getestet. Entsprechend können die Ergebnisse von einer breiten Zielgruppe genutzt werden. In der letzten Projektphase werden die Erkenntnisse in einem Buch zusammengefasst, das voraussichtlich im November 2024 erscheinen wird.

124 Loovanz: Thema: Resilienztraining, https://www.loovanz.de/ (abgerufen am 11.06.2024).
125 Amann, Ella Gabriele: Resilienz, 2. Auflage, Freiburg: Haufe, 2015.

Weil Leben Bewegung ist – Projekt „Bewegte Tagespflege“

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität
- bisher 6 Tagespflegeeinrichtungen in Pilotphase, Roll-out ab 2025
- Pflegekasse der IKK classic
- Hochschule Esslingen
- Pflegebedürftige Menschen in Tagespflegeeinrichtungen
- Bisher Bayern und Baden-Württemberg, ab 2025 in 6 weiteren Bundesländern, März 2022 bis Februar 2025, Verlängerung bis 2028 geplant

Roland Hierlmeier,
IKK classic

Ausgangslage

Viele pflegebedürftige Menschen, die in einem (teil-)stationären Setting pflegerisch betreut werden, weisen Einschränkungen der Bewegungsfähigkeiten auf. Es kommt, meist bedingt durch körperliche Inaktivität, zu einem schleichenden, anhaltenden Verlust an Mobilität, der bereits innerhalb weniger Monate in erheblichen Beeinträchtigungen resultiert.

Möglichst frühzeitige Bewegungsinterventionen sind notwendig, um Fähigkeiten zu erhalten und den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern. Die Tagespflege gewinnt in Deutschland zunehmend als attraktive Versorgungsform an Bedeutung. 2024 stehen deutschlandweit ca. 120.000 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Die Zahl der Standorte wuchs von 2018 bis 2023 um 48 % an.[126]

Die Hochschule Esslingen wurde im Rahmen der interventionsbasierten Studie „PEBKO“ beauftragt, die Bedarfe hinsichtlich Ernährungs- und Mobilitätsförderung für Pflegebedürftige in (teil-)stationären Einrichtungen zu evaluieren und entsprechende Maßnahmen abzuleiten.[127]

Projektziel und Umsetzung

Mit dem resultierenden Projekt „Bewegte Tagespflege“ sollen unter Beteiligung der Pflegekräfte und wenn möglich auch der Gäste, einrichtungsspezifische Konzepte zur ganzheitlichen Förderung von Mobilität und Alltagskompetenz der Pflegebedürftigen entwickelt und verankert werden.

Unterstützt werden die Einrichtungen dabei von Fachkräften der beteiligten Pflegekasse, die den Prozess der Gesundheitsförderung begleiten und moderieren. So sollen sich die beteiligten Tagespflegen über insgesamt vier Entwicklungstreffen im Zeitraum von ca. zehn Monaten in gesundheitsbezogenem Grundverständnis, Tagesablauf und -organisation sowie Aktivitäten und Gruppenangeboten zu vollständig bewegungsorientierten Einrichtungen entwickeln. Pflegebedürftige sollen in alltägliche Arbeiten wie Mahlzeitenzubereitung oder Getränkeausgabe aktiv eingebunden und zur eigenständigen Bewegung bei möglichst vielen Anlässen motiviert werden. Auch können kleinere Anschaffungen wie Hilfsmittel, Spiel- und Sportgeräte bis hin zu verhältnisbezogenen Umgestaltungen durch z. B. Handläufe oder Bewegungsräume initiiert werden. Zusätzlich werden Pflegekräfte angeleitet, Bewegungsangebote wie Gruppenmaßnahmen, Spiele und Spaziergänge umzusetzen. Bestehende Präventionsangebote der Pflegekasse wie MAKS® lassen sich bedarfsorientiert integrieren.

Ziel ist es, Aspekte wie Kraft, Motorik, Beweglichkeit und Gehfähigkeit zu erhalten und zu verbessern, um den Betroffenen einen selbstständigen Verbleib und die Alltagsführung in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Der Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität entlastet nicht nur Pflegekräfte und Angehörige, sondern verhindert auch so lange wie möglich den Übergang in die stationäre Langzeitpflege.

Die Pilotphase endet 2024. Im Rahmen der weiteren Umsetzung ab 2025 wird eine Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Evaluation durchgeführt.

126 Meißner, Sebastian: Marktanalyse Tagespflege, https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/marktanalyse-tagespflege-zahlen-daten-fakten/ (abgerufen am 13.06.2024).
127 Wolke, Reinhold: PEBKO, https://www.hs-esslingen.de/soziale-arbeit-bildung-und-pflege/forschung/projekte/abgeschlossene-projekte/pebko (abgerufen am 13.06.2024).

CaResource – die Lebens- und Arbeitswelt der stationären Langzeitpflege gesundheitsförderlich gestalten

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit
- 6 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
- Techniker Krankenkasse
- Movement 24 GmbH
- Menschen mit Demenz, Mitarbeitende
- Bayern, 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2023

Doris Gebhard,
Technische Universität München

Beate Mende,
Techniker Krankenkasse

Das Projekt CaResource befasste sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz und Mitarbeitende in der stationären Langzeitpflege. Das Projekt wurde in Bayern in sechs Einrichtungen umgesetzt und hatte eine Laufzeit von fünf Jahren. Ziel des Projekts war es, die Alltags- und Arbeitswelt der stationären Langzeitpflege multiperspektivisch zu untersuchen, Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ zu entwickeln, diese durchzuführen und zu evaluieren.

Ist-Analyse

Die Ist-Analyse verdeutlicht: Die Bewohnenden mit Demenz verbringen knapp die Hälfte ihrer Tageszeit ohne jegliche Aktivität. Rund 70 % der Zeit findet keinerlei soziale Interaktion statt und der Hauptanteil des Tages (91 %) wird sitzend bzw. körperlich inaktiv zugebracht. Über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet über Langeweile. Mehr als ein Viertel der Befragten fühlt sich darüber hinaus einsam.

Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention

Vor diesem Hintergrund wurden zwei Interventionsprogramme entwickelt:

(1) Das Programm „Mit Hand, Kopf und Herz" zielt darauf ab, Bewegungsübungen und Denkaufgaben im Rahmen von freudvollen, biographiebezogenen Aktivitäten zu verknüpfen und dabei eine „herzliche" Durchführungssituation entstehen zu lassen. Es wurden 28 motor-kognitive Aktivitäten entwickelt, die in Form eines 12-wöchigen Trainingsprogramms durchgeführt werden können.

(2) Das Programm „Herzensthemen" wurde partizipativ mit Menschen mit Demenz entwickelt und fokussiert die soziale Gesundheit der Bewohnenden. Drei Durchführungsprinzipien prägen die 14 Gruppeneinheiten: Bewohnende mit Demenz gestalten selbst Teile der gemeinsamen Gruppenstunde (Peer-Leader-Ansatz), sie kommen dabei gemeinsam „ins Tun" (Co-Kreativität) und sind mit allen Sinnen mit der Umgebung verbunden (Multisensorik).

Ergebnisse

Es haben 60 Bewohnende mit Demenz an den Programmen teilgenommen. Die Evaluationsergebnisse belegen eine signifikante Verbesserung der funktionalen Mobilität, Balance und Gehgeschwindigkeit, eine leichte Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und eine signifikante Verbesserung der sozialen Netzwerke der Teilnehmenden. Zudem zeigten die Bewohnenden während der Programmdurchführung ein hohes Maß an positiven Emotionen, Engagement und Motivation. Die Betreuungspersonen berichteten zudem von positiven psychosozialen Veränderungen – das Programm machte die Bewohnenden im Alltag kontaktfreudiger, fröhlicher und weniger ängstlich.

Herausforderungen

Die limitierten Zeitressourcen der Beschäftigten sowie die hohe Fluktuation in den Einrichtungen stellten die größten Herausforderungen im Projektverlauf dar.

Nachhaltigkeit

Beide Programme wurden zu Projektende in Form von umfassenden Handbüchern inklusive Durchführungsmaterialien für die Anwendung in der Praxis aufbereitet.

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick

Die Dokumentation für das Berichtsjahr 2023 zeigt eine weiterhin positive Entwicklung des Engagements der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. In den Anfängen der Corona-Pandemie war es zunächst in vielen Bereichen zu Rückgängen hinsichtlich der Ausgaben, Aktivitäten und erreichten Personen gekommen, gefolgt von deutlichen Anstiegen. Im Jahr 2023 wurden durch betriebliche Gesundheitsförderung und die individuelle verhaltensbezogene Prävention erneut deutlich mehr Personen bzw. Betriebe und Unternehmen als im vorangegangenen Berichtsjahr 2022 erreicht. In der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kam es im Berichtsjahr zu einer Stabilisierung des Engagements. Hier wurden nach der gesetzlichen Neuregelung von § 20a SGB V im Mai 2023 für das GKV-Bündnis für Gesundheit die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, die Aktivitäten ab 2024 auf neuer gesetzlicher Grundlage fortzuführen und insbesondere auf Landesebene auszubauen. Die Regelung ermöglicht eine noch konsequentere Berücksichtigung regionaler Bedarfe sowie Strukturen und erleichtert die Zusammenarbeit relevanter Akteure vor Ort. Der Fokus des Engagements der Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention wird auch zukünftig darauf liegen, ihre Aktivitäten weiter auszubauen. Dies kann z. B. gelingen, indem mit bewährten Konzepten mehr Pflegeeinrichtungen erreicht oder neue Ansätze in den Handlungsfeldern der Prävention erprobt und in der Umsetzung evaluiert werden.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die Verantwortung hierfür geht über den Wirkungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen hinaus; sie sind als Querschnittsaufgaben in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verorten. Notwendig hierfür sind neben verbindlichen Kooperationen auch verlässliche Zuständigkeiten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Dies schließt Planungssicherheit für qualitätsgesicherte und etablierte Aktivitäten und Strukturen ein. Diese dürfen nicht durch neue gesetzliche Regelungen, wie den Gesetzentwurf zur Stärkung der Herzgesundheit und zur Vermeidung und besseren Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen („Gesundes-Herz-Gesetz“, s. Vorwort), gefährdet werden. Vielmehr bedarf es der Umsetzung bereits lange angekündigter Reformvorhaben wie der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, um bessere Rahmenbedingungen für den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen. Alle Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ordnen sich dem Leitgedanken unter, Versicherte und Bürgerinnen und Bürger dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen, gesundheitliche Ressourcen zu stärken und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Dabei gilt es, aktuelle Bedarfe und Herausforderungen im Blick zu behalten und den gemeinsamen Handlungsrahmen kontinuierlich so anzupassen, dass diesen begegnet werden kann. Bereits in den letzten Jahren haben die Kranken- und Pflegekassen z. B. das Thema Gesundheit und Klimawandel aufgegriffen. Die Krankenkassen haben im Jahr 2022 zudem den Leitfaden um konkrete Handlungsmöglichkeiten zur Vorbeugung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren erweitert. Auch die Pflegekassen haben im Jahr 2023 ihren Präventionsleitfaden um klimarelevante Aspekte ergänzt. Um den gesundheitsbezogenen Auswirkungen des Klimawandels präventiv zu begegnen, ist die Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund wird das Thema „Gesundheit und Klimawandel“ derzeit auch in die Bundesrahmenempfehlungen integriert und so der Handlungsrahmen für alle Träger der Nationalen Präventionskonferenz und deren Zusammenarbeit um dieses Thema erweitert.

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2021	2022	2023
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	3.942	4.363	4.467
Anzahl der Lebenswelten	40.650	50.349	46.971
Vorjahresvergleich	+12 %	+24 %	-7 %
Anzahl direkt erreichter Personen	5.961.940	8.373.303	7.698.972
Vorjahresvergleich	-13 %	+40 %	-8 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,01	2,15	2,25
Vorjahresvergleich	+44 %	+7 %	+4 %
Summe der Ausgaben (Euro)	147.509.502	158.655.700	167.036.473
Vorjahresvergleich	+44 %	+8 %	+5 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	796.595	1.294.193	1.613.532
Vorjahresvergleich	-31 %	+62 %	+25 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	1,95	2,28	2,62
Vorjahresvergleich	-6 %	+17 %	+34 %
Summe der Ausgaben (Euro)	143.272.215	167.791.066	194.580.097
Vorjahresvergleich	-6 %	+17 %	+16 %
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der erstellten Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profile)	8.646	8.473	11.310
Anzahl der Dokumentationsbögen	8.302	12.608	14.713
Anzahl der Standorte/Betriebe	18.437	26.439	29.668
Vorjahresvergleich	+10 %	+43 %	+12 %
Anzahl direkt erreichter Personen	1.768.604	1.975.093	2.187.858
Vorjahresvergleich	-9 %	+12 %	+11 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,43 Mio.	0,85 Mio.	0,77 Mio.
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	146	166	150
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe	65.278	117.422	113.570
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,37	3,50	3,62
Vorjahresvergleich	+55 %	+4 %	+4 %
Summe der Ausgaben (Euro)	246.897.000	257.421.055	268.962.864
Vorjahresvergleich	+55 %	+4 %	+4 %

	2021	2022	2023
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	12.244	16.971	19.180
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz)	8.527.139	11.642.589	11.500.362
Ausgaben je Versicherten (Euro)	7,34	7,93	8,49
Vorjahresvergleich	+30 %	+8 %	+7 %
Summe der Ausgaben (Euro)	537.678.717	583.867.822	630.579.435
Vorjahresvergleich	+30 %	+9 %	+8 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	63	54	88
Vorjahresvergleich	-47 %	-14 %	+63 %
Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen	1.556	2.186	3.531
Vorjahresvergleich	-40 %	+40 %	+62 %
Vorbereitungsphase: Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	755	1.133	1.346
Vorjahresvergleich	-11 %	+50 %	+19 %
Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	1.859	2.529	2.796
Vorjahresvergleich	-0 %	+36 %	+11 %
Umsetzungsphase: Anzahl direkt erreichter Personen	92.046	101.199	125.633
Vorjahresvergleich	+7 %	+10 %	+24 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,22	0,25	0,27
Vorjahresvergleich	+5 %	+14 %	+8 %
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	176,97	182,43	160,20
Summe der Ausgaben (Euro)	16.289.401	18.461.831	20.133.636
Vorjahresvergleich	+6 %	+13 %	+9 %

Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

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

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

Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

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

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

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

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

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und BGF festgelegt, im Leitfaden Prävention. Eine beratende Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2023.[128]

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den Qualitätskriterien[129] des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmendurchführung) und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

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

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

128 GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Fassung vom 4. Dezember 2023, Berlin: 2023. www.gkv-spitzenverband.de

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstands im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI[130] die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt. Der Leitfaden soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund erstellt (Neufassung vom 28. September 2023).

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

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

Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Medizinische Dienst Bund führt die Datensätze zusammen und bereitet diese zur weiteren Auswertung auf. Die Daten werden routinemäßig Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Wenn sich 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 gebeten.

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

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

Tabellenband

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

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

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

Cecilia Brunoni,
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Lena Kaun,
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Theresia Kempf,
IKK classic, Bergisch Gladbach

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

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

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

Esther Rummel,
IKK e. V., Berlin

Christina Singer,
AOK Bayern, Nürnberg

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Susanne Wilhelmi,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Christine Witte,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Ruth Zaunbrecher,
AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Cornelia Albrecht-Lomb,
AOK-Bundesverband, Berlin

Cecilia Brunoni,
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

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

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

Esther Rummel,
IKK e. V., Berlin

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

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband, Berlin

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zahlen im Überblick ... 34
Abb. 2: GKV-Ausgaben 2023 ... 36
Abb. 3: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ... 37
Abb. 4: Anzahl der Lebenswelten ... 41

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
Abb. 5: Art und Anzahl der Lebenswelten ... 42
Abb. 6: Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“ ... 44
Abb. 7: Altersgruppenbezogene Ausrichtung der Aktivitäten ... 45
Abb. 8: Strategien ... 46
Abb. 9: Kooperationspartner ... 47
Abb. 10: Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium ... 48
Abb. 11: Methoden der Bedarfsermittlung ... 49
Abb. 12: Inhalte ... 50
Abb. 13: Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen ... 54
Abb. 14: Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert ... 54
Abb. 15: Ziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen ... 55
Abb. 16: Ziel 3.2: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung ... 55
Abb. 17: Ziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen durch Aktivitäten erreichen mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern ... 56
Abb. 18: Ziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten ... 56

Betriebliche Gesundheitsförderung

Abb. 19: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte 62
Abb. 20: Branchen 63
Abb. 21: Betriebsgröße 64
Abb. 22: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte 65
Abb. 23: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung 66
Abb. 24: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben 67
Abb. 25: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung 68
Abb. 26: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße 69
Abb. 27: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen 70
Abb. 28: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen 71
Abb. 29: Methoden der Bedarfsermittlung 72
Abb. 30: Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte 74
Abb. 31: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen 76
Abb. 32: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen 77
Abb. 33: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen 82
Abb. 34: Organisationen als Kooperationspartner 83
Abb. 35: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße 84
Abb. 36: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder 85
Abb. 37: Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation 86
Abb. 38: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM 88
Abb. 39: Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung 88
Abb. 40: Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses 89
Abb. 41: Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen 89
Abb. 42: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen 90
Abb. 43: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten 90

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Abb. 44: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt 92
Abb. 45: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern 93
Abb. 46: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern differenziert nach Präsenz- und Online-Angeboten 94
Abb. 47: Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht 95
Abb. 48: Inanspruchnahme von Online- und Präsenzkursen nach Alter und Geschlecht 96
Abb. 49: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter 97
Abb. 50: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht 98

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Abb. 51: Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern 103
Abb. 52: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase 105
Abb. 53: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase 106
Abb. 54: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen 107
Abb. 55: Parameter, auf die sich durchgeführte Evaluationen bezogen 108
Abb. 56: Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Maßnahmen eines Konzepts zur Zielerreichung umgesetzt haben 111
Abb. 57: Maßnahmen, die auf ein/mehrere Handlungsfeld/er im Berichtsjahr bezogen waren 112
Abb. 58: Zielgruppen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 113
Abb. 59: Erreichte Pflegebedürftige 114
Abb. 60: Laufzeit der Aktivitäten 115
Abb. 61: Digitale Formate und Anwendungen 116
Abb. 62: Mitwirkende im Steuerungsgremium 117
Abb. 63: Beteiligte der stationären Pflegeeinrichtung und Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten 118
Abb. 64: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen 121
Abb. 65: Teilziel 1.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium 124
Abb. 66: Teilziel 1.2: Mehr Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden 124
Abb. 67: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten 125
Abb. 68: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität 125
Abb. 69: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen 126
Abb. 70: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit 126
Abb. 71: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt 127
Abb. 72: Angebote des Care4Care-Projekts 130

Medizinischer Dienst Bund

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

GKV

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