Medizinischer Dienst
Bund



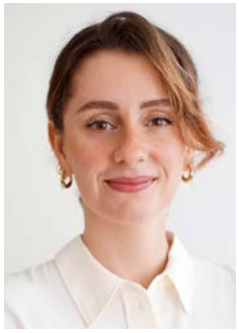
BERICHTSJAHR 2025

Präventionsbericht 2026

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen





Impressum

Autorinnen
Cecilia Brunoni
Caroline Stamm
Medizinischer Dienst Bund

Herausgeber
Medizinischer Dienst Bund
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Willy-Brandt-Platz 5
45127 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

November 2026

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel Halfpoint/AdobeStock
S. 2 Picture People; Jana Christelle Stamm
S. 4 Tom Maelsa/tommaelsa.com; Medizinischer Dienst Bund
S. 15 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de; Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 17 Sara Blake, Fotostudio Licht & Schatten; Markus Altmann Fotografie (markus-altmann.de)
S. 20 Michelle Strebe
S. 22 Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 28 Jenny Sieboldt; Dörte Bernhard; Jessica Homann; Mathias Finis
S. 72 Dominik Asbach
S. 73 Markus Smieja/BERGISCHE KRANKENKASSE
S. 112 AOK Niedersachsen
S. 125 Jenny Sieboldt/jenny-sieboldt.de (2)
S. 143 Prognos AG/ FOTOS Koroll; G. Zöth; W. Banzer
S. 145 Greta Bresho; P. Pollmeister HSBI (3)
S. 147 Andrea Bowinkelmann für den Landessportbund NRW
S. 148 Generationenbrücke
S. 149 Miriam Sommer, MARIENHEIM
S. 154 Ulrike Fieback
S. 156 Janett Kartelmeyer

BERICHTSJAHR 2025

Präventionsbericht 2026

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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 Präventionsbericht 2026 bietet einen umfassenden Einblick in das Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er beleuchtet die Aktivitäten in Kitas, Kommunen und weiteren Lebenswelten, in der betrieblichen Gesundheitsförderung, in stationären Pflegeeinrichtungen und in der individuellen Prävention. Neben relevanten Kennzahlen wie der Anzahl erreichter Personen und Einrichtungen zeigt der Bericht auch, worum es in der Arbeit vor Ort ging. In Lebenswelten, z. B. Kitas, standen die Stärkung psychischer Ressourcen, die Förderung von Bewegung und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Mittelpunkt. In Pflegeeinrichtungen ging es insbesondere darum, die psychosoziale Gesundheit und körperliche Aktivität der Bewohnenden zu fördern. Die Praxisbeispiele zeigen anschaulich, wie diese Arbeit konkret aussieht.

Die Kranken- und Pflegekassen haben ihr Engagement verlässlich aufrechterhalten und weiterentwickelt – trotz der schwierigen finanziellen Lage der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung. Für Gesundheitsförderung und Prävention haben die Krankenkassen 2025 insgesamt 734 Mio. Euro ausgegeben. Das sind 7 % mehr als im Vorjahr. Die Pflegekassen förderten mit Ausgaben in Höhe von 23 Mio. Euro mehr Aktivitäten in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen als im Vorjahr.

Seit vielen Jahren setzen sich die Kranken- und Pflegekassen dafür ein, Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu vermeiden. Aber Prävention kann nicht allein Aufgabe der Kassen sein. Auch die Alltagsbedingungen müssen stimmen. Ein Beispiel: Maßnahmen für eine gesunde Ernährung an Schulen können ihr volles Potenzial nur entfalten, wenn entsprechende Strukturen vorhanden sind, etwa ein gesundes Angebot in der Mensa. Dafür braucht es das gemeinsame Handeln aller Verantwortlichen im Sinne des „Health in All Policies"-Ansatzes. Die Präventionsoffensive des Bundesministeriums für Gesundheit und die angekündigte Anpassung des Präventionsgesetzes bieten die Chance, Strukturen und Verantwortlichkeiten verbindlich weiterzuentwickeln und beim gemeinsamen Engagement wichtige Schritte nach vorne zu machen.

Unser Dank gilt den Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention engagieren und diesen Bericht möglich gemacht haben. Ebenso danken wir den Mitarbeiterinnen des Medizinischen Dienstes Bund für die Auswertung und Aufbereitung der Daten sowie für die Erstellung des Berichts.

Oliver Blatt
Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Inhalt

Vorwort 4

Zusammenfassung 9

GKV-Bündnis für Gesundheit: gemeinsam für mehr gesundheitliche Chancengleichheit 15
Gesund arbeiten: Wie die BGF-Koordinierungsstellen Unternehmen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unterstützen 17
Zentrale Prüfstelle Prävention: stabile Säule in der Prävention mit mehr zertifizierten Kursangeboten und qualifizierten Kursleitungen 20
Evaluation von Präventionskursen im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: Wirksamkeit im Fokus 22
Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickelt 28

Zahlen im Überblick 30

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach §§ 20 ff. SGB V insgesamt 31
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI 32

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 33

Anzahl der Lebenswelten 34
Art und Anzahl der Lebenswelten 35
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“ 37
Zielgruppen 38
Strategien, die das Erreichen besonderer Zielgruppen befördern können 40
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben 41
Koordination und Steuerung 42
Bedarfsermittlung 43
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen 44
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten 45
Art der verhältnisbezogenen Aktivitäten 45
Nutzung digitaler Formate 45
Erfolgskontrollen 45
Übergreifende Aktivitäten 46
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen 47
„teamw()rk“ in Bayern und Rheinland-Pfalz lebt Partizipation 50
Peer-Beteiligung als Erfolgsfaktor in Gesundheitsangeboten in Thüringen 51
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 52
Fazit zur Erreichung der lebensweltbezogenen Ziele 71

Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 72
Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs: Gesundheit spielerisch erlebbar machen 72
ONE DAY OFF – digitale Balance erleben und Medienkompetenz stärken 73
#missionmacher – gesund durch die Ausbildung, fit in die Zukunft 74
Gesundheit einfach machen – wir stärken Strukturen für inklusive Gesundheit 75
Gesundheit im Quartier stärken: Aktiv im Kiez 2.0 in Potsdam-Drewitz 76

Betriebliche Gesundheitsförderung 77

Erreichte Betriebe und Anteil an „ungelernten" Beschäftigten 78
Branchen 79
Betriebsgröße 81
Erreichte Beschäftigte 82
Zielgruppen 83
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben 84
Koordination und Steuerung 85
Bedarfsermittlung 86
Formen der Mitarbeitendenbeteiligung 87
Arbeitsunfähigkeitsanalysen 88
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten 89
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen 90
Klima 92
Nutzung digitaler Formate 92
Erfolgskontrollen 93
Aktivitäten der Krankenkassen
mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen (LRV) 93
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung 94
Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner und erreichte Betriebe 95
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation 99
Evaluation 99
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung 100
Erreichungsgrad der GKV-Präventionsziele in der betrieblichen Gesundheitsförderung 102
Fazit zur Erreichung der arbeitsweltbezogenen Ziele 108

Praxisbeispiele zur Betrieblichen Gesundheitsförderung 109
Coaching „Leben in Balance" für Unternehmerpaare im Handwerk 109
Gemeinsam am Start für mehr Gesundheit: „Gesunde Unternehmen – Challenge 2026" 110
Organisationalen Respekt in der Basisarbeit verankern 111
Best Ager im Fokus des BGM bei autogena stahl 112
Stark in der Pflege – Programm zur Förderung der psychosozialen Gesundheit 113

Individuelle verhaltensbezogene Prävention ... 114

Inanspruchnahme ... 116
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern ... 117
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht ... 119

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI ... 125

Leistungen in der Vorbereitungsphase ... 127
Leistungen in der Umsetzungsphase ... 128
Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase ... 129
Erreichte pflegebedürftige Menschen nach Versorgungsform ... 130
Zielgruppen ... 131
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten ... 132
Nutzung digitaler Formate ... 134
Zusammensetzung der Steuerungsgremien ... 135
Beteiligte und Kooperationspartner ... 136
Aktivitäten der Pflegekassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen ... 136
Präventionsziele in der stationären Pflege ... 137

Praxisteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege ... 142
Förderung der (digitalen) Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen: eine mehrdimensionale Aufgabe ... 143
Inklusion, Diversität, Vielfalt und Barrierefreiheit als Leitprinzipien von Prävention in stationären Einrichtungen ... 145
MAHLZEIT! gemeinsam – gesund – genießen ... 146
Der bewegende Flur: Bewegung schafft Begegnung ... 147
Glücksmomente für Alt und Jung – Generationen verbinden, Gesundheit im Alter stärken ... 148
Ein DIGITALER WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen ... 149
Gewaltprävention in der Pflege ... 150
Gehörlos im Alter gesund: Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen ab 50 Jahren ... 151
Bewegung trotz[t] Alter ... 152
Gesund älter werden im Odenwaldkreis: Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund klimatischer Veränderungen ... 153
Prävention in der stationären und teilstationären Pflege im St. Anna-Stift in Kroge ... 154
Prävention in der Pflege (PiP): Gesundheit ganzheitlich und nachhaltig fördern ... 155
Humor in der Pflege zur Förderung der Gesundheit ... 156
SicherGehen – in stationären Pflegeeinrichtungen ... 157

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick ... 158

Anhang 160

Wichtige Kennziffern 160
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen 161
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 161
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention 162
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention 163
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 164
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen 165
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 167
Tabellenband 168
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht 169
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 169
Abbildungsverzeichnis 170

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2026 bietet 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 2025. Eine Zusammenfassung der einzelnen Kapitel findet sich in den nachfolgenden Abschnitten.

GKV-Bündnis für Gesundheit: kassenartenübergreifende Aktivitäten in Lebenswelten

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist das gemeinsame Dach aller gesetzlichen Krankenkassen für gemeinsame Präventionsaktivitäten in Lebenswelten, also dort, wo Menschen leben. Es trägt mit seinen Aktivitäten bereits seit 2016 wesentlich zur Weiterentwicklung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention bei. Der Beitrag gibt einen Einblick in das vielfältige Engagement sowie ausgewählte Schwerpunkte im Berichtsjahr 2025 (vgl. S. 15 f.).

Gesund arbeiten: Wie die BGF-Koordinierungsstellen Unternehmen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unterstützen

Als gemeinsame Anlaufstelle der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die BGF-Koordinierungsstellen (BGF-KS) insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei ihren ersten Schritten und Fragen rund um das Thema BGF. Der Beitrag gibt Einblicke in die Aufgaben und vielfältigen Aktivitäten der BGF-KS und zeigt u. a., wie sie Unternehmen für das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ sensibilisieren, die Vernetzung fördern und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure unterstützen (vgl. S. 17 f.).

Zentrale Prüfstelle Prävention: stabile Säule in der Prävention mit mehr zertifizierten Kursangeboten und qualifizierten Kursleitungen

Mehr als 120.000 qualitätsgesicherte Präventionskurse stehen gesetzlich Versicherten inzwischen zur Verfügung, darunter auch 4.000 digitale Angebote. Mit der Zertifizierung über die Zentrale Prüfstelle Prävention stellen die Krankenkassen sicher, dass diese Angebote bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards entsprechen. Der Beitrag stellt eine neue Suchseite vor, die insbesondere Ärztinnen und Ärzten eine Übersicht über die verfügbaren Präventionskurse bietet. Dadurch können sie Menschen mit erhöhtem Präventionsbedarf, etwa Kindern und Jugendlichen oder älteren Menschen, gezielt passende Präventionsangebote empfehlen (vgl. S. 20 f.).

Evaluation von Präventionskursen im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: Wirksamkeit im Fokus

Qualitätssicherung endet nicht mit der Zertifizierung. In diesem Sinne wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation untersucht, ob Präventionskurse im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten die angestrebten Wirkungen erzielen und nachhaltige gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen bewirken. Der Beitrag gibt Einblicke in die Ergebnisse: Die Kurse zeigen positive Effekte auf bewegungsbezogene Beschwerden, den allgemeinen Gesundheitszustand und die körperliche Aktivität. Es wird aber auch deutlich, welche Zielgruppen bislang noch zu wenig erreicht werden (vgl. S. 22 ff.).

Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickelt

Im November 2025 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) eine neue Fassung ihrer Bundesrahmenempfehlungen beschlossen. Diese legen die Grundlagen für die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie fest, indem sie primäre Handlungsfelder skizzieren, übergeordnete Ziele definieren und vorrangig zu berücksichtigende Zielgruppen benennen. Beispielsweise wurde in der weiterentwickelten Fassung das Thema „Anpassung an den Klimawandel“ aufgenommen. Zudem wurden pflegende An- und Zugehörige als wichtige Zielgruppe hervorgehoben. Der Beitrag gibt einen Überblick über diese und weitere Neuerungen (vgl. S. 28 f.).

Zahlen im Überblick

Im Berichtsjahr 2025 konnten durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt etwa 11,9 Mio. Menschen in 65.840 Settings erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung von 34 % bei der Anzahl der erreichten Personen und 25 % bei den erreichten Lebenswelten (2024: ca. 8,9 Mio. Menschen in 52.535 Settings). Etwa die Hälfte dieser Maßnahmen wurde – wie im Vorjahr – in Kitas und Grundschulen umgesetzt.

BGF-Maßnahmen erreichten 2025 rund 2,3 Mio. Beschäftigte in 28.702 Betrieben. Gegenüber dem Vorjahr stellt dies eine Steigerung von 12 % bei den erreichten Personen und 2 % bei den erreichten Betrieben dar (2024: rund 2,1 Mio. Beschäftigte in 28.142 Betrieben).

Im Jahr 2025 unterstützten die Krankenkassen zudem rund 2,2 Mio. Teilnahmen an individuellen Gesundheitsförderungs- und Präventionskursen – ein Anstieg von 15 % gegenüber dem Vorjahr (2024: rund 1,9 Mio. Teilnahmen).

Die Krankenkassen wendeten 2025 für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 193.300.366 Euro auf (2024: 185.816.888 Euro), für BGF 295.662.090[1] Euro (2024: 281.956.037 Euro) und für individuelle Präventionsangebote 244.843.372 Euro (2024: 218.409.854 Euro). Das Gesamtausgabenvolumen stieg auf 733.805.828 Euro (2024: 686.182.779 Euro). Somit wurden 9,85 Euro je Versicherten investiert – rund 7 % mehr als im Vorjahr (2024: 9,21 Euro). Der Orientierungswert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V für 2025 von 9,04 Euro je Versicherten wurde damit deutlich überschritten. Die Zahlen machen deutlich, dass Krankenkassen trotz finanzieller Herausforderungen verstärkt in Prävention investieren.

Mit Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen konnten die Pflegekassen 2025 insgesamt 123.096 pflegebedürftige Menschen in 2.752 Einrichtungen erreichen; die Zahl der unterstützten Einrichtungen ist gegenüber dem Vorjahr gestiegen (2024: 2.636 Pflegeeinrichtungen). Nach dem kontinuierlichen Ausgabenanstieg in den Vorjahren gingen die Ausgaben erstmals seit dem Pandemiejahr 2020 zurück, lagen jedoch weiterhin über dem Niveau der Jahre 2021 bis 2023. Die Ausgaben fielen mit 23.597.653 Euro um 6 % geringer aus als im Vorjahr (2024: 25.089.441 Euro), was einem Betrag von 0,32 Euro pro Pflegeversicherten entspricht (2024: 0,34 Euro). Der Mindestausgabewert nach § 5 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 0,39 Euro wurde damit unterschritten.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Durch kassenindividuelle und kassenübergreifende Aktivitäten wurden 2025 insgesamt 65.840 Lebenswelten (u. a. Kitas[2], Schulen oder Kommunen) erreicht – 25 % mehr als im Vorjahr (2024: 52.535 Lebenswelten). Den größten Anteil hatten Kitas (25 %), gefolgt von Grundschulen (21 %). Insgesamt konnten 11.874.610 Kinder, Jugendliche und Erwachsene durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihren Lebenswelten direkt erreicht werden (2024: 8.864.897 Personen).

Das Kapitel gibt zudem einen Einblick in die inhaltliche Ausgestaltung der Aktivitäten: Schwerpunkte lagen 2025 auf der Stärkung psychischer Ressourcen (70 %), der Bewegungsförderung (62 %) sowie der Förderung der Gesundheitskompetenz (59 %). In 87 % der Aktivitäten wurde ein Steuerungsgremium eingerichtet. Solche Strukturen begleiten die Maßnahmen systematisch von der Bedarfsanalyse über Planung und Umsetzung bis hin zur Evaluation.

Seit 2007 formuliert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in regelmäßigen Abständen eigene bundesweite Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Da die Zieleperiode 2019 bis 2025 im Berichtsjahr endete, wird in diesem Kapitel der Erreichungsgrad dieser Ziele dokumentiert.

1 Die Ausgaben enthalten nicht verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 15,3 Mio. Euro (Stand November 2026), 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-KS in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

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

Ergänzt wird das Kapitel durch eine Sonderauswertung zum Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ (vgl. S. 47 ff.) sowie fünf Praxisbeispiele aus dem Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung (vgl. S. 72 ff.).

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit BGF-Maßnahmen haben die Krankenkassen 2025 insgesamt 2.380.079 Beschäftigte in 28.702 Betrieben erreicht. Die Anzahl der erreichten Beschäftigten ist im Vergleich zum Vorjahr um 12 % angestiegen (2024: 2.064.293). Der größte Anteil der erreichten Betriebe entfiel erneut auf den Bereich „weitere Dienstleistungen“ mit 26 %. Hierzu zählen u. a. freiberufliche, wissenschaftliche, technische sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen. Danach folgen Betriebe aus dem verarbeitenden Gewerbe mit einem Anteil von 24 % und dem Gesundheits- und Sozialwesen mit 19 %. Mehr als die Hälfte der Aktivitäten (58 %) verband verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze miteinander.

Darüber hinaus unterstützten die Krankenkassen 148 überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen zur BGF, von denen besonders Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten profitierten: Sie stellten mit 40 % den größten Anteil der Netzwerkmitglieder.

Da auch die BGF-Zieleperiode 2019 bis 2025 im Berichtsjahr endete, zieht auch dieses Kapitel ein Fazit zur Zielerreichung. Praxisbeispiele zur BGF nach § 20b SGB V runden das Kapitel ab (vgl. S. 109 ff.).

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Verhaltensbezogene Präventionsangebote richten sich an das individuelle Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Versicherten. Im Jahr 2025 wurden insgesamt 2.165.287 Kursteilnahmen an individuellen Präventionsangeboten verzeichnet – ein Anstieg von rund 15 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 1.890.295).

Dabei fanden 73 % der Teilnahmen in Präsenz und 27 % als Onlineangebot statt. Die Verteilung zwischen beiden Formaten ist damit gegenüber dem Vorjahr stabil geblieben. Thematisch lagen Bewegungsangebote mit 64 % erneut vorn, Stressmanagement folgte mit 33 %.

Wie in den Vorjahren nahmen deutlich mehr Frauen als Männer an den Angeboten teil (78 % bzw. 22 %).

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Berichtsjahr 2025 informierten und berieten die Pflegekassen insgesamt 3.159 stationäre Pflegeeinrichtungen zu Möglichkeiten und Inhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten – ein Anstieg von 16 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 2.727 Pflegeeinrichtungen).

Die Ausgaben der Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention fielen mit 23.597.653 Euro im Vergleich zum Vorjahr etwas geringer aus (2024: 25.089.441 Euro). Damit ist ein Rückgang um 6 % zu verzeichnen.

Präventive Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach dem „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wurden in 2.752 Einrichtungen, und damit in mehr Einrichtungen als im Vorjahr (2024: 2.636), umgesetzt. Damit konnten schätzungsweise 123.096 pflegebedürftige Menschen erreicht werden (2024: 125.131). Inhaltlich standen die Handlungsfelder „Stärkung kognitiver Ressourcen“ (81 %), „Psychosoziale Gesundheit“ (78 %) und „Körperliche Aktivität“ (75 %) im Vordergrund. In 85 % der Einrichtungen wurden Inhalte aus mehreren Handlungsfeldern miteinander kombiniert.

Zwei wissenschaftliche Beiträge führen den Praxisteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ ein: Sie befassen sich mit den Themen digitale Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Inklusion, Diversität und Barrierefreiheit als zu berücksichtigende Faktoren bei der Ausgestaltung von Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. S. 143–145).

Praxisteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Der Praxisteil beleuchtet anhand von zwölf Projekten das Engagement der Kranken- und Pflegekassen in teil- und vollstationären Einrichtungen (vgl. S. 146 ff.). Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf Projekten, die Präventionsangebote für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI mit BGF für Beschäftigte nach § 20b SGB V verknüpfen. Thematisch werden alle fünf Handlungsfelder abgedeckt. Hervorzuheben sind Projekte zur Gewaltprävention sowie zur digital unterstützten Gesundheitsförderung. Zudem wird der Klimawandel als Querschnittsthema aufgegriffen, etwa in Projekten, die klimatische Belastungen adressieren oder eine klimafreundliche Verpflegung in den Einrichtungsalltag integrieren.

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick

Die Dokumentation für 2025 knüpft an die Entwicklungen aus dem Vorjahr an und zeigt die anhaltend positive Entwicklung des Engagements der Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. In den betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten sind höhere Ausgaben zu verzeichnen als im Vorjahr. Zudem konnten mehr Menschen erreicht werden. Auch bei den individuellen Präventionsangeboten ist ein deutlicher Zuwachs an Teilnahmen zu verzeichnen. Trotz etwas geringerer Ausgaben ist auch das Engagement der Pflegekassen im

Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt auf einem stabilen Niveau verblieben.

Die Kranken- und Pflegekassen leisten seit vielen Jahren wertvolle Beiträge zur Gesundheitsförderung und Prävention. Für die langfristige Wirkung dieses Engagements sind verlässliche Strukturen und starke Partner innerhalb und außerhalb der Lebenswelten erforderlich. Gesundheitsförderung und Prävention sollten als gesamtgesellschaftliche Aufgaben – auch über das Engagement der Kranken- und Pflegekassen hinaus – in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen berücksichtigt werden. Dazu gehört es, gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die gesundes Verhalten in allen Altersgruppen fördern.

Um zukünftig mehr pflegebedürftige Menschen im stationären und ambulanten Setting mit Angeboten der verhaltensbezogenen Prävention erreichen zu können, müssen Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention der Kranken- und Pflegekassen stärker miteinander verknüpft werden.

GKV-Bündnis für Gesundheit: gemeinsam für mehr gesundheitliche Chancengleichheit





Autorinnen:

Merle Wiegand
GKV-Spitzenverband

Christine Witte
GKV-Spitzenverband

Das GKV-Bündnis für Gesundheit als gemeinsame Initiative aller Krankenkassen trägt mit seinen kassenartenübergreifenden Aktivitäten bereits seit 2016 wesentlich zur Weiterentwicklung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention bei. Im Fokus steht dabei die bessere Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen. 2023 wurde das GKV-Bündnis für Gesundheit durch die gesetzliche Neuregelung des § 20a SGB V neu strukturiert. In den Bundesländern haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Landesarbeitsgemeinschaften (kurz: ARGEn) gegründet. Diese setzen vielfältige Aktivitäten in den Lebenswelten um.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die ARGEn bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben, u. a. durch die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen sowie durch Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen (Bundesprogramme). Im Berichtsjahr 2025 hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Bundesprogramme rund 250 Zuwendungen betreut und mit Unterstützung eines Projektträgers zuwendungsrechtlich begleitet. Die überwiegende Mehrheit dieser Förderungen läuft auch in den kommenden Jahren weiter. Die durch das GKV-Bündnis für Gesundheit geförderten Aktivitäten in den Lebenswelten werden dokumentiert und sind in den vorliegenden Präventionsbericht eingeflossen.

Inhaltliche Schwerpunkte im Jahr 2025

Mit Blick auf das Berichtsjahr 2025 zeigt sich, dass unter Berücksichtigung aller dokumentierten Bündnis-Aktivitäten die Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion und Entspannung, Bewegungsförderung sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz inhaltlich im Fokus standen.

Um vulnerable Zielgruppen und Menschen mit sozial bedingt schlechteren Gesundheitschancen zu erreichen, sind integrierte kommunale Strategien am erfolgversprechendsten. Durch das bereits 2019 gestartete Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit sowie die gezielte Einbindung kommunaler Strukturen in gesundheitsfördernde Ansätze wird die Kommune als sogenanntes Dach-Setting kontinuierlich gestärkt. Die Zahlen für das Jahr 2025 bestätigen dies: Ein hoher Anteil der durch die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit angesprochenen Personen wurde im kommunalen Setting erreicht, etwa ein Fünftel aller Aktivitäten fand in Kommunen (Gemeinde, Stadt bzw. Stadtteil, Landkreis) statt. Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den ARGEn das Kommunale Förderprogramm im März 2025 ausgeweitet und eine neue Fördermöglichkeit

für Kommunen eröffnet. 13 Vorhaben befinden sich bereits in der Umsetzung (Stand: August 2026), weitere folgen bis Ende 2026. Der mit Abstand größte Anteil dieser Vorhaben adressiert Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien, gefolgt von älteren Menschen und Alleinerziehenden. Die meisten Vorhaben sind in der Lebenswelt Kommune oder Schule angesiedelt und adressieren die Stärkung psychischer Ressourcen bzw. der Gesundheits- und Lebenskompetenz.

Gesundheitsfördernde Strukturen für bedarfsgerechte Angebote

Die Bundesprogramme des GKV-Bündnisses für Gesundheit tragen zum Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene bei. Diese Strukturen schaffen die Voraussetzungen, um bedarfsgerechte gesundheitsfördernde Angebote für die Zielgruppen zu etablieren.

Im Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ kooperieren Krankenkassen und Jobcenter/Agenturen für Arbeit, um die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu erhalten und zu stärken, ihre Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Im Berichtsjahr 2025 wurde die mittlerweile vierte Förderphase abgeschlossen. Im Jahr 2025 wurden insgesamt 47.482 erwerbslose Menschen durch gesundheitsfördernde Angebote der GKV erreicht (vgl. S. 47 f.). In der laufenden Förderphase V (1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2028) steht die Etablierung der aufgebauten Strukturen an den Programmstandorten im Fokus. Die Förderphase wird durch die Prognos AG wissenschaftlich begleitet und soll Erkenntnisse für eine Weiterführung des Programms ab 2029 liefern.

Auch für das kommunale Alkoholpräventionsprogramm „HaLT – Hart am LimiT“ und das Projekt „BeuGe – Bewegung und Gesundheit im Alltag“, welches sich an Menschen mit geistiger Behinderung richtet, ist das GKV-Bündnis für Gesundheit seit einigen Jahren ein verlässlicher Partner. Das HaLT-Programm wurde im Berichtsjahr 2025 an mehr als 130 Standorten in elf Bundesländern gefördert und hat mit seinen primärpräventiven Angeboten (insbesondere in Kommunen und Schulen) mehr als 95.000 Menschen[3] erreicht. Das Projekt BeuGe wurde im Berichtsjahr 2025 an 54 Standorten in acht Bundesländern umgesetzt und konnte mehr als 1.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Wohn- und Freizeiteinrichtungen ansprechen. Mit Beginn des Jahres 2027 starten beide Bundesprogramme in eine neue Förderphase.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist ein wesentlicher Baustein in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Das Kapitel „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ (vgl. S. 33 f.) gibt einen umfassenden Überblick über das vielfältige Engagement der GKV in diesem Bereich.

3 Hierzu zählen neben Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Hauptzielgruppen des Programms – auch Erwachsene (z. B. Eltern, pädagogische Fachkräfte).

Gesund arbeiten: Wie die BGF-Koordinierungsstellen Unternehmen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unterstützen





Autorinnen:

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

Olga Rechling
BKK Dachverband e. V.

im Namen und Auftrag der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstelle

Die BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) berät Unternehmen seit 2017 zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und unterstützt sie mit Angeboten aller gesetzlichen Krankenkassen. Insbesondere kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) sowie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird so ein einfacher Zugang zur BGF geboten.

Informationen, Beratung und Netzwerke als Türöffner für BGF in Unternehmen

Über das Informations- und Beratungsportal www.bgf-koordinierungsstelle.de können sich Unternehmen u. a. zu BGF-Leistungen der Krankenkassen informieren. Spezifische Inhalte für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sind auf der Landingpage Pflege abrufbar. Es können BGF-Erstberatungen sowie Unterstützung beim Aufbau regionaler Netzwerke angefragt werden. So wirkte auf Anfrage des Netzwerks „Frauengesundheit in der Arbeitswelt“ z. B. die BGF-KS Bayern gemeinsam mit weiteren Akteuren bei der Auftaktveranstaltung mit dem Fokusthema „Mutterschutz – Schwangerschaft und Stillzeit am Arbeitsplatz“ mit. Das Thema Frauengesundheit wurde zudem in einer digitalen Veranstaltung der BGF-KS mit dem Praxisbeispiel des Flughafens München aufgegriffen.

Gemeinsam vernetzt: digitale Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg stärken

Mit der Plattform „BGF.intern“ wurde eine gemeinsame digitale Infrastruktur für die Mitwirkenden der BGF-KS geschaffen. Sie erleichtert die Zusammenarbeit der Krankenkassen in der BGF und ermöglicht Vernetzung sowie einen fachlichen Austausch und die Vermittlung zwischen BGF-Beratenden der Krankenkassen und weiteren Sozialversicherungsträgern (u. a. Unfall- und Rentenversicherung). Dadurch können Anfragen von Unternehmen gezielt an zuständige Leistungsträger vermittelt werden.

Vom ersten Kontakt zur Umsetzung: BGF-Erstberatung

Die kostenfreie BGF-Erstberatung kann über das Portal der BGF-KS angefragt werden. Innerhalb von zwei Werktagen erfolgt die Kontaktaufnahme durch eine regionale zuständige Person einer Krankenkasse. Anschließend können Unternehmen in Zusammenarbeit mit einer gesetzlichen Krankenkasse und/oder in Abstimmung mit weiteren Sozialversicherungsträgern (SV-Trägern) gesundheitsfördernde Maßnahmen für ihre Beschäftigten erarbeiten. So werden insbesondere Unternehmen ohne Vorerfahrung an BGF herangeführt und schrittweise bei der Umsetzung unterstützt. Die BGF-KS Land Bremen zeigt mit einem Imagefilm am Beispiel eines mobilen Sozial- und Pflegedienstes, wie die Umsetzung von BGF mit gesetzlichen Krankenkassen gelingt.

Ideenwettbewerb als Impulsgeber

Der bundesweite Ideenwettbewerb „49 gewinnt“ machte 2025 praktikable Ansätze zur Gesundheitsförderung in Kleinst- und Kleinunternehmen sichtbar. Themen wie mentale Gesundheit, Kommunikation, Teamentwicklung, Ernährung und gesundheitsgerechte Führung waren vertreten. Die prämierten Beispiele „Denkwerkstatt“, „Sport im Schichtdienst“ oder „Resilienzkoffer“ werden partizipativ zwischen Unternehmen und BGF-Dienstleistenden weiterentwickelt und sollen zukünftig als praxiserprobte Beispiele sichtbar gemacht werden.

Praxisnah und regional: mit aktuellen Themen Unternehmen erreichen

Einige regionale BGF-KS führen mit regionalen Unternehmen z. B. Bedarfserhebungen durch. Ziel ist es, für die Unternehmen aktuelle Themenschwerpunkte in der Gesundheitsförderung sowie geeignete Formate zur Vermittlung von Gesundheitswissen zu erfassen und gezielt aufzugreifen. In Webinaren zu steuerlichen Vorteilen, digitalen Veranstaltungen zu hybrider Arbeit, Vorträgen zu Klima und Gesundheit oder Informationsveranstaltungen für Arbeitsbereiche in der Pflege wird aus der Praxis für die Praxis informiert. Eine aktuelle Veranstaltungsübersicht und weitere Praxisbeispiele auf dem Portal der BGF-KS geben Einblicke in die vielfältigen Aktivitäten aller regionalen BGF-KS.

Die BGF-KS fungieren als Schnittstelle zwischen Unternehmen, Krankenkassen und regionalen Partnern. Kooperationen mit Kammern, Verbänden und Netzwerken stärken die Reichweite. Veranstaltungen, Newsletter und Informationsangebote fördern die Verbreitung von BGF und den Austausch untereinander. Beispiele sind ein Infostand der BGF-KS Niedersachsen im Rahmen eines „Markts der Möglichkeiten“ beim Fachkräftetag der Handwerkskammer Osnabrück-Emsland-Grafschaft Bentheim und ein Infostand der BGF-KS Sachsen-Anhalt zur Mitgliederversammlung des Landesverbands Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt. Eine jährliche Sonderausgabe der BGF-KS Baden-Württemberg informiert Unternehmen u. a. über regionale Kooperationspartner, z. B. Unternehmensorganisationen, Netzwerke und weitere SV-Träger, sowie deren Aktivitäten und Angebote.

Gemeinsam wirksam: SV-Träger bündeln ihre Kräfte für Unternehmen

Die BGF-KS beziehen weitere SV-Träger (z. B. Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften, Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit und Integrationsamt) in Veranstaltungen und die Beratung ein. Veranstaltungen und Formate zur Orientierung im System, z. B. „Landkarte der Unterstützenden – Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungsträger", erleichtern Unternehmen den Zugang zu passenden Angeboten. Die BGF-KS fördern damit die Zusammenarbeit der SV-Träger. Regionale Vernetzungsformate stärken die Beratungskompetenz und die Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren. Hierzu zählen u. a. regionale SV-Beratertreffen wie „Gemeinsam stark & vernetzt" in Thüringen und die Netzwerkveranstaltung „Beratungskompetenz im BGM – Ein Austausch für Multiplikator*innen zu Methoden, Grenzen und Stolperfallen" in Sachsen.

Breite Nutzung und gezielte Ansprache – so erreichen die BGF-KS ihre Zielgruppen

Seit 2017 wurden über 339 Veranstaltungen durchgeführt[4], 2025 mehr als 98 mit rund 5.300 Teilnehmenden. Im Zeitraum von 2017 bis Juni 2026 wurden über 4.172 BGF-Erstberatungen angefragt, im Jahr 2025 waren es 522 Anfragen. 73 % entfielen auf kleine und mittlere Unternehmen (KMU) (bis 249 Mitarbeitende), darunter 13 % Kleinstunternehmen (bis 9 Mitarbeitende) und 28 % Kleinunternehmen (bis 49 Mitarbeitende) (KKU). Häufige Anliegen sind Informationen zu Nutzen und Angeboten der BGF (81 %), Steigerung von Arbeitszufriedenheit (55 %) und Stressbewältigung (53 %). Die seit März 2020 vorliegende Auswertung nach Branchen zeigt, dass von 2.797 Anfragen die Mehrheit aus dem Gesundheits- und Sozialwesen stammt (26 %). Davon entfallen 34 % auf Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) und Krankenhäuser.

Wirkung zeigen und Zukunft gestalten: Ausblick der BGF-KS

Die BGF-KS setzen über Systemgrenzen hinweg Impulse. Durch trägerübergreifende Vernetzung bündeln sie Beratungskompetenzen und ermöglichen KKU und KMU passgenaue Unterstützung. Digitale Lösungen wie „BGF.intern" stärken die Lotsenfunktion und die Vernetzung aller Akteure.

Ziele sind eine höhere Bekanntheit, einheitliche Kommunikation und eine stärkere Ansprache insbesondere von KKU und KMU. Zudem werden Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen und trägerübergreifende Aktivitäten sowie Netzwerke weiter ausgebaut, um BGF weiterzuverbreiten und die Zugänge für Unternehmen zu verbessern.

4 Die Angabe bezieht sich auf den Zeitraum 8. Mai 2017 bis 30. Juni 2026.

Zentrale Prüfstelle Prävention: stabile Säule in der Prävention mit mehr zertifizierten Kursangeboten und qualifizierten Kursleitungen



Autorin:

Melanie Dold
Geschäftsführender Verband vdek

Im Jahr 2025 konnten 4.500 Präventionsangebote mehr zertifiziert werden als im Vorjahr und auch die Anzahl der Kursleitungen wurde weiter ausgebaut auf insgesamt ca. 85.000. Versicherte, die ihre Gesundheit fördern und erhalten wollen, können aus einem noch breiteren Angebotsspektrum mit über 120.000 zertifizierten Angeboten auswählen. Gesichert wird die Qualität in der verhaltensbezogenen Individualprävention durch die Zentrale Prüfstelle Prävention. Die Prüfung erfolgt nach anerkannten fachlichen Standards entsprechend dem Leitfaden Prävention im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtprävention. Sofern das Angebot die Qualitätsanforderungen erfüllt, erfolgt eine Zertifizierung für die Dauer von drei Jahren. Versicherte haben damit die Sicherheit, einen wirksamen und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgebauten Kurs zu besuchen, der von den gesetzlichen Krankenkassen anteilig erstattet wird. Das Gelernte kann direkt in den Alltag integriert werden. Jährlich nutzen ca. 2 Mio. Versicherte die Angebote, die Zufriedenheit mit den Angeboten ist hoch. Seit der Corona-Pandemie sind über 4.000 Onlineangebote bundesweit verfügbar.

Durch die Veröffentlichung der Präventionsangebote auf den Internetseiten der Krankenkassen sind die Rahmenbedingungen gegeben, die Versicherten bei der individuellen Entscheidung für einen gesunden Lebensstil zu unterstützen. Allerdings fehlt es aktuell noch an Bekanntheit kombiniert mit fachlicher Beratung z. B. durch Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten, um mehr Motivation für die Entwicklung präventiver und gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, vor allem bei bestimmten Zielgruppen, zu erreichen.

Prävention leicht gemacht: neue Suchseite bietet seit 30. Juni 2026 niedrigschwelligen Zugang

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände (Kooperationsgemeinschaft zur Zertifizierung von Präventionskursen nach § 20 SGB V) haben es sich daher zum Ziel gesetzt, die geprüften Maßnahmen bei Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitswesen bekannter und zentral verfügbar zu machen, damit diese den Versicherten passgenaue Präventionsangebote zur direkten Nutzung empfehlen können. Dabei unterstützt werden sie durch ein digitales Tool: die neu entwickelte Suchseite www.praevention-direkt-finden.de. Durch den direkten Zugang wird es einfacher

sein, die Versicherten im Gespräch auf die Wichtigkeit von Prävention hinzuweisen und eine ärztliche Präventionsempfehlung auszusprechen. Der Vorteil ist, dass durch diesen Kontakt auch Zielgruppen erreicht werden können, die langfristig von der Wirkung der Präventionskurse profitieren, wie Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen, die häufiger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind.

Mehr Zielgruppen mit den passenden Angeboten erreichen: Welche Verfahren sind verfügbar?

Der Bereich Bewegung ist am stärksten ausgeprägt und umfasst ca. 65.000 zertifizierte Angebote. Bereit stehen allgemeine Bewegungskurse, aber auch spezielle Verfahren wie Aquagymnastik, Nordic Walking, Beckenbodengymnastik, Pilates oder Sturz-, Osteoporose- und Artroseprävention. Der zweitgrößte Bereich umfasst passende Angebote zur Reduktion von Stress und zur Förderung von Entspannung mit ca. 50.000 Angeboten bundesweit. Zu finden sind hier Maßnahmen wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Hatha Yoga, Tai-Chi und Qigong sowie Angebote zur Förderung des gesunden Schlafs als zuletzt eingeführter Förderbereich. Besonders positiv ist, dass ca. 6.000 Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche nach Altersklassen selektierbar sind. Die Angebote reichen in diesem Bereich von Maßnahmen mit spielerischer Bewegung bis hin zur individuellen Ernährungsberatung für Jugendliche zur Vermeidung von Adipositas.

Einfacher, schneller und passgenau: mehr Zugang zu Angeboten der Prävention

Mit der neuen Suchseite für Präventionsangebote wird es Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Beratungsstellen schnell und einfach möglich sein, ihren Patientinnen und Patienten passgenaue Angebote für ihre individuellen Bedarfe zur Nutzung zu empfehlen und auf die Bedeutung von Prävention hinzuweisen. Formelle Grundlage dafür ist die Präventionsempfehlung, die von Ärztinnen und Ärzten ausgestellt werden kann. Sie steht allen Arztpraxen in den IT-Systemen zur Verfügung.

Qualitätssiegel der Zentrale Prüfstelle Prävention

Deutscher Standard Prävention für alle zertifizierten Präventionsangebote
der gesetzlichen Krankenkassen
www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Neue Suchseite
als digitales Tool für Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Verbände
www.praevention-direkt-finden.de

Evaluation von Präventionskursen im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten: Wirksamkeit im Fokus



Autorin:
Christine Witte
GKV-Spitzenverband

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten bundesweit Präventionskurse mit hohen Qualitätsstandards an. Versicherte können aus mehr als 120.000 zertifizierten Angeboten in den Handlungsfeldern Bewegung, gesunde Ernährung, Stressbewältigung und Ressourcenmanagement sowie Suchtprävention auswählen (www.praevention-direkt-finden.de). Mit dieser Vielzahl an Angeboten werden jährlich zahlreiche Menschen aller Altersgruppen erreicht. Im Jahr 2025 wurden über 2,1 Mio. Teilnahmen verzeichnet (vgl. S. 114 ff.).

Zur Sicherung der Qualität dieser Angebote werden im Leitfaden Prävention Anforderungen an die Struktur-, Prozess- sowie Konzept- und Planungsqualität unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse festgelegt. Im Rahmen der Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention müssen Kursanbietende sowohl ihre fachliche und pädagogische Qualifikation als auch die wissenschaftliche Fundierung ihrer Kurskonzepte nachweisen (vgl. S. 28 f.). Zudem wird geprüft, ob die Kurskonzepte gemäß Leitfaden Prävention wissenschaftlich fundiert sind und unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden können.

Die Qualitätssicherung von Präventionskursen endet jedoch nicht mit der Zertifizierung. Ergänzend hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 20 Abs. 2 SGB V Kriterien für die wissenschaftliche Evaluation und die Messung der Zielerreichung definiert. Auf dieser Grundlage kann untersucht werden, ob die durchgeführten Präventionskurse die angestrebten Wirkungen tatsächlich erzielen und nachhaltige gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen bewirken.

Entwicklung des Evaluationskonzepts

Dafür entwickelte das IGES Institut bereits im Jahr 2020 ein Evaluationskonzept einschließlich standardisierter Erhebungsinstrumente. Das Konzept sieht vor, Veränderungen im Gesundheitsverhalten, in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie im subjektiven Gesundheitszustand der Teilnehmenden zu erfassen. Die Wirkungsmessung erfolgt dabei in einem Vorher-Nachher-Vergleich mit einer zusätzlichen Nachbefragung sechs Monate nach Kursende durch schriftliche Befragung der Kursteilnehmenden. Die Kursleitenden werden ebenfalls zu Beginn und zum Ende des Präventionskurses befragt. Ergänzend werden Aspekte der Prozessqualität, beispielsweise die Umsetzung der Kurse und die Zufriedenheit der Teilnehmenden, untersucht.

Nach dem Ende der pandemiebedingten Einschränkungen führte das BQS Institut zwischen Oktober 2023 und November 2025 auf Grundlage des Evaluationskonzepts eine Studie zu Präventionskursen im Themenfeld Bewegungsgewohnheiten durch. Dieses Projekt verfolgte zwei Ziele. Zum einen sollte geprüft werden, ob die untersuchten Präventionskurse nachhaltig zur Gesundheit der Teilnehmenden beitragen. Der Ergebnisbericht dieser Evaluation ist unter www.gkv-spitzenverband.de abrufbar. Zum anderen wurde die praktische Umsetzbarkeit des Evaluationskonzepts untersucht. Dabei standen u. a. die Teilnahmebereitschaft von Kursleitenden und Teilnehmenden an der Evaluation sowie die Verständlichkeit der eingesetzten Fragebögen im Fokus.

Ausgewählte Inhalte und Ergebnisse der Evaluation

Die Fragebögen für die Kursteilnehmenden erhoben Angaben zur Person, u. a. zu Alter, Körpergewicht und Familienstand. Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden zu ihrem Gesundheitszustand, dem Vorliegen von Beschwerden sowie zu ihrer körperlichen Aktivität befragt. Der Fragebogen zum Kursende umfasste zusätzlich Fragen zur Zufriedenheit mit den Kursinhalten und den Kursleitenden. Die Kursleitenden wurden zu Beginn und nach Abschluss des Präventionskurses befragt und machten u. a. Angaben zur Anzahl der Teilnehmenden sowie zu den vermittelten Kursinhalten.

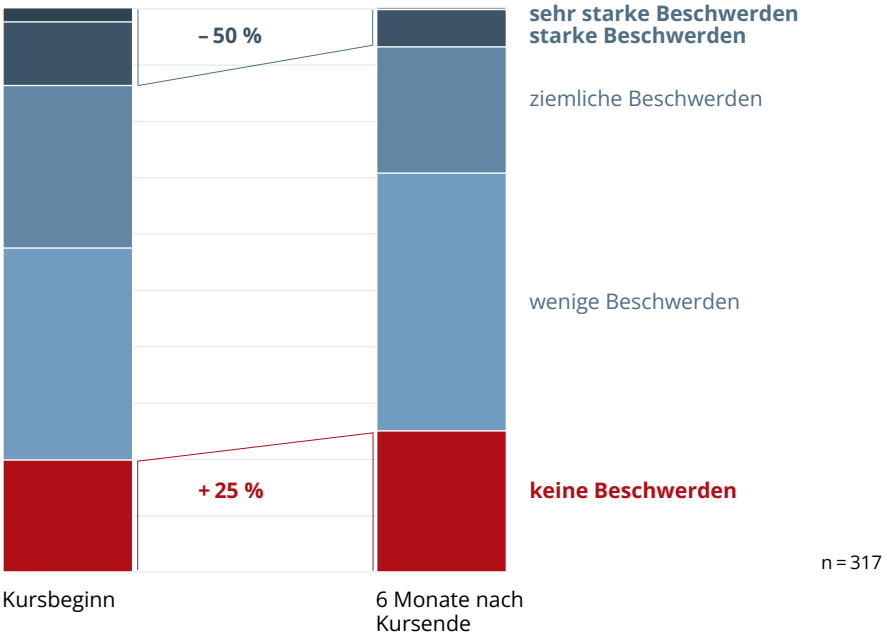
Insgesamt beteiligten sich Kursleitende von 172 Präventionskursen an der Evaluation. Aus diesen Kursen nahmen 1.385 Personen an der Befragung zu Kursbeginn teil. Für 428 Teilnehmende liegen vollständige Datensätze vor, das heißt, sie haben für alle drei Befragungszeitpunkte Fragebögen ausgefüllt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden zum Kursstart betrug 59,2 Jahre, 82,4 % der Teilnehmenden waren Frauen.

Abb. 1 **Zufriedenheit mit dem Präventionskurs**
(Erhebung zum Kursende)



Die Kursteilnehmenden zeigten eine hohe Zufriedenheit mit dem Präventionskurs insgesamt, der Kursleitung, der Wissensvermittlung zu Bewegung im Alltag und der Kurszugänglichkeit.

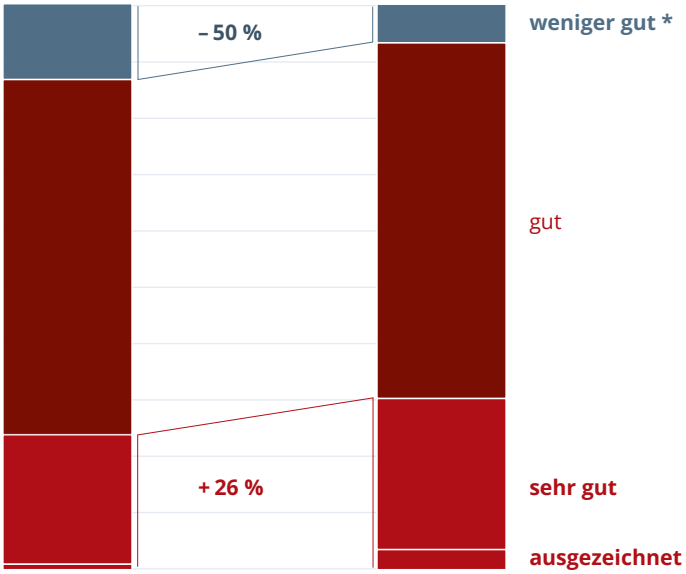
Abb. 2 **Beschwerden im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat**
(Kreuzschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen, Muskelverspannungen, Muskelschmerzen)



Die Präventionskurse führten bei einem signifikanten Anteil der Teilnehmenden (20,1 %) zu einer nachhaltigen Verbesserung[5] von Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat stehen. Betrachtet wurden das Vorliegen von Kreuzschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen, Muskelverspannungen und Muskelschmerzen.

5 Zur Analyse der nachhaltigen Wirkungen wurden für alle Teilnehmenden diese und die nachfolgenden Outcomes anhand der Veränderung des Zustands zu Kursbeginn (t_1) und 6 Monate nach Kursende (t_3) gemessen. Die beobachtete Veränderung zwischen t_1 und t_3 kann somit als Nettoeffekt des Kurses interpretiert werden, der der Differenz zwischen den festgestellten Verbesserungen und Verschlechterungen entspricht. Somit wird berücksichtigt, dass es Effekte geben kann, die zu zufälligen Schwankungen der Ergebnisbewertung vor Kursbeginn und 6 Monate nach Kursende führen können.

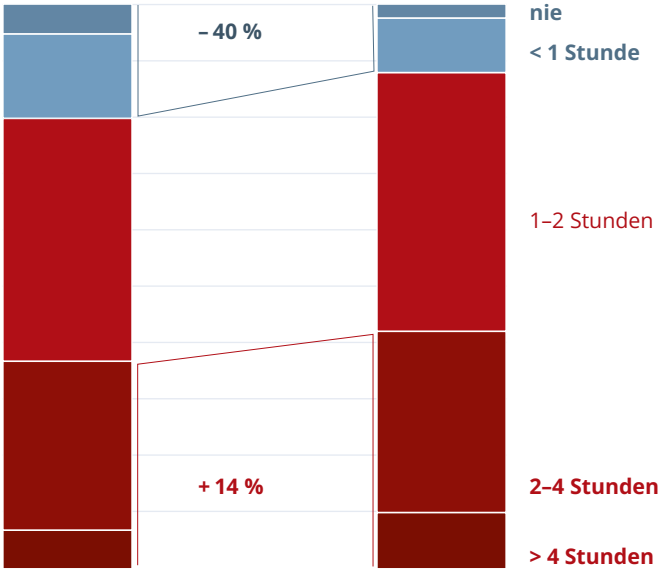
Abb. 3 **Bewertung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes**



* Die Antwortmöglichkeit „schlecht“ wurde weder vor Kursbeginn noch später gewählt.

n = 306

Abb. 4 **Sportliche Aktivität pro Woche**
(Wie oft treiben Sie Sport?)



n = 321

Die Präventionskurse bewirkten bei 13,9 % der Teilnehmenden eine nachhaltige, signifikante Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und bei 14,9 % eine signifikante Erhöhung der sportlichen Aktivität.

Die Evaluationsergebnisse belegen, dass Präventionskurse einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Förderung der Gesundheit leisten können und dass mit den Präventionskursen insbesondere Menschen mit bewegungsbezogenen Beschwerden erreicht werden. Der Evaluationsbericht weist zugleich darauf hin, dass sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit Bewegungsmangel bislang noch nicht in ausreichendem Maße erreicht werden und daher weiterer Handlungsbedarf besteht. Insbesondere sozial benachteiligte Menschen besser zu erreichen, kann jedoch nur gelingen, wenn neben den Krankenkassen auch weitere gesellschaftliche Akteure Verantwortung hierfür übernehmen. Derzeit werden die Ergebnisse zur praktischen Umsetzbarkeit des Evaluationskonzepts im Hinblick auf eine zukünftige Fortführung bzw. Weiterentwicklung der Evaluation geprüft. Eine Evaluation in einem weiteren Handlungsfeld ist für die kommenden Jahre geplant.

Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickelt









Autorinnen und Autor:

Dr. Stefanie Liedtke
GKV-Spitzenverband

Dr. Dörte Bernhard
Deutsche Renten-versicherung Bund

Johanna Post
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Mathias Finis
Sozialversicherung für Landwirt-schaft, Forsten und Gartenbau

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) beinhalten grundsätzliche Festlegungen für die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie. In dem Dokument sind primäre Handlungsfelder skizziert und übergeordnete Ziele definiert. Auch wird dargelegt, welche Zielgruppen vorrangig adressiert werden sollten. Am 25. November 2025 hat die NPK eine neue Fassung ihrer Bundesrahmenempfehlungen beschlossen. Was ist neu?

„Gesundheit und Klima“ umfänglich in Empfehlungen integriert

Die in den Bundesrahmenempfehlungen festgelegten Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder leiten sich aus zentralen epidemiologischen und gesellschaftlichen Herausforderungen ab. In der neuen Fassung wird umfänglich auf den Klimawandel als komplexe gesamtgesellschaftliche Herausforderung eingegangen. Dabei wird aufgezeigt, wie sich klimatische Veränderungen auf die Gesundheit auswirken und wie die Sozialversicherungsträger dazu beitragen, negativen gesundheitlichen Folgen des Klimawandels vorzubeugen. Grundlage bildet das 2023 von der NPK entwickelte Papier „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“.

Gesamtgesellschaftliches Anwendungsbeispiel zu Hitzeschutz ergänzt

In Deutschland wird der Klimawandel insbesondere durch die häufigeren und länger andauernden Hitze- und Trockenperioden spürbar. In den neuen Bundesrahmenempfehlungen wird veranschaulicht, wie ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken beim Hitzeschutz – u. a. von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern – aussehen kann. Damit hat die NPK ihre Reihe der „Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit“ auf insgesamt vier erweitert. Die vorher bereits entwickelten Beispiele zur Gemeinschaftsverpflegung, Bewegungsförderung und Suchtprävention wurden ebenfalls um klimarelevante Aspekte ergänzt und insgesamt aktualisiert.

Empfehlungen zu Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit erweitert

Im Jahr 2021 haben die NPK-Träger vereinbart, den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen in der nationalen Präventionsstrategie stärker Rechnung zu tragen. Dafür verpflichteten sie sich, bei gemeinsamen Vorhaben Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an fortlaufend zu berücksichtigen. Dieses Commitment wurde in die neue Fassung der Bundesrahmenempfehlungen

integriert. Auch wird jetzt explizit empfohlen, dass Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Themen wie Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit beinhalten sollten.

Arbeitsweltbezogene Ziele für Erwerbstätige entfristet

Wie seit ihrer erstmaligen Verabschiedung 2016 sind auch die neuen Bundesrahmenempfehlungen in drei am Lebenslauf orientierte Ziele gegliedert: „Gesund aufwachsen", „Gesund leben und arbeiten" sowie „Gesund im Alter". 2018 wurden in Abstimmung mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zwei spezielle Ziele für Erwerbstätige ergänzt: (1) Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems sowie (2) Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. Diese zunächst bis 2024 befristeten Ziele wurden entfristet.

Pflegende An- und Zugehörige als Zielgruppe hervorgehoben

Über vier Millionen erwerbstätige Menschen stehen in Deutschland vor der Herausforderung, ihre berufliche Tätigkeit mit der Pflege von An- oder Zugehörigen zu vereinbaren. Im Kapitel für das Ziel „Gesund leben und arbeiten" wurde ein separates Unterkapitel zu pflegenden An- und Zugehörigen ergänzt. Darin wird sowohl die gesellschaftliche Bedeutung von häuslicher Pflege betont als auch aufgezeigt, welche Unterstützungsleistungen die Sozialversicherungsträger erbringen, um die Gesundheit von pflegenden An- und Zugehörigen zu schützen und zu stärken.

Für wen sind die Neuerungen relevant?

Die konkrete Ausgestaltung des von der NPK auf Bundesebene abgesteckten Rahmens obliegt den Akteuren in den Ländern und Kommunen – insbesondere den Landesverbänden der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie den in den Bundesländern zuständigen Ministerien. Sie alle sind aufgefordert, gemeinsam zu prüfen, ob ihre Vereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (Landesrahmenvereinbarungen) durch die Neuerungen angepasst werden sollten.

Wann liegen erste Erfahrungen zu den Neuerungen vor?

Das IGES Institut untersucht derzeit, mit welchen konkreten Aktivitäten sich den Zielen und Zielgruppen der nationalen Präventionsstrategie gewidmet wird und was erreicht wurde. Analysiert wird das (insbesondere kooperative) Engagement der Sozialversicherungsträger sowie der weiteren an der Präventionsstrategie beteiligten Akteure, z. B. des Bundes, der Länder und der Kommunen. Die Ergebnisse werden 2027 im dritten NPK-Präventionsbericht veröffentlicht.

Zahlen im Überblick

Abb. 5: Zahlen im Überblick



Die Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2025 und sind teilweise gerundet. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Kennziffern befindet sich im Anhang.

Im Berichtsjahr 2025 konnten durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 11.874.610 Menschen in 65.840 Lebenswelten direkt erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung von 34 % bei der Anzahl der erreichten Personen und 25 % bei den erreichten Lebenswelten (2024: 8.864.897 Menschen in 52.535 Lebenswelten). Etwa die Hälfte dieser Maßnahmen wurde – wie im Vorjahr – in Kitas und Grundschulen umgesetzt.

Die Krankenkassen gaben insgesamt 193.300.366 Euro für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus. Dies entspricht einem Betrag von 2,59 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 4 % gestiegen (2024: 185.816.888 Euro). Der im Jahr 2025 gesetzlich vorgesehene Orientierungswert von 2,58 Euro je Versicherten wurde leicht überschritten.

Durch BGF-Maßnahmen wurden im Jahr 2025 insgesamt 2.308.079 Menschen in 28.702 Betrieben direkt erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der erreichten Betriebe um 2 % gestiegen und die Anzahl der erreichten Beschäftigten um 12 % (2024: 2.064.293 Menschen und 28.142 Betriebe).

Die Krankenkassen investierten für die BGF 295.662.090 Euro (2024: 281.956.037 Euro). Dies entspricht einem Betrag von 3,97 Euro je Versicherten. In diesen Ausgaben sind nicht verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 15,3 Mio. Euro enthalten, die gemäß § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband stellt diese Mittel jährlich den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bereit, um die Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen zu unterstützen. Von den Gesamtausgaben entfielen 0,98 Euro je Versicherten auf BGF-Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der Mindestausgabenwert für die BGF in der Pflege (1,20 Euro je Versicherten) konnte nicht vollständig ausgeschöpft werden.

Im Jahr 2025 unterstützten die Krankenkassen insgesamt 2.165.287 Teilnahmen an individuellen Gesundheitsförderungs- und Präventionskursen. Dies entspricht einem Anstieg von 15 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 1.890.295 Teilnahmen). Wie im Vorjahr wurden etwa 73 % der Kurse in Präsenz durchgeführt, während etwa 27 % der Kurse online stattfanden, als Informations- und kommunikationstechnologie-basierter Kurs (IKT-Kurs) oder als digitale Anwendung.

Die Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionsmaßnahmen beliefen sich auf 244.843.372 Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 12 % gestiegen (2024: 218.409.854 Euro).

Abb. 6: **Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention 2025**



Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention nach §§ 20 ff. SGB V insgesamt

Im Jahr 2025 beliefen sich die Investitionen der Krankenkassen in den Bereichen „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“, „BGF“ und „individuelle verhaltensbezogene Prävention“ auf insgesamt 733.805.828 Euro (2024: 686.182.779 Euro). Je Versicherten wurden durchschnittlich 9,85 Euro aufgewendet, dies entspricht einem Anstieg um 7 % im Vergleich zum Vorjahr (2024: 9,21 Euro). Der Orientierungswert für das Jahr 2025 gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V von 9,04 Euro je Versicherten konnte erreicht werden.

Abb. 7: **Ausgaben der SPV für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 2025**



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

Die Ausgaben der Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention fielen mit 23.597.653 Euro im Vergleich zum Vorjahr geringer aus (2024: 25.089.441 Euro). Damit ist ein Rückgang um 6 % zu verzeichnen. Es wurden 0,32 Euro je Pflegeversicherten ausgegeben (2024: 0,34 Euro).

Insgesamt unterstützten die Pflegekassen 2.752 stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und erreichten damit 123.096 pflegebedürftige Menschen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der unterstützten Pflegeeinrichtungen gestiegen, während die Zahl der erreichten pflegebedürftigen Menschen zurückgegangen ist (2024: 2.636 Pflegeeinrichtungen, 125.131 erreichte Pflegebedürftige).

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

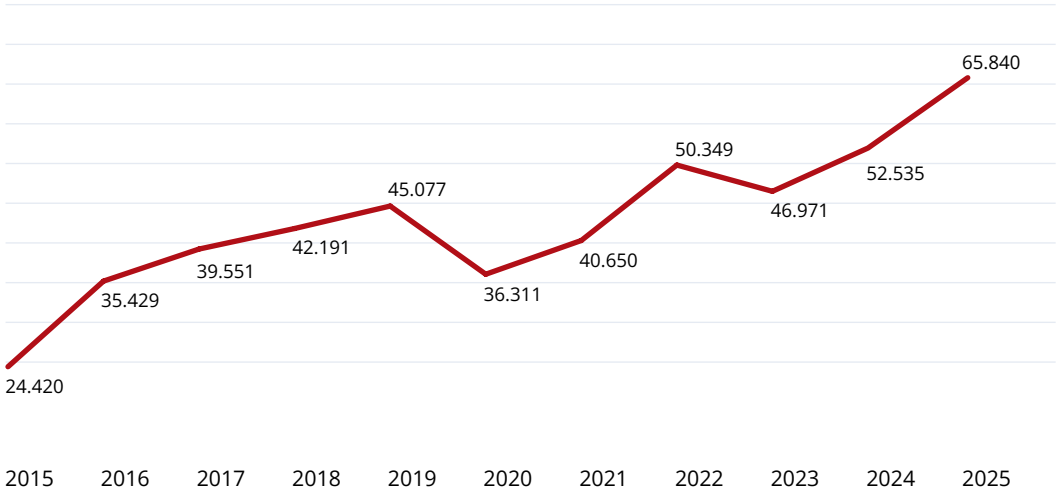
§ 20a Abs. 1 SGB V definiert Lebenswelten als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports." Darunter fallen sowohl Einrichtungen wie Kitas und Schulen als auch Sozialräume wie Quartiere oder Landkreise. Menschen gehören in der Regel mehreren Lebenswelten gleichzeitig an.[6] Lebenswelten unterscheiden sich von sozialen Primärgruppen wie der Familie durch eigene Zugehörigkeitsregeln und rechtlich geregelte Rollen- und Kompetenzgefüge. Kennzeichnend ist zudem, dass Lebenswelten in erster Linie anderen Zwecken dienen als der Gesundheitsförderung – eine Schule etwa verfolgt vorrangig Bildungsziele. Gleichwohl lassen sich in diesen Kontexten gesundheitliche Bedingungen gezielt mitgestalten. Leistungen der GKV in Lebenswelten richten sich dabei stets in zweifacher Hinsicht an die Menschen in der jeweiligen Lebenswelt und zugleich auf die Lebenswelt als Organisation – im Sinne einer Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Welche Kriterien für das Engagement der Krankenkassen in diesem Bereich gelten, legt der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes fest, der dem Präventionsbericht in der jeweils zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde liegt.

Für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wendeten die Krankenkassen im Berichtsjahr 2025 insgesamt 193.300.366 Euro auf (vgl. Kapitel „Zahlen im Überblick" S. 30 ff.). Insgesamt wurden 5.747 Dokumentationsbögen bzw. Aktivitäten in Lebenswelten erfasst.[7] Die Laufzeit der Maßnahmen ist auf einen bestimmten Zeitraum angelegt und variiert je nach Art und Zielsetzung – im Berichtsjahr lag sie im Durchschnitt bei 24 Monaten und damit vier Monate unter dem Vorjahreswert (2024: 28 Monate).

Die nachfolgenden Abschnitte geben einen detaillierten Einblick in die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Berichtsjahr 2025. Vertiefend widmet sich eine Sonderauswertung dem Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit" (vgl. S. 47 ff.). Darüber hinaus stellen Krankenkassen und ihre Verbände fünf weitere Praxisbeispiele aus dem Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung vor (vgl. S. 72 ff.).

6 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 21.
7 Aktivitäten, die zu einer inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten gehören, werden in einem Bogen zusammengefasst (s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen S. 165 ff.).

Abb. 8: **Anzahl der Lebenswelten**

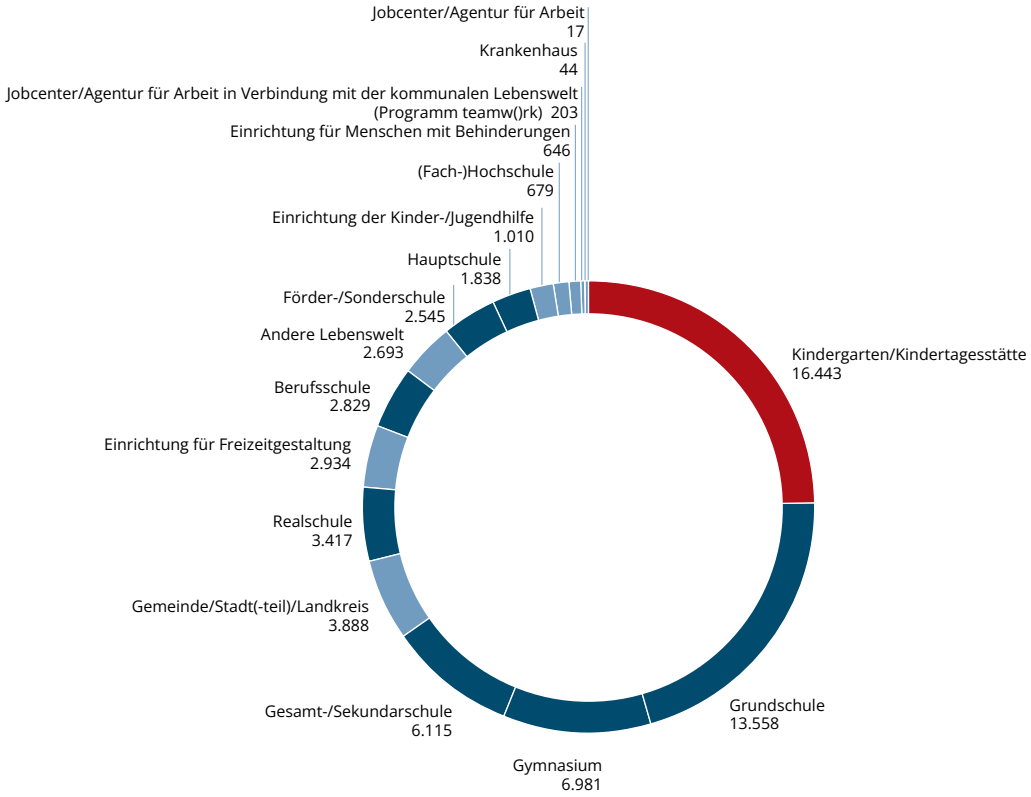


Anzahl der Lebenswelten

Die Krankenkassen fördern ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, um Menschen direkt in ihrem Lebensumfeld zu erreichen, z. B. in Schulen, Kitas oder im Quartier. Ziel ist es, gesundheitsbewusstes Verhalten zu unterstützen und Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass eine gesundheitsförderliche Lebensweise erleichtert wird. Dazu zählen u. a. Programme zu Bewegung, gesunder Ernährung und zur Stärkung der Stressbewältigungskompetenz.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 65.840 Lebenswelten erreicht, dies entspricht einem Anstieg von rund 25 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 52.535). Schätzungsweise 11.874.610 Kinder, Jugendliche und Erwachsene profitierten direkt von den Maßnahmen. Das entspricht einer Zunahme um rund 34 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 8.864.897).

Abb. 9: **Art und Anzahl der Lebenswelten**



Art und Anzahl der Lebenswelten

Wie bereits in den Vorjahren entfiel der größte Teil der erreichten Lebenswelten auf den Bildungsbereich, insbesondere auf Kitas und Grundschulen. Von insgesamt 65.840 erreichten Lebenswelten waren 16.443 (25 %) Kitas und 13.558 (21 %) Grundschulen. Beide Lebenswelten wurden damit häufiger erreicht als im Vorjahr: Die Zahl der Kitas ist insgesamt um 12 % gestiegen, die der Grundschulen um 25 % (2024: 14.695 Kitas und 10.871 Grundschulen).

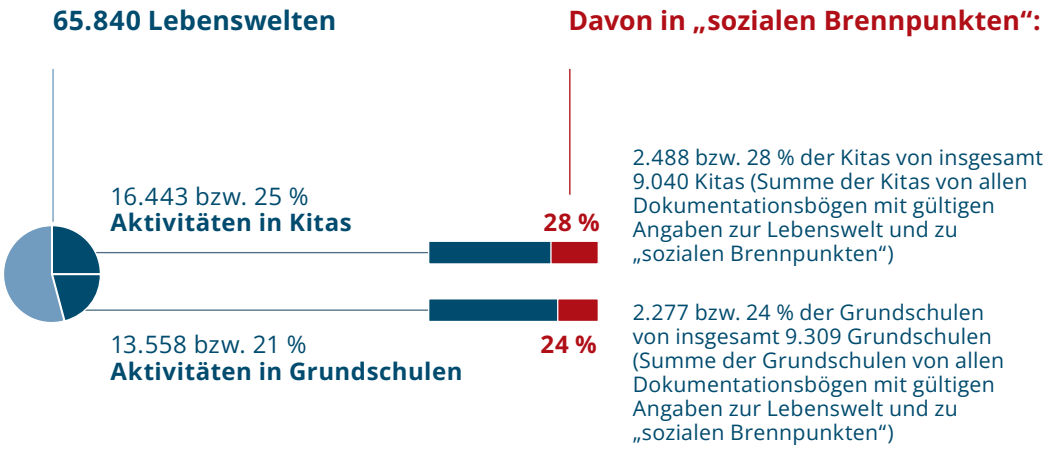
2025 wurden 20.896 weiterführende Schulen (einschließlich Förder- und Sonderschulen) erreicht. Das entspricht rund 32 % der insgesamt erreichten Lebenswelten. Sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil der weiterführenden Schulen liegen damit höher als im Vorjahr (2024: 14.131 bzw. 27 %). Auch in weiteren Bildungseinrichtungen setzte sich der Aufwärtstrend fort. So verdoppelte sich die Zahl der erreichten Berufsschulen von 1.414 (3 %) im Jahr 2024 auf 2.829 (4 %) im Jahr 2025. Insgesamt entfielen damit rund 83 % der erreichten Lebenswelten auf Bildungseinrichtungen (einschließlich Kitas, Berufs- und Hochschulen).

Auch auf kommunaler Ebene wurden Lebenswelten erreicht: In Gemeinden, Stadtteilen und Landkreisen wurden 3.888 (6 %) Lebenswelten dokumentiert. Gegenüber dem Vorjahr sind Zahl und Anteil deutlich gestiegen (2024: 2.146 bzw. 4 %).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen ermöglichen es, Kinder und Jugendliche frühzeitig zu erreichen und gesundheitsbewusstes Verhalten von Beginn an zu unterstützen. Damit die Impulse auch im Alltag wirksam bleiben, ist es hilfreich, Eltern sowie pädagogische Fachkräfte und Lehrkräfte einzubeziehen. Besonders für Kinder aus sozial benachteiligten Familien können Bildungseinrichtungen unabhängig von ihrem Elternhaus eine wichtige Brücke sein: Sie erleichtern den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten, sensibilisieren für einen gesunden Lebensstil und können so dazu beitragen, gesundheitliche Chancenungleichheiten zu verringern.[8]

8 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 42-46.

Abb. 10: Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“



Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

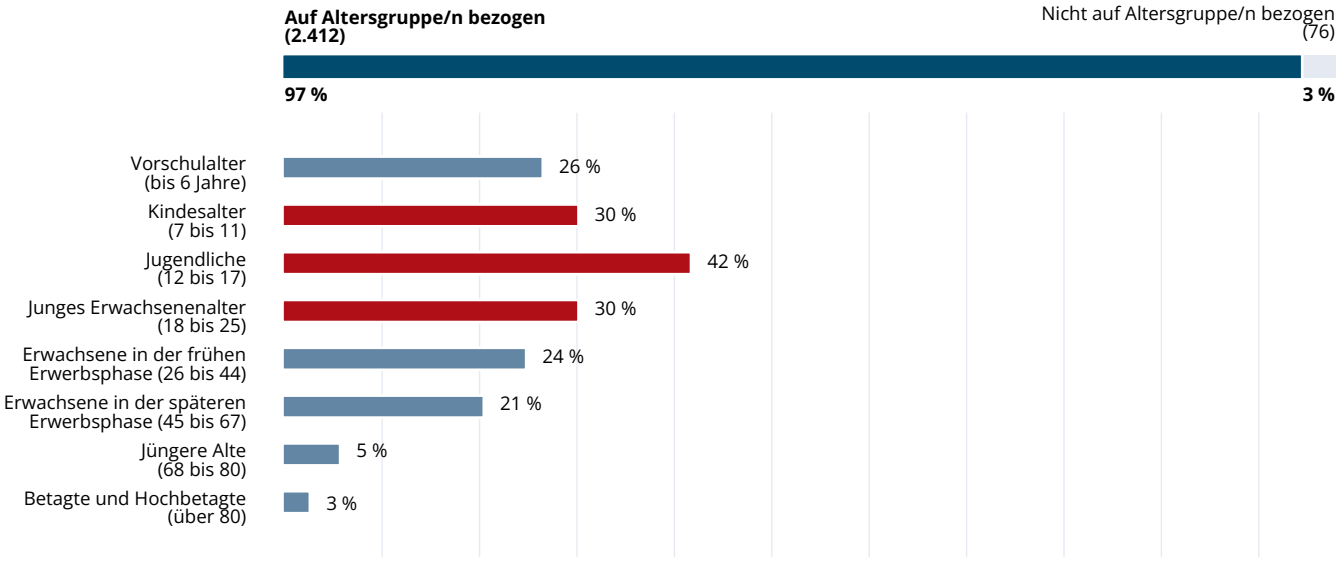
Gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sollen Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu verringern und kind- und jugendspezifische Belange zu berücksichtigen.

Als Indikator dafür, in welchem Umfang sozial benachteiligte Menschen erreicht werden, wird im Präventionsbericht erfasst, wie viele der erreichten Lebenswelten nach Einschätzung der Krankenkassen in „sozialen Brennpunkten“ liegen. Darunter werden Wohngebiete verstanden, in denen die dort lebenden Menschen beispielsweise von Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit betroffen sind.[9] In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden hierfür auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „benachteiligter Stadtteil“ verwendet.

2025 konnten schätzungsweise 28 % der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 24 % der erreichten Grundschulen „sozialen Brennpunkten“ zugeordnet werden. Gegenüber dem Vorjahr sind die Anteile damit zurückgegangen (2024: 30 % der Kitas, 26 % der Grundschulen).

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

Abb. 11: **Altersgruppenbezogene Ausrichtung der Aktivitäten**
(Mehrfachnennungen möglich)



Zielgruppen

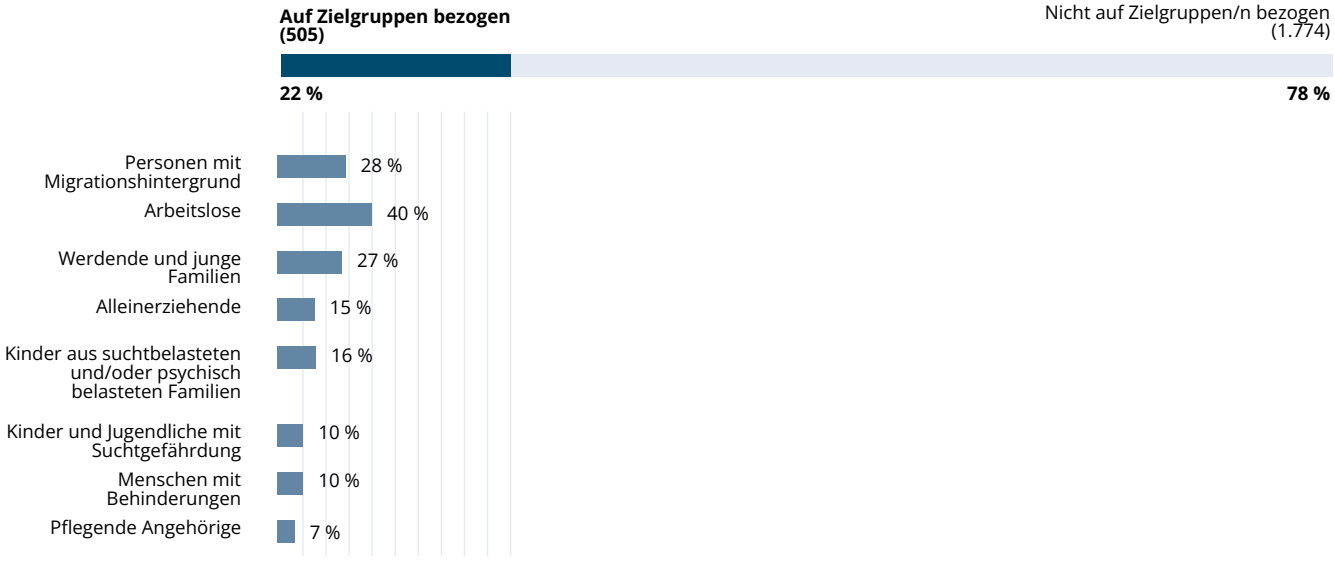
Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen orientieren sich gezielt an den Bedürfnissen, Lebenslagen und charakteristischen Merkmalen einer bestimmten Personengruppe. Dabei fließen beispielsweise Alter, Geschlecht oder auch kulturelle Prägungen in die Ausgestaltung der Angebote ein. Maßnahmen, die auf die jeweiligen Lebenslagen, Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen abgestimmt sind, werden eher in Anspruch genommen und können wirksamer sein.

Im Berichtsjahr 2025 waren 44 % der Aktivitäten in den jeweiligen Lebenswelten auf spezifische Personengruppen ausgerichtet. 56 % der Aktivitäten richteten sich an alle Menschen im Setting gleichermaßen.

Etwa 97 % der Aktivitäten mit zielgruppenspezifischer Ausrichtung waren auf bestimmte Altersgruppen bezogen. Am häufigsten wurden Jugendliche (12 bis 17 Jahre) genannt (42 %), gefolgt von Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren und jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahren) mit jeweils 30 %.

Eine geschlechtsbezogene Ausrichtung wurde vergleichsweise selten dokumentiert (2 %). Soweit eine geschlechtsbezogene Ausrichtung vorlag, richteten sich die Aktivitäten überwiegend an weibliche Personen (85 %); 15 % waren auf männliche Personen ausgerichtet.

Abb. 12: **Ausrichtung der Aktivitäten auf Personen aus ausgewählten besonderen Zielgruppen** (Mehrfachnennungen möglich)

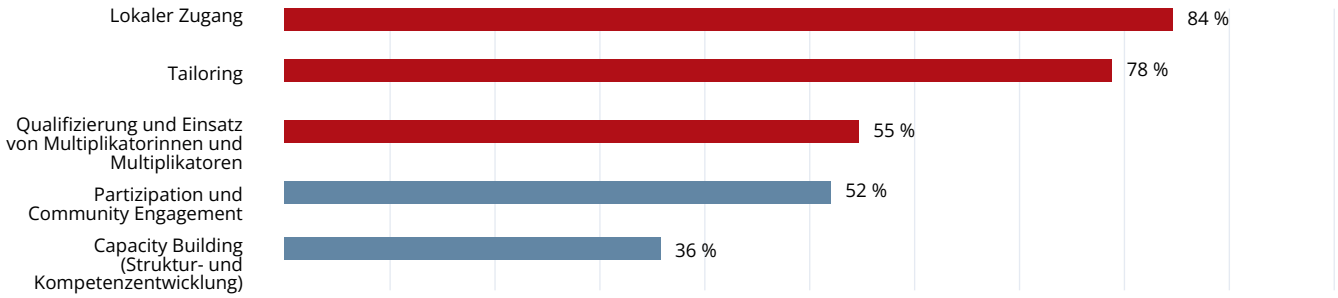


Etwa 22 % der zielgruppenbezogenen Aktivitäten richteten sich an besondere Zielgruppen. Innerhalb dieser Gruppe standen Menschen in Arbeitslosigkeit mit 40 % am häufigsten im Fokus, gefolgt von Personen mit Migrationshintergrund mit 28 %.

In 2.709 der dokumentierten Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wurden außerdem Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult; 96 % dieser Aktivitäten richteten sich an Fachkräfte, 21 % an Peers. Mehrfachnennungen waren möglich. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind für den Transfer in den Alltag bedeutsam: Sie geben Wissen und Erfahrungen weiter, helfen dabei, Maßnahmen in der Praxis zu verankern, und sorgen so dafür, dass Veränderungen langfristig bestehen bleiben.[10]

10 Blümel, Stephan/Frank Lehmann/Susanne Hartung: 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 08.06.2026).

Abb. 13: **Strategien**
(Mehrfachnennungen möglich)



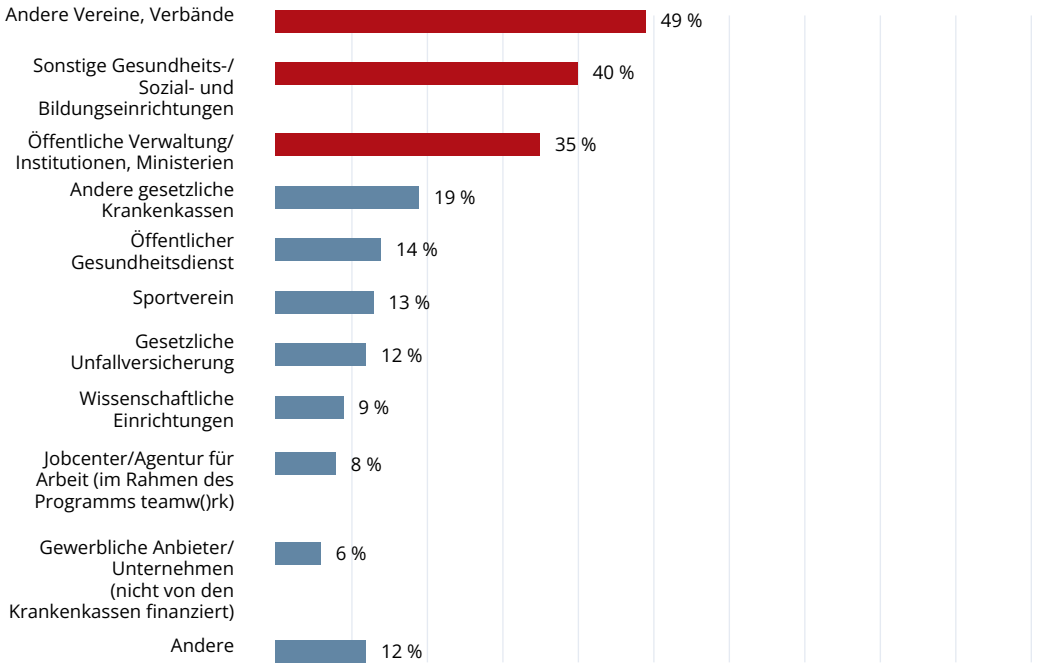
Strategien, die das Erreichen besonderer Zielgruppen befördern können

Bei der Planung und Umsetzung von Aktivitäten können Strategien eingesetzt werden, die dazu beitragen, besondere Zielgruppen besser zu erreichen und den Zugang möglichst bedarfsgerecht und niedrigschwellig zu gestalten. In rund 90 % der Aktivitäten mit Bezug zu besonderen Zielgruppen wurden solche Strategien berücksichtigt.

Am häufigsten wurde dabei der lokale Zugang genannt (84 %), gefolgt vom Tailoring (gezielte Anpassung an die Voraussetzungen der Zielgruppe, 78 %). In 55 % der Fälle wurden zur Ansprache besonderer Zielgruppen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren qualifiziert und eingesetzt; Partizipation und Community Engagement wurde für 52 % der Aktivitäten angegeben. Capacity Building (Struktur- und Kompetenzentwicklung) wurde mit 36 % vergleichsweise selten als Strategie genannt.[11]

11 Ein Überblick über die verschiedenen Strategien findet sich bei Sörensen, Jelena/Ina Barthelmes/Jörg Marschall: Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review, Berlin: GKV-Spitzenverband, 2018, https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf (abgerufen am 08.06.2026).

Abb. 14: Kooperationspartner

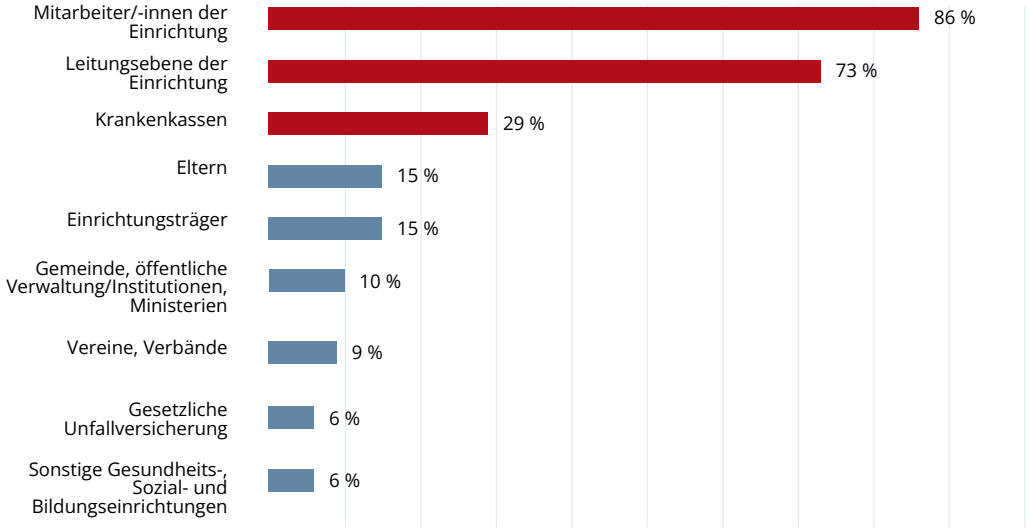


In den Abbildungen 14 (Kooperationspartner), 15 (Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium) und 16 (Methoden der Bedarfsermittlung) werden Kategorien mit Werten unter 5 % nicht angezeigt.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Bei knapp der Hälfte (48 %) der Aktivitäten brachten Kooperationspartner, zusätzlich zu den Krankenkassen und den Akteuren der jeweiligen Lebenswelt, Ressourcen ein. Im Berichtsjahr 2025 waren am häufigsten andere Vereine und Verbände beteiligt (49 %), gefolgt von sonstigen Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen (40 %) sowie öffentlichen Verwaltungen, Institutionen und Ministerien (35 %).

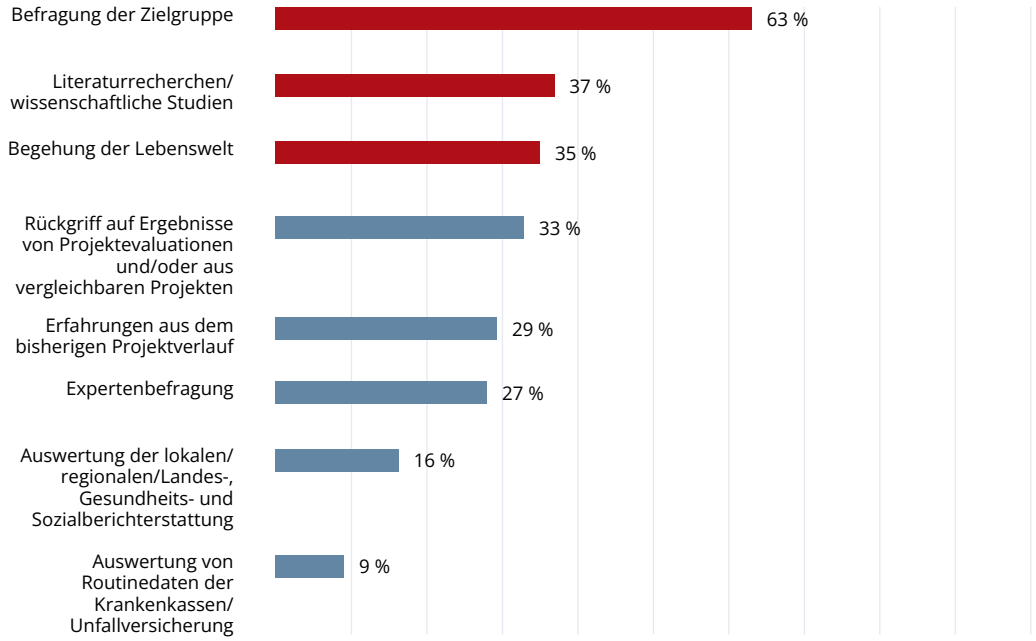
Abb. 15: **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Koordination und Steuerung

Für eine gelingende Umsetzung und langfristige Verankerung von Präventionsmaßnahmen ist ein Steuerungsgremium wichtig. Es unterstützt eine strukturierte Planung, Koordination und Evaluation der Aktivitäten. 2025 wurde in 87 % der Aktivitäten ein entsprechendes Gremium eingerichtet. In den Gremien waren am häufigsten Mitarbeitende der jeweiligen Einrichtung vertreten (86 %). Die Leitungsebene war in 73 % der Fälle beteiligt. Die Krankenkassen wirkten in 29 % der Steuerungsgremien mit.

Abb. 16: **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)

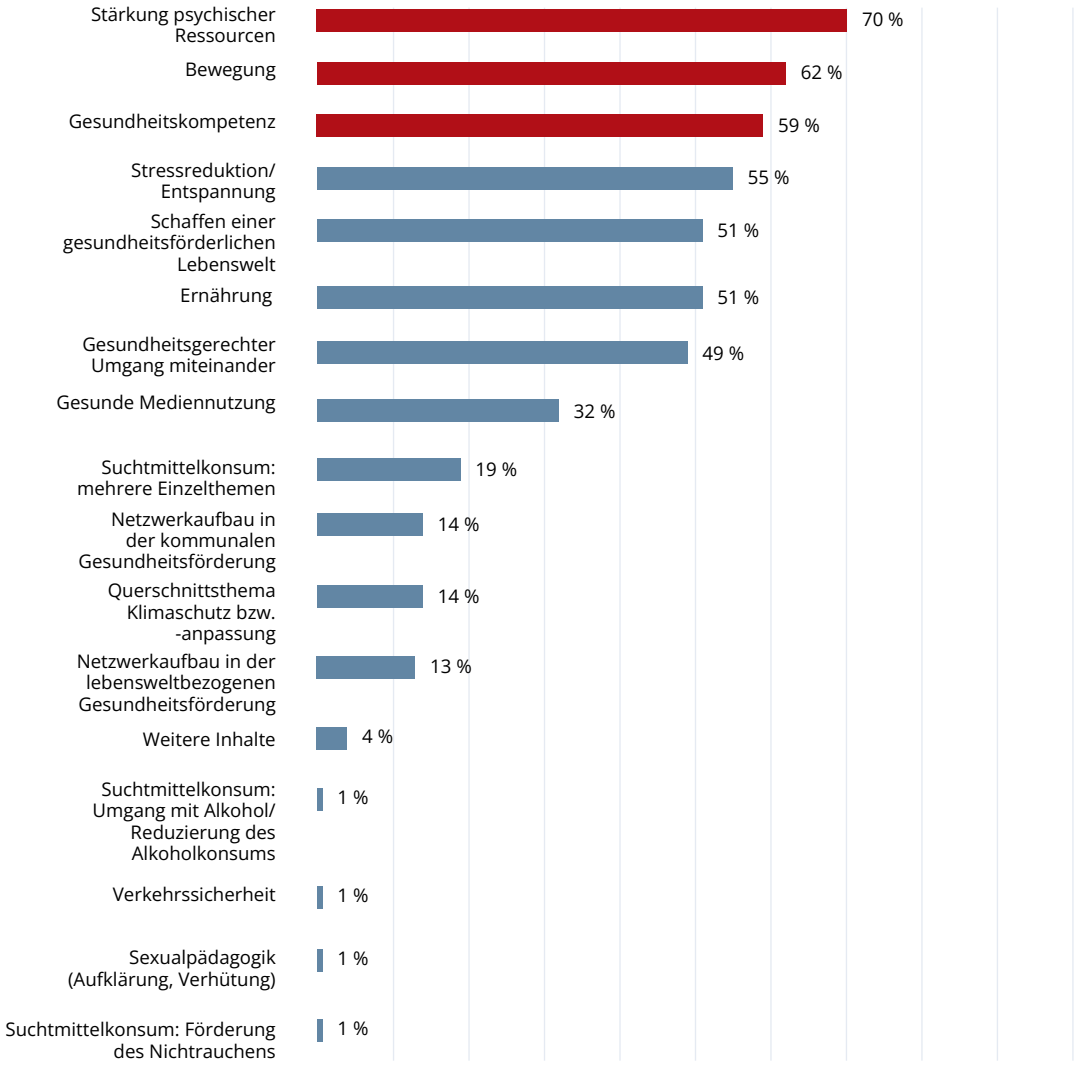


Bedarfsermittlung

Die Bedarfsanalyse für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen wurde mithilfe verschiedener Methoden umgesetzt. Am häufigsten wurde die Zielgruppe direkt zu ihren Bedürfnissen befragt (63 %). Diese Form der Beteiligung unterstützt eine passgenaue Ausrichtung von Zielen und Inhalten und kann Akzeptanz sowie die Bereitschaft zur Mitwirkung an Veränderungsprozessen stärken.[12] Darüber hinaus wurden Literaturrecherchen bzw. wissenschaftliche Studien in 37 % der Maßnahmen genutzt. Fachliche und statistische Befunde unterstützten dabei die Weiterentwicklung der Maßnahmen und die Ansprache kommunaler Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger. Begehungen der Lebenswelt kamen in 35 % der Maßnahmen zum Einsatz, und in 33 % der Fälle wurde zudem auf Ergebnisse von Projektevaluationen oder auf Erfahrungen aus vergleichbaren Projekten zurückgegriffen.

12 https://www.gkv-buendnis.de/gesunde_lebenswelten/kommune/wegweiser/wegweiser_kommune_analyse.html

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



Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten orientierte sich an den zuvor ermittelten Bedarfen der jeweiligen Zielgruppe. Ähnlich wie im Vorjahr standen 2025 die Stärkung psychischer Ressourcen (70 %) sowie die Förderung von Bewegung (62 %) und Gesundheitskompetenz (59 %) im Vordergrund. Das Thema Ernährung wurde mit 51 % gegenüber dem Vorjahr seltener adressiert (2024: 63 %). Deutlich häufiger als im Vorjahr wurde das Thema „Gesunde Mediennutzung“ aufgegriffen (2025: 32 %, 2024: 22 %). Auch das Querschnittsthema „Klimaschutz bzw. -anpassung“ fand häufiger Berücksichtigung (2025: 14 %, 2024: 12 %). Durchschnittlich wurden fünf Themen miteinander kombiniert.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Maßnahmen der Krankenkassen können entweder auf die Schaffung gesundheitsfördernder Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt ausgerichtet sein (Verhältnisprävention) oder auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Verhaltensprävention). Der Leitfaden Prävention empfiehlt, beide Ansätze miteinander zu verbinden.[13] Im Jahr 2025 setzten 3.368 (60 %) der krankenkassengeförderten Aktivitäten kombinierte Ansätze einer zugleich verhältnis- und verhaltensbezogenen Präventionsarbeit um. Gegenüber dem Vorjahr nahm der Anteil ausschließlich verhaltensbezogener Aktivitäten zu (2025: 38 %, 2024: 28 %). In 120 Fällen (2 %) wurden allein die gesundheitlich relevanten Rahmenbedingungen (Verhältnisse) in der Lebenswelt adressiert.

Art der verhältnisbezogenen Aktivitäten

Im Jahr 2025 richteten sich die verhältnisbezogenen Aktivitäten vor allem darauf, Umgebungsbedingungen zu verbessern (69 %), Informations- und Kommunikationsstrukturen weiterzuentwickeln (60 %) sowie Handlungs- und Entscheidungsspielräume bzw. Verantwortlichkeiten zu erweitern (55 %).

Nutzung digitaler Formate

Sowohl in der Vorbereitungs- als auch in der Umsetzungsphase können digitale Technologien Aktivitäten in den verschiedenen Lebenswelten gezielt unterstützen und begleiten.[14] Gerade in der Vorbereitungsphase lassen sich Onlineformate etwa nutzen, um Verantwortliche in den Lebenswelten für den Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess zu sensibilisieren. Im Berichtsjahr 2025 wurden 57 % der Aktivitäten (auch) in digitalen Formaten bzw. unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt und damit deutlich häufiger als im Vorjahr (2024: 40 %). Innerhalb dieser digitalen Aktivitäten entfielen 25 % auf vollständig digitale Formate (2024: 18 %), während 75 % hybrid (digital und in Präsenz) umgesetzt wurden (2024: 82 %).

Erfolgskontrollen

In 61 % der Aktivitäten wurde eine Erfolgskontrolle durchgeführt oder geplant. Zur Messung des Erfolgs einer Intervention kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, etwa subjektive Einschätzungen oder die Erfassung struktureller Rahmenbedingungen.

Am häufigsten bezogen sich die Erfolgskontrollen auf die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (90 %). Daneben standen Akzeptanz und Zugänglichkeit der Maßnahme bei den Zielgruppen sowie die Inanspruchnahme im Fokus (44 %). Zudem wurden Abläufe und Prozesse häufig betrachtet (36 %).

13 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 21.
14 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 150 ff.

Übergreifende Aktivitäten

Im Rahmen der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (vgl. S. 28 f.) wurden in den Bundesländern gemeinsame Arbeits- und Abstimmungsstrukturen etabliert, die in den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) nach § 20f SGB V verankert sind. Die Vereinbarungen konkretisieren die strategischen Ziele der Sozialversicherungsträger in Abstimmung mit weiteren beteiligten Akteuren.[15] Im Berichtsjahr 2025 hatten 12 % der dokumentierten Aktivitäten einen Bezug zu den Strukturen der LRV.

Insgesamt 213 Aktivitäten (4 %) waren Teil der kassenartenübergreifenden Initiative GKV-Bündnis für Gesundheit. Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten (vgl. S. 15 f.).[16]

Weitere 5 % der dokumentierten Aktivitäten vollzogen sich im Rahmen weiterer übergreifender Aktivitäten, z. B. als Bestandteil eines Landesprogramms bzw. von Landesprogrammen oder im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen.

15 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 24 f.
16 https://gkv-buendnis.de/

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Seit 2016 wird im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit das Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ für die Zielgruppe Menschen in Arbeitslosigkeit durchgeführt. Auf Bundesebene wird das Programm vom GKV-Spitzenverband, der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag gesteuert. Vor Ort engagierten sich im Jahr 2025 insgesamt 203 Standorte.

Organisation

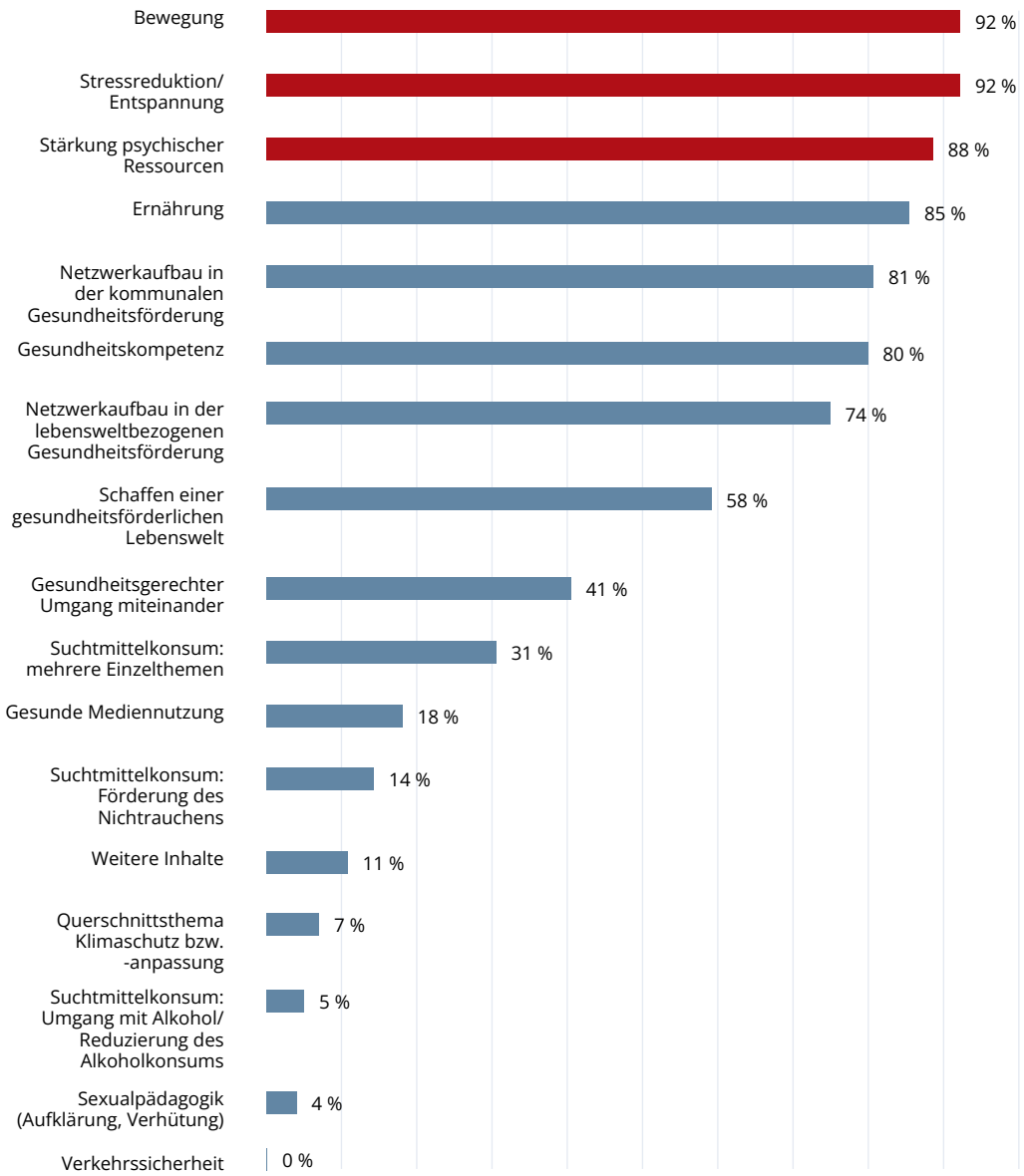
Die regionalen Steuerungsgremien sind zentral für das Gelingen der Kooperation von Jobcentern/Agenturen für Arbeit, Krankenkassen und kommunalen Partnern. Sie koordinieren den gesamten Prozess vor Ort einschließlich Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung. Die Krankenkassen sind in allen Steuerungsgremien aktiv: entweder durch ihre eigene Programmkoordination oder durch einen beauftragten Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit). An 202 Standorten bestand 2025 ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten für über 47.000 arbeitslose Menschen

An den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention der gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2025 über 47.000 Menschen teilgenommen. Mit 94 % richtete die Mehrheit der Standorte ihre Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse in der kommunalen Lebenswelt als auch auf das Verhalten der Menschen aus. Der Anteil der Aktivitäten, bei denen verhältnis- und verhaltenspräventive Interventionen miteinander kombiniert werden, ist in den vergangenen Jahren stetig angestiegen (2021: 72 %, 2022: 75 %, 2024: 90 %).

5 % der Aktivitäten im Rahmen des Programms „teamw()rk“ waren ausschließlich verhaltensbezogen und beispielsweise darauf ausgerichtet, Menschen in Arbeitslosigkeit zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. Weitere 2 % der Aktivitäten konzentrierten sich ausschließlich auf die Verhältnisprävention, z. B. auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Umgebungsbedingungen.

Abb. 18: **Inhalte im Programm „teamw()rk“**
(Mehrfachnennungen möglich)



Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die durchgeführten verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten waren mit jeweils 92 % am häufigsten auf die Themen Bewegung und Stressreduktion/Entspannung ausgerichtet. Weitere inhaltliche Schwerpunkte waren die Stärkung psychischer Ressourcen (88 %) und Ernährung (85 %). In vielen Aktivitäten wurden mehrere Inhalte miteinander kombiniert.

Erfolgskontrollen

An 199 der insgesamt 203 Standorte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt. Am häufigsten wurde die Zielgruppe hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Aktivität befragt (96 %), zudem wurden Zugänglichkeit, Akzeptanz und Inanspruchnahme der Aktivitäten (94 %) evaluiert.

Auch im Rahmen der Bedarfsermittlung können arbeitslose Menschen partizipativ einbezogen werden. Bei der Mehrheit der Standorte wurde dies umgesetzt. Bei den Standorten, die eine Bedarfsermittlung durchgeführt haben (199 Standorte), wurde bei 79 % die Zielgruppe aktiv eingebunden. Die folgenden Praxisbeispiele zeigen, wie Partizipation im Programm „teamw()rk“ erfolgt, beispielsweise auch indem sich Menschen in Arbeitslosigkeit als Peers engagieren und aktiv Verantwortung übernehmen.

„teamw()rk“ in Bayern und Rheinland-Pfalz lebt Partizipation

Autorinnen:

Sandra Helms
LZG RLP e. V.

Rita Wüst
LZG Bayern e. V.

Partizipationsideen in der Gesundheitsförderung enden häufig bei Information oder Anhörungen und in (plötzlich) fertigen Projektideen. Menschen in Arbeitslosigkeit erleben, dass über sie gesprochen wird, aber selten mit ihnen. Finanzielle Sorgen, gesundheitliche Belastungen und negative Erfahrungen mit Institutionen erschweren es ihnen, ihre Interessen sichtbar zu machen.

„Was bedeutet Gesundheit für UNS?“ fragten sich arbeitslose Menschen nach der ersten Erlanger Arbeitsmarktkonferenz. Eine der Antworten spiegelt sich im Namen wider, den sie sich für ihre Aktivitäten gegeben haben: „Zeit für uns.“ Unter diesem Motto wurden stadtteilbezogene Angebote erprobt: vom Spaziergang bis zum Bau von Hochbeeten. Etabliert hat sich das wöchentliche Gesundheitscafé im Stadtteilhaus, koordiniert von sogenannten Mittlerinnen und Mittlern (Personen aus der Zielgruppe). Deren Tätigkeit basiert auf einem gemeinsam mit Fachkräften entwickelten Schulungskonzept und dem regelmäßigen Austausch mit den Verantwortlichen von „teamw()rk“ beim Jobcenter in Erlangen. „Es ist wichtig, dass wir nicht nur beim Gesundheitscafé mit am Tisch sitzen“, betonen die engagierten Mittlerinnen und Mittler.

Das „Netzwerk Mitgestalten! RLP“ zeigt, wie Partizipation in Rheinland-Pfalz landesweit praktisch gelebt werden kann. Menschen mit Erfahrungen von Arbeitslosigkeit bringen ihre Perspektiven aktiv in Projekte, Veranstaltungen und Gesundheitsangebote ein. Das Netzwerk arbeitet offen und niedrigschwellig. Aus Begegnungen entstehen Ideen, regionale Angebote, Veranstaltungen und Beteiligung. Ein Teilnehmer sagt: „Mein Ehrenamt in ‚teamw()rk’ hilft nicht nur anderen, sondern auch meiner seelischen, sozialen und körperlichen Gesundheit.“

Das Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ zeigt, dass partizipative Gesundheitsförderung notwendig und wirksam ist. Aus der Zielgruppe wird eine Dialoggruppe, um Angebote zu entwickeln, die passen. Benötigt werden auch kommunale Strukturen, die eine Beteiligung von arbeitslosen Menschen langfristig ermöglichen. Die Konzepte in Bayern und Rheinland-Pfalz entstanden dabei aus dem ehrlichen Interesse an den Menschen. Partizipation bedeutet, Angebote für alle zu öffnen und Menschen aktiv zu ermutigen, ihre Ressourcen sichtbar zu machen und einzubringen.

Peer-Beteiligung als Erfolgsfaktor in Gesundheitsangeboten in Thüringen

Autorin:

Franziska Peyerl
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Thüringen

Im Jobcenter Wartburgkreis zeigt sich im Programm „teamw()rk“ besonders deutlich, wie wertvoll die Beteiligung von Peers in der Gesundheitsförderung sein kann. Menschen, die selbst an Gesundheitsangeboten teilgenommen haben, bringen ihre eigenen Erfahrungen ein und begegnen anderen Teilnehmenden auf Augenhöhe – authentisch, motivierend und nah am Alltag. Vor allem bei Informationsveranstaltungen spielen Peers eine wichtige Rolle. Sie erzählen offen von Angeboten, die sie selbst besucht haben, berichten von ihren persönlichen Erfahrungen und machen anderen Mut, den ersten Schritt zu wagen. Gerade diese ehrlichen Einblicke helfen dabei, Unsicherheiten abzubauen und Interesse an den Gesundheitsangeboten zu wecken.

„Besonders beeindruckend ist das Engagement eines Peers, der seit seinem Einstieg in das Programm im Jahr 2023 nicht nur selbst eine starke persönliche Entwicklung durchlaufen hat, sondern heute auch andere aktiv unterstützt“, berichtet Franziska Peyerl, Programmkoordinatorin aus Thüringen. Neben Motivation und Zuspruch im Alltag hilft der Peer Teilnehmenden beispielsweise auch bei behördlichen Angelegenheiten. Darüber hinaus hat er eigenständig eine Laufgruppe ins Leben gerufen, die inzwischen unabhängig von den Gesundheitsangeboten im Programm stattfindet. Sein Antrieb ist dabei klar: „Menschen auf ihrem Weg zu unterstützen, entspricht meinem Wesen. Ich bin überzeugt: Nur wer selbst für eine Sache brennt, kann auch das Feuer in anderen entfachen. Dabei geht es darum, füreinander da zu sein und sich gegenseitig zu fördern.“ So wird sichtbar, wie aus eigener Erfahrung echtes Engagement für andere entstehen kann und wie Peer-Beteiligung Menschen nachhaltig stärkt und verbindet.

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

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

Die gesetzliche Krankenversicherung formuliert seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Die Ziele werden im Leitfaden Prävention abgebildet und im GKV-Präventionsbericht dokumentiert. Die erste Zieleperiode umfasste die Jahre 2008 bis 2012, gefolgt von den Jahren 2013 bis 2018. Im Jahr 2019 wurden neue Präventionsziele eingeführt. Diese Zieleperiode endete im Jahr 2025. Mit Abschluss der Zieleperiode 2019 bis 2025 gelten ab dem Jahr 2026 neue Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele.[17]

Im diesjährigen Präventionsbericht wird ein Fazit zur Zielerreichung in der Periode 2019 bis 2025 gezogen. Gemäß der Zielformulierung gelten die unterschiedlichen Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten als erreicht, wenn innerhalb des Gesamtzeitraums verschiedene Parameter erhöht sind (z. B. Zahl und Anteil der erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen).[18] Basisjahr der 2025 abgeschlossenen Zieleperiode ist das Jahr 2019.

Bei Betrachtung der Zieleperiode 2019 bis 2025 sind zwei Besonderheiten zu beachten:

1. Für die unter Ziel 3 und Ziel 4 fallenden Teilziele wurde im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie und der Einschränkungen in den jeweiligen Lebenswelten auf die Erfassung der Anzahl erreichter Personen verzichtet. Das Jahr 2020 wird deshalb bei der Bewertung der Zielerreichung dieser Teilziele nicht berücksichtigt. Davon ausgenommen ist die im Rahmen der GKV-Ziele 4.1 bis 4.5 erhobene Anzahl der Aktivitäten für die jeweilige Zielgruppe. Diese wurde erfasst und fließt in die Bewertung der Zielerreichung ein.
2. Für das Berichtsjahr 2023 wurden Anpassungen im Dokumentationsbogen für die lebensweltbezogenen Aktivitäten vorgenommen. Ziel dieser Anpassungen war es, im Präventionsbericht u. a. noch detailliertere Informationen über die angesprochenen besonderen Zielgruppen geben zu können. Im Zuge der Datenplausibilisierung zeigten sich allerdings inkonsistente Dokumentationsweisen. Dies betrifft die GKV-Ziele 4.1 bis 4.5. In der Folge wurde für das Berichtsjahr 2023 auf die Messung der Zielerreichung verzichtet. Das Berichtsjahr 2023 fließt somit nicht in die Bewertung der Zieleperiode ein. Nach erfolgter Umsetzung notwendiger Qualitätssicherungsprozesse wurden die Kennzahlen ab dem Berichtsjahr 2024 wieder ausgewiesen. Die Anpassungen in der Dokumentationsweise der zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Aktivitäten haben zur Folge, dass die betreffenden Werte der GKV-Ziele 4.1 bis 4.5 in den Berichtsjahren 2024 und 2025 nicht mit den Werten aus den Berichtsjahren 2019 bis 2022 vergleichbar sind. Zur Bewertung der Zielerreichung zu den GKV-Zielen 4.1 bis 4.5 werden die Zeiträume 2019 bis 2022 und 2024 bis 2025 somit getrennt ausgewertet und interpretiert.

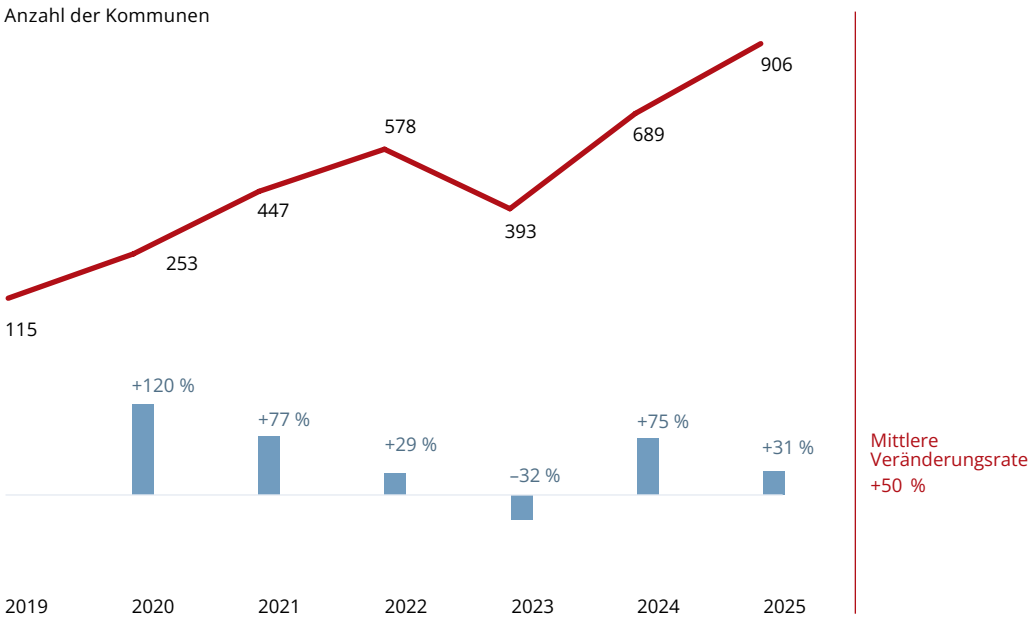
Im Berichtsjahr 2025 konnten die GKV-Ziele 1, 2, 3.1, 3.3 und 3.4 im Berichtsjahr 2025 (teilweise) erreicht werden. Das Teilziel 3.2 konnte nicht erreicht werden.

17 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S.18 f.
18 Methodische Erläuterung zur Berechnung der Zielerreichung s. S. 166.

Die Werte der GKV-Ziele 4.1 bis 4.5 können in diesem Jahr erstmals wieder mit den Vorjahreswerten verglichen werden. Nicht alle Teilziele konnten im Berichtsjahr 2025 erreicht werden. Hervorzuheben ist, dass mehr ältere Menschen in der Kommune mit zielgerichteten Aktivitäten erreicht werden konnten (Teilziel 4.1b) und mehr Aktivitäten für alleinerziehende Eltern umgesetzt wurden (Teilziel 4.4b).

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 Ziels unterschätzt wird.

Abb. 19: **Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen**

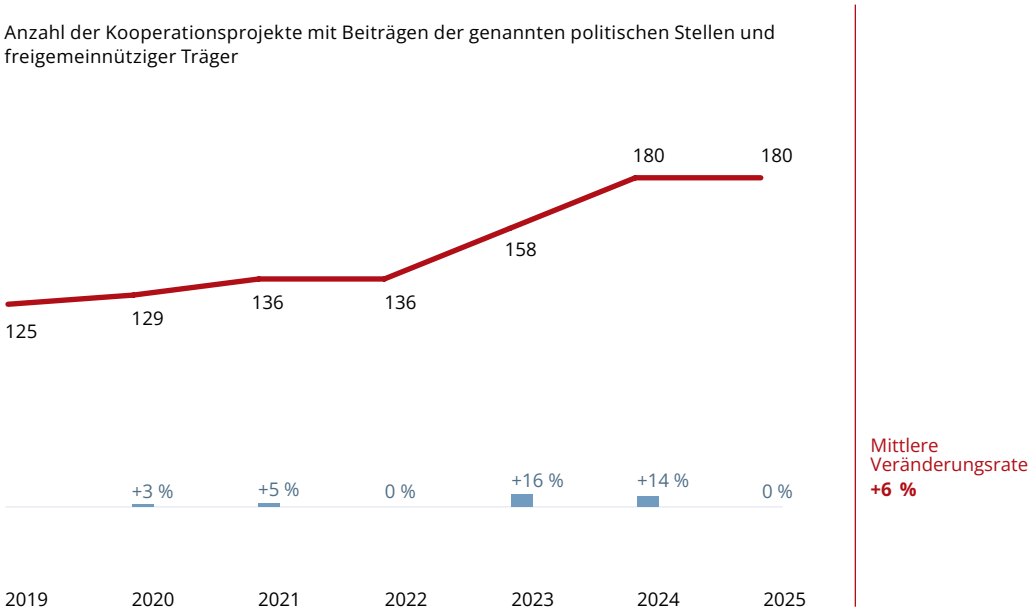


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Zwischen 2019 und 2025 konnte die Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen etabliert haben, insgesamt gesteigert werden. Die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung betrug +50 %.

✓ **Das Ziel wurde erreicht.**

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



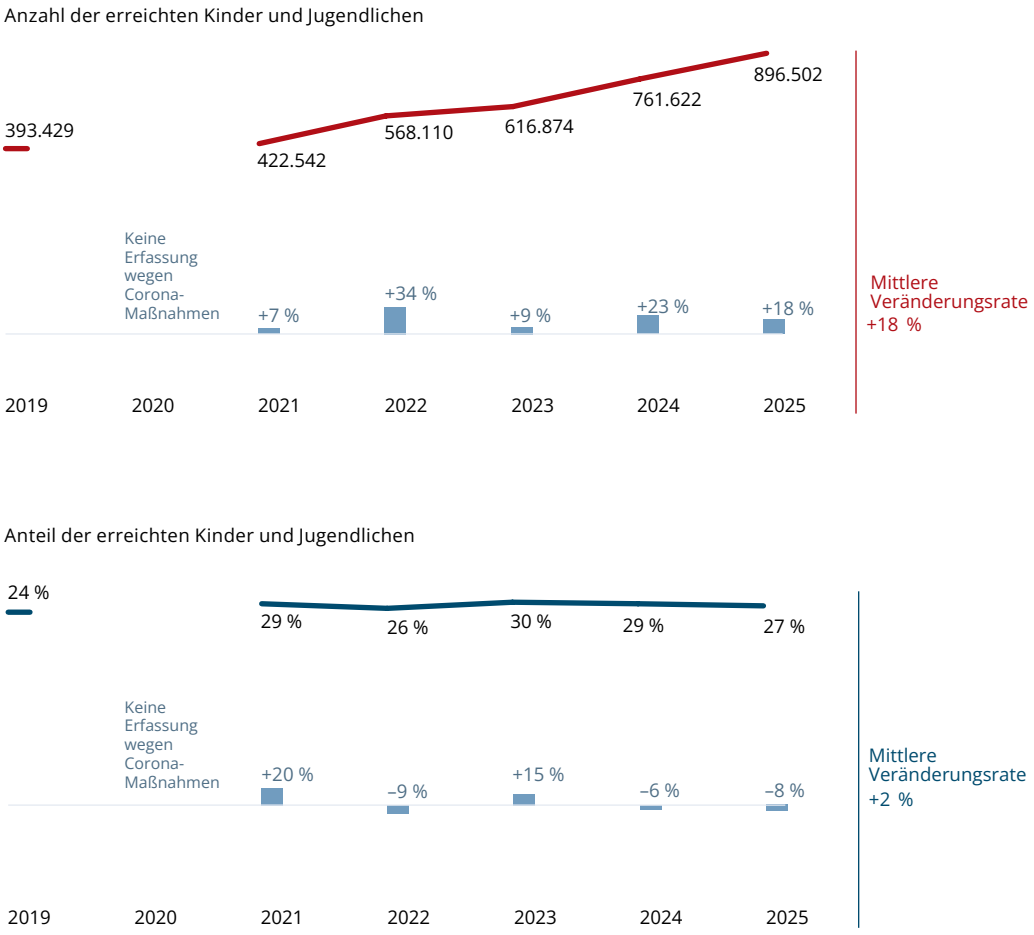
Das zweite Präventionsziel bildet die Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen sowie weiterer freigemeinnütziger Träger ab, die in die Leistungen des Kooperationsprojekts zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe arbeitslose Menschen (s. S. 47 ff.) einbezogen sind, welches die Krankenkassen gemeinsam mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit umsetzen.

Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Zwischen 2019 und 2025 konnte die Anzahl der Kooperationsprojekte mit Beiträgen der genannten politischen Stellen und freigemeinnütziger Träger kontinuierlich gesteigert werden. Die mittlere Veränderungsrate betrug +6 %.

✓ **Das Ziel wurde erreicht.**

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

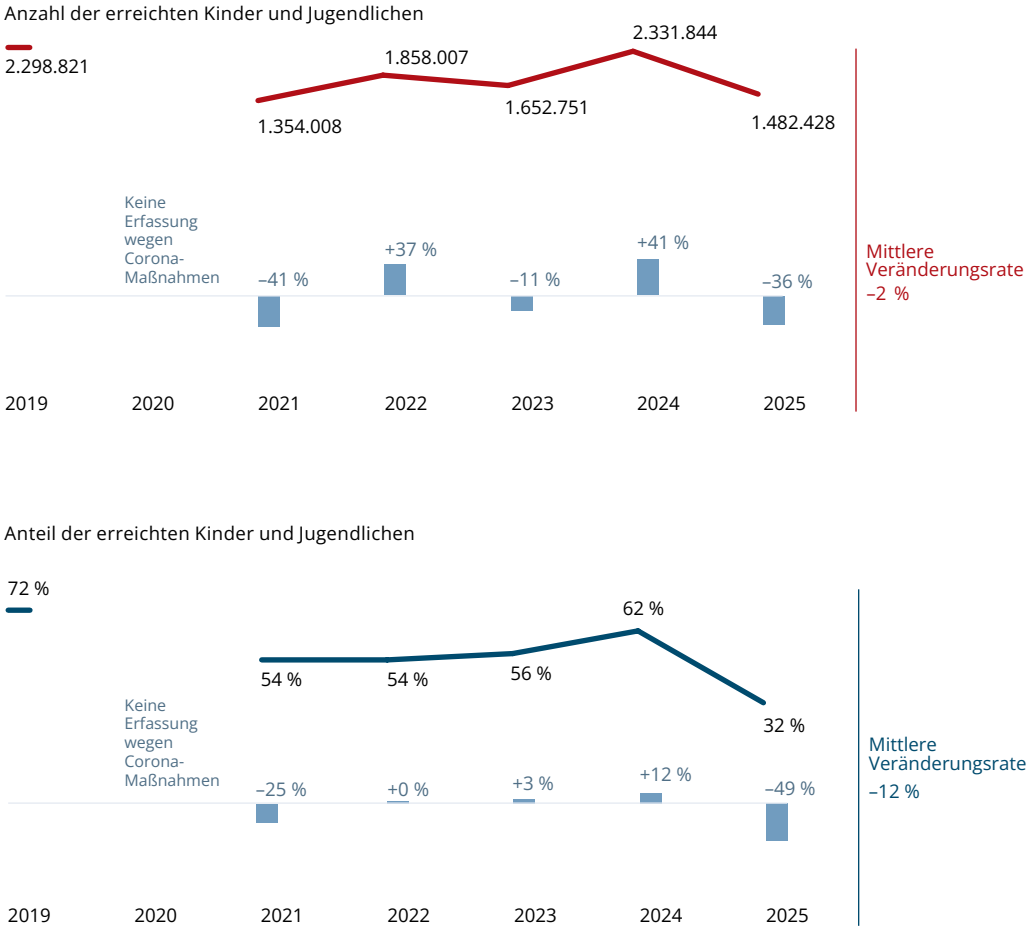


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Zwischen 2019 und 2025 konnte die Anzahl der erreichten Kinder und Jugendlichen in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf insgesamt deutlich gesteigert werden. Die Zahl der erreichten Kinder und Jugendlichen stieg im Durchschnitt jährlich um 18 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Im selben Zeitraum ist auch ihr Anteil an allen erreichten Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen gestiegen. Im Durchschnitt wuchs dieser jährlich um 2 % gegenüber dem Vorjahr.

✓ **Das Teilziel 3.1 wurde erreicht.**

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

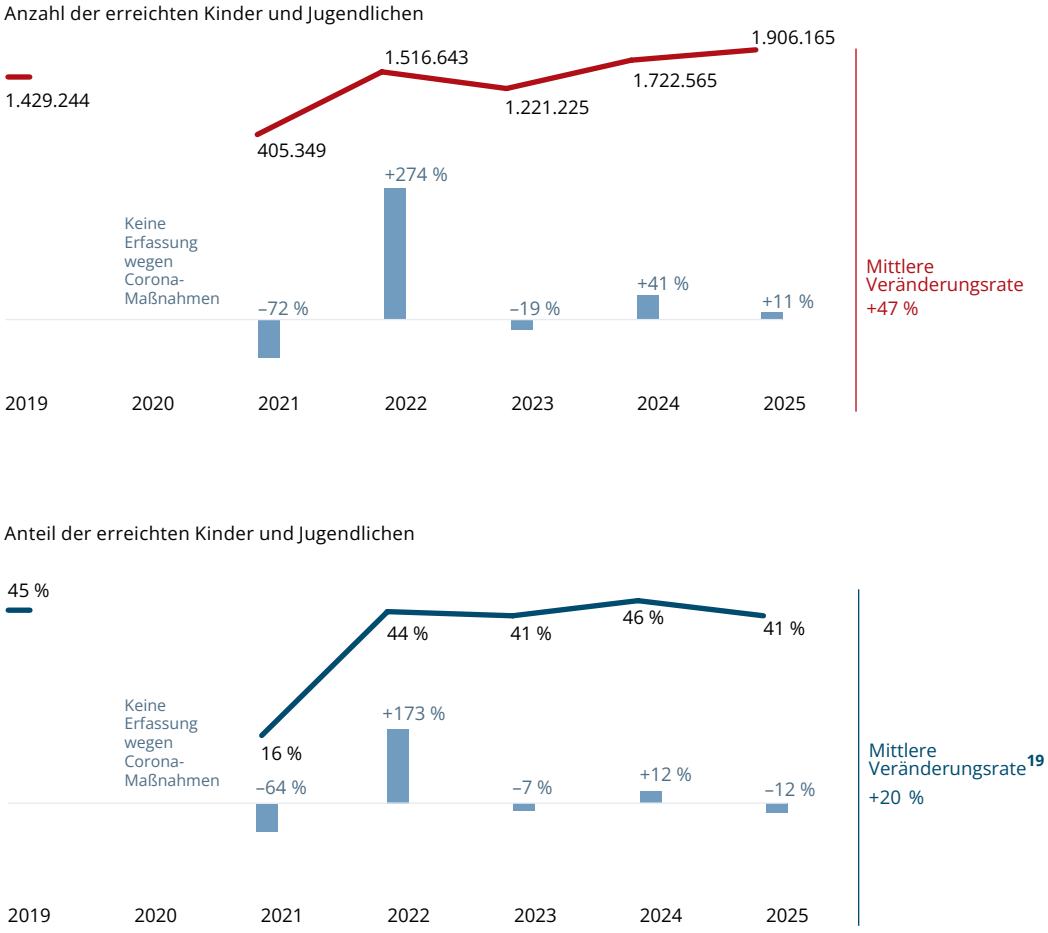


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Im betrachteten Zeitraum konnten Zahl und Anteil der von den Krankenkassen in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien erreichten Kinder und Jugendlichen nicht erhöht werden. Gegenüber dem jeweiligen Vorjahr sank die Zahl der erreichten Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt um 2 %, während ihr Anteil an allen erreichten Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen durchschnittlich um 12 % zurückging.

✗ **Das Teilziel 3.2 wurde nicht erreicht.**

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



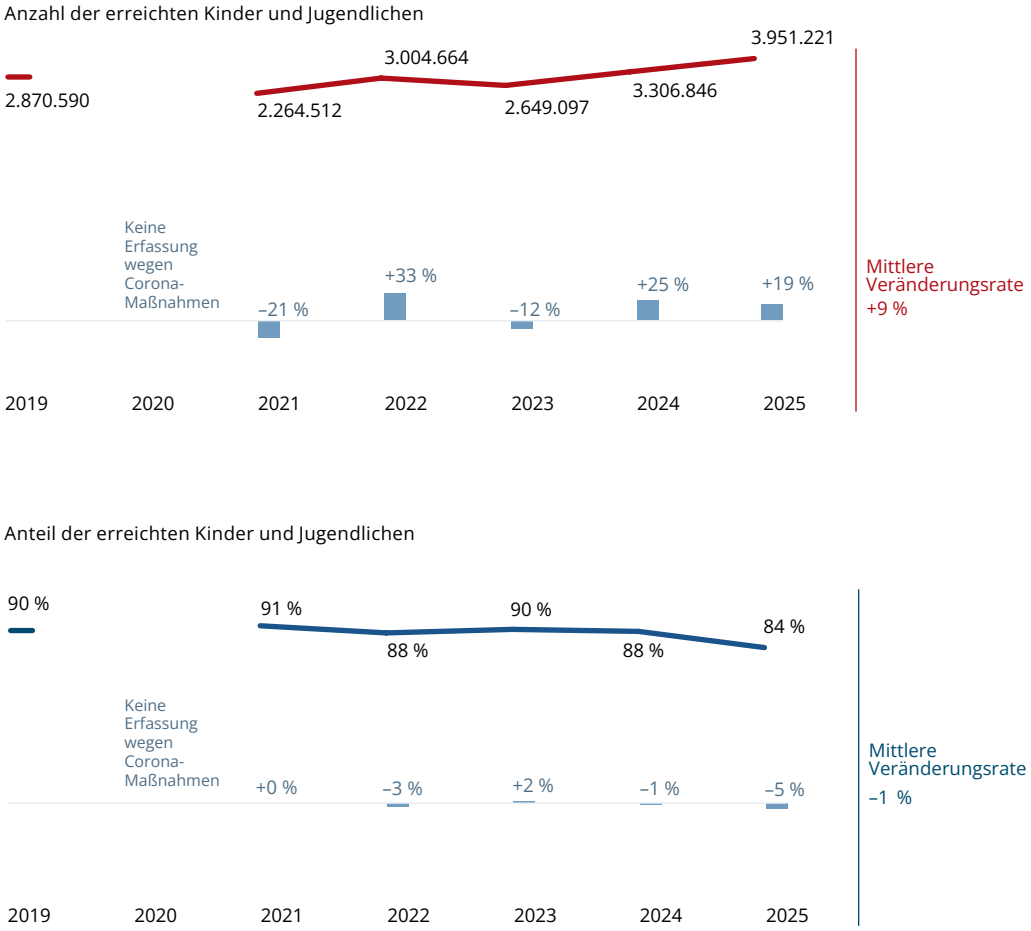
Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Die Zahl der durch Aktivitäten mit partizipativer Einbeziehung der Zielgruppe in Kitas und Schulen erreichten Kinder und Jugendlichen ging nach 2019 im Zuge der Corona-Pandemie zunächst deutlich zurück. Im Jahr 2022 überstieg sie den Wert des Basisjahres 2019 und sank im Folgejahr wieder unter den Ausgangswert. In den Jahren 2024 und 2025 stieg die Zahl erneut und erreichte jeweils einen neuen Höchstwert. Nach den vorliegenden Angaben nahm die Zahl der erreichten Kinder und Jugendlichen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr mit einer mittleren Veränderungsrate von 47 % zu. Der Anteil dieser Kinder und Jugendlichen an allen erreichten Kindern und Jugendlichen stieg im selben Zeitraum mit einer mittleren Veränderungsrate von 20 %.

✓ **Das Teilziel 3.3 wurde erreicht.**

19 Die mittlere Veränderungsrate ist das arithmetische Mittel der jährlichen prozentualen Veränderungen und wird für die Bewertung der Zielerreichung herangezogen. Sie kann positiv ausfallen, obwohl die absolute Zahl im Gesamtzeitraum gesunken ist. Die mittlere Veränderungsrate beschreibt damit den Durchschnitt der jährlichen Veränderungsraten und nicht die Entwicklung zwischen Anfangs- und Endwert (siehe Methodische Erläuterung zur Berechnung der Zielerreichung, S. 166).

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



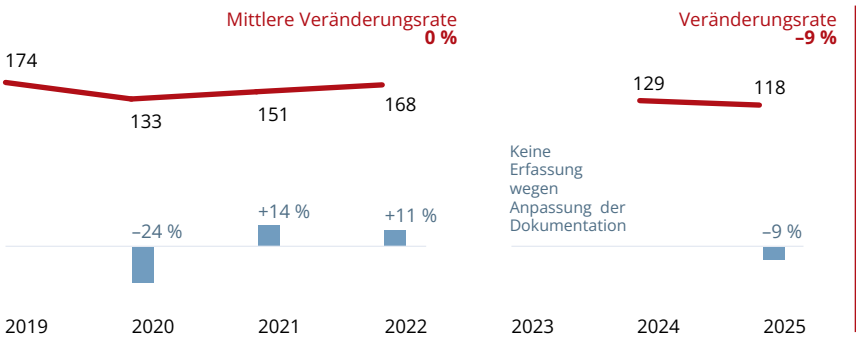
Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Im Jahr 2021 lag die Zahl der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten erreichten Kinder und Jugendlichen unter dem Niveau von 2019. 2022 stieg sie wieder an und lag erstmals über dem Ausgangswert. Im Jahr 2023 sank die Zahl erneut, bevor sie 2024 und 2025 anstieg. Den höchsten Wert des Zeitraums erreichte sie im Jahr 2025. Insgesamt stieg die Zahl der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten erreichten Kinder und Jugendlichen von 2019 bis 2025 mit einer mittleren Veränderungsrate von 9 % pro Jahr. Ihr Anteil an allen erreichten Kindern und Jugendlichen ging im selben Zeitraum dagegen mit einer mittleren Veränderungsrate von 1 % pro Jahr zurück.

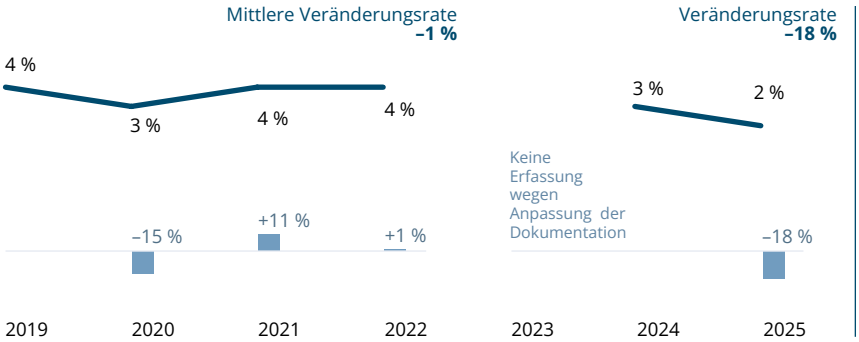
Das Teilziel 3.4 wurde teilweise erreicht.

Abb. 25: Teilziel 4.1a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune

Anzahl der Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune



Anteil der Aktivitäten an allen durchgeführten Aktivitäten



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Im Jahr 2020 sank die Zahl der Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune gegenüber 2019. Ab dem Jahr 2021 stieg die Zahl wieder an, lag 2022 jedoch weiterhin unter dem Niveau von 2019. Die mittlere Veränderungsrate liegt bei 0 % und zeigt damit eine weitgehend stabile Entwicklung. Das Ergebnis geht auf die positiven jährlichen Veränderungsraten ab 2021 zurück, die den Rückgang im Jahr 2020 nahezu ausgleichen. Der Anteil dieser Aktivitäten ist gemessen an allen Aktivitäten im Mittel leicht gesunken. Die mittlere Veränderungsrate liegt bei –1 %.

— **Das Teilziel 4.1a wurde teilweise erreicht.**

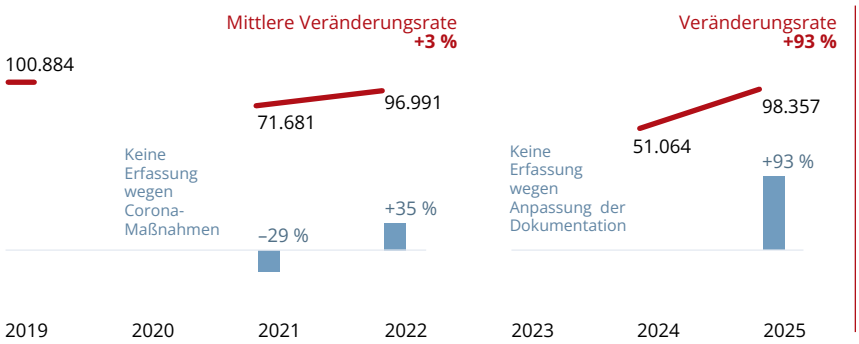
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Sowohl die absolute Zahl der Aktivitäten als auch ihr Anteil gemessen an allen Aktivitäten konnten zwischen 2024 und 2025 nicht gesteigert werden.

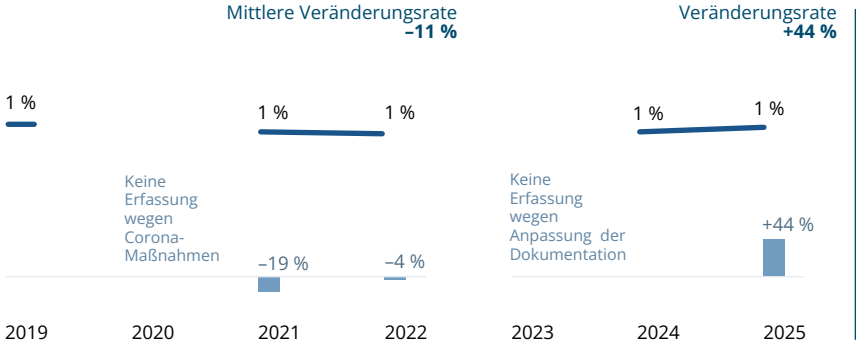
✕ **Das Teilziel wurde nicht erreicht.**

Abb. 26: **Teilziel 4.1b: Mehr ältere Menschen in der Kommune erreichen**

Anzahl der erreichten älteren Menschen in der Kommune



Anteil der erreichten älteren Menschen an allen erreichten Personen



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Im betrachteten Zeitraum unterlag die Zahl erreichter älterer Menschen in der Kommune Schwankungen und konnte im Jahr 2022 nicht das Vor-Corona-Niveau erreichen. Obwohl die absoluten Zahlen von 2019 zu 2022 gesunken sind, führt der starke Anstieg von 2021 zu 2022 zu einer durchschnittlichen Veränderungsrate von +3 %. Der Anteil der Aktivitäten für die Zielgruppe an allen Aktivitäten bewegte sich über die betrachteten Zeitpunkte auf einem ähnlichen Niveau. Da die jährlichen Veränderungsraten negativ ausfielen, liegt die mittlere Veränderungsrate insgesamt bei −11 %.

— **Das Teilziel 4.1b wurde teilweise erreicht.**

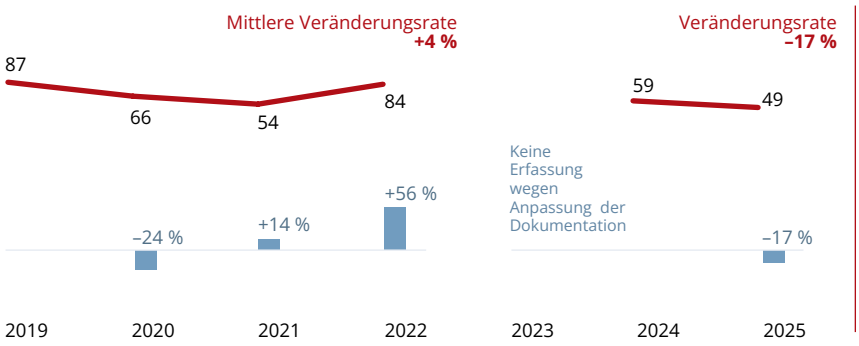
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Die Zahl älterer Menschen, die in der Kommune erreicht werden konnten, ist von 2024 auf 2025 deutlich gestiegen. Die Veränderungsrate beträgt +93 %. Der Anteil der Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune an allen Aktivitäten lag 2024 und 2025 bei rund 1 %, stieg zwischen den beiden Jahren jedoch mit einer jährlichen Veränderungsrate von +44 % deutlich an.

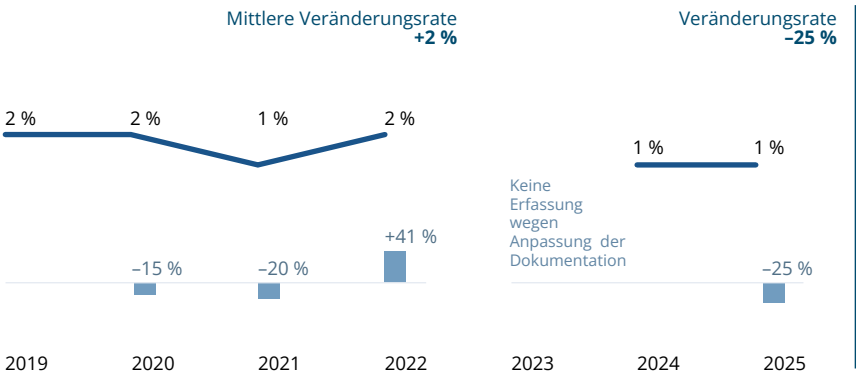
✓ **Das Teilziel wurde erreicht.**

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

Anzahl der Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen



Anteil der Aktivitäten an allen durchgeführten Aktivitäten



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Im betrachteten Zeitraum unterlag die Zahl der Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen deutlichen Schwankungen: In den Jahren 2020 und 2021 ist ein deutlicher Rückgang erkennbar, auf den im Jahr 2022 ein leichter Aufschwung folgte, durch den die Gesamtzahl der Aktivitäten nahezu das Vor-Corona-Niveau erreichte. Die Zahl der Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen erhöhte sich gegenüber dem jeweiligen Vorjahr im Durchschnitt um 4 %. Der prozentuale Anteil der Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen konnte leicht gesteigert werden und nahm durchschnittlich um 2 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahr zu.

✓ **Das Teilziel 4.2a wurde erreicht.**

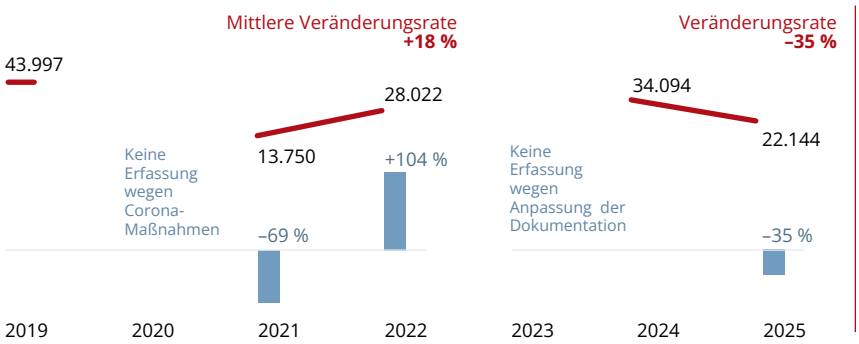
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Zwischen 2024 und 2025 ist die Anzahl der Aktivitäten für diese Zielgruppe zurückgegangen. Der Anteil lag zu beiden Zeitpunkten bei rund 1 %, ging zwischen 2024 und 2025 jedoch mit einer jährlichen Veränderungsrate von −25 % deutlich zurück.

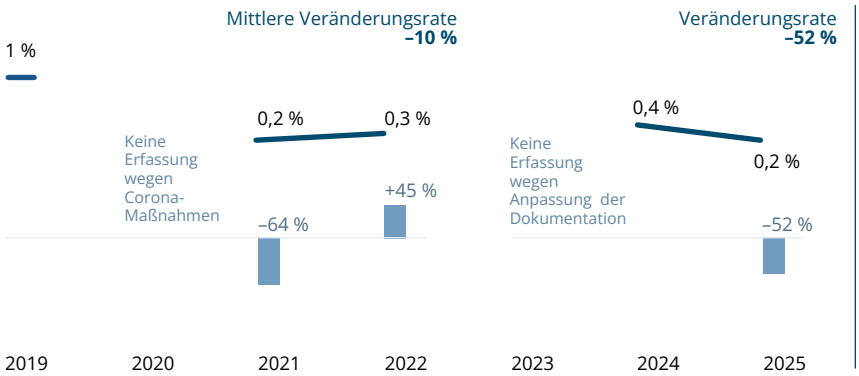
✗ **Das Teilziel wurde nicht erreicht**.

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

Anzahl der erreichten Menschen mit Behinderungen



Anteil der erreichten Menschen mit Behinderungen an allen erreichten Personen



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Zwischen 2019 und 2021 sank die Anzahl der durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten erreichten Menschen mit Behinderungen deutlich. 2022 stieg sie wieder an und lag mehr als doppelt so hoch wie 2021. Das Vor-Corona-Niveau konnte jedoch nicht erreicht werden. Die mittlere Veränderungsrate liegt bei +18 %. Dies ist auf den hohen Anstieg im Jahr 2022 nach dem Rückgang im Jahr 2021 zurückzuführen. Der Anteil dieser Zielgruppe gemessen an allen erreichten Personen ist über die Zieleperiode insgesamt gesunken. Die mittlere Veränderungsrate liegt bei –10 %.

— **Das Teilziel 4.2b wurde teilweise erreicht.**

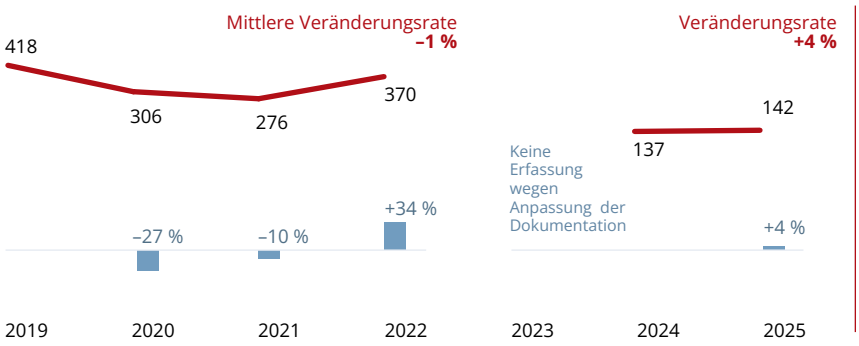
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Die absolute Zahl und der prozentuale Anteil der durch Aktivitäten erreichten Menschen mit Behinderungen konnten im betreffenden Zeitraum nicht gesteigert werden.

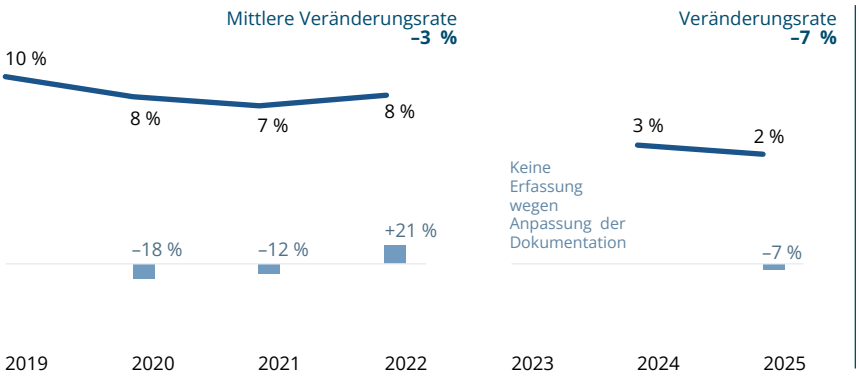
✕ **Das Teilziel wurde nicht erreicht.**

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

Anzahl der Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund



Anteil der Aktivitäten an allen durchgeführten Aktivitäten



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Im Zeitraum von 2019 bis 2022 konnten die Zahl und der Anteil der gezielt auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichteten Aktivitäten nicht gesteigert werden.

✕ **Das Teilziel 4.3a wurde nicht erreicht.**

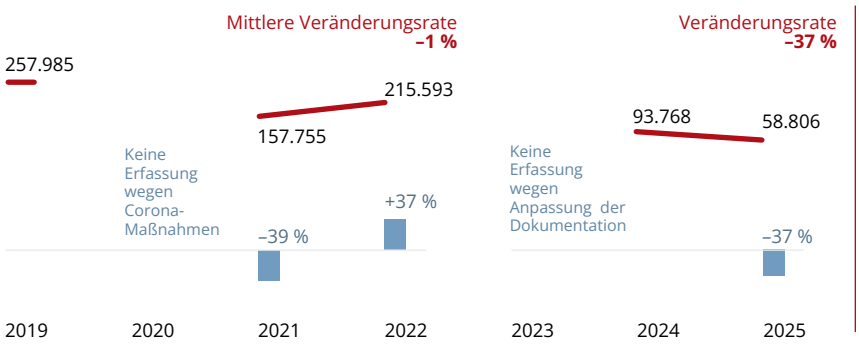
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Im ausgewählten Zeitraum konnte die Anzahl der Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund gesteigert werden. Gleichzeitig ist der Anteil dieser Aktivitäten an allen Aktivitäten leicht gesunken.

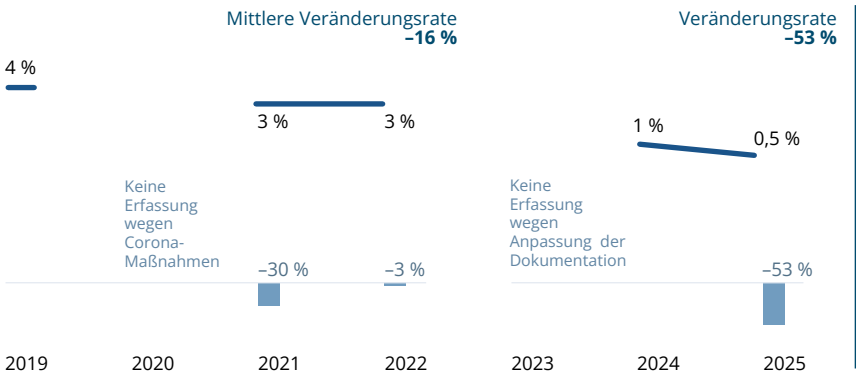
— **Das Teilziel wurde teilweise erreicht.**

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

Anzahl der erreichten Menschen mit Migrationshintergrund



Anteil der erreichten Menschen mit Migrationshintergrund an allen erreichten Personen



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Zahl und Anteil der erreichten Menschen mit Migrationshintergrund konnten zwischen 2019 und 2022 nicht erhöht werden.

✗ **Das Teilziel 4.3b wurde nicht erreicht.**

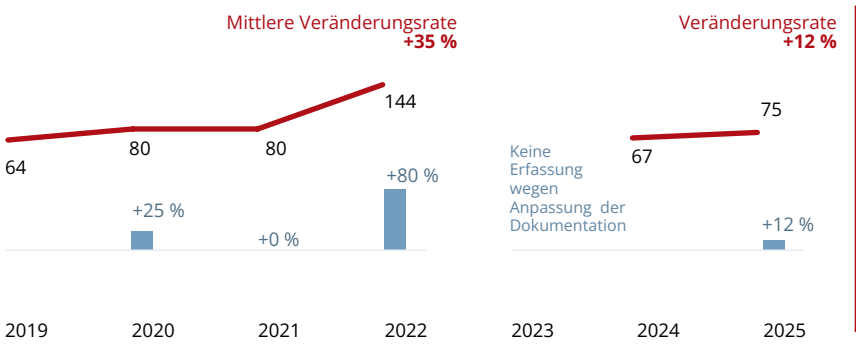
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Zwischen 2024 und 2025 ist die Zahl der durch Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung erreichten Menschen mit Migrationshintergrund gesunken. Auch der Anteil erreichter Menschen mit Migrationshintergrund ist, gemessen an allen insgesamt erreichten Personen, zurückgegangen.

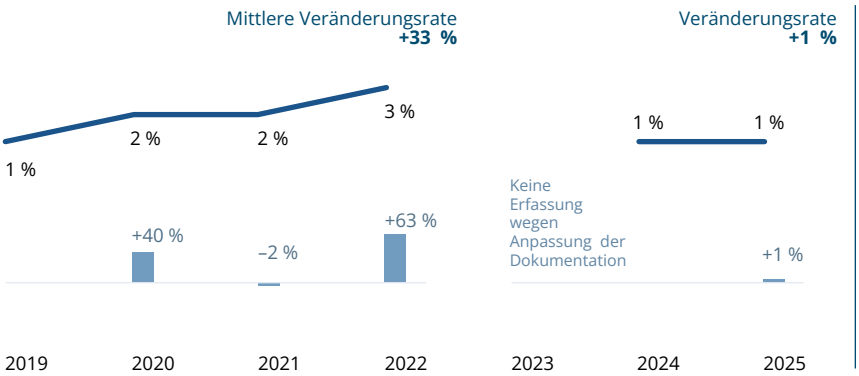
✗ **Das Teilziel wurde nicht erreicht.**

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

Anzahl der Aktivitäten für Alleinerziehende



Anteil der Aktivitäten an allen durchgeführten Aktivitäten



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Zwischen 2019 und 2022 konnte die Zahl der Aktivitäten für Alleinerziehende gesteigert werden. Im Jahr 2022 liegen die Werte mehr als doppelt so hoch wie im Basisjahr 2019. Über die Zieleperiode hinweg ist eine durchschnittliche jährliche Zunahme um 35 % festzustellen. Auch der Anteil von Aktivitäten für Alleinerziehende an allen durchgeführten Aktivitäten ist gestiegen. Der durchschnittliche jährliche Anstieg beträgt 33 %.

✓ **Das Teilziel 4.4a wurde erreicht.**

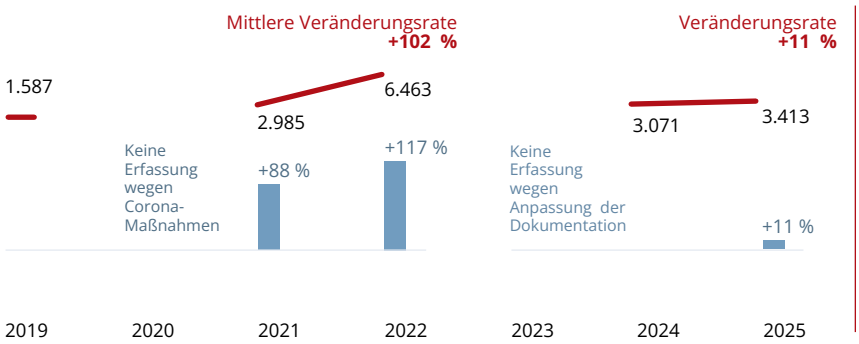
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Von 2024 bis 2025 konnte die Zahl der Aktivitäten für Alleinerziehende leicht gesteigert werden. Der Anteil der Aktivitäten für Alleinerziehende an allen Aktivitäten lag 2024 und 2025 bei rund 1 % und blieb zwischen den beiden Jahren mit einer jährlichen Veränderungsrate von +1 % nahezu unverändert.

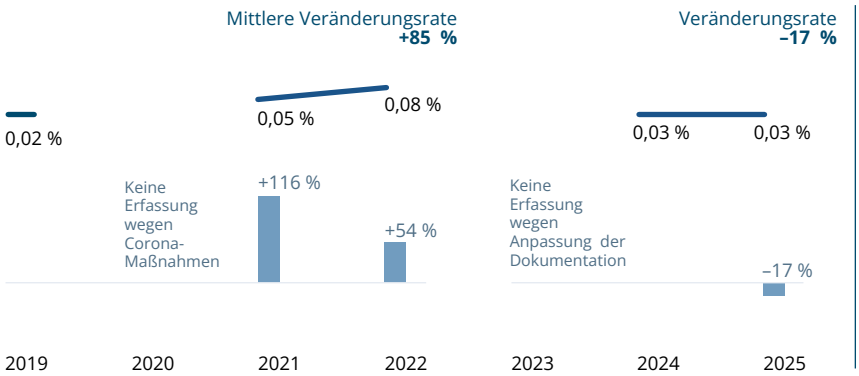
✓ **Das Teilziel wurde erreicht.**

Abb. 32: Teilziel 4.4b: Mehr Alleinerziehende erreichen

Anzahl der erreichten Alleinerziehenden



Anteil der erreichten Alleinerziehenden an allen erreichten Personen



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Die Zahl der durch gezielte Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreichten Alleinerziehenden konnte im Zeitverlauf deutlich erhöht werden: Ein Vergleich zwischen dem Jahr 2022 und dem Basisjahr zeigt, dass die Anzahl vervierfacht werden konnte. Analog dazu ist auch der Anteil der erreichten Alleinerziehenden gemessen an den insgesamt erreichten Menschen angestiegen. Hier zeigt sich ein jährlicher Zuwachs um durchschnittlich 85 %.

✓ **Das Teilziel 4.4b wurde erreicht.**

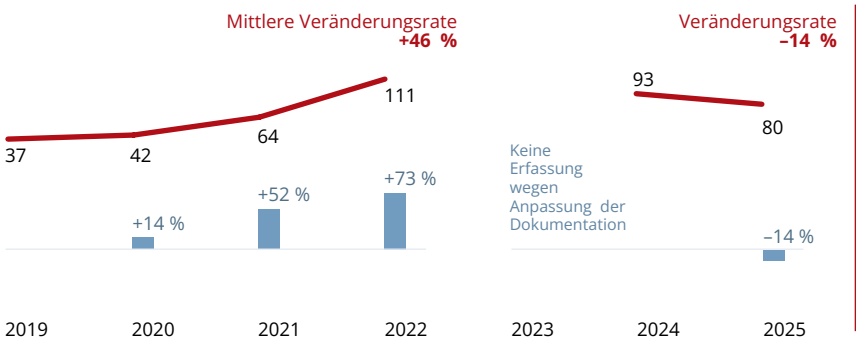
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Die Zahl der erreichten Alleinerziehenden stieg von 2024 auf 2025 um rund 11 %. Ihr Anteil an allen erreichten Personen ging im selben Zeitraum dagegen mit einer jährlichen Veränderungsrate von −17 % zurück, weil die Grundgesamtheit, d. h. die Anzahl aller mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreichten Personen, insgesamt deutlich gestiegen ist.

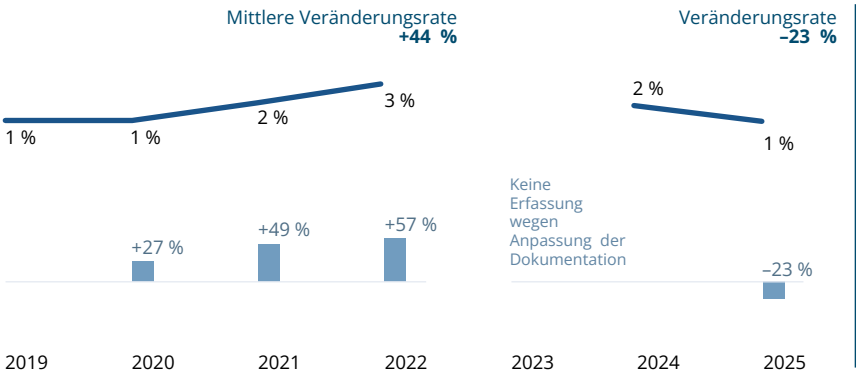
– **Das Teilziel wurde teilweise erreicht.**

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

Anzahl der Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien



Anteil der Aktivitäten an allen durchgeführten Aktivitäten



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Die Zahl der Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien konnte über die Zieleperiode hinweg nahezu verdreifacht werden. Der Zuwachs beträgt im Mittel 46 % im Vergleich zum Vorjahr. Auch der Anteil dieser zielgerichteten Aktivitäten ist, gemessen an allen Aktivitäten, durchschnittlich um 44 % pro Jahr angestiegen.

✓ **Das Teilziel 4.5a wurde erreicht.**

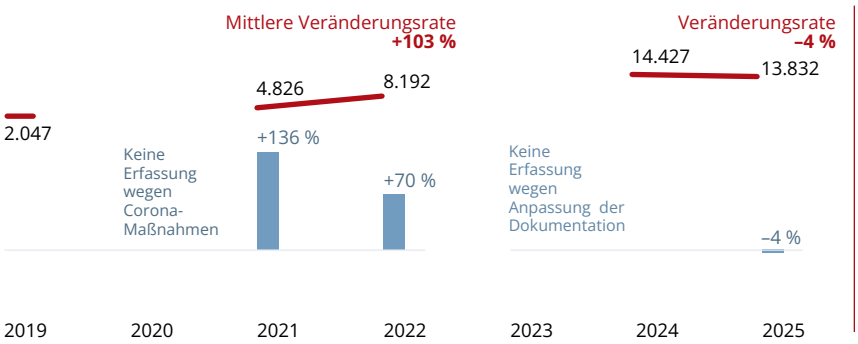
Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Zahl und Anteil der gezielt auf Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausgerichteten Aktivitäten sind von 2024 auf 2025 leicht gesunken.

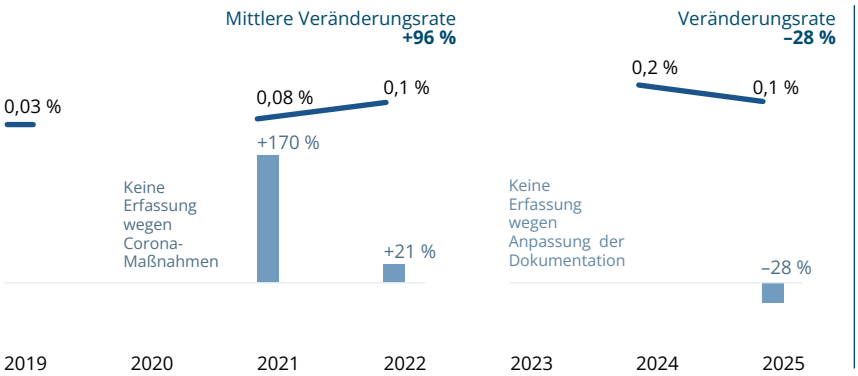
✗ **Das Teilziel wurde nicht erreicht.**

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

Anzahl der erreichten Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien



Anteil der erreichten Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien an allen erreichten Personen



Bewertung der Zielerreichung 2019–2022

Die Zahl der erreichten Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ist auch über die Corona-Pandemie stabil geblieben und ist sowohl 2021 als auch 2022 deutlich angestiegen. Der Anteil dieser Zielgruppe fällt zwar gemessen an allen erreichten Personen gering aus, konnte allerdings über die Zieleperiode hinweg ebenfalls kontinuierlich gesteigert werden.

✓ **Das Teilziel 4.5b wurde erreicht.**

Bewertung der Zielerreichung 2024–2025

Die Zahl der mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreichten Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ist im Jahr 2025 niedriger als im Jahr 2024. Auch der prozentuale Anteil an allen erreichten Personen ist leicht gesunken.

✗ **Das Teilziel wurde nicht erreicht.**

Fazit zur Erreichung der lebensweltbezogenen Ziele

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der Ziele und Teilziele erreicht oder teilweise erreicht werden konnte.

(Teil-)Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten			Zielerreichung	
1		Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen		✓
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		✓
3.1		Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen		✓
3.2		Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Aktivitäten in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung		✗
3.3		Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Aktivitäten mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern		✓
3.4		Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten		–
			2019–2022	2024–2025
4.1	a	Mehr Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune	–	✗
	b	Mehr ältere Menschen in der Kommune erreichen	–	✓
4.2	a	Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen	✓	✗
	b	Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen	–	✗
4.3	a	Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund	✗	–
	b	Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen	✗	✗
4.4	a	Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende	✓	✓
	b	Mehr Alleinerziehende erreichen	✓	–
4.5	a	Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien	✓	✗
	b	Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen	✓	✗

Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs: Gesundheit spielerisch erlebbar machen

Autorin:

Susanne Eckai-Nicolaus
AOK Rheinland/ Hamburg

Gerade in der frühen Kindheit werden entscheidende Grundlagen für ein gesundes Leben gelegt – in der Familie, in der Kita und im sozialen Umfeld. Unter dem Motto „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ schafft der Erlebnisraum U-Boot einen innovativen Zugang: Er stärkt nicht nur das Bewusstsein der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren für ihren eigenen Körper, sondern unterstützt auch Eltern und Fachkräfte dabei, Gesundheitsthemen alltagsnah und verständlich zu vermitteln.

Im Erlebnisraum U-Boot eröffnet sich eine ebenso spielerische wie lehrreiche Abenteuerwelt. Das U-Boot steht dabei symbolisch für eine Entdeckungsreise in die eigene Gesundheit: In fantasievoll gestalteten Stationen werden zentrale Inhalte der Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 kindgerecht erlebbar gemacht. So verbindet das Konzept Bewegung, Ernährung und Wahrnehmung zu einem ganzheitlichen Ansatz, der Gesundheitskompetenz früh fördert und nachhaltig verankert.

Spielerisch erforschen pro Jahr rund 3.000 kleine Matrosinnen und Matrosen, die aus Kitas aus dem ganzen Rheinland nach Düsseldorf kommen, die faszinierende Tauchfahrt auf Gesundheitskurs. Die maritimen Abbildungen der Elemente der U-Untersuchungen fordern die Sinne der Kleinen heraus: Beim Blick durchs Periskop sind gute Augen gefragt. Genau hinhören müssen die Kinder, um das Unterwasserschiff per Echolot durchs gefährliche Riff zu steuern. Und in der Schatzkiste der Düfte ist eine gute Nase gefordert.

Die Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz besteht vorrangig darin, durch Fortbildungsangebote gezielt Kompetenzen zu vermitteln und die Kitaorganisation zu optimieren. Begleitend stehen den pädagogischen Fachkräften entsprechende didaktische Materialien für die Umsetzung in der Kita zur Verfügung. Diese können fortlaufend in der Arbeit mit den Kindern sowie der Elternarbeit eingesetzt werden. Das Konzept wird nachhaltig ins Kitaprogramm integriert.



Die Inhalte und Methoden dieses Präventionsangebots werden kontinuierlich optimiert und qualitativ weiterentwickelt.

ONE DAY OFF – digitale Balance erleben und Medienkompetenz stärken

Autor:

Jan Römer
BERGISCHE KRANKENKASSE

Digitale Medien prägen den Alltag von Kindern und Jugendlichen und sind zentral für Kommunikation und soziale Teilhabe. Gleichzeitig zeigen Studien, dass eine intensive Nutzung mit Risiken für die psychosoziale Gesundheit verbunden sein kann, etwa durch Aufmerksamkeitsprobleme, Schlafstörungen oder Beeinträchtigungen der emotionalen Entwicklung. Die Förderung eines reflektierten Umgangs mit digitalen Medien gewinnt daher zunehmend an Bedeutung.

Die Kampagne „ONE DAY OFF“ (#ODO) verfolgt einen präventiven, lebensweltorientierten Ansatz und befindet sich 2026 im ersten Jahr ihrer Umsetzung. Höhepunkt des Auftaktjahres war der erstmals stattfindende bundesweite Aktionstag am 7. Juli 2026, eingebettet in eine ganzjährig angelegte Kampagne. Schülerinnen und Schüler, Eltern sowie pädagogische Fachkräfte waren eingeladen, für 24 Stunden bewusst auf digitale Medien zu verzichten und alternative Erfahrungen in den Fokus zu rücken.



Foto (von links): Jan Römer (BERGISCHE KRANKENKASSE), Okka Gundel (TV-Moderatorin und Botschafterin der Aktion), Andreas Pauly (Mediensuchtprävention NRW e. V.)

Kern ist eine gemeinschaftlich gestaltete „24-Stunden-Challenge“, die in Schulen, Familien und weiteren Lebenswelten umgesetzt wird. Durch die zeitgleiche Teilnahme entsteht ein kollektives Erlebnis, das soziale Interaktion und analoge Aktivitäten stärkt. Vorbereitung und Reflexion unterstützen die Auseinandersetzung mit dem eigenen Mediennutzungsverhalten. Ein zentraler Baustein der Kampagne sind Qualifizierungsformate für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, insbesondere „Wissens-Lunches“. Diese vermitteln praxisnahe Impulse zur Mediennutzung und stärken die Handlungssicherheit im pädagogischen Alltag. Ergänzend werden Fachveranstaltungen durchgeführt, darunter die Veranstaltung „Next Level oder Game Over“, an der im Mai 2026 rund 90 Fachexpertinnen und -experten teilnahmen.

Die Kampagne erzielt bereits im ersten Umsetzungsjahr eine breite Reichweite: Aktuell werden rund 2.900 Teilnehmende in Schulen und Einrichtungen direkt erreicht. Über Verteiler und Multiplikationswege wurden zudem mehr als 9.000 Personen informiert. Eine steigende öffentliche Aufmerksamkeit wird durch Medienberichterstattung unterstützt. Durch die Kombination aus direkter Ansprache, Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie breiter Öffentlichkeitsarbeit leistet „ONE DAY OFF“ einen Beitrag zur Prävention medienbezogener Risiken und zur Förderung psychosozialer Gesundheit.

#missionmacher – gesund durch die Ausbildung, fit in die Zukunft

Autorin:
Birgit Westermann
IKK classic

Der Start in die Ausbildung ist eine Lebensphase, in der sich der Rhythmus durch neue Aufgaben in Alltag und Beruf grundlegend ändert. Daraus ergeben sich häufig Defizite im Gesundheitsverhalten bezüglich Schlaf, Bewegung und Ernährung sowie beim Medien- und Suchtmittelkonsum.[20]

Bedarfsgerecht, flexibel, nachhaltig

Hier setzt das für die duale Ausbildung in Berufsschulen entwickelte Programm „#missionmacher – Mach dich fit für deine Zukunft“ an: Themen wie Bewegung, Ernährung, Regeneration und Selbstmanagement werden auf Augenhöhe vermittelt. Junge Menschen werden befähigt, ihre Gesundheit als individuelle Mission anzunehmen. Auch Lehrkräfte profitieren von Informationsmaterialien und Workshops zu den Themen Stress und Verhältnisprävention in der Schule. Die einzelnen Bausteine sind so konzipiert, dass sie inhaltlich aufeinander aufbauen, aber auch separat genutzt werden können. Das Basispaket ermöglicht einen niedrigschwelligen Start in das Programm und sichert die Betreuung durch Gesundheitsmanagerinnen und -manager. Die Erweiterung des Programms ist jederzeit möglich, wodurch die Inhalte verstetigt und Gesundheitsförderungsprozesse im Schulalltag verankert werden können. Ebenfalls wird die Nachhaltigkeit im Sinne von „Planetary Health“ mitgedacht.

Face to face und digital to go

Der „#missionmachertag“ setzt mit Workshops erste Impulse. Vertiefende Informationen und eine mögliche Schnittstelle in den Betrieb liefern die Unterrichtsreihen. Beide Bausteine können eigenständig durch die Lehrkraft oder mit Unterstützung von qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden. In Podcasts sprechen Azubis über ihre persönlichen Stolpersteine und individuellen Lösungen. Alle Bausteine sind inhaltlich verknüpft in der App „#missionmacher“ als zentraler Bestandteil des Programms. Sie motiviert die Azubis mit praktischen Alltagstipps, einem Quiz und spannenden Challenges, das Erlernte zu wiederholen und auszuprobieren. So erfolgt der Transfer in den Alltag und hilft dabei, gesunde Gewohnheiten zu entwickeln.

Ob im Unterricht, im Betrieb oder unterwegs: „#missionmacher“ bringt Gesundheitsförderung dorthin, wo junge Menschen sind – mitten in ihren Ausbildungsalltag. So entstehen Schritt für Schritt mehr Bewusstsein für das eigene Wohlbefinden und eine starke Basis für ein gesundes Berufsleben.

20 Betz, M./G. Graf-Weber/C. Kapelke/K. Wenchel: Gesundheitsförderung in der überbetrieblichen Ausbildung – am Beispiel des Kfz-Handwerks, in: DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (2012), DOI: 10.1055/s-0032-1323190

Gesundheit einfach machen – wir stärken Strukturen für inklusive Gesundheit

Autorin:

Ella Hannemann
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Gesundheitsförderung wirkt am besten dort, wo Menschen ihren Alltag verbringen. Für Menschen mit Behinderung sind das vor allem Werkstätten und betreute Wohnformen. Genau dort setzt das Projekt „Gesundheit einfach machen 2.0“ (Juli 2024 bis Dezember 2026) an, welches in Kooperation mit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin in enger Zusammenarbeit mit den Pflegekassen umgesetzt wird. Ziel ist es, Gesundheitsförderung direkt dort anzubieten, wo der Alltag stattfindet, und die Präventionsaktivitäten nachhaltig zu stärken. Die zentrale Idee von „Gesundheit einfach machen“ besteht darin, dass Organisationen der Eingliederungshilfe einen Gesundheitsförderungsprozess mithilfe einer Fachberatung umsetzen. Dieser umfasst sechs Phasen von der Vorbereitung bis zur Evaluation, die eine systematische Einführung von Gesundheitsmaßnahmen ermöglichen.

Fachberaterinnen und Fachberater begleiten die Wohn- bzw. Werkstätten für Menschen mit Behinderung bei der Umsetzung. Jede Einrichtung benennt eine Gesundheitskoordination, die ein internes Team gründet. Mit niedrigschwelligen Materialien und kontinuierlicher Begleitung werden die Teams durch den Fachberatungsprozess geführt, sodass Gesundheitsmaßnahmen dauerhaft in den Alltag integriert werden können. Den Gesundheitskoordinationen steht ein Maßnahmen- und Ideenportfolio zur Verfügung, das verhaltens- und verhältnisbezogene Angebote aus den Bereichen Bewegung, Entspannung, Suchtprävention und Ernährung bündelt. Nach einer Analysephase dient das Portfolio als Inspiration, um passgenaue, praxisnahe Maßnahmen für die jeweilige Einrichtung umzusetzen.

Ein zentraler Baustein des Projekts war die Sommerakademie „Klima und Gesundheit“ im September 2025. Menschen mit und ohne Behinderungen entwickelten gemeinsam Lernmaterialien in einfacher Sprache, die Zusammenhänge zwischen Klima und Gesundheit praxisnah und niedrigschwellig vermitteln. Die Akademie zeigte, dass partizipative Formate Empowerment fördern und die Themen für die Zielgruppe zugänglich machen.

Nachhaltige Gesundheitsförderung wirkt langfristig, wenn sie fest im Alltag verankert, von Mitarbeitenden unterstützt, fachlich begleitet und auf die Bedürfnisse vor Ort zugeschnitten ist. Die Einbeziehung aller Beteiligten sichert ihre kontinuierliche Umsetzung. So werden im Projekt „Gesundheit einfach machen 2.0“ Gesundheitskoordinatorinnen und -koordinatoren sowie Gesundheitsteams in den Einrichtungen etabliert, die den Gesundheitsförderungsprozess auch nach Projektende eigenständig fortführen und weiterentwickeln können.

Gesundheit im Quartier stärken: Aktiv im Kiez 2.0 in Potsdam-Drewitz

Autorin und Autor:

Rebecca Zeljar
und
Niklas Valder
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Gesunde Lebenswelten
EIN ANGEBOT DER ERSATZKASSEN

Seit 1. Januar 2026 wird „Aktiv im Kiez 2.0“ in Potsdam-Drewitz als Weiterentwicklung einer etablierten Angebotsstruktur umgesetzt. Ziel ist es, gesundheitsfördernde Maßnahmen nachhaltig im Quartier zu verankern und die Zielgruppen in ihrer Gesundheit und Gesundheitskompetenz zu stärken. Das Projekt richtet sich an Kinder und Jugendliche aus belasteten Lebenslagen, (langzeit-)erwerbslose Menschen, Alleinerziehende sowie ältere Bewohnerinnen und Bewohner in sozial benachteiligten Lebenslagen. Im Vorgängerprojekt „Aktiv im Kiez“ wurden über 20 regelmäßige Angebote zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, soziale Teilhabe und Gesundheitskompetenz entwickelt. Diese werden mit „Aktiv im Kiez 2.0“ fortgeführt, modifiziert und erweitert. Die Koordination und Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch eine Gesundheitslotsin sowie qualifizierte Fachkräfte.

Das Projekt etabliert niedrigschwellige Angebote zur Bewegungsförderung und Maßnahmen zur gesunden Ernährung, die in bestehende Strukturen der Stadtteil- und Schulangebote integriert werden. Zudem finden mehrsprachige Kurse zur Stressbewältigung statt. Ergänzend werden gemeinschaftsorientierte Aktivitäten wie Sportangebote im öffentlichen Raum initiiert, um die soziale Teilhabe zu fördern. Ein zentraler Bestandteil ist die Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diese sollen als Vertrauenspersonen im Sozialraum wirken, gesundheitsrelevante Inhalte zielgruppengerecht vermitteln und dazu beitragen, Zugangsbarrieren abzubauen. Gleichzeitig stärken sie die Akzeptanz und Reichweite der Angebote und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Förderung der Gesundheitskompetenz durch partizipative Ansätze. Schulkinder der Klassen 1 bis 6 werden in einer eigenen „Gesundheitskonferenz“ aktiv in die Entwicklung gesundheitsbezogener Maßnahmen eingebunden. Die Kinder werden zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gesundheitskompetenz befragt. Die Ergebnisse werden aufbereitet und nachhaltig in die Angebotsstruktur überführt. Ergänzt werden die Maßnahmen durch eine jährliche Netzwerkkonferenz, die lokale Akteure, Politik, Bildungseinrichtungen und soziale Träger zusammenbringt und den fachlichen Austausch sowie die Zusammenarbeit im Quartier stärkt. Durch eine enge Vernetzung sowie gezielte Öffentlichkeitsarbeit werden die Angebote im Quartier sichtbar gemacht und verankert.

Betriebliche Gesundheitsförderung

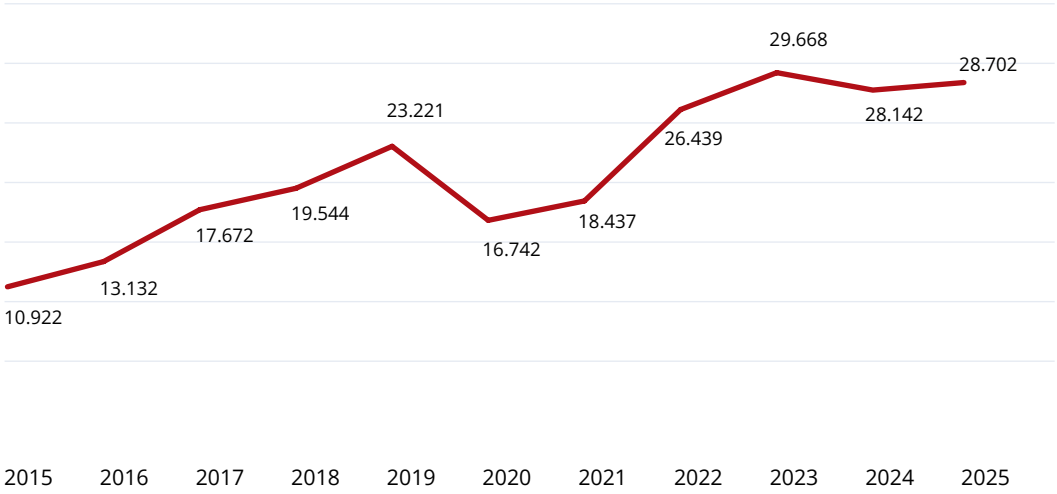
Im Rahmen von § 20b SGB V engagieren sich die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit Betrieben für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten. Eine gezielte betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bietet zahlreiche Chancen, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz nachhaltig zu stärken. Krankenkassen unterstützen Betriebe auf vielfältige Weise dabei, gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen und entsprechende Ressourcen sowie Kompetenzen ihrer Beschäftigten zu fördern. Durch die enge Kooperation mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden werden Synergien zwischen BGF und den Anforderungen des gesetzlichen Arbeitsschutzes systematisch genutzt.[21] Gerade vor dem Hintergrund alternder Belegschaften und des zunehmenden Fachkräftemangels gewinnt BGF als Instrument zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit weiter an Bedeutung.

Im Berichtsjahr 2025 wurden insgesamt 15.205 Dokumentationsbögen bzw. Aktivitäten zur BGF sowie 148 Dokumentationsbögen zur überbetrieblichen Vernetzung und Kooperation erfasst.[22] Die Krankenkassen haben 295.662.090 Euro[23] in BGF investiert, dies entspricht 3,97 Euro je Versicherten. Darin enthalten sind 0,98 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 zur Verfügung stellen wollen (vgl. Kapitel „Zahlen im Überblick“, S. 30 ff.).

Die mittlere Laufzeit aller BGF-Aktivitäten lag bei 26 Monaten (2024: 24 Monate). Ziel der Unterstützung ist es, Betriebe dazu zu befähigen, gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse im Arbeitsalltag nicht nur aufzubauen, sondern eigenständig weiterzuentwickeln und langfristig zu verankern. So kann auch ein befristetes Engagement der gesetzlichen Krankenkassen nachhaltig und über die Projektdauer hinaus wirken. Ergänzend kann die Steuerfreiheit arbeitgebergeförderter Präventions- und BGF-Leistungen nach § 3 Nr. 34 EStG zur Verstetigung beitragen.[24] Die nachfolgenden Abschnitte dokumentieren die Aktivitäten der Krankenkassen zur BGF und überbetrieblichen Vernetzung – ergänzt um Praxisbeispiele, die auch BGF für Beschäftigte in Pflegeberufen in den Blick nehmen (vgl. S. 109 ff.).

21 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 100–103.
22 Aktivitäten, die zu einer inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten gehören, werden in einem Bogen zusammengefasst (s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen S. 165 f.).
23 Die Ausgaben enthalten nicht verausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 15,3 Mio. Euro (Stand November 2026), 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.
24 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 02.06.2025).

Abb. 35: **Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte**



Erreichte Betriebe und Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Im Berichtsjahr 2025 konnten die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 28.702 Betriebe mit BGF-Leistungen erreichen. Dies entspricht einer Steigerung um 2 % im Vergleich zum Vorjahr. Die interessierten Betriebe nutzen das freiwillige Angebot der Krankenkassen, sie bei der Umsetzung von BGF zu unterstützen. Dabei entfielen 89 % der Betriebe auf Einzelstandorte und 11 % auf Mehrfachstandorte.

5 % der erreichten Betriebe bzw. Standorte wiesen im Berichtsjahr 2025 einen hohen Anteil an sogenannten ungelernten Beschäftigten auf.[25] Ein hoher Anteil liegt vor, wenn mindestens 20 % der Beschäftigten eines Betriebs, einschließlich der Auszubildenden, keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Im Vergleich zum vergangenen Berichtsjahr ist der Anteil dieser Betriebe an den insgesamt erreichten Betrieben geringfügig angestiegen (2024: 4 %).

25 S. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, S. 165 f.

Branchen

Wie schon in den Vorjahren setzten auch im Jahr 2025 Betriebe aus dem Dienstleistungsbereich am häufigsten BGF-Aktivitäten um (26 %). Deutschlandweit zählt dieser Wirtschaftssektor die meisten Erwerbstätigen.[26] Auch im verarbeitenden Gewerbe (24 %) und im Gesundheits- und Sozialwesen (19 %) blieb der Anteil der umgesetzten BGF-Aktivitäten gegenüber 2024 stabil. Im Gesundheits- und Sozialwesen wurde folgende Anzahl an Aktivitäten dokumentiert:

Gesundheitswesen:
- 657 BGF-Aktivitäten in Krankenhäusern und Hochschulkliniken (2024: 563)
- 195 BGF-Aktivitäten in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Apotheken oder Arztpraxen (2024: 184)

Heime
- 1.252 BGF-Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen (2024: 1.182)
- 139 BGF-Aktivitäten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (2024: 150)
- 41 BGF-Aktivitäten in anderen Heimen, z. B. Altenheime ohne Pflegeleistung (2024: 36)

Sozialwesen
- 228 BGF-Aktivitäten mit ambulanten Pflegediensten (2024: 222)
- 201 BGF-Aktivitäten in anderen Bereichen des Sozialwesens, z. B. Besuchsdienste für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen (2024: 178)

26 https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Lange-Reihen/Arbeitsmarkt/lrerw13a.html

Abb. 36: Branchen

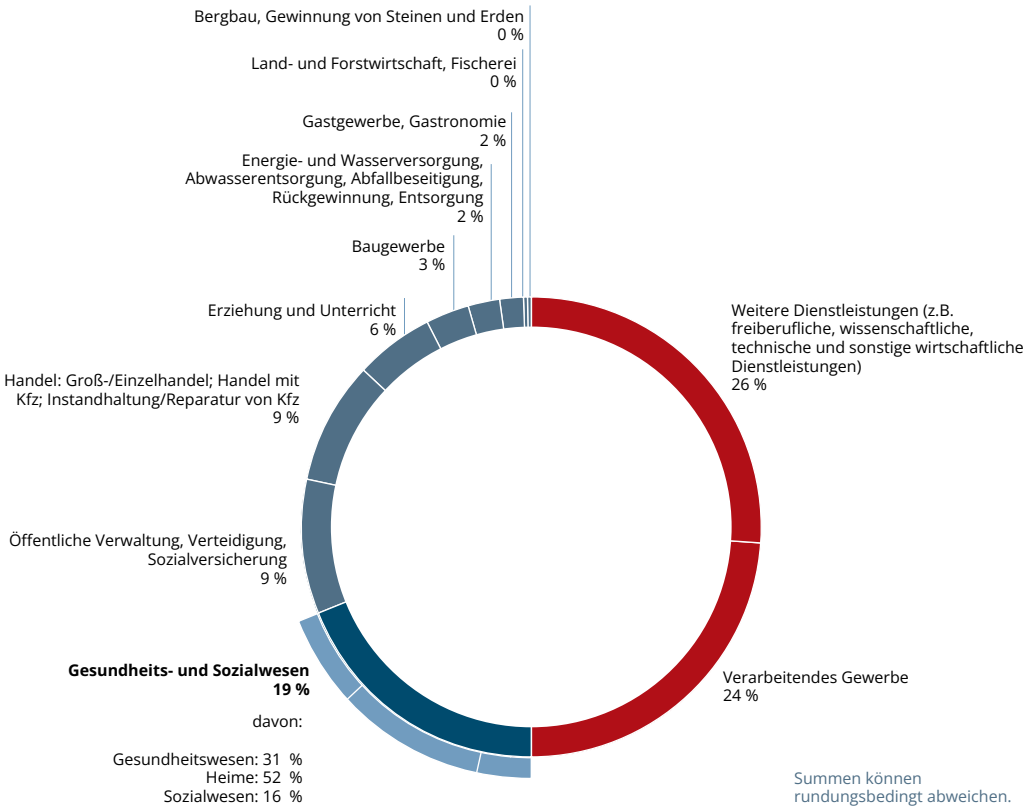
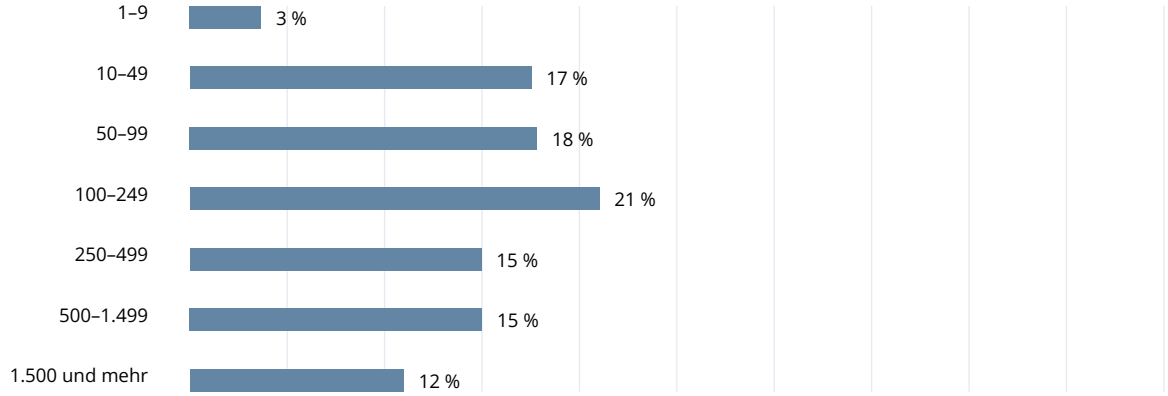


Abb. 37: **Betriebsgröße**
(Anzahl der Beschäftigten)

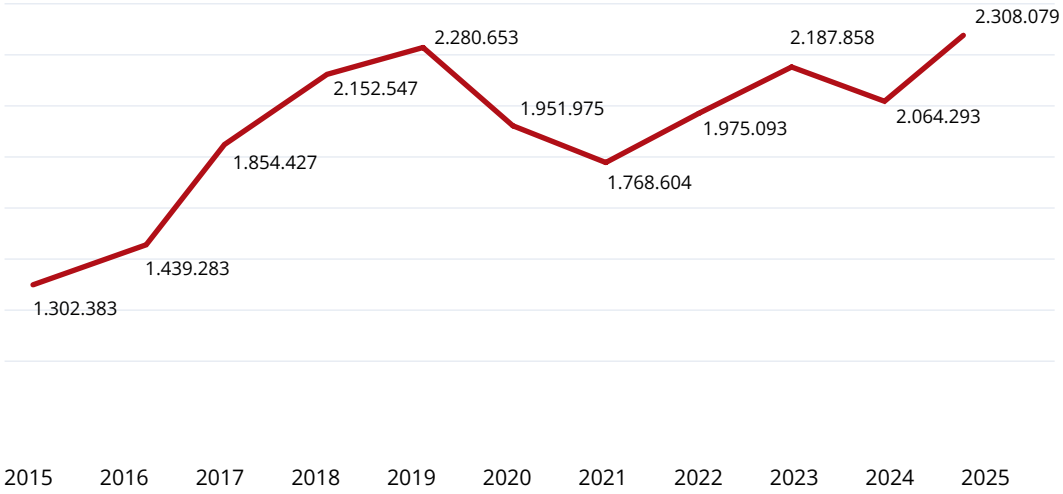


Summen können rundungsbedingt abweichen.

Betriebsgröße

Die Abbildung zeigt, dass das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten je nach Betriebsgröße unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Mit insgesamt ca. 59 % wurden am häufigsten kleine und mittlere Betriebe mit bis zu 249 Beschäftigten bei der Umsetzung von BGF-Leistungen unterstützt. Hierzu zählen mit 21 % Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten und mit 18 % Betriebe mit 50 bis 99 Beschäftigten. Kleine Betriebe zwischen 10 und 49 Beschäftigten waren mit 17 % vertreten, während Kleinstbetriebe mit bis zu neun Beschäftigten mit einem Anteil von 3 % deutlich seltener durch BGF-Aktivitäten erreicht wurden. Großunternehmen mit über 249 Beschäftigten sind insgesamt mit ca. 41 % vertreten. Die Anteile sind im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert.

Abb. 38: **Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte** (Schätzwert für direkt erreichte Personen)

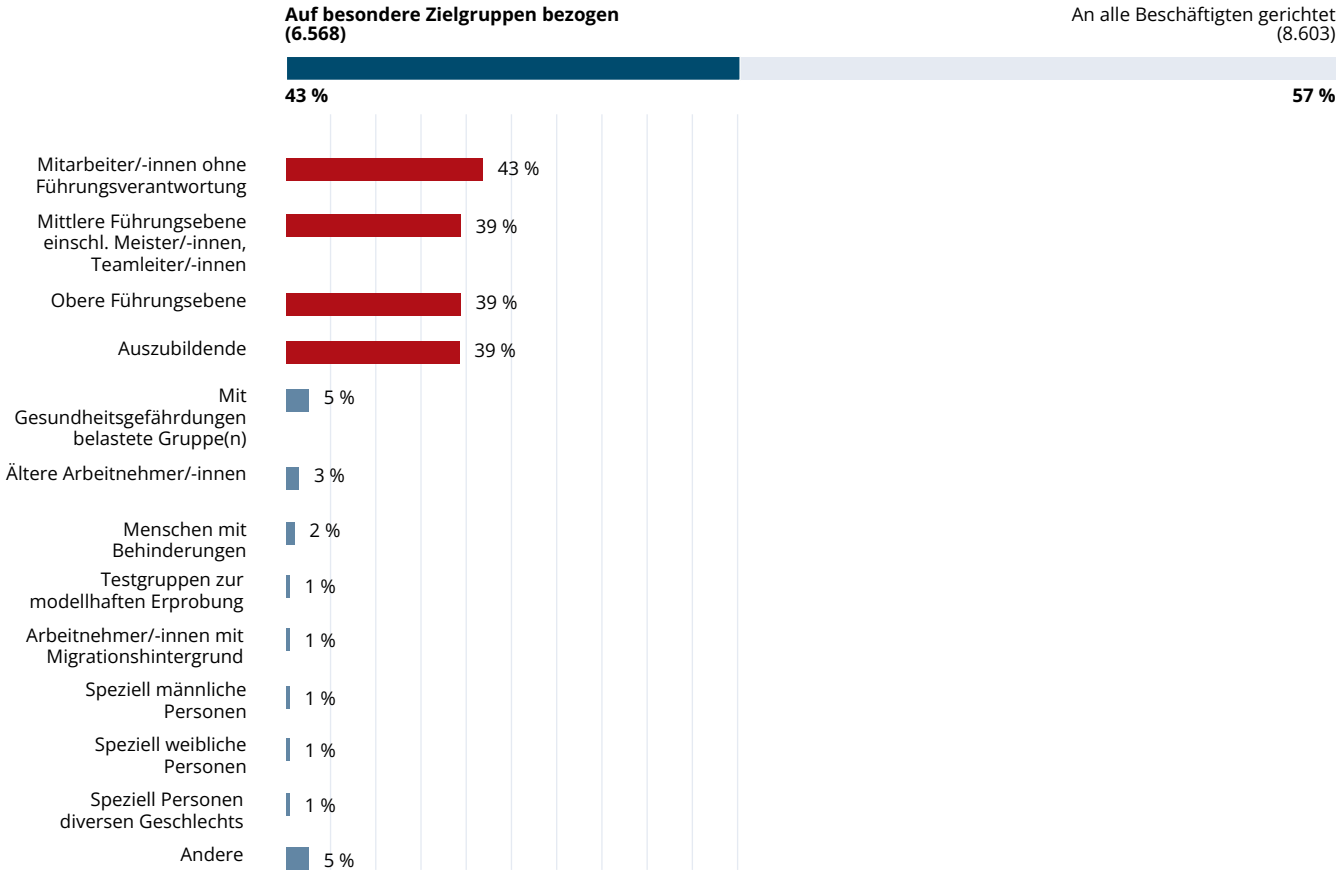


Erreichte Beschäftigte

2025 ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg der durch BGF-Maßnahmen erreichten Beschäftigten zu verzeichnen. 2.380.079 Beschäftigte konnten direkt mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden; dies entspricht einem Anstieg um 12 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 2.064.293). Wie im Vorjahr beträgt die Anzahl der Dokumentationsbögen ohne Angaben zu den erreichten Beschäftigten etwa 43 %, wodurch vermutlich von einer Unterschätzung der tatsächlich erreichten Beschäftigten auszugehen ist.

Mit einem Anteil von rund 56 % wurden in der BGF mehr Männer als Frauen erreicht.

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

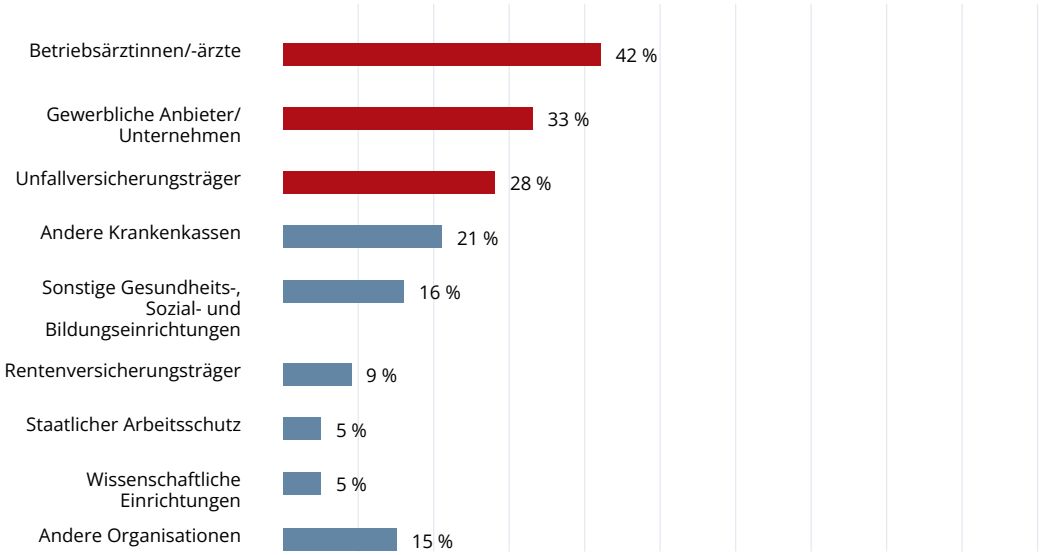


Zielgruppen

57 % der Maßnahmen waren gleichermaßen an alle Beschäftigten gerichtet, während 43 % auf spezifische Zielgruppen im Betrieb ausgerichtet waren. Zielgruppenspezifische Angebote können gezielt die Bedarfe besonders beanspruchter Beschäftigtengruppen berücksichtigen, darunter Beschäftigte mit besonderen Tätigkeitsprofilen, etwa im Schichtdienst oder in körperlich anspruchsvollen Berufen sowie Führungskräfte.

Ein gesundheitsgerechter Führungsstil wirkt sich positiv auf die Motivation und Gesundheit der Beschäftigten aus und beeinflusst auch das Gesundheitsverhalten der Führungskräfte selbst, weshalb ihnen eine besondere Bedeutung in der BGF zukommt. 2025 waren zielgruppenspezifische Maßnahmen am häufigsten auf Beschäftigte ohne Führungsverantwortung (43 %) ausgerichtet, gefolgt von Auszubildenden und Führungskräften der mittleren und oberen Führungsebene mit jeweils 39 %.

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



Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

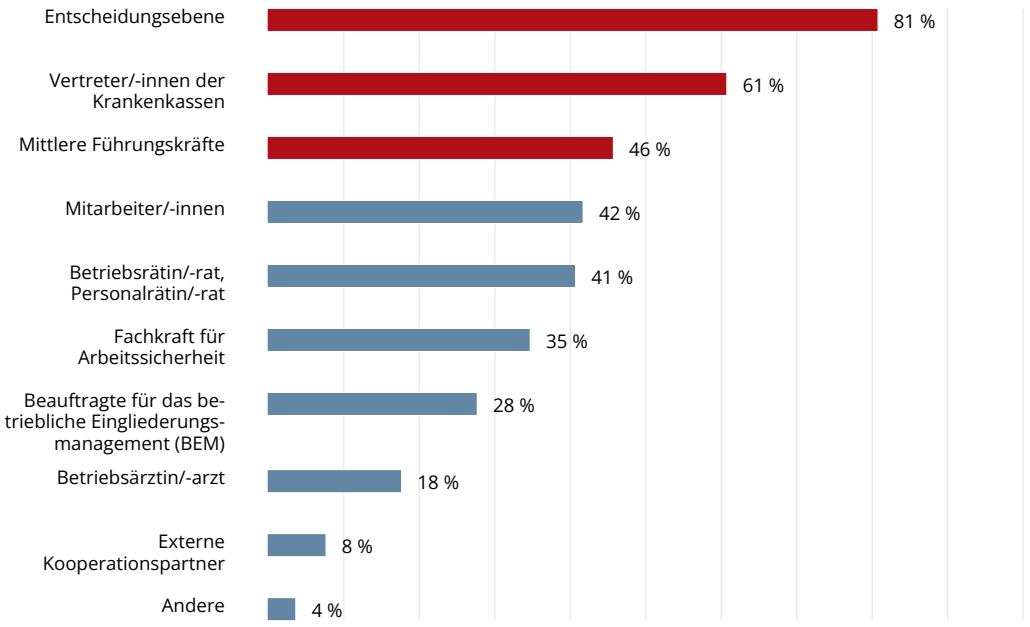
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Bei der Entwicklung und Umsetzung von BGF-Maßnahmen können die Krankenkassen und Betriebe mit Kooperationspartnern wie der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, Integrationsämtern und kommunalen Beratungsstellen oder Sportvereinen zusammenarbeiten.[27] Im Berichtsjahr brachten sich externe Kooperationspartner bei 18 % aller Aktivitäten entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen in gemeinsame Aktivitäten ein.

Unter diesen Kooperationspartnern waren am häufigsten Betriebsärztinnen und -ärzte (42 %), gewerbliche Anbieter/Unternehmen (33 %), Träger der Unfallversicherung[28] (28 %) sowie andere Krankenkassen (21 %) vertreten.

27 Leitfaden Prävention, 2025, S. 111.
28 Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern ist in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz festgehalten und umfasst z. B. die Durchführung von Risikobewertungen und Analysen, die Zusammenarbeit im Steuerungsgremium, Qualifizierung von Führungskräften sowie die innerbetriebliche Öffentlichkeitarbeit und überbetriebliche Netzwerkarbeit. Leitfaden Prävention, 2025, S. 110 f.

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



Kategorien mit Werten unter 5 % werden nicht angezeigt.

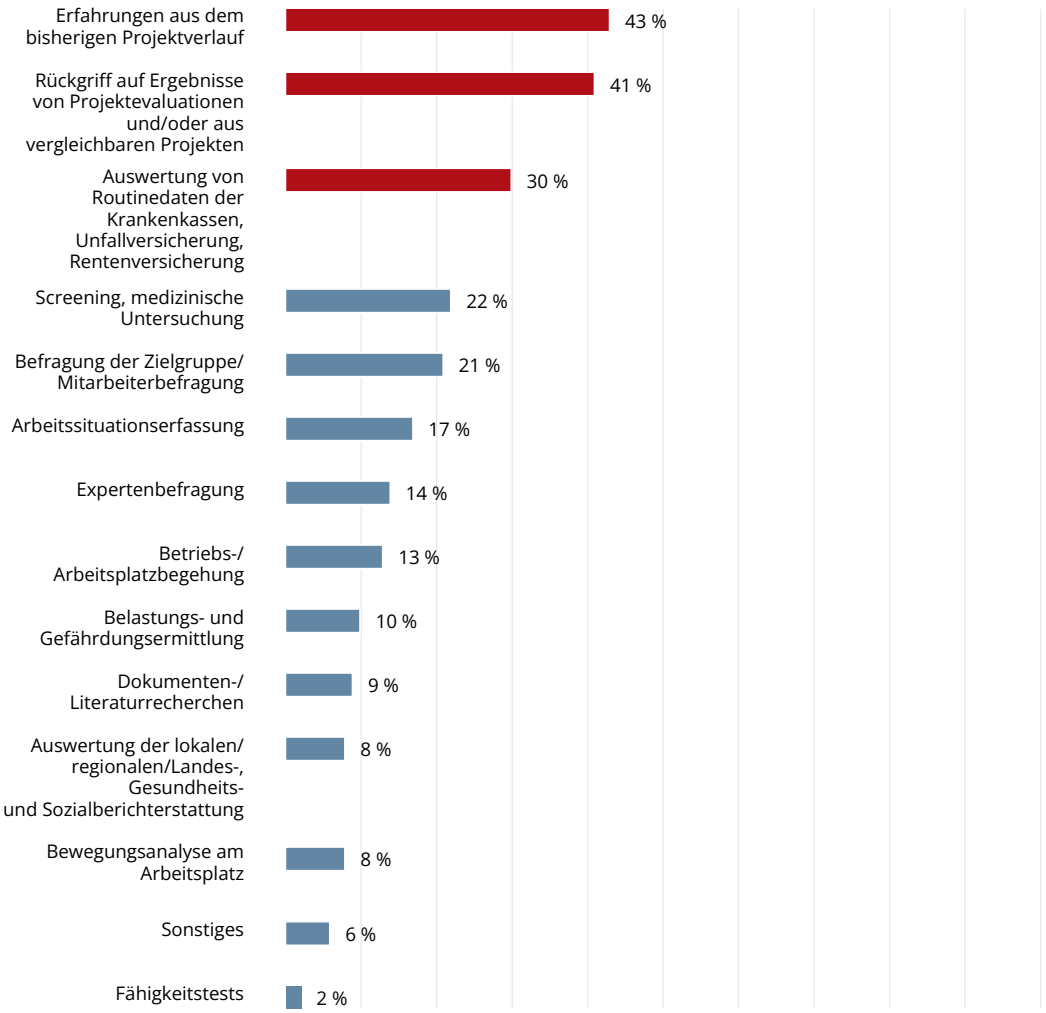
Koordination und Steuerung

Das Entscheidungs- und Steuerungsgremium koordiniert den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess von der Analyse der gesundheitlichen Ausgangssituation und der Ermittlung des Handlungsbedarfs über die Planung und Umsetzung von Maßnahmen bis zur Evaluation. Damit die Arbeit des Gremiums wirksam und nachhaltig ist, sollten alle relevanten Akteure kontinuierlich eingebunden sein. Neben betrieblichen Akteuren wie Betriebs- oder Personalrat gehören dazu auch außerbetriebliche Partner, etwa die zuständige Krankenkasse oder der Unfallversicherungsträger.[29]

In 44 % der dokumentierten Aktivitäten wurde ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium eingerichtet. Mit 81 % war die betriebliche Entscheidungsebene am häufigsten am Steuerungsgremium beteiligt, gefolgt von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen (61 %), Angehörigen der mittleren Führungsebene (46 %), den Beschäftigten (42 %) sowie Vertreterinnen und Vertretern des Betriebs- oder Personalrats (41 %).

29 Leitfaden Prävention, 2025, S. 107.

Abb. 42: **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bedarfsermittlung

Zu den Leistungen der Krankenkassen in der BGF zählen u. a. Analyseleistungen zur Bedarfsermittlung. Im Rahmen der Analyse sollen für den gesamten Betrieb sowie für einzelne Abteilungen und Beschäftigtengruppen die gesundheitliche Situation sowie relevante Belastungen und Ressourcen ermittelt und Handlungsbedarfe abgeleitet werden. Hierzu eignen sich verschiedene Methoden, Analyseinstrumente und Datenquellen, z. B. Arbeitsplatzbegehungen, Befragung der Beschäftigten, Altersstrukturanalysen, Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz oder anonymisierte Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Die in der Analysephase gewonnenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen im Betrieb werden im Steuerungsgremium ausgewertet und fließen in die Maßnahmenplanung ein.[30]

30 Leitfaden Prävention, 2025, S. 108.

Abb. 42 zeigt, welche Methoden und Datenquellen zur Ermittlung von Handlungsbedarfen einschließlich Risiken und Potenzialen in den teilnehmenden Betrieben eingesetzt wurden. Neben Routinedaten der Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherung (30 %) wurden auch die Ergebnisse von Screenings bzw. medizinischen Untersuchungen (22 %) und Befragungsdaten (21 %) ausgewertet. Wie auch in den Vorjahren wurden häufig Erfahrungen aus dem bisherigen Projektverlauf (43 %) und Ergebnisse von Projektevaluationen (41 %) berücksichtigt.

Formen der Mitarbeitendenbeteiligung

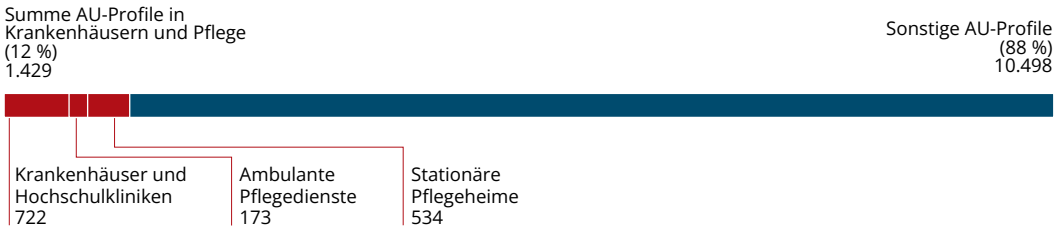
Im Berichtsjahr wurden in 34 % der geförderten BGF-Maßnahmen beteiligungsorientierte Ansätze zur Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung eingesetzt. Beteiligungsorientierte Analyseinstrumente wie z. B. Gesundheitszirkel oder Arbeitssituationsanalysen sind sowohl zur Bedarfsermittlung, Maßnahmenplanung und -umsetzung als auch zur Evaluation geeignet. Indem sie die Beschäftigten als Expertinnen und Experten für die eigene Arbeits- und Gesundheitssituation einbeziehen, können beteiligungsorientierte Instrumente einen wichtigen Beitrag zur Identifikation und Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten. Die Schaffung von aktiven Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten im Rahmen aller relevanten Entscheidungsprozesse kann außerdem die Akzeptanz und die Wirksamkeit der geplanten Intervention verbessern.[31]

In 39 % der BGF-Aktivitäten, die Methoden zur Förderung der aktiven Mitarbeitendenbeteiligung nutzten, kamen Arbeitssituationsanalysen zum Einsatz. Als beteiligungsorientiertes Analyseinstrument ermöglichen sie es, über moderierte Gruppendiskussionen einen Überblick über Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten zu gewinnen.

In 25 % der BGF-Maßnahmen wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. Hierbei handelt es sich um regelmäßig stattfindende, moderierte Workshops mit den Beschäftigten eines Teams oder Arbeitsbereichs. Die in den Workshops identifizierten Belastungen und die daraufhin entwickelten Gestaltungsoptionen werden anschließend dem Entscheidungs- und Steuerungsgremium vorgelegt, welches über die Umsetzung entscheidet. Durch die direkte Mitwirkung im Rahmen des Gesundheitszirkels erfahren die Beschäftigten Wertschätzung und Anerkennung und leisten einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung des betrieblichen Arbeitsschutzes.

31 Leitfaden Prävention, 2025, S. 115.

Abb. 43: Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte



Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Um einen besseren Einblick über krankheitsbedingte Ausfälle innerhalb eines Betriebs zu gewinnen, bieten sich Arbeitsunfähigkeitsanalysen an. Solche von den Krankenkassen erstellten Arbeitsunfähigkeits-Profile (AU-Profile) oder betriebliche Gesundheitsberichte liefern einen ersten anonymisierten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten. Um die Parameter eines Betriebs besser einordnen zu können, enthalten AU-Profile/Gesundheitsberichte darüber hinaus die Durchschnittswerte der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit). Die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten eignet sich vor allem für größere Betriebe, da sie in Klein- und Kleinstbetrieben aus Datenschutzgründen nur begrenzt möglich ist. Alternativ können hier branchenbezogene Gesundheitsberichte oder beteiligungsorientierte Ansätze wie Gesundheitszirkel eingesetzt werden.[32]

Die Krankenkassen erstellten im Jahr 2025 insgesamt 11.927 AU-Profile/Gesundheitsberichte. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um 1 % (2024: 11.777 AU-Profile). 1.429 bzw. 12 % aller AU-Profile/Gesundheitsberichte wurden im Bereich der ambulanten und stationären Pflege und in Krankenhäusern erstellt. 6 % dieser AU-Profile/Gesundheitsberichte wurden für Krankenhäuser und Hochschulkliniken, 4 % für stationäre Pflegeheime und 1 % für ambulante Pflegedienste erstellt.

32 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 108.

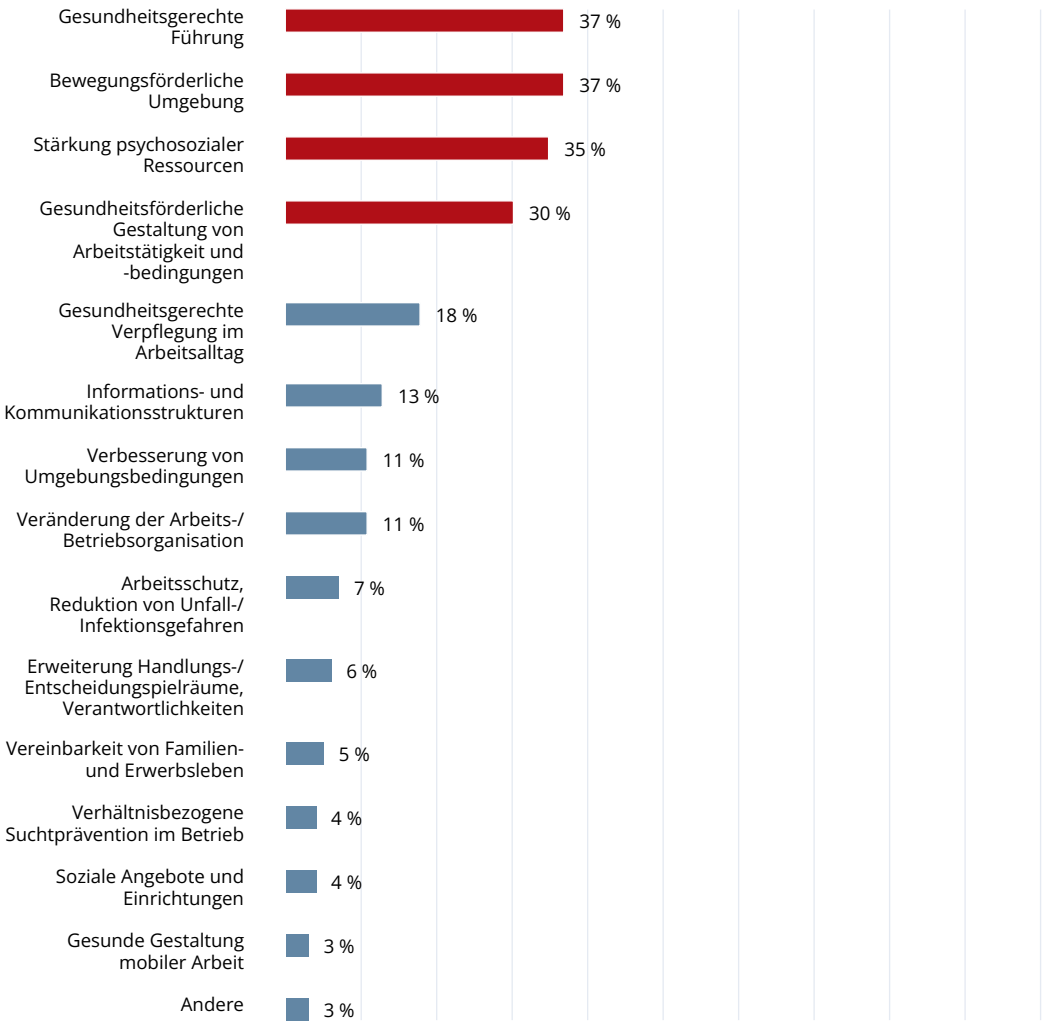
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Im Rahmen der BGF unterstützen die Krankenkassen sowohl verhältnispräventive Maßnahmen als auch verhaltenspräventive Angebote. Verhältnispräventive Maßnahmen sind Maßnahmen, die auf Handlungsroutinen und organisatorische Regelungen wie z. B. eine gesundheitsförderliche Führungs- und Kommunikationskultur, eine bewegungsfreundliche Arbeitsumgebung oder gesundheitsgerechte Verpflegungsangebote ausgerichtet sind. Durch verhaltensbezogene Interventionen sollen negative Auswirkungen beruflicher Belastungen sowie individuelle Risiken bzw. Risikoverhaltensweisen auf die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten vermieden oder reduziert werden. Verhaltensbezogene Angebote in der BGF zielen auf die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen und orientieren sich an den Präventionsprinzipien „Stressbewältigung und Stärkung individueller Ressourcen“, „Bewegungsförderndes Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte“, „Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag“ sowie „Betriebliche Suchtprävention“. Interventionen, in denen verhältnis- und verhaltenspräventive Angebote und Inhalte kombiniert werden, haben sich als besonders effektiv erwiesen.[33]

Im Berichtsjahr 2025 setzte mehr als die Hälfte (58 %) der von den Krankenkassen unterstützten BGF-Maßnahmen kombinierte verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen um. In etwa einem Drittel (34 %) der BGF-Aktivitäten wurden ausschließlich verhaltenspräventive Angebote zur Reduktion individueller Gesundheitsrisiken umgesetzt und insgesamt 8 % der Aktivitäten hatten eine rein verhältnispräventive Ausrichtung.

33 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 130.

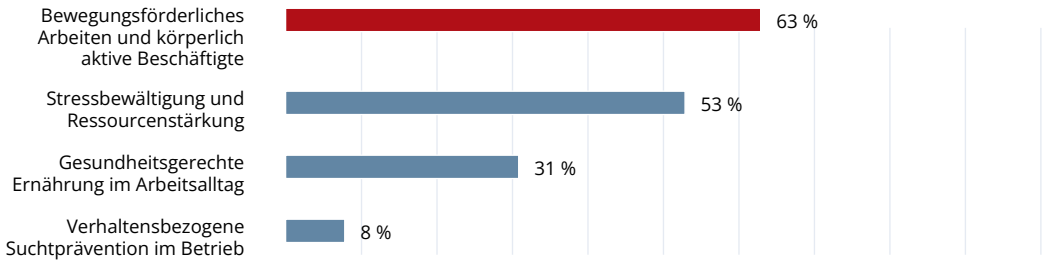
Abb. 44: **Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

Mit jeweils 37 % waren verhältnisbezogene Interventionen am häufigsten auf die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Arbeitsumgebung und auf das Erlernen eines gesundheitsgerechten Führungsstils ausgerichtet, gefolgt von Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Ressourcen (35 %). Auch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen (30 %) wurde häufig adressiert, ebenso wie eine gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag (18 %).

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



Verhaltenspräventive Interventionen zur Vermittlung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils waren am häufigsten auf das Präventionsprinzip „Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte“ (63 %) ausgerichtet, gefolgt von „Stressbewältigung und Ressourcenstärkung“ (53 %). Etwa ein Drittel der verhaltensbezogenen Interventionen war auf das Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag“ (31 %) ausgerichtet. Angebote zur „Betrieblichen Suchtprävention“ (8 %) wurden seltener umgesetzt.

Klima

Veränderte klimatische Bedingungen infolge des Klimawandels wirken sich auch auf die Gesundheit der Beschäftigten und deren Beschäftigungsfähigkeit aus. Besonders sogenannte Outdoorworker, d. h. Beschäftigte, die überwiegend oder ausschließlich im Freien tätig sind, z. B. im Baugewerbe, in der Abfallentsorgung oder bei Post- und Paketdiensten, sind verstärkt von Hitze, UV-Strahlung, Allergenen und Feinstaub betroffen. Aber auch Beschäftigte, die nicht im Freien tätig sind, haben bei hohen Temperaturen hitzebedingte Auswirkungen zu bewältigen, z. B. wenn sie in Arbeitsräumen ohne Klimaanlage tätig sind. Kühlt nach einem heißen Tag die Lufttemperatur in der Nacht nicht ab, können hitzebedingte Schlafstörungen die Erholungsfähigkeit, insbesondere bei Beschäftigten im Schichtdienst, einschränken.[34] Je nach Arbeitsumfeld und Tätigkeit ergeben sich somit unterschiedliche Handlungsbedarfe beim Thema Klimaschutz und -anpassung. Vor diesem Hintergrund sind diese Themen auch wichtige Inhalte der BGF. Im Berichtsjahr 2025 wurden die Themen Klimaschutz und -anpassung, wie bereits in den Vorjahren, in ungefähr der Hälfte (51 %) aller dokumentierten BGF-Maßnahmen berücksichtigt.

Nutzung digitaler Formate

Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben können durch digitale Angebote und Anwendungen unterstützt werden. Entsprechende Anwendungen können in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses eingesetzt werden und die Bereitstellung einer BGF-Maßnahme betreffen, z. B. indem diese vollständig digital angeboten oder durch digitale Informationsplattformen erweitert wird. Der Einsatz digitaler Anwendungen ermöglicht die zielgruppenspezifische Bereitstellung von gesundheitsförderlichen Informationen und die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit der Angebote, beispielsweise für Schichtarbeitende.

Im Berichtsjahr 2025 wurde die Hälfte (51 %) der dokumentierten BGF-Projekte unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Mit 87 % kamen dabei am häufigsten hybride Formate (digital und in Präsenz) zum Einsatz.

34 https://www.vdbw.de/der-vdbw/foren-und-arbeitsgruppen/ag-klimawandel

Erfolgskontrollen

In 87 % aller von den Krankenkassen unterstützen BGF-Maßnahmen wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder befanden sich in Planung. Um den Erfolg der Intervention zu ermitteln, wurden durchschnittlich etwa vier Indikatoren miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten sowie die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt (71 % und 66 %). Weitere häufig analysierte Indikatoren waren die Akzeptanz und Inanspruchnahme der Maßnahme durch die Zielgruppe (63 %) und Prozesse bzw. Abläufe im Zusammenhang mit der Maßnahme (25 %).

Aktivitäten der Krankenkassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen (LRV)

Die gesetzlichen Krankenkassen und Träger der Unfall- und Rentenversicherung beraten Betriebe bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen. Dabei informieren sie nicht nur über eigene Angebote und Instrumente, sondern auch über Unterstützungsmöglichkeiten anderer Träger. Dadurch fördern sie 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, die zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Landesministerien geschlossen werden.[35] Unter den im Berichtsjahr 2025 dokumentierten BGF-Maßnahmen, bei denen gültige Angaben zur Fragestellung vorlagen, wiesen 7 % einen Bezug zu den Strukturen der LRV auf.

35 Nationale Präventionskonferenz (NPK): Gesundheit in der Arbeitswelt, https://www.npk-info.de/umsetzung/gesundheit-in-der-arbeitswelt (abgerufen am 02.06.2025).

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Von den Krankenkassen geförderte BGF-Maßnahmen werden überwiegend in großen und mittleren Betrieben umgesetzt. Klein- und Kleinstbetriebe haben, aufgrund im Vergleich zu großen Unternehmen begrenzter Personal- und Finanzressourcen, einen besonderen Unterstützungsbedarf bei der Initiierung von BGF-Maßnahmen. Um auch kleineren Betrieben und deren Beschäftigten die Teilnahme an BGF zu ermöglichen, gewinnt die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung.[36]

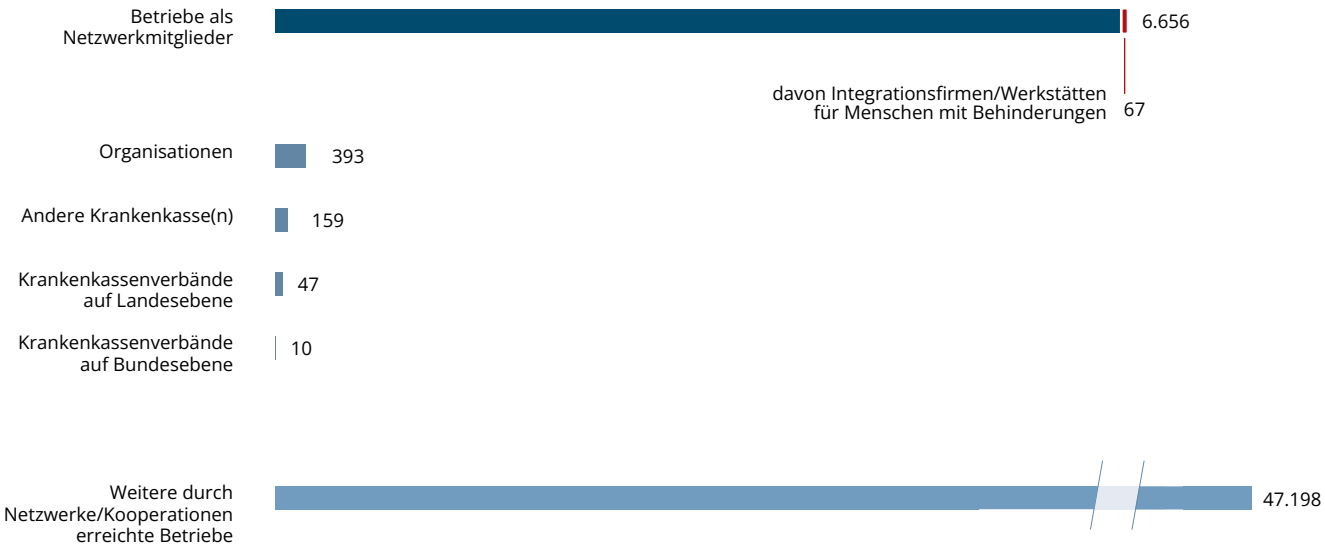
Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Überbetriebliche Netzwerke sind „zeitlich relativ stabile Gruppen“, die sich aus verschiedenen Netzwerkpartnern, wie Unternehmensvertretungen sowie regionalen Akteuren, zusammensetzen. Diese Gruppen verständigen sich intern auf gemeinsame Ziele, Aufgaben und Regeln der Zusammenarbeit. Ziel eines Netzwerks ist es, durch die Betreuung auf überbetrieblicher Ebene insbesondere solche Betriebe zu erreichen, die (noch) nicht über ausreichend interne Ressourcen für die Organisation eines BGF-Prozesses verfügen. Diese sollen niedrigschwellig (z. B. digital) für BGF sensibilisiert, motiviert und unterstützt werden. Zentrale Elemente der Netzwerkarbeit sind der Erfahrungsaustausch mit anderen Netzwerkmitgliedern und die wechselseitige Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Die Arbeit in überbetrieblichen Netzwerken stellt einen wirksamen Ansatz zur Sensibilisierung von Betrieben für BGF dar. Sie kann die Bereitschaft der betrieblichen Entscheidungsebene, in BGF-Maßnahmen zu investieren, stärken und fördern.[37]

Neben überbetrieblichen Netzwerken können Informationen zur BGF auch über Kooperationen mit Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und anderen Organisationen, z. B. Innungen, Handwerkskammern, Wirtschaftsfachverbänden, Branchenverbänden und Industrie- und Handelskammern, vermittelt werden. Gemeinsam mit diesen verschiedenen Kooperationspartnern bieten die gesetzlichen Krankenkassen und die BGF-Koordinierungsstellen Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen für interessierte Betriebe an. Darauf aufbauend können weiterführende Schritte in Form von Netzwerk- oder konkreten betrieblichen Gesundheitsaktivitäten folgen.[38]

36 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 133 ff.
37 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 134 f.
38 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 135.

Abb. 46: **Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner**
(Mehrfachnennungen möglich)

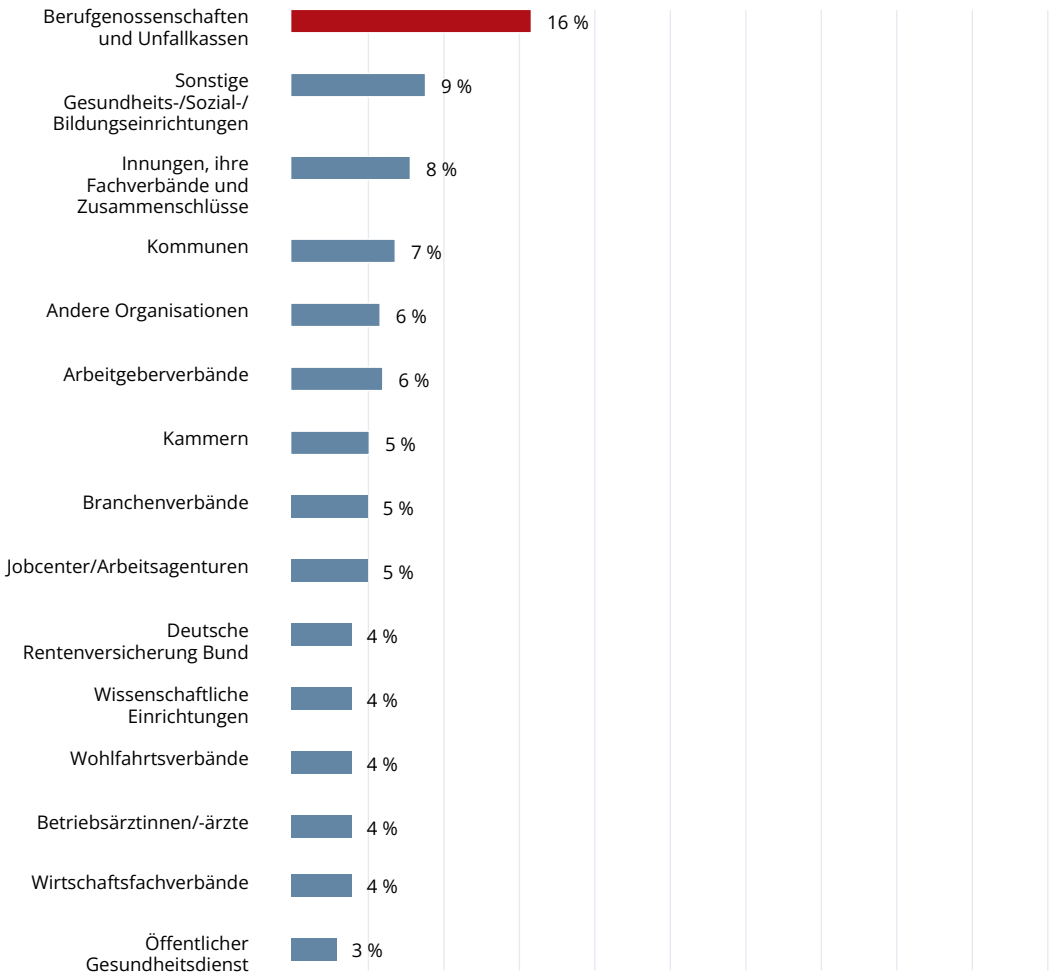


Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Im Berichtsjahr 2025 wurden 148 überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen dokumentiert (2024: 134 Netzwerke/Kooperationen). Dies entspricht einem Anstieg um 10 % gegenüber dem Vorjahr. In 51 Netzwerken (36 %) lag eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner vor. 6.656 Betriebe beteiligten sich direkt als Netzwerkmitglieder (2024: 6.463 Betriebe). Darunter befanden sich auch 67 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Durch die Arbeit in Netzwerken wurden darüber hinaus weitere 47.198 Betriebe erreicht. Diese Betriebe befinden sich noch in der Phase der Informationsgewinnung und Entscheidungsfindung, wie BGF im eigenen Betrieb eingeführt und umgesetzt werden kann. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Anzahl erneut gesunken (2024: 67.630; 2023: 107.909; 2022: 112.708). Die hohe Anzahl erreichter weiterer Betriebe in den Jahren 2022 und 2023 war u. a. auf die Bildung neuer Netzwerke zurückzuführen, die große Wirtschaftsverbände einbezogen und bestehende Strukturen effektiv nutzten, um eine Vielzahl von Betrieben außerhalb des Netzwerks anzusprechen. In den Jahren 2024 und 2025 sind einige dieser Netzwerke mit besonders hoher Reichweite ausgelaufen oder waren nicht aktiv, wodurch der Rückgang der erreichten weiteren Betriebe zu erklären ist. Durch ihr Engagement in Netzwerken und Kooperationen erreichten die Krankenkassen im Berichtsjahr 2025 insgesamt 53.854 Betriebe. Gegenüber den Vorjahren entspricht dies ebenfalls einem Rückgang (2024: 74.093; 2023: 113.570; 2022: 117.422).

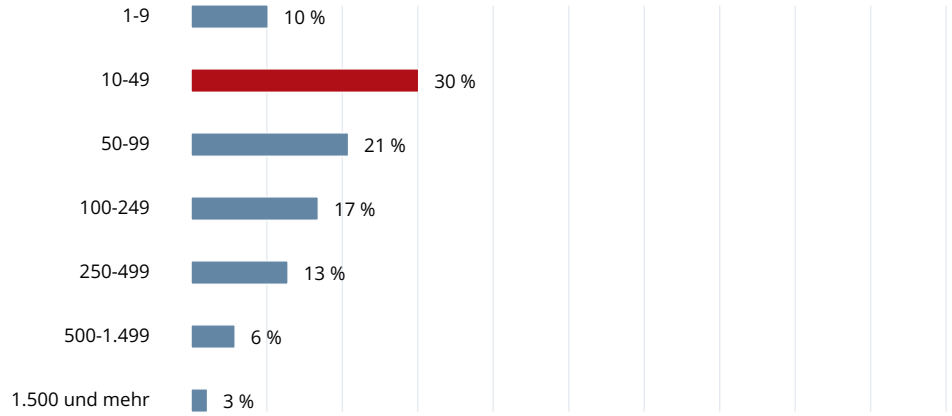
Abb. 47: **Organisationen als Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner**
(Mehrfachnennungen möglich)



Um BGF zu verbreiten und zu implementieren, arbeiten die Krankenkassen innerhalb der Netzwerke und Kooperationen mit verschiedenen Partnern zusammen. Neben den Krankenkassen waren am häufigsten die gewerblichen Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallkassen (16 %) vertreten. Diese gehören dem Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) an.[39] Weitere Mitglieder bzw. Partner waren u. a. sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen (9 %), Innungen, ihre Fachverbände und Zusammenschlüsse (8 %) sowie Kommunen (7 %) und Arbeitgeberverbände (6 %).

39 DGUV-Spitzenverband: Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp (abgerufen am 20.05.2025).

Abb. 48: **Betriebe als Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner nach Betriebsgröße**
(Anzahl der Beschäftigten)

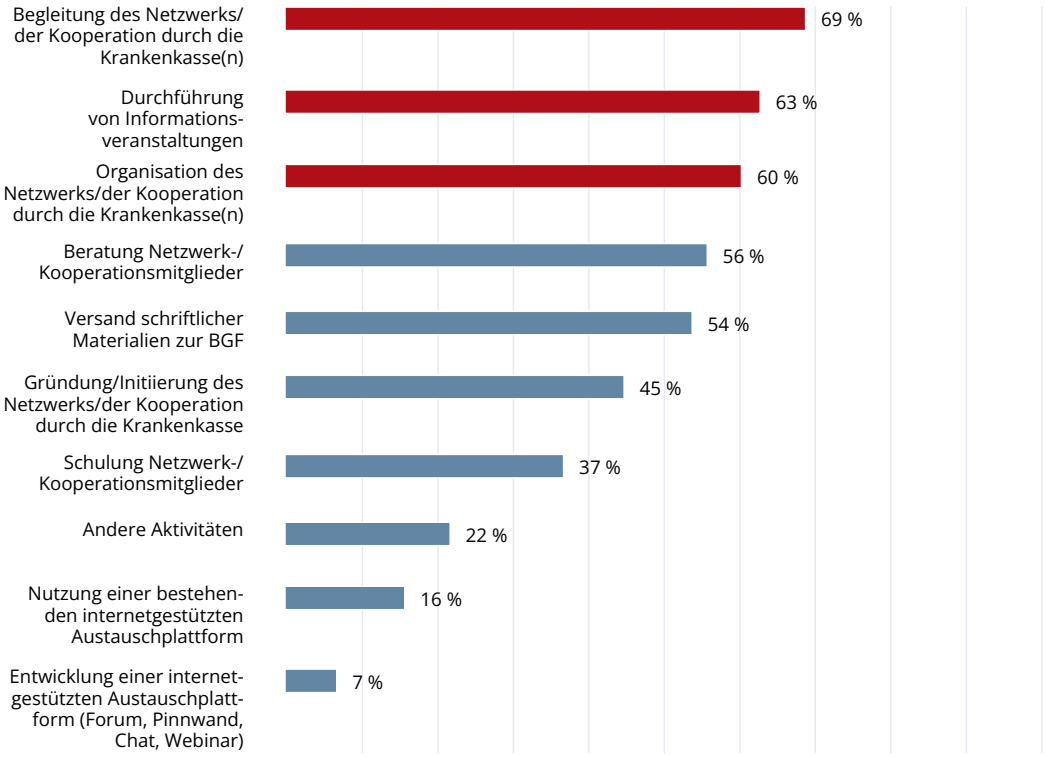


Mit 40 % (2.582 Betriebe) wurden am häufigsten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten durch Netzwerke und Kooperationen erreicht. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen (2024: 49 % bzw. 2.959 Betriebe). Während Klein- und Kleinstbetriebe unter den Betrieben, die im Berichtsjahr BGF-Maßnahmen umgesetzt haben, einen Anteil von 20 % ausmachen, liegt ihr Anteil in den Netzwerken doppelt so hoch.[40] Dies ist positiv zu bewerten, da Betriebe dieser Größe besonders von Netzwerken und Kooperationen profitieren können.

Neben Klein- und Kleinstbetrieben sind mittelgroße Betriebe häufig in Netzwerken aktiv. 21 % (1.346 Betriebe) der über Netzwerke und Kooperationen erreichten Betriebe waren mittelgroße Betriebe mit 50 bis 99 Beschäftigten und weitere 17 % (1.064 Betriebe) waren Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten. Zusammen machten mittelgroße Betriebe somit 38 % aus. Großbetriebe mit 250 und mehr Beschäftigten sind mit insgesamt 22 % (1.429 Betriebe) im Vergleich dazu seltener Mitglieder in Netzwerken.

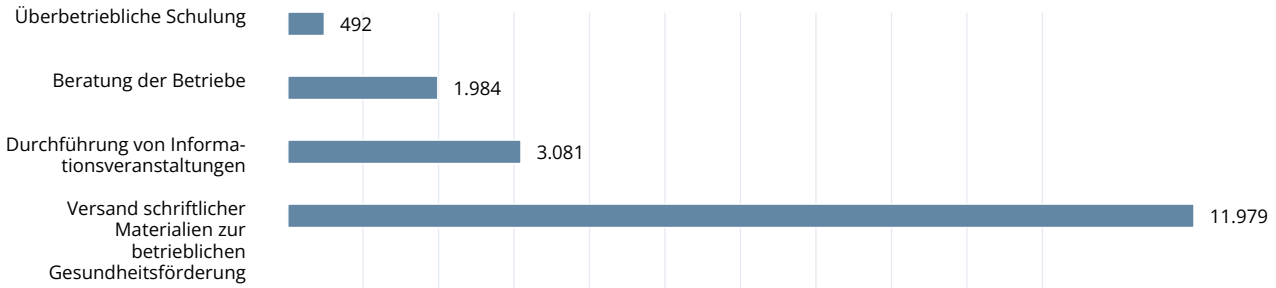
40 Vgl. Abb. 37 auf S. 81.

Abb. 49: Aktivitäten für die Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner



Zur Verbreitung und Einführung von BGF standen im Berichtsjahr 2025 die Begleitung der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen durch die Krankenkassen (69 %) im Mittelpunkt, gefolgt von der Durchführung von Informationsveranstaltungen für Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner (63 %). Weitere häufig durchgeführte Aktivitäten umfassten die Organisation der Netzwerke und Kooperationen durch die Krankenkassen (60 %), die Beratung von Netzwerkmitgliedern und Kooperationspartnern (56 %) sowie den Versand schriftlicher Materialien zur BGF (54 %).

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



Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Über die Netzwerke und Kooperationen hinaus wurden etwa 47.198 weitere Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF erreicht (vgl. S. 95). Dazu wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Schulungen: 492 Betriebe (2024: 639 Betriebe)
- Beratungen: 3.081 Betriebe (2024: 2.093 Betriebe)
- Informationsveranstaltungen: 1.984 Betriebe (2024: 2.367 Betriebe)
- schriftliche Informationen zur BGF: 11.979 Betriebe (2024: 8.789 Betriebe)

Unter den im Berichtsjahr 2025 dokumentierten Aktivitäten für Betriebe außerhalb der Netzwerke und Kooperationen entfielen 67 % auf den Versand schriftlicher Materialien zur BGF, gefolgt von der Beratung der Betriebe mit 17 %.

Evaluation

27 % der Netzwerke und Kooperationen führten im Berichtsjahr 2025 eine Evaluation durch. 10 % planten die Durchführung einer Evaluation für die Zukunft.

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

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

Ziel 2:
(nicht durch den Präventionsbericht evaluiert) Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum[41] 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 BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht.

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

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

41 Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Die GKV formuliert seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele für die BGF. Die Ziele werden im Leitfaden Prävention abgebildet und im GKV-Präventionsbericht dokumentiert. Die erste Zieleperiode umfasste die Jahre 2008 bis 2012, gefolgt von den Jahren 2013 bis 2018. Im Jahr 2019 wurden neue Präventionsziele eingeführt. Diese Zieleperiode endete im Jahr 2025. Mit Abschluss der Zieleperiode 2019 bis 2025 gelten ab dem Jahr 2026 neue Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele.[42]

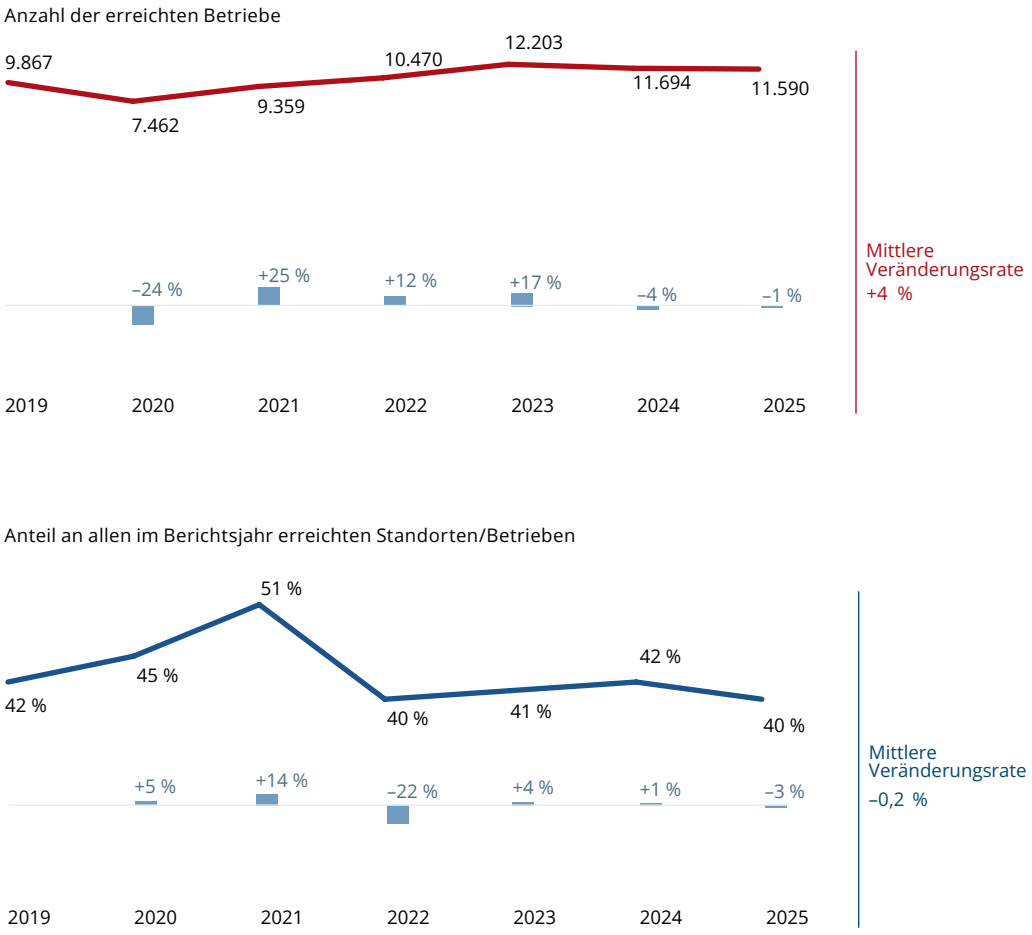
Im diesjährigen Präventionsbericht wird ein Fazit zur Zielerreichung in der Periode 2019 bis 2025 gezogen. Gemäß der Zielformulierung gelten die Ziele als erreicht, wenn sich innerhalb des Gesamtzeitraums Zahl und Anteil der erreichten Betriebe, der umgesetzten Aktivitäten oder der erreichten Personen erhöht haben.[43] Basisjahr der 2025 abgeschlossenen Zieleperiode ist das Jahr 2019.

In die Laufzeit der Zieleperiode fallen verschiedene globale und regionale Ereignisse wie die Corona-Pandemie im Zeitraum von 2020 bis 2023 oder geopolitische Konflikte und Krisen. Von deren Auswirkungen waren bzw. sind Betriebe und Beschäftigte in Deutschland unterschiedlich betroffen. Durch die bundesweiten Eindämmungsmaßnahmen infolge der Corona-Pandemie gingen die BGF-Aktivitäten in den Jahren 2020 und 2021 zurück, konnten in den Folgejahren jedoch wieder aufgeholt werden. Bei der Evaluation der Zieleperiode sind diese Auswirkungen zu berücksichtigen.

Im Berichtsjahr 2025 konnten in der BGF die Ziele 5, 6 und 7 erreicht werden. Bei den weiteren Zielen 1,3 und 4 konnten die Zahl und der Anteil der Betriebe, die mit den in den Zielen spezifisch definierten Aktivitäten erreicht wurden, nicht gesteigert werden. Diese Ziele gelten als nicht erreicht.

42 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 18 f.
43 Methodische Erläuterung zur Berechnung der Zielerreichung s. S. 166.

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



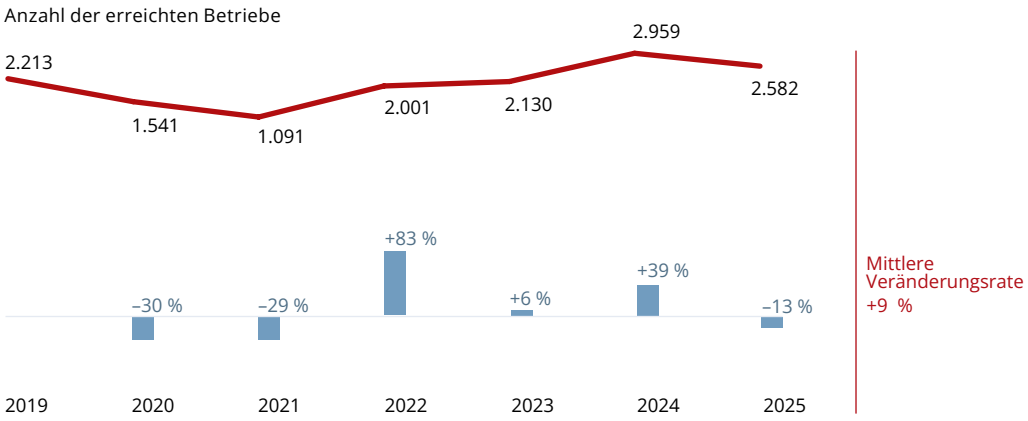
Erreichungsgrad der GKV-Präventionsziele in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Die absolute Zahl der Betriebe unterlag zwischen 2019 und 2025 deutlichen Schwankungen, konnte aber insgesamt erhöht werden. Gleichzeitig konnte der Anteil dieser Betriebe insgesamt nicht erhöht werden.

– **Das Ziel wurde teilweise erreicht.**

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

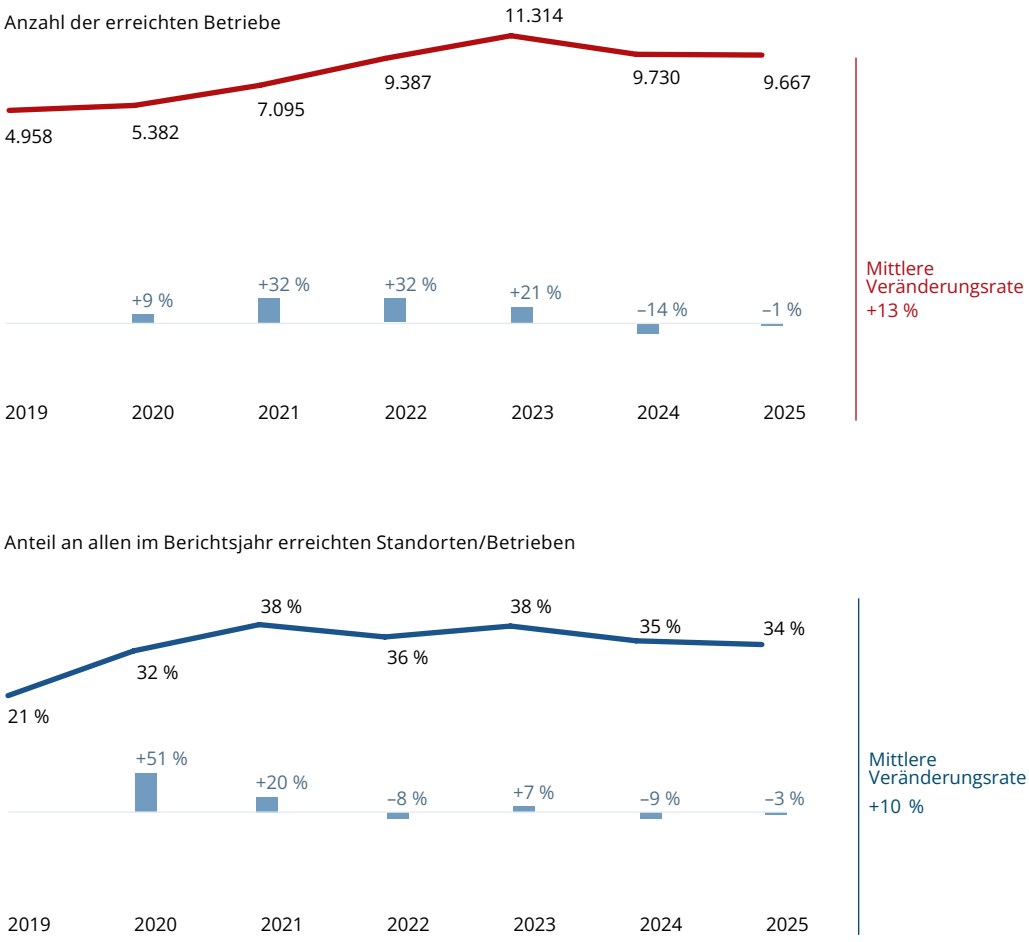


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Die Anzahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten konnte im betrachteten Zeitraum insgesamt gesteigert werden. Der pandemiebedingte Rückgang zwischen 2020 und 2021 wurde in den Folgejahren erfolgreich aufgeholt. Die Zahl der erreichten Betriebe lag bis zum Ende der Zieleperiode im Jahr 2025 höher als im Basisjahr 2019. Über die gesamte Zieleperiode hinweg konnte die Zahl der erreichten Klein- und Kleinstbetriebe durchschnittlich um 9 % gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden.

✓ **Das Ziel wurde erreicht.**

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

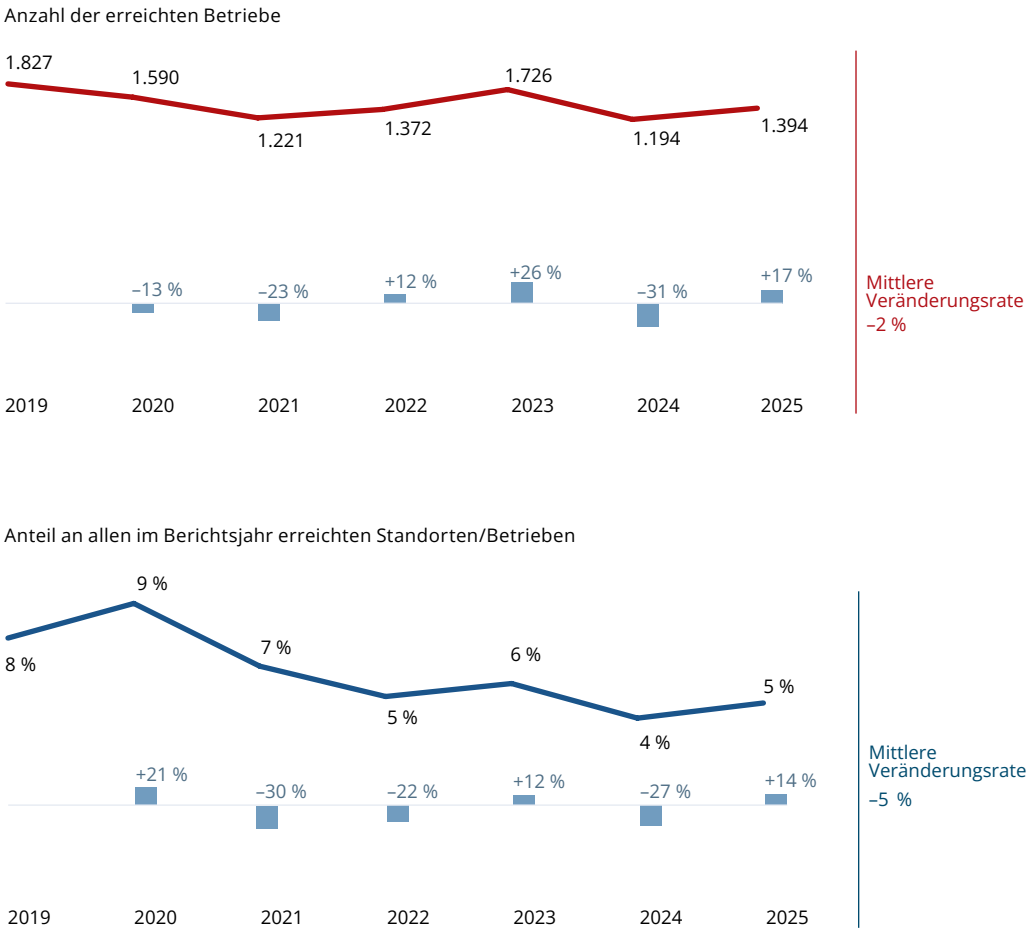


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Die Anzahl der Betriebe, die zwischen 2019 und 2025 Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung umsetzten, konnte nahezu verdoppelt werden. Über die betrachteten Jahre hinweg nahm die Zahl der Betriebe durchschnittlich um 13 % pro Jahr zu. Auch der prozentuale Anteil dieser Betriebe konnte über den gesamten Betrachtungszeitraum gesteigert werden. Der Anstieg liegt bei durchschnittlich 10 % pro Jahr. Mit Blick auf die beiden Pandemiejahre 2020 und 2021 zeigt sich, dass trotz Eindämmungsmaßnahmen wie Kurzarbeit und Homeoffice die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen konstant geblieben ist. Dies unterstreicht die Relevanz beteiligungsorientierter Methoden zur Verbesserung der Akzeptanz und Wirksamkeit der Intervention und misst der Perspektive der Beschäftigten als Expertinnen und Experten für die eigene Arbeits- und Gesundheitssituation eine besondere Bedeutung zu.

✓ **Das Ziel wurde erreicht.**

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

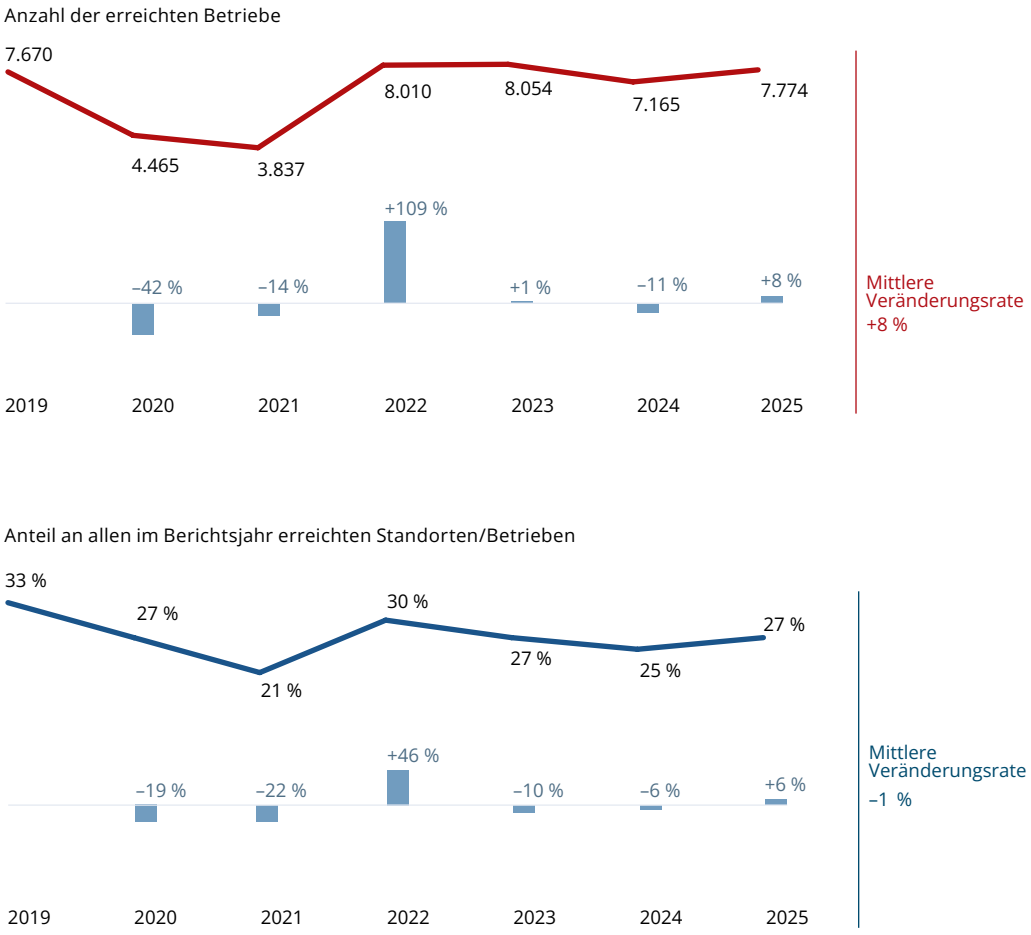


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Zahl und Anteil der erreichten Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung konnten von 2019 bis 2025 nicht gesteigert werden. Gegenüber dem jeweiligen Vorjahr sank die Zahl der erreichten Betriebe im Durchschnitt um 2 %, der Anteil um 5 %. Beide Parameter liegen am Ende der Zieleperiode niedriger als die Werte aus dem Basisjahr.

✗ **Das Ziel wurde nicht erreicht.**

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

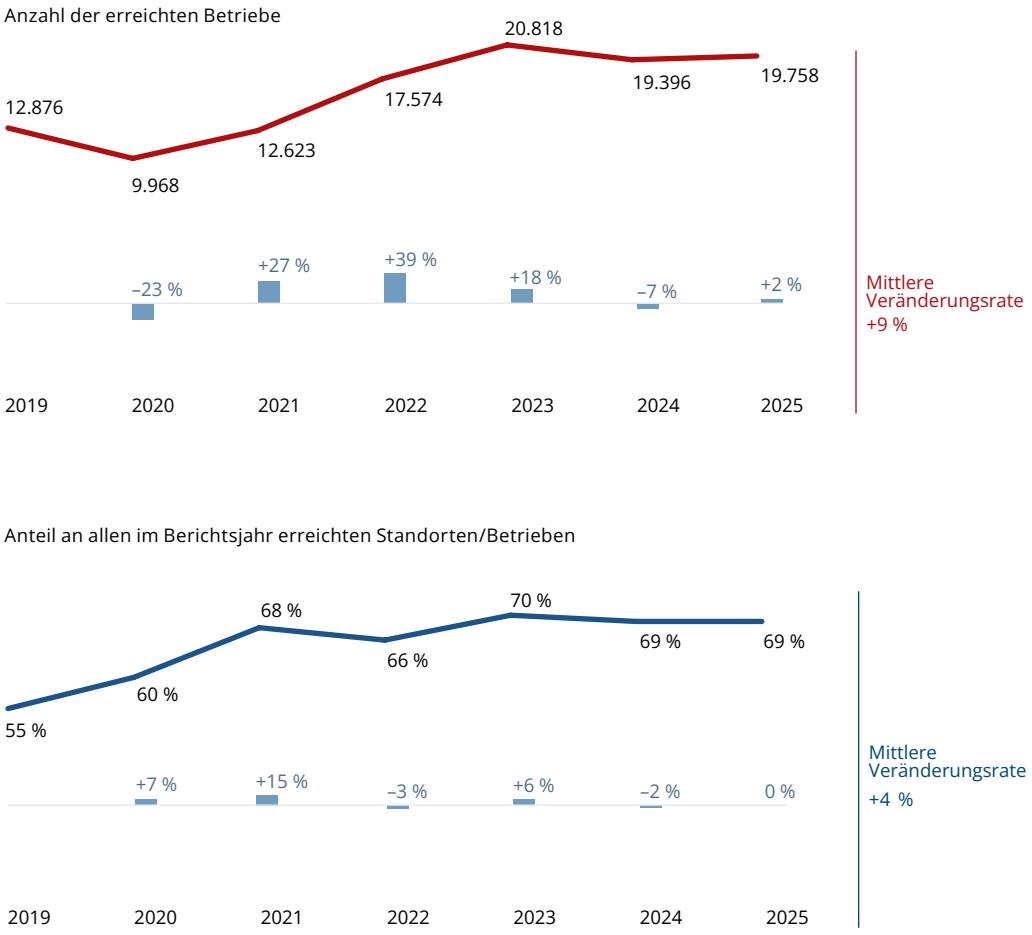


Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Die Anzahl der erreichten Betriebe, die von 2019 bis 2025 verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparats sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld umsetzten, konnte erhöht werden. In den Jahren 2020 und 2021 ist ein pandemiebedingter Rückgang zu verzeichnen. In den Folgejahren hat die Anzahl der erreichten Betriebe wieder das Niveau des Vor-Corona-Jahres 2019 erreicht. Insgesamt ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Zunahme der Anzahl erreichter Betriebe um 8 %. Gleichzeitig konnte der prozentuale Anteil der erreichten Betriebe über die betrachteten Jahre nicht gesteigert werden. Der Anteil sank gegenüber dem jeweiligen Vorjahr im Durchschnitt um 1 %.

— **Das Ziel wurde teilweise erreicht.**

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



Bewertung der Zielerreichung 2019–2025

Zwischen 2019 und 2025 konnten sowohl die Zahl als auch der Anteil der Betriebe erhöht werden, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführten. Nach einem pandemiebedingten Rückgang der absoluten Anzahl erreichter Betriebe im Jahr 2020 stiegen die Maßnahmen bereits im darauffolgenden Jahr nahezu auf das Niveau des Vor-Corona-Jahres 2019. Auch in den Folgejahren lässt sich, bis auf einen geringfügigen Rückgang im Jahr 2024, eine fortlaufende Steigerung der erreichten Betriebe feststellen. Im Durchschnitt nahm die Zahl der Betriebe um 9 % zu. Der Anteil erreichter Betriebe blieb im betrachteten Zeitraum ebenfalls auf hohem Niveau. Gegenüber dem jeweiligen Vorjahr stieg der Anteil im Durchschnitt um 4 %. Dies unterstreicht die besondere Relevanz psychosozialer Gesundheit.

✓ **Das Ziel wurde erreicht.**

Fazit zur Erreichung der arbeitsweltbezogenen Ziele

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der Ziele erreicht oder teilweise erreicht werden konnte.

	Ziele der GKV für die betriebliche Gesundheitsförderung	Zielerreichung
1	Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM	—
3	Mehr erreichte Klein– und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung	✓
4	Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses	✓
5	Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen	✗
6	Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	—
7	Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten	✓

Coaching „Leben in Balance“ für Unternehmerpaare im Handwerk

Autorinnen:

Katja Keller-Landvogt
IKK classic

Dr. Christine Busch
Universität Hamburg

Klein- und mittelständische Handwerksbetriebe werden häufig von Lebenspartnerinnen und -partnern gemeinsam geführt. Die Balance zwischen beruflichen Anforderungen und privatem Leben stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Erschöpfung und eine eingeschränkte Work-Life-Balance sind meist die Folgen. Hier setzt das Coaching „Leben in Balance“ für Unternehmerpaare im Handwerk an.

Das Coaching entstand im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts „e-RegioWerk“. Nach erfolgreicher Entwicklung wurde das Konzept in Handwerksbetrieben erprobt und evaluiert. Seitdem bietet eine gesetzliche Krankenkasse das Coaching bundesweit an. Ziel des Coachings ist es, Unternehmerpaare dabei zu unterstützen, die eigene Gesundheit und Selbstfürsorge stärker in den Blick zu nehmen. Die Paare gestalten Erholung und Work-Life-Balance aktiv. Das Coaching umfasst sechs Sitzungen (digital oder in Präsenz) über einen Zeitraum von acht Monaten inklusive eines Onlinekurses zur Vorbereitung der Sitzungen.

Die Evaluation mit mehr als 80 Unternehmerinnen und Unternehmern zeigte eine hohe Wirksamkeit des Coachings: Die Teilnehmenden konnten besser von der Arbeit abschalten, berichteten von geringerer emotionaler Erschöpfung und waren mit ihrer Work-Life-Balance zufriedener als Personen einer Kontrollgruppe. Als zentrale Wirkfaktoren erwiesen sich die Unterstützung durch die Partnerin bzw. den Partner sowie ergebnisorientierte Selbstreflexion.[44] Gleichzeitig erwies sich das Coaching als erfolgreicher Einstieg in den BGF-Prozess.

Teilnehmende berichteten:

- *„Nach dem Coaching nehme ich mir mehr Zeit für mich selbst ohne schlechtes Gewissen.“*
- *„Ich mache nun wieder regelmäßig Sport, und es geht mir viel besser.“*
- *„Wir verstehen uns jetzt viel besser und unterstützen uns gegenseitig mehr.“*

Inzwischen wurde das Konzept zu einem Einzelcoaching weiterentwickelt. Eine Vertrauensperson unterstützt die Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen im Alltag. Erste Evaluationsergebnisse weisen auch hier auf vergleichbare positive Effekte hin.

44 Busch, C./R. Dreyer: Copreneur-Coaching. Erholungsförderung und Burn-out-Prävention für Unternehmerpaare, in: Coaching Magazin, 4, 2022, S. 49–53.
Busch, C./K. Keller-Landvogt/R. Dreyer/M. Janneck: Digital gestützte Organisationsberatung zur Gesundheitsförderung für Kleinunternehmen im Handwerk – Copreneur Coaching, Prozess- und Teamentwicklung, Analysetools, Online-Kurse, in: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 56, 2025, S. 31–42, https://doi.org/10.1007/s11612-025-00792-6

Gemeinsam am Start für mehr Gesundheit: „Gesunde Unternehmen – Challenge 2026“

Autorinnen:
Sina Lürßen
und
Dr. Wiebke Hübner
hkk Krankenkasse

Gerade in der heutigen Zeit sind die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) besonders wichtig. Die Aktion „Gesunde Unternehmen – Challenge 2026“ verbindet daher die Disziplinen des BGM mit dem gesundheitsorientierten Verhalten aller Beschäftigten.

Arbeitgebende und Beschäftigte engagieren sich gemeinsam für mehr Aktivität und Gesundheit in ihrer Organisation. Beschäftigte leisten ihren Beitrag, indem sie innerhalb von 100 Tagen die virtuelle Laufstrecke von Bremen zur Zugspitze – täglich 8.000 Schritte – absolvieren. Dabei können sowohl Schritte als auch andere bewegungsfördernde Aktivitäten in der App hinterlegt werden.

„Wir batteln uns im Fachdienst und unter den einzelnen Teams. Alle sind voll motiviert. Mega gut!“, äußert die Leiterin einer öffentlichen Verwaltung im Gespräch.

Arbeitgebende bringen Punkte für die Weiterentwicklung ihrer Strukturen und Aktivitäten im BGM (z. B. Bedarfsanalyse, Steuerkreis Gesundheit, regelmäßige Angebote) in die Challenge ein. Flankiert wird die Challenge von Motivationsaktionen und digitalen Workshops für Beschäftigte und BGM-Ansprechpersonen. In den Fachvorträgen erhalten die Ansprechpersonen anregende Impulse für ihr BGM, beispielsweise zu den Fragen: „Wann hat man ein BGM?“ oder „Wie binde ich Führungskräfte gut ein?“

„Auch wenn ich schon viele Jahre das BGM bei uns steuere, nehme ich neue Denkansätze, Perspektiven und Erfahrungen aus anderen Betrieben mit – vielen Dank.“, kommentierte der BGM-Beauftragte eines Produktionsunternehmens.

Wer gewinnt die Challenge?

Die Summe beider Teile der Challenge – virtueller Gehwettbewerb und BGM-Strukturmerkmale[45] – stellt das Gesamtergebnis dar. Je mehr BGM-Strukturmerkmale vorliegen und je mehr Beschäftigte die Laufstrecke absolvieren, desto besser fällt das Gesamtergebnis aus. Die Punkte werden unter Berücksichtigung der Unternehmensgröße gewertet. Die besten drei Unternehmen und je drei Teilnehmende pro Unternehmen wurden im Oktober 2026 auf der feierlichen Preisverleihung geehrt.

An der 10. „Gesunde Unternehmen-Challenge“ im Jahr 2026 sind insgesamt 178 Betriebe aus 14 Bundesländern an den Start gegangen. 165 Betriebe haben das Ziel gemeinsam mit ihren Beschäftigten erreicht. Die Unternehmensgrößen lagen 2026 zwischen 7 und über 13.340 Beschäftigten.

45 BGM-Strukturmerkmale sind die organisatorischen Grundlagen, die ein Unternehmen schafft, um BGM dauerhaft, systematisch und wirksam zu verankern. Dazu gehören vor allem Strukturen, Verantwortlichkeiten, Prozesse und Ressourcen, die das BGM tragen.

Organisationalen Respekt in der Basisarbeit verankern

Autorin:

Katja Roth
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland/Hamburg

Basisarbeit (auch Einfacharbeit oder Helfertätigkeit) bildet mit 20 % aller Beschäftigten das Fundament vieler deutscher Unternehmen und ist im Dienstleistungsbereich, z. B. in Sicherheits-, Logistik- und Reinigungsberufen, weit verbreitet.[46] Die Arbeit ist körperlich und psychisch anspruchsvoll, Krankheitstage liegen über dem Durchschnitt[47], und Präventionsangebote im Rahmen der BGF erreichen Basisarbeitende kaum[48].

Das Projekt ORBiT (**O**rganisationaler **R**espekt und **B**asisarbeit **i**n der **T**ransformation), gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, zielte darauf, mehr Respekt und Wertschätzung für Basisarbeitende im Unternehmen zu verankern. Dazu wurden Kriterien für respektvolle und gesunde Arbeitsbedingungen identifiziert und Basisarbeitende aktiv eingebunden. Ein Kick-off mit Führungskräften und Management diente dazu, die Haltung zu Basisarbeitenden zu reflektieren und aufzuzeigen, wie Wertschätzung Motivation und Gesundheit beeinflusst. Eine mehrsprachige Befragung erfasst Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur, Führungsverhalten und soziales Miteinander auf Mitarbeitenden- und Führungsebene. In Ideenwerkstätten entwickeln Mitarbeitende Lösungsvorschläge. Führungskräfte reflektieren diese in Workshops, konkrete Maßnahmenpläne werden abgeleitet.

Das Projekt zeigte auf, dass Basisarbeitende über eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz und Orientierung im deutschen Gesundheitssystem verfügen. Führungskräfte sind gefordert, eine Lotsenfunktion einzunehmen, z. B. mit dem entwickelten „WegweiserGesundheit“. Der kostenfreie Chatbot stärkt die Gesundheitskompetenz, indem er geprüfte Inhalte und individuelle mehrsprachige Antworten u. a. zum Gesundheitssystem liefert. Die beteiligten Unternehmen berichten von einer aktiven Beteiligung von Basisarbeitenden und Führungskräften und einer hohen Akzeptanz des Projekts mit vielfältigen organisationalen Ansatzpunkten.

46 Was ist Basisarbeit? Verfügbar unter: https://www.arbeit-sicher-und-gesund.de/themen/basisarbeit/hintergrund/was-ist-basisarbeit.
47 Geister, S. & Lehmann, V. (2025). Gesundheitscheck Basisarbeit: Gesundheit, Belastungen und Ressourcen. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Programm ARBEIT: SICHER + GESUND.
48 Seiler, K., Krauss-Hoffmann, P. & Brauner, C. (2021). Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Basisarbeit – Erkenntnisse aus den Beschäftigtenbefragungen NRW. In A. Große-Jäger, R. Hauser, O. Lauenstein, J. May-Schmidt, M. Merfert, F. Stiegler & B. Zwingmann (Hrsg.), Basisarbeit. Mittendrin und außen vor (S. 292–307). Bonn: Synergie VertriebsDienstleistung GmbH.

Best Ager im Fokus des BGM bei autogena stahl

Autoren:

Dr. Volker Kirschbaum
BGM-Berater der AOK Niedersachsen

Thomas Wengler
Geschäftsführer der Autogena Stahl GmbH

Der Anteil der Best Ager (Personen im Alter von 51 bis 67 Jahren) in Betrieben erhöht sich durch die Babyboomer schon seit Jahren – so auch bei autogena stahl in Hannover mit rund 120 Beschäftigten. Waren früher nur 2 bis 3 % in der Altersgruppe 60+, steigt dieser Anteil in vielen Betrieben – auch angesichts der Erhöhung des Renteneintrittsalters und des mangelnden Nachwuchses – bald auf 20 bis 25 %. Ohne die Stärkung der Gesundheit dieser Zielgruppe und ohne Arbeitsbedingungen, die ein gesundes Älterwerden im Betrieb ermöglichen, wird die demografische Entwicklung gravierende Auswirkungen auf den Krankenstand haben.[49]



Von links: Thomas Wengler (Geschäftsführer autogena stahl), Dr. Volker Kirschbaum (BGM-Berater AOK Niedersachsen), Sabine Ehlers (Radiomoderatorin) und Merlin Köhlmann (AOK-Vertriebsleiter Hannover)

Um dieser Herausforderung frühzeitig zu begegnen, entschloss sich die Geschäftsführung von autogena stahl im Jahr 2022, ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einzuführen, dessen Umsetzung von einer Krankenkasse fachlich begleitet werden sollte. Die anfängliche Analyse insbesondere durch eine Mitarbeitendenbefragung ergab, dass sich die Best Ager deutlich höheren Belastungen ausgesetzt sahen als jüngere Altersgruppen. Deshalb wurden spezielle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Best Ager ergriffen. So wurden z. B. altersbezogene Gesundheits-Workshops zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stress/Entspannung, gesunder Schlaf und Suchtprävention mit den Best Agern durchgeführt. Ergänzend wurde auf Angebote bei persönlichen Krisen im Raum Hannover hingewiesen. Ziel der Workshops war es darüber hinaus, ein positives Bild vom Älterwerden zu vermitteln. Außerdem wurde eine Best Ager-sensible Führung angestoßen.

Die positiven Effekte der zahlreichen BGM-Maßnahmen ließen sich in einer Evaluation im Herbst 2025 erkennen. Fast alle Gesundheitsziele wurden erreicht. Die Best Ager bei autogena stahl weisen nun deutlich geringere Belastungen auf. Der Krankenstand innerhalb der Lohnfortzahlung sank um 35 % und liegt unter dem Branchendurchschnitt. Dieser Erfolg war Anlass, im Februar 2026 in einem Experteninterview bei Radio Hannover über das Projekt zu berichten.

49 Gemäß den Auswertungen des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) weisen Beschäftigte der Altersgruppe 60+ mit gut 11 % den höchsten Krankenstand auf. Dies resultiert vor allem aus einer höheren durchschnittlichen Falldauer von 20,1 Tagen. Vgl. Badura/Ducki/Baumgardt/Meyer/Schröder (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2025, Berlin: Springer-Verlag, 2025, S. 363 f.

Stark in der Pflege – Programm zur Förderung der psychosozialen Gesundheit

Autorin:
Sarah Bialek
mhplus
Betriebskrankenkasse

Die Anforderungen an Pflegekräfte sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Bereits während der Ausbildung erleben angehende Pflegekräfte u. a. Zeitdruck, emotionale Belastungen und hohe fachliche Anforderungen im Berufsalltag. Umso wichtiger ist es, psychosoziale Ressourcen frühzeitig zu stärken und nachhaltige Bewältigungsstrategien zu vermitteln.

Das Programm „Stark in der Pflege“ der cco netzwerke GmbH setzt genau hier an. Ziel ist es, die psychosoziale Gesundheit von Auszubildenden in der Pflege zu stärken und sie dabei zu unterstützen, den Anforderungen ihres Berufsalltags gesund zu begegnen. Die Teilnehmenden reflektieren eigene Belastungen, stärken persönliche Ressourcen und entwickeln Strategien für herausfordernde Situationen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die enge Zusammenarbeit mit Pflegeschulen. Die Seminare werden in den regulären Unterricht integriert und sind damit fest im Ausbildungsalltag verankert. Dadurch können die Auszubildenden zuverlässig erreicht werden, ohne zusätzliche Freistellungen aus den Praxiseinrichtungen. Die Seminare sind interaktiv gestaltet und setzen auf praxisnahe Übungen, Austausch und Reflexion. Eigene Erfahrungen der Teilnehmenden werden gezielt einbezogen und der Transfer in den Berufsalltag gefördert.

Besonders häufig werden Seminare zu Kommunikation, Resilienz und Stressmanagement nachgefragt. Dabei spielt auch die interkulturelle Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Darüber hinaus stehen weitere Module zur Verfügung, die aktuelle Herausforderungen des Pflegealltags aufgreifen und bedarfsgerecht ausgewählt werden können.

Lehrkräfte und Schulleitungen schätzen insbesondere die große Praxisnähe, die aktive Beteiligung der Auszubildenden sowie die individuelle Abstimmung auf die Bedürfnisse der jeweiligen Schule. Auch die Auszubildenden bewerten die direkte Anwendbarkeit der Inhalte positiv. Rückmeldungen zeigen, dass vermittelte Strategien häufig über das Seminar hinaus im Schul- und Berufsalltag aufgegriffen werden.

Aufgrund der hohen Relevanz der Themen wurde das Angebot inzwischen auf Pflegefachkräfte, Praxisanleitungen und Führungskräfte ausgeweitet. Seminarinhalte und -dauer werden dabei zielgruppenspezifisch angepasst.

Die Umsetzung des Programms kann durch Krankenkassen im Rahmen von § 20b SGB V unterstützt werden.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention richten sich an einzelne Versicherte mit dem Ziel, ihre Gesundheitskompetenz entsprechend ihren individuellen Ressourcen und Potenzialen zu stärken sowie sie zu einer gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Lebensführung anzuregen und zu befähigen.[50] Durch die Teilnahme an individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen sollen Versicherte dazu motiviert werden, ihr gesundheitsbezogenes Verhalten, etwa Bewegungsmangel, und ihre gesundheitliche Situation kritisch zu reflektieren. Zugleich sollen Anreize zur Stärkung ihres selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns geschaffen und Krankheitsrisiken verhindert oder vermindert werden. Die Maßnahmen sind überwiegend als Gruppenangebote konzipiert und richten sich an ggf. risikobelastete (noch) gesunde Versicherte. Ferner sollen sie dazu beitragen, bestehenden Ungleichheiten in den Gesundheitschancen entgegenzuwirken, die durch soziale oder geschlechtsbezogene Faktoren bedingt sind.[51] Voraussetzung einer individuellen verhaltenspräventiven Maßnahme ist grundsätzlich, dass ein Wirksamkeitsnachweis durch Studien oder Metaanalysen vorliegt.[52] Bezuschussungsfähige Kurse werden von der Zentrale Prüfstelle Prävention im Auftrag der Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention zertifiziert.[53] Thematisch werden die Maßnahmen den folgenden Handlungsfeldern zugeordnet: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum.[54] Die gesetzlichen Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Möglichkeit der Teilnahme an Angeboten zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (z. B. per Web-Auftritt, Direktkontakt per Mail).

Die gesetzlichen Anforderungen an die verhaltensbezogenen primärpräventiven Leistungen sind in § 20 Abs. 5 SGB V geregelt.

50 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 48.
51 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 50.
52 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 51.
53 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 73.
54 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 50.

Für die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen stehen verschiedene Angebotsformate zur Verfügung:

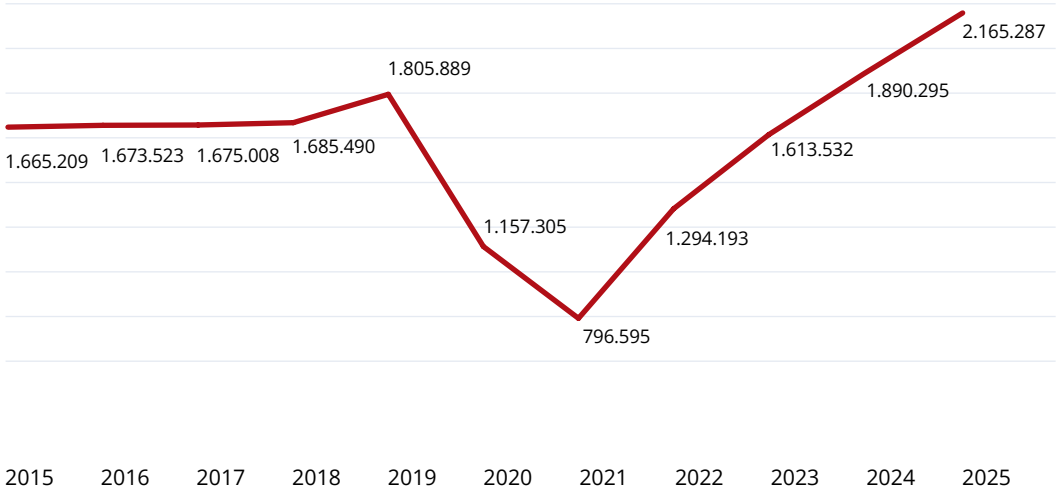
- **Präsenzformate:** Kursgeschehen persönlich und vor Ort, Vermittlung der Inhalte durch eine reale Kursleitung
- **Informations- und kommunikationstechnologie-basierte Kurse (IKT-Kurse):** online durchgeführte Kurse unter realer Leitung, entweder synchron per Videokonferenz oder asynchron über eine Lernplattform
- **Digitale Angebote:** Apps oder webbasierte Interventionen ohne direkte personelle Betreuung, die Inhalte etwa über Lernvideos oder Reflexionsfragen mit automatisiertem und/oder personalisiertem Feedback vermitteln
- **Blended Learning:** hybride Formate, die Präsenz- und digitale Elemente miteinander verbinden, sodass Kursinhalte teils vor Ort, teils online vermittelt werden

Die Zuordnung zu den einzelnen Kapiteln des Leitfadens Prävention richtet sich nach der Art der Durchführung: Liegt die Kursleitung bei einer realen Person, gelten die Regelungen aus Kapitel 5 (Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention). Wird diese Funktion durch digitale Technologie übernommen, sind die Anforderungen aus Kapitel 7 (Digitale Prävention und Gesundheitsförderung) maßgeblich. Bei hybriden Formaten ist die konkrete Ausgestaltung entscheidend: Werden digitale Inhalte zu Kursbeginn in Präsenz eingeführt oder dort punktuell reflektiert, gilt das Angebot insgesamt als Onlineangebot. Dienen digitale Elemente hingegen lediglich unterstützend für einen Präsenzkurs, handelt es sich um ein Präsenzangebot.[55]

Im Folgenden werden zunächst die Gesamtergebnisse dargestellt und anschließend um ausgewählte differenzierte Ergebnisse zu Präsenz- und Onlineangeboten ergänzt.

55 Leitfaden Prävention, Dezember 2025, S. 141 f.

Abb. 57: Anzahl der Teilnahmen insgesamt

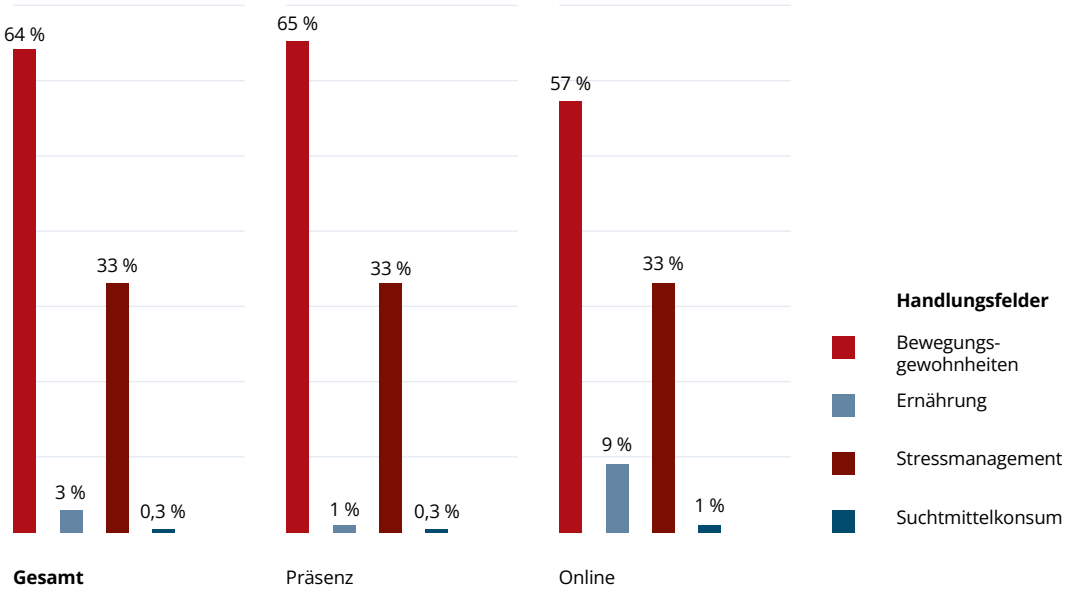


Inanspruchnahme

Im aktuellen Berichtsjahr wurden insgesamt 2.165.287 Teilnahmen dokumentiert. Das entspricht einem Anstieg von rund 15 % gegenüber dem Vorjahr (2024: 1.890.295).

Unter allen erfassten Teilnahmen fanden 1.572.432 (73 %) in Präsenz statt. 592.855 (27 %) wurden online durchgeführt, d. h. entweder als IKT-Kurs oder mittels digitaler Angebote. Der Anteil der Teilnahmen an Präsenz- und Online-angeboten ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (2024: 73 % Präsenz, 27 % online).

Abb. 58: Teilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



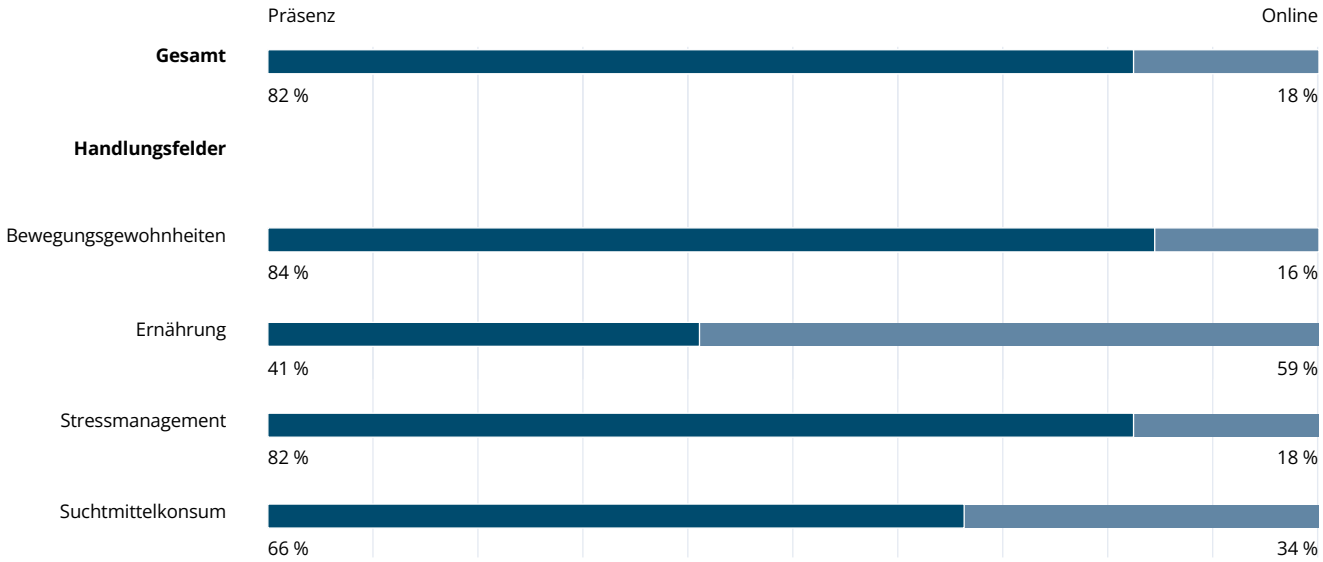
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Die Abbildung zeigt, wie sich die Teilnahmen auf die im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfelder verteilen. Wie im Vorjahr nahmen auch im Jahr 2025 Kurse im Bereich Bewegungsgewohnheiten den größten Anteil ein (64 %), gefolgt von Angeboten zum Stressmanagement (33 %). Auf die Handlungsfelder Ernährung und Suchtmittelkonsum entfiel ein geringer Anteil der Teilnahmen. Die Verteilung entspricht weitgehend der des Vorjahres.

Bei den Präsenzangeboten entfiel mit 65 % der größte Teil der Teilnahmen auf das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten, gefolgt vom Handlungsfeld Stressmanagement mit 33 %. Angebote zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum waren in Präsenzformaten weit seltener vertreten.

Bei den Onlineangeboten dominieren ebenfalls die Handlungsfelder Bewegung (57 %) und Stressmanagement (33 %). Die Themen Ernährung (9 %) und Suchtmittelkonsum (1 %) sind im Onlineformat anteilig stärker vertreten als in Präsenz.

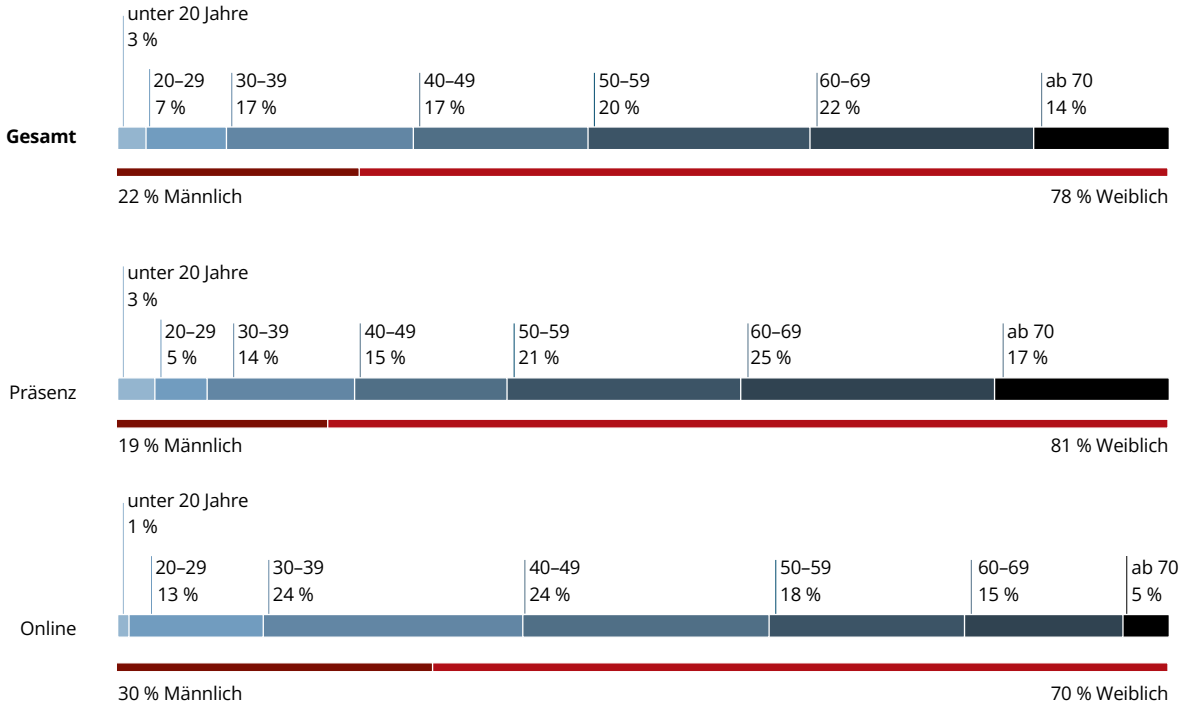
Abb. 59: Teilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern differenziert nach Präsenz- und Onlineangeboten



Wird die Verteilung der Kursformate innerhalb der einzelnen Handlungsfelder betrachtet, zeigt sich, dass Angebote zu den Themen Bewegungsgewohnheiten (84 %), Stressmanagement (82 %) und Suchtmittelkonsum (66 %) überwiegend in Präsenz wahrgenommen wurden. Über die Hälfte (59 %) der Maßnahmen im Handlungsfeld Ernährung fanden hingegen online statt.

Gegenüber dem Vorjahr hat der Anteil der Onlineangebote in den Handlungsfeldern Ernährung (2025: 59 %, 2024: 76 %) und Suchtmittelkonsum (2025: 34 %, 2024: 78 %) deutlich abgenommen. Angebote zum Thema Suchtmittelkonsum wurden damit 2025 überwiegend in Präsenz wahrgenommen. In den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten (2025: 16 %, 2024: 25 %) und Stressmanagement (2025: 18 %, 2024: 24 %) ist ebenfalls ein Rückgang des Onlineanteils zu verzeichnen, der jedoch im Vergleich geringer ausfällt.

Abb. 60: **Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht**



Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

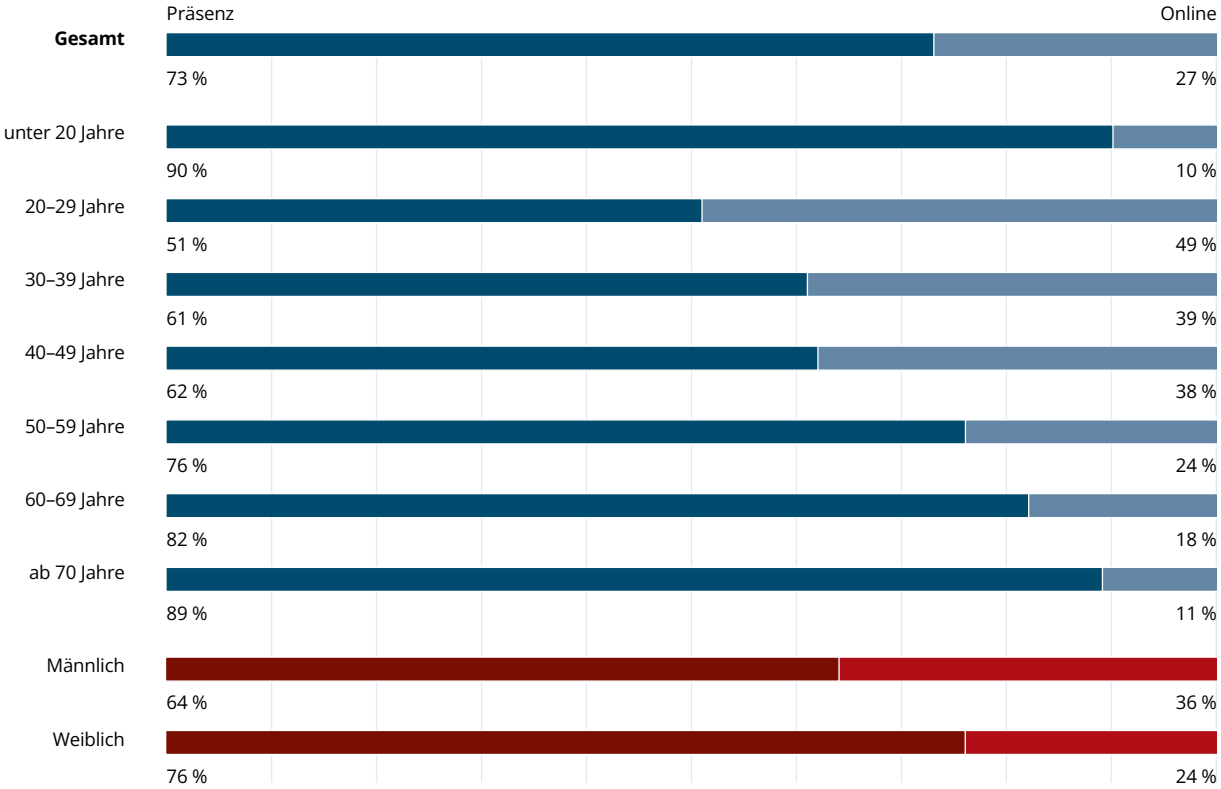
Mehr als die Hälfte aller Teilnahmen entfiel auf Personen ab 50 Jahren (56 %). Die am häufigsten vertretenen Altersgruppen waren dabei die 60- bis 69-Jährigen (22 %) sowie die 50- bis 59-Jährigen (20 %). Eine ähnliche Altersverteilung zeigte sich bei den Präsenzkursen, bei denen die 60- bis 69-Jährigen mit 25 % den größten Anteil stellten, gefolgt von den 50- bis 59-Jährigen (21 %) und den ab 70-Jährigen (17 %). Bei den Onlineangeboten zeigt sich hingegen ein anderes Bild in der Altersstruktur: Die 30- bis 39-Jährigen und die 40- bis 49-Jährigen waren hier mit jeweils 24 % am stärksten vertreten. Auf die 20- bis 49-Jährigen entfielen insgesamt 61 % der Onlineteilnahmen. Den geringsten Anteil stellten in beiden Formaten die unter 20-Jährigen mit 3 % bei Präsenz- und 1 % bei Onlineangeboten.

Eine Gegenüberstellung von Teilnahmeanteile und Bevölkerungsanteilen verdeutlicht, dass jüngere Altersgruppen die Angebote unterproportional nutzen: Die unter 20-Jährigen machen 19 % der Bevölkerung aus, stellen aber nur 3 % der Kursteilnehmenden.[56] Die 20- bis 39-Jährigen sind hingegen mit 24 % der Teilnahmen ungefähr entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil vertreten (24 %). Mit 17 % der Teilnahmen bei einem Bevölkerungsanteil von 12 % nahmen die 40- bis 49-Jährigen die Angebote leicht überproportional in Anspruch. Die 50- bis 59-Jährigen und die 60- bis 69-Jährigen nutzen die Angebote mit 20 % bzw. 22 % der Teilnahmen überproportional häufig; beide Gruppen haben einen Bevölkerungsanteil von je 14 %. Die über 70-Jährigen liegen mit 14 % der Teilnahmen hingegen leicht unter ihrem Bevölkerungsanteil von 16 %.

Wie in den Vorjahren nehmen deutlich mehr Frauen als Männer an gesundheitsbezogenen Kursangeboten teil. 2025 betrug der Frauenanteil 78 %, der Männeranteil 22 % – gegenüber 2024 (77 % bzw. 23 %) eine nur marginale Verschiebung. Erneut nehmen Männer häufiger an Online- als an Präsenzangeboten teil; bei weiblichen Teilnehmerinnen verhält es sich umgekehrt.

56 Bevölkerungsanteile errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005, Stand 31. Dezember 2024.

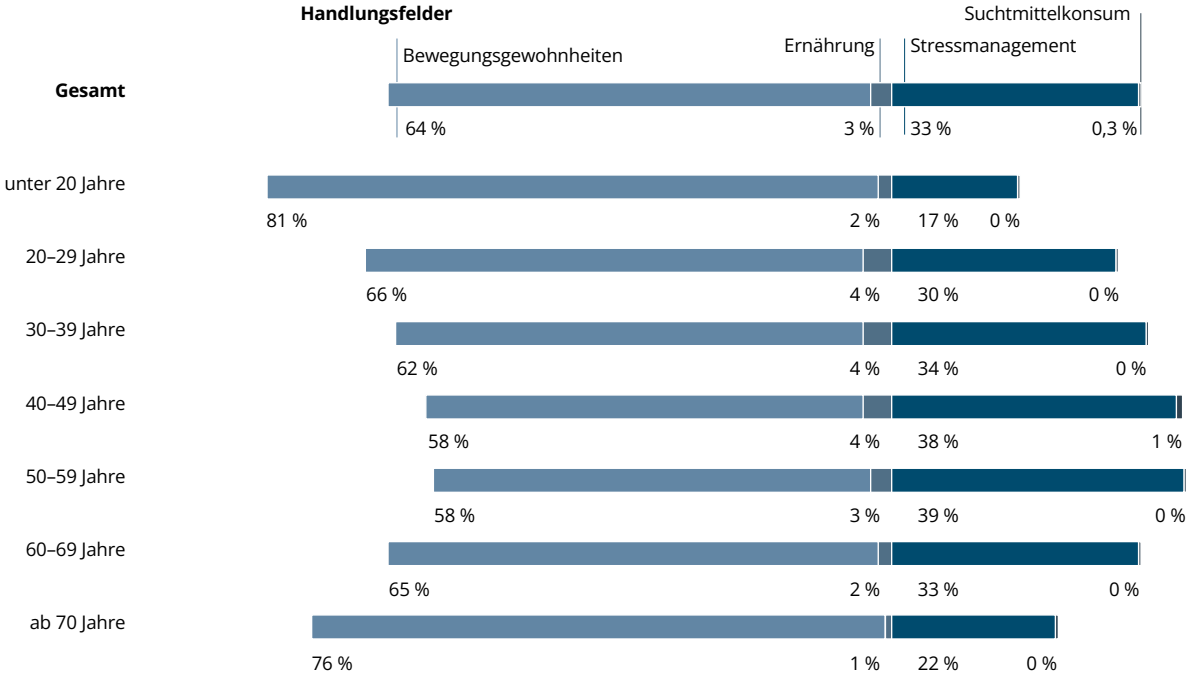
Abb. 61: Inanspruchnahme von Online- und Präsenzangeboten nach Alter und Geschlecht



Wie Abbildung 61 zeigt, werden Präsenzangebote in allen Altersgruppen weiterhin am häufigsten genutzt. Den höchsten Onlineanteil weist die Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen (49 %) auf, gefolgt von den 30- bis 39-Jährigen (39 %) sowie den 40- bis 49-Jährigen (38 %). Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Verteilung zeigt sich, dass Männer Onlineangebote anteilig häufiger wahrnahmen (36 %) als Frauen (24 %).

Gegenüber dem Vorjahr ist der Onlineanteil bei den 20- bis 29-Jährigen (2025: 49 %, 2024: 52 %) und den 30- bis 39-Jährigen (2025: 39 %, 2024: 43 %) leicht gesunken. In den älteren Altersgruppen verlief die Entwicklung gegenläufig – bei den ab 70-Jährigen (2025: 11 %, 2024: 6 %) und den 60- bis 69-Jährigen (2025: 18 %, 2024: 15 %) hat der Onlineanteil merklich zugenommen.

Abb. 62: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten verschiedener Inhalte nach Alter



Summen können rundungsbedingt abweichen.

Wie Abbildung 62 zeigt, unterscheidet sich je nach Altersgruppe, welche Inhalte bevorzugt wahrgenommen wurden. Wie im Vorjahr entfiel der größte Anteil der Teilnahmen auf Bewegungsangebote (64 %), wobei dieser in den Altersgruppen der unter 20-Jährigen (81 %) und der ab 70-Jährigen (76 %) besonders ausgeprägt war.

Mit 33 % war die Inanspruchnahme im Bereich Stressmanagement am zweithäufigsten und variierte je nach Altersgruppe erheblich: Besonders häufig wurden solche Angebote von den 40- bis 49-Jährigen (38 %) und den 50- bis 59-Jährigen (39 %) gewählt – deutlich mehr als von den unter 20-Jährigen (17 %) oder den ab 70-Jährigen (22 %). Berufliche Belastungen sowie familiäre und pflegerische Verpflichtungen dürften in dieser Lebensphase – insbesondere bei Frauen – zu einem erhöhten Bedarf nach Angeboten zur Stressbewältigung und zur Stärkung persönlicher Ressourcen führen.[57]

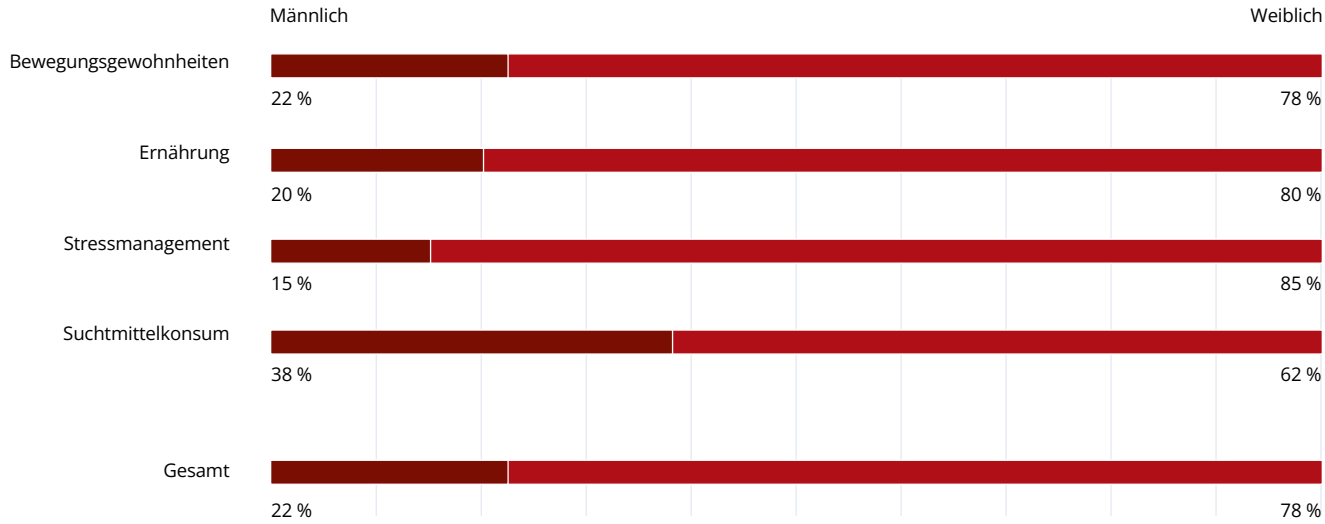
Im Handlungsfeld Ernährung ist die Inanspruchnahme gegenüber dem Vorjahr in nahezu allen Altersgruppen zurückgegangen und bestätigt damit den bereits beschriebenen Gesamttrend (2025: 3 %, 2024: 5 %). Besonders deutlich zeigt sich dies bei den 20- bis 29-Jährigen (2025: 4 %, 2024: 7 %) sowie den 30- bis 39-Jährigen (2025: 4 %, 2024: 6 %).

57 https://www.bib.bund.de/Publikation/2025/pdf/Rushour-des-Lebens-Familien-und-Erwerbsarbeit-im-Lebensverlauf.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Eine kombinierte Betrachtung nach Alter und Geschlecht verdeutlicht, dass die beschriebenen Verschiebungen in der Inanspruchnahme von Angeboten vor allem bei Männern in den jüngeren und mittleren Altersgruppen ausgeprägt sind. So ging der Anteil der Kursteilnahmen im Bereich Bewegungsgewohnheiten bei 20- bis 29-jährigen Männern gegenüber dem Vorjahr von 67 % auf 52 % zurück, während der Anteil der Teilnahmen an Stressmanagement-Angeboten in den Altersgruppen zwischen 20 und 49 Jahren durchgängig zunahm – etwa bei den 30- bis 39-Jährigen (2025: 33 %, 2024: 22 %). Parallel dazu ging die Teilnahme an Maßnahmen im Bereich Suchtmittelkonsum bei Männern unter 40 Jahren gegenüber dem Vorjahr stark zurück (20–29 Jahre: 2025: < 1 %, 2024: 4 %; 30–39 Jahre: 2025: 1 %, 2024: 4 %). Bei Frauen blieb die Verteilung der Teilnahmen über die Altersgruppen hinweg weitgehend stabil.[58]

58 Die Werte können dem Tabellenband entnommen werden.

Abb. 63: Inanspruchnahme von Angeboten verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Auch im aktuellen Berichtsjahr wurden individuelle Präventionsangebote über alle Handlungsfelder hinweg weit überwiegend von Frauen genutzt (78 %, Männer: 22 %). Auf Ebene der einzelnen Handlungsfelder zeigt sich: Im Bereich Bewegungsgewohnheiten liegt der Frauenanteil unter allen Kursteilnehmenden bei 78 %, bei Ernährungsangeboten mit 80 % sogar etwas höher. Den höchsten Männeranteil weist mit 38 % das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum auf. Den niedrigsten Männeranteil verzeichnet das Handlungsfeld Stressmanagement mit 15 % männlichen Teilnehmern.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI





Autorinnen:

Ulrike Bode
GKV-Spitzenverband

Gabriela Seibt-Lucius
GKV-Spitzenverband

Auch in diesem Jahr wird das Engagement der Pflegekassen für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen anhand ausgewählter Kennzahlen dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr konnten im Berichtsjahr 2025 mehr Maßnahmen für Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI umgesetzt werden. In rund 17 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland wurden Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt.

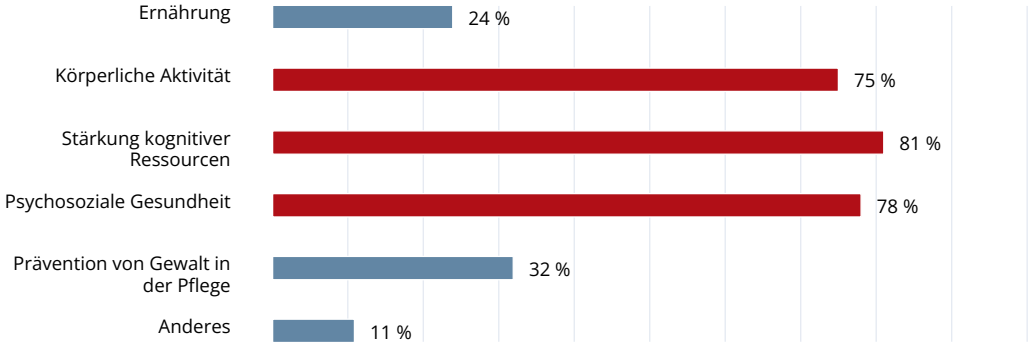
Der erstmalige Ausgabenrückgang seit den Pandemiejahren könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass im Berichtsjahr mehr Tagespflegeeinrichtungen, zugleich jedoch weniger vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen erreicht wurden und die dokumentierten Laufzeiten insgesamt kürzer waren. Der Anteil der Tagespflegeeinrichtungen stieg im Vergleich zum Vorjahr von 17 % auf 24 %, wohingegen der Anteil an vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen von 82 % auf 75 % gesunken ist. Zugleich ging die durchschnittliche Laufzeit abgeschlossener Aktivitäten von 13 auf 12 Monate zurück. Zudem sank der Anteil der Aktivitäten mit einer Laufzeit von mehr als zwölf Monaten von 35 % auf 28 %. Da Tagespflegeeinrichtungen in der Regel kleiner sind und kürzere Aktivitäten möglicherweise mit einem geringeren Ausgabenvolumen verbunden sind, könnten beide Entwicklungen zum Rückgang beigetragen haben.

Die angestrebten Präventionsziele (s. S. 137) wurden im Jahr 2025 nahezu vollständig erreicht. Bei den Handlungsfeldern Ernährung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention wurden mehr Präventionskonzepte umgesetzt als im Vorjahr. Demgegenüber ging die Zahl der Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zurück. Die Angebote zur Steigerung der körperlichen Aktivität blieben auf dem bisherigen Niveau. Häufig wurden mehrere Handlungsfelder miteinander kombiniert. Die Maßnahmen erreichten pflegebedürftige Menschen aller Pflegegrade sowohl in teilstationären als auch – überwiegend – in vollstationären Einrichtungen.

Im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ beauftragte der GKV-Spitzenverband im Jahr 2025 zwei wissenschaftliche Untersuchungen. Die Prognos AG und die Hochschule Münster befassten sich mit den Themen Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheitskompetenz. Die Hochschule Bielefeld untersuchte die Aspekte Barrierefreiheit, Inklusion, Diversität und Vielfalt. Ziel beider Projekte war es, zu prüfen, welche neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen vorliegen und welche Empfehlungen sich daraus für die Weiterentwicklung des Leitfadens ableiten lassen. Die Ergebnisse werden im Anschluss an die Leistungsdarstellung in eigenen Fachbeiträgen vorgestellt (s. S. 143–145).

Der GKV-Spitzenverband bereitet gegenwärtig eine aktualisierte Fassung des SPV-Leitfadens vor. Dabei soll auch ein Ausblick auf die Umsetzung von Präventionsleistungen in der häuslichen Pflege gemäß § 5 Abs. 1a SGB XI gegeben werden.

Abb. 64: **Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern**
(Mehrfachnennungen möglich)



Leistungen in der Vorbereitungsphase

In der Vorbereitungsphase informieren und beraten die Pflegekassen stationäre Pflegeeinrichtungen zu Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI. Hierdurch sollen die in den Pflegeeinrichtungen verantwortlichen Leitungskräfte sowie die pflegebedürftigen Menschen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung sensibilisiert und zur Mitwirkung motiviert werden. Zugleich wird in dieser Phase die Möglichkeit geboten, ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, welche gesundheitsfördernden Strukturen innerhalb der Lebenswelt stationärer Pflegeeinrichtungen sinnvoll und geeignet sind. Des Weiteren vermitteln die Pflegekassen Informationen zu Konzepten und Angeboten in allen fünf Handlungsfeldern der Prävention. Die Vorbereitungsphase endet mit der Entscheidung der stationären Pflegeeinrichtung, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzusteigen.[59]

Im Berichtsjahr 2025 haben die Pflegekassen insgesamt 3.159 stationäre Pflegeeinrichtungen zu den Möglichkeiten und Inhalten von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. Im Vergleich zum vergangenen Berichtsjahr entspricht dies einem Anstieg um 16 % (2024: 2.727 Pflegeeinrichtungen). Eine Pflegekasse informierte 1.538 Pflegeeinrichtungen über die Umsetzung eines Konzepts zur Prävention von Stürzen. Insgesamt wurden durch die Aktivitäten der Pflegekassen 19 % aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland angesprochen.

Die Informationsvermittlung erfolgte im Berichtsjahr 2025 am häufigsten in den Handlungsfeldern „Stärkung kognitiver Ressourcen“, „Psychosoziale Gesundheit“ und „Körperliche Aktivität“, gefolgt von den Handlungsfeldern „Prävention von Gewalt in der Pflege“ und „Ernährung“.

Die Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess wurde von insgesamt 1.358 zuvor beratenen Einrichtungen getroffen. Verglichen mit dem Vorjahr ist hier ein Rückgang um 6 % zu verzeichnen (2024: 1.445).

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

Leistungen in der Umsetzungsphase

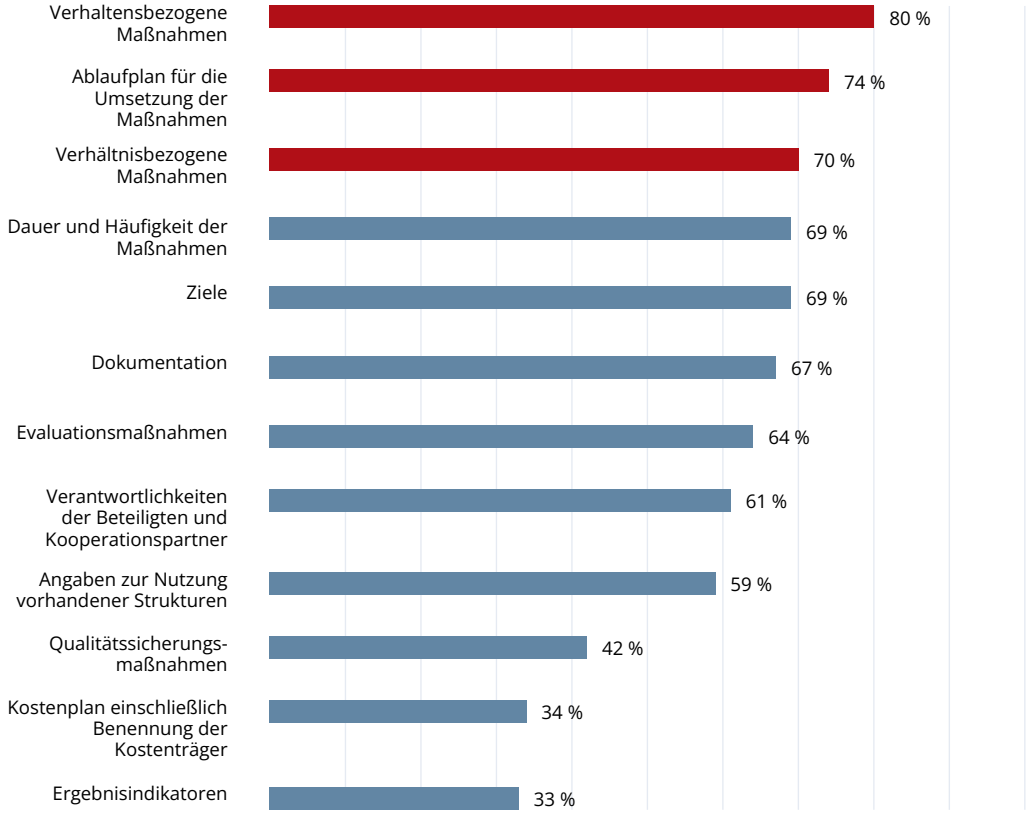
Mit dem Entschluss der Pflegeeinrichtung, in den Gesundheitsförderungsprozess einzutreten, wird die Umsetzungsphase eingeleitet. Diese beginnt mit einer Bestandsaufnahme der Ressourcen und Strukturen in der Pflegeeinrichtung. Darauf aufbauend werden Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention erhoben. Zur Koordination des Gesundheitsförderungsprozesses wird ein Steuerungsgremium eingerichtet, in dem die Einrichtungsleitung, Mitarbeitende (z. B. aus Pflege und Betreuung) sowie pflegebedürftige Menschen vertreten sind. Das Steuerungsgremium formuliert konkrete Interventionsziele und erarbeitet einen Maßnahmenplan zur Erreichung dieser. Die geplanten Maßnahmen und Aktivitäten werden mit Unterstützung der Pflegekasse umgesetzt und abschließend hinsichtlich verschiedener Kriterien evaluiert.

Die Pflegekassen erbrachten im Berichtsjahr 2025 in 2.752 stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Vergleich zum Vorjahr (2024: 2.636) sind die dokumentierten Leistungen in der Umsetzungsphase somit leicht angestiegen.

Mit ihren Angeboten haben die Pflegekassen bundesweit 17 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erreicht.

Die folgenden Seiten geben einen Überblick über die Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase – ergänzt um ausgewählte Informationen zu Zielgruppen, Handlungsfeldern und zum Einsatz digitaler Anwendungen.

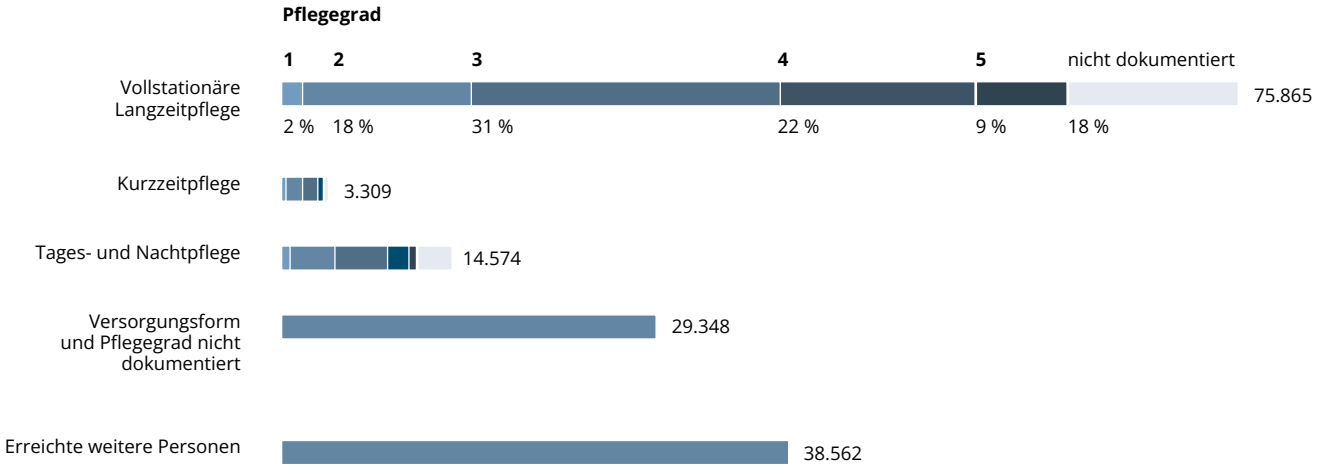
Abb. 65: **Maßnahmenplanung der Pflegekassen**
(Mehrfachnennung möglich)



Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase

In mehr als der Hälfte der erreichten Pflegeeinrichtungen (57 %) wurde eine vorbereitende Analyse durchgeführt. Im Mittelpunkt standen dabei die Prüfung vorhandener Ressourcen und Strukturen sowie die Erhebung der Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern. Auf Grundlage der Analyseergebnisse leitet das Steuerungsgremium Interventionsziele ab und entwickelt einen Maßnahmenplan zu deren Umsetzung. In 84 % der erreichten stationären Einrichtungen wurde ein solcher Maßnahmenplan erstellt. Wie Abb. 65 zeigt, waren darin neben Informationen zu verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen auch zentrale Elemente der Maßnahmenplanung festgehalten – etwa Angaben zum Ablauf, zu Zielen und zur Dokumentation sowie zur Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen. Mit Unterstützung der Pflegekassen konnte die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen (84 %) die beschlossenen verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen im Berichtsjahr 2025 umsetzen. 75 % dieser Einrichtungen kombinierten dazu verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Im Vergleich zum Vorjahr setzten damit etwas weniger Einrichtungen kombinierte Maßnahmen um; zugleich ist der Anteil rein verhaltens- oder verhältnisbezogener Maßnahmen gestiegen. Etwa die Hälfte (54 %) der erreichten Einrichtungen führte nach Umsetzung der Maßnahmen eine Evaluation durch. Die Parameter „Erreichen der Pflegebedürftigen“ und „Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen“ waren am häufigsten Gegenstand der Evaluation.

Abb. 66: Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen



Erreichte pflegebedürftige Menschen nach Versorgungsform

Im Berichtsjahr 2025 konnten mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen insgesamt 123.096 pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der dokumentierten erreichten Pflegebedürftigen um 2 % gesunken (2024: 125.131).[60]

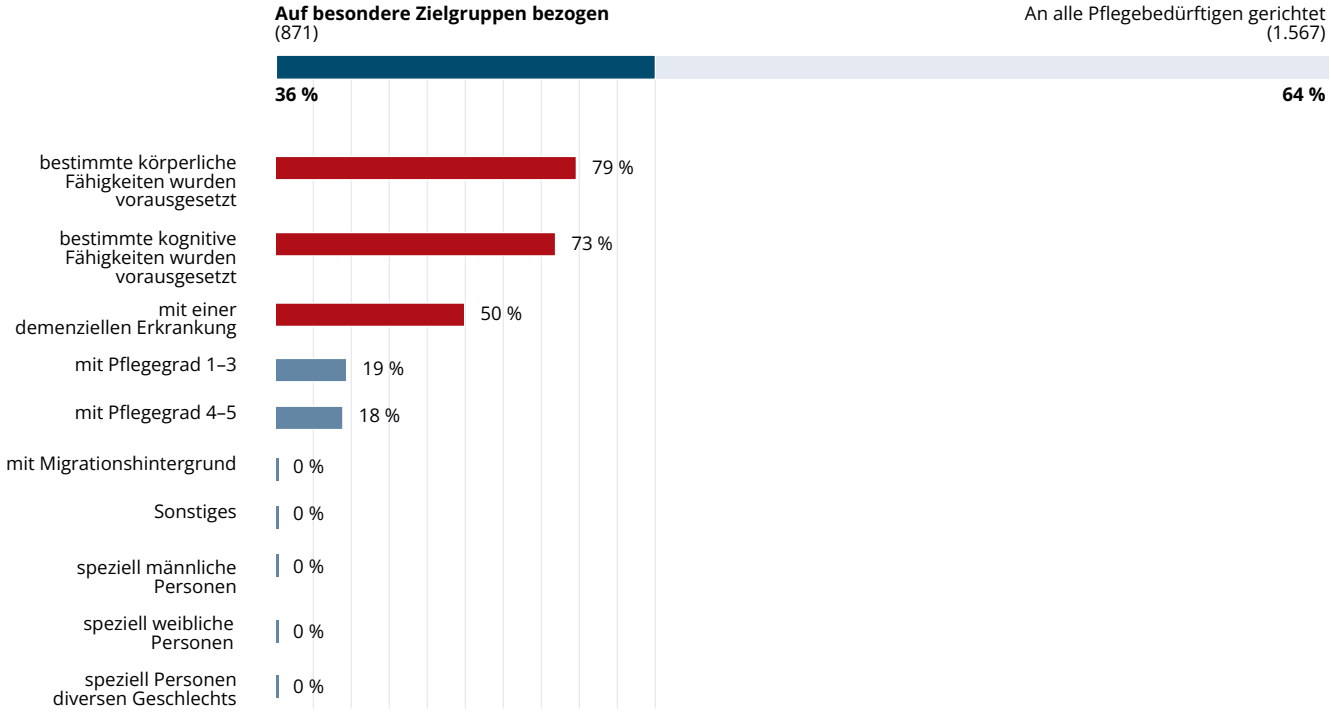
Für 93.748 (76 %) pflegebedürftige Teilnehmende liegen Angaben zur Versorgungsform bzw. Einrichtungsart vor (s. Abb. 66). 81 % nahmen die vollstationäre Pflege in Anspruch, 16 % die Tages- und Nachtpflege und 4 % die Kurzzeitpflege.

Zusätzlich zur Versorgungsform wurde auch der Pflegegrad der erreichten pflegebedürftigen Menschen erfasst. Der Pflegegrad war bei 76.178 erreichten Pflegebedürftigen (62 %) bekannt und verteilte sich mit 88 % überwiegend auf die Pflegegrade 2 bis 4. Die Ergebnisse zeigen, dass pflegebedürftige Menschen in allen fünf Pflegegraden an präventiven Aktivitäten teilgenommen haben.

Neben den Pflegebedürftigen waren darüber hinaus 38.562 weitere Personen in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden, wie z. B. Beschäftigte in den Einrichtungen oder Angehörige.

60 Im Berichtsjahr 2025 wurden in 90 % der 2.752 Dokumentationsbögen Angaben zu den erreichten Pflegebedürftigen gemacht. Dieser Anteil blieb im Vergleich zum Vorjahr stabil. Der Anteil an Dokumentationsbögen mit fehlenden Angaben stieg jedoch von 7 % auf 10 %, sodass von einer Unterschätzung der tatsächlich erreichten Pflegebedürftigen auszugehen ist.

Abb. 67: **Zielgruppen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**
(Mehrfachnennung möglich)



Zielgruppen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten entweder alle Bewohnende sowie Gäste der Einrichtung erreichen oder zielgruppenspezifisch auf bestimmte Gruppen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sein, z. B. differenziert nach körperlichen oder kognitiven Fähigkeiten. Eine zielgruppenspezifische Ausrichtung präventiver Angebote ermöglicht es, individuelle Interessen und Bedarfe besser zu berücksichtigen.[61]

Im Berichtsjahr 2025 waren etwa zwei Drittel der dokumentierten Aktivitäten gleichermaßen auf alle Pflegebedürftigen ausgerichtet, während 36 % der Aktivitäten spezifische Zielgruppen innerhalb der Einrichtungen adressierten. Wie Abb. 67 zeigt, waren in diesen Aktivitäten am häufigsten bestimmte körperliche und kognitive Fähigkeiten vorausgesetzt, wenngleich diese Anteile im Vergleich zu 2024 gesunken sind. Die Hälfte der zielgruppenspezifischen Aktivitäten fokussierte Menschen mit demenzieller Erkrankung. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 26 %. Auch Aktivitäten, die gezielt auf pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 1 bis 3 und Pflegegrad 4 bis 5 ausgerichtet waren, nahmen im Vergleich zum vergangenen Berichtsjahr zu (2024: 14 % bzw. 10 %).

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

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die im „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ genannten fünf Handlungsfelder der Prävention „Ernährung“, „Körperliche Aktivität“, „Stärkung kognitiver Ressourcen“, „Psychosoziale Gesundheit“ und „Prävention von Gewalt in der Pflege“ definieren den leistungsrechtlichen Rahmen, innerhalb dessen Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen geplant und umgesetzt werden können.[62]

Ernährung

Pflegebedürftige Menschen weisen aufgrund krankheitsbedingter Faktoren ein erhöhtes Risiko für Fehl- bzw. Mangelernährung auf. Angebote der Prävention können zur Verbesserung des Speisenangebots und der Esssituation in den Pflegeeinrichtungen beitragen. Die Pflegekassen beraten dazu u. a. auf Grundlage der DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Bei der Umsetzung sollen klimarelevante Aspekte berücksichtigt und die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen gestärkt werden.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist bei pflegebedürftigen Menschen bedeutend für den Erhalt der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Pflegekassen können Pflegeeinrichtungen dabei unterstützen, Bewegungsangebote für Bewohnende und Gäste anzubieten und Konzepte zur Förderung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen im Alltag umzusetzen.

Stärkung kognitiver Ressourcen

Aufgrund des hohen Anteils pflegebedürftiger Menschen mit z. B. demenzbedingten kognitiven Einschränkungen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Kombination von kognitiven, körperlichen und sozialen Aktivitäten kann die kognitive Leistungsfähigkeit steigern. Von solchen Angeboten profitieren sowohl Menschen mit leichten als auch mit stärkeren kognitiven Beeinträchtigungen.

Psychosoziale Gesundheit

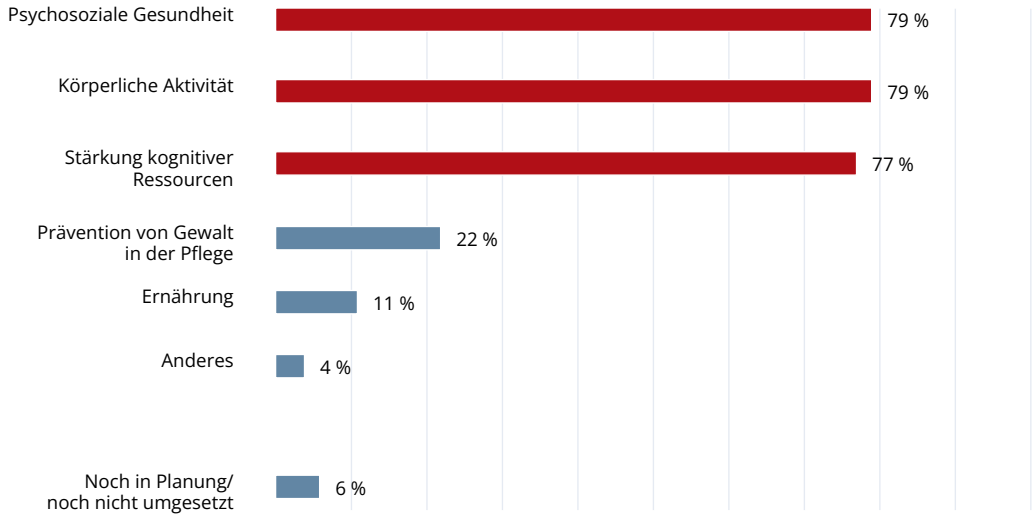
Neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson zählen zu den wichtigsten Erkrankungen in der stationären Pflege und gehen häufig mit depressiven Symptomen bzw. Depressionen einher. Die Erhaltung, Stärkung und Wiederherstellung der psychosozialen Gesundheit pflegebedürftiger Menschen sind besondere Herausforderungen und zentrale Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention. Entsprechende Maßnahmen stärken Resilienz, das Empfinden von Kohärenz sowie die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen.

Prävention von Gewalt in der Pflege

Gewalterfahrungen führen bei pflegebedürftigen Menschen zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und bedeuten einen wesentlichen Eingriff in die Selbstbestimmung. Um Gewaltereignisse in Pflegebeziehungen frühzeitig zu erkennen, ihnen vorzubeugen und daraus resultierende Folgen für Pflegebedürftige sowie Pflegende zu vermeiden, unterstützen die Pflegekassen stationäre Einrichtungen bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur gewaltfreien Pflege.

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

Abb. 68: Handlungsfelder, in denen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt wurden
(Mehrfachnennung möglich)

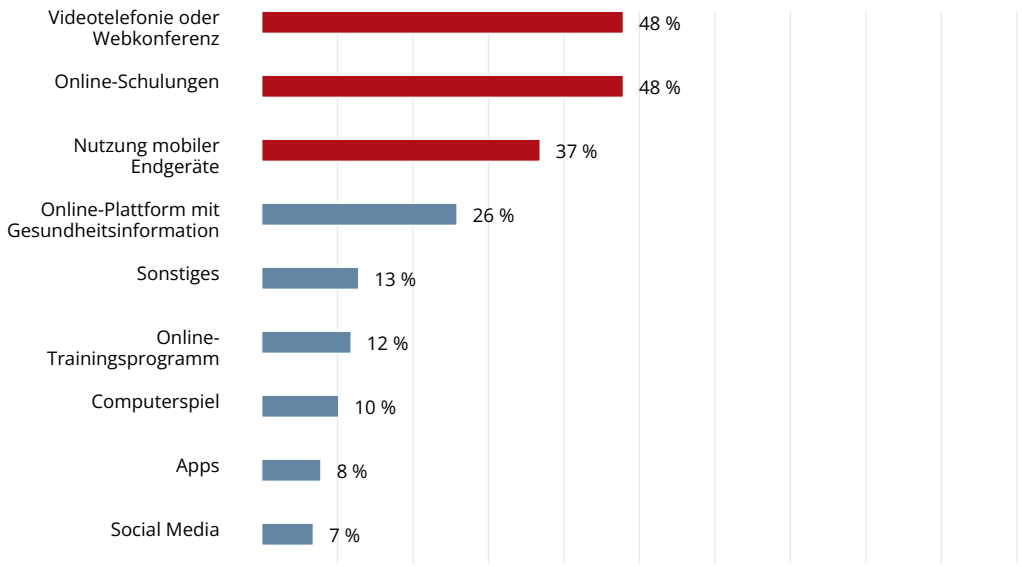


Wie in Abb. 68 dargestellt, unterstützten die Pflegekassen im Berichtsjahr 2025 am häufigsten Aktivitäten in den Handlungsfeldern „Psychosoziale Gesundheit“ und „Körperliche Aktivität“, gefolgt von den Handlungsfeldern „Stärkung kognitiver Ressourcen“, „Prävention von Gewalt in der Pflege“ und „Ernährung“. Gegenüber 2024 wurden etwas weniger Aktivitäten im Handlungsfeld „Stärkung kognitiver Ressourcen“ umgesetzt, während die übrigen Handlungsfelder stabil geblieben bzw. angestiegen sind.

Zur alltags- und bedarfsgerechten Ausgestaltung präventiver Angebote in stationären Einrichtungen wird empfohlen, bei der Planung und Durchführung mehrere Handlungsfelder zu kombinieren.[63] Wie bereits im Vorjahr setzten 85 % der erreichten Pflegeeinrichtungen entsprechende Konzepte um, die Inhalte aus mehreren Handlungsfeldern berücksichtigen. Die am häufigsten kombinierten Handlungsfelder waren erneut „Körperliche Aktivität“, „Stärkung kognitiver Ressourcen“ und „Psychosoziale Gesundheit“.

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

Abb. 69: Digitale Formate und Anwendungen



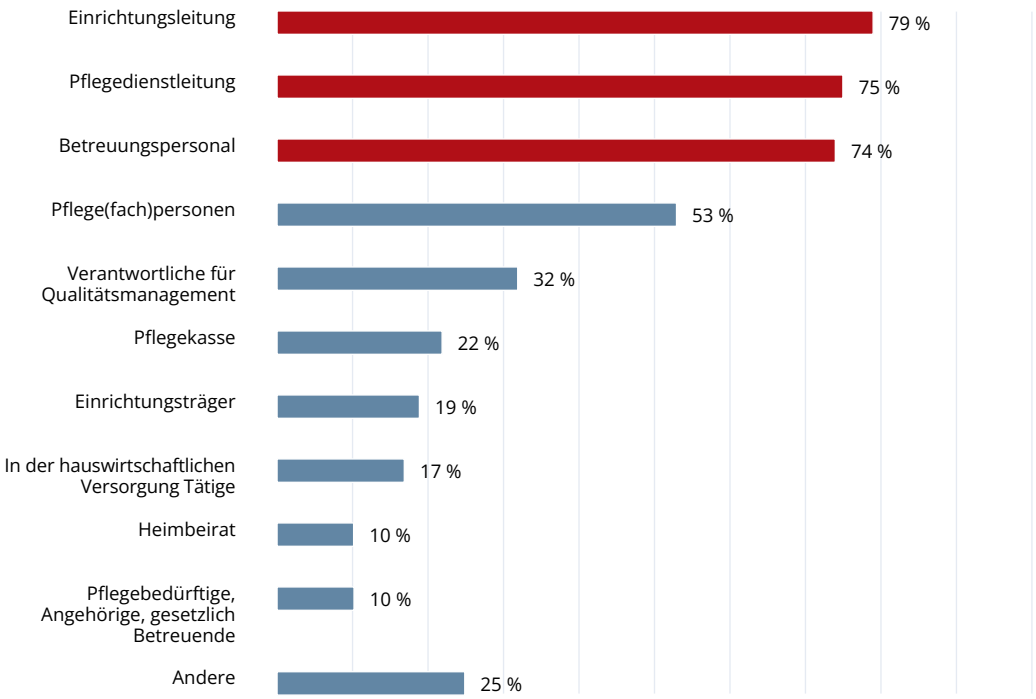
Nutzung digitaler Formate

Digitale Angebote können Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll ergänzen und dazu beitragen, die Inanspruchnahme präventiver Angebote durch Pflegebedürftige und Beschäftigte zu erhöhen. Bei der Umsetzung digital unterstützter Angebote ist zu beachten, dass digital weniger affine Menschen nicht ausgeschlossen werden. Dies kann durch flankierende Leistungen zur Förderung der digitalen (Gesundheits-)Kompetenzen erreicht werden. Digitale Anwendungen können den Gesundheitsförderungsprozess sowohl auf organisatorischer als auch auf inhaltlicher Ebene unterstützen. In der Vorbereitungsphase bieten sich Onlineseminare und digitale Erhebungsinstrumente zur Bedarfsanalyse an; in der Umsetzungsphase können videobasierte Formate und Online-Trainingsprogramme zur Förderung körperlicher Aktivität und Mobilität eingesetzt werden.[64]

In etwa der Hälfte (52 %) der erreichten Pflegeeinrichtungen wurden Aktivitäten unter Nutzung digitaler Formate durchgeführt. Dabei handelte es sich beispielsweise um Videokonferenzen und Onlineschulungen für pflegebedürftige Menschen und Personal, die Nutzung mobiler Endgeräte, z. B. ein digitaler Aktivitätstisch oder VR-Brillen, digitale Anwendungen sowie Online-Trainingsprogramme, z. B. im Bereich der Unterstützung der Mobilität der Pflegebedürftigen durch bewegungsfördernde Computerspiele bzw. sogenannte Serious Games oder Social Media.

64 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 26.

Abb. 70: **Mitwirkende im Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennung möglich)



Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Die Etablierung eines Steuerungsgremiums bildet eine optimale Voraussetzung für den Aufbau nachhaltiger und langfristig wirksamer Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Bei der Einrichtung eines solchen empfiehlt es sich, bereits vorhandene Strukturen zu nutzen. Dies können bereits bestehende Gremien, Heimbeiräte oder ein vorhandenes Qualitätsmanagement sein. Im Steuerungsgremium nimmt die Einrichtungsleitung eine wichtige Rolle ein, da sie für die Umsetzung der Maßnahmen und die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen Sorge trägt. Anzustreben ist darüber hinaus die Beteiligung der Pflegedienstleitungen und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Auch Pflegefach- und Betreuungskräfte sowie Pflegebedürftige und – nach Möglichkeit – deren Angehörige sind aktiv einzubinden.

Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen (79 % und 75 %) sind am häufigsten in Steuerungsgremien vertreten, gefolgt von dem Betreuungspersonal (74 %) und den Pflege(fach)personen (53 %). Die Beteiligung von Heimbeiräten sowie von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen erfolgte in jeweils 10 % der Steuerungsgremien.

Beteiligte und Kooperationspartner

An der Planung, Umsetzung und Evaluation präventiver Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen sind verschiedene Akteure beteiligt, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung. Sie stellen finanzielle, sachliche und personelle Ressourcen bereit.

Innerhalb der erreichten Pflegeeinrichtungen war das Betreuungspersonal mit 88 % am häufigsten an der Umsetzung beteiligt, gefolgt von der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung mit jeweils etwa 70 %. Auch Pflege(fach)personen (55 %) sowie Bewohnende, Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegestätten, Angehörige und gesetzlich Betreuende (33 %) wirkten an der Gestaltung mit. Heimbeiräte waren in 10 % der Fälle eingebunden.

Außerhalb der Einrichtungen brachten die gesetzlichen Krankenkassen mit 24 % am häufigsten Ressourcen ein, gefolgt von gewerblichen Anbietern (21 %). Unter der Kategorie „Andere“ (24 %) wurden am häufigsten ein Anbieter für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), eine unabhängige Zertifizierungsstelle sowie Ehrenamtliche aus den Einrichtungen genannt.

Aktivitäten der Pflegekassen mit Verbindung zu den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen

Die Pflegekassen leisten gemeinsam mit der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einen Beitrag zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie. Ziel dieses gemeinsamen Engagements ist es, Lebenswelten so zu gestalten, dass Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe gefördert sowie gesundheitliche Risiken vermindert werden. Jeder Sozialversicherungsträger (SV-Träger) übernimmt dabei die Aufgaben, die seinem gesetzlichen Leistungsauftrag entsprechen. Für eine wirksame Umsetzung ist es wichtig, dass die Aktivitäten der SV-Träger in ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen eingebettet sind. Zu diesem Zweck sieht das Präventionsgesetz vor, dass auf Landesebene sogenannte Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zwischen den SV-Trägern und den zuständigen Landesministerien geschlossen werden (§ 20f SGB V). Die LRV konkretisieren die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse, auch für das Themengebiet Pflege.

Im Berichtsjahr 2025 wurde für 4 % der insgesamt 2.752 umgesetzten Aktivitäten eine Verbindung zu den Strukturen der LRV dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von 66 auf 121 Aktivitäten. Für den Großteil der Aktivitäten (57 %) bestand kein derartiger Bezug. Bei weiteren 39 % war nicht bekannt, ob eine Verbindung zu einer LRV vorlag.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele[65] wurden durch den GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den Pflegekassen sowie dem Medizinischen Dienst Bund entwickelt und sind ein wichtiges Instrument zur Etablierung einer nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Als Oberziel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wurde die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen festgelegt. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten sich an den Teilzielen 2.1 bis 2.5 orientieren. Diese beziehen sich auf die fünf Handlungsfelder der Prävention.

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

Teilziel 1.1:
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit 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.

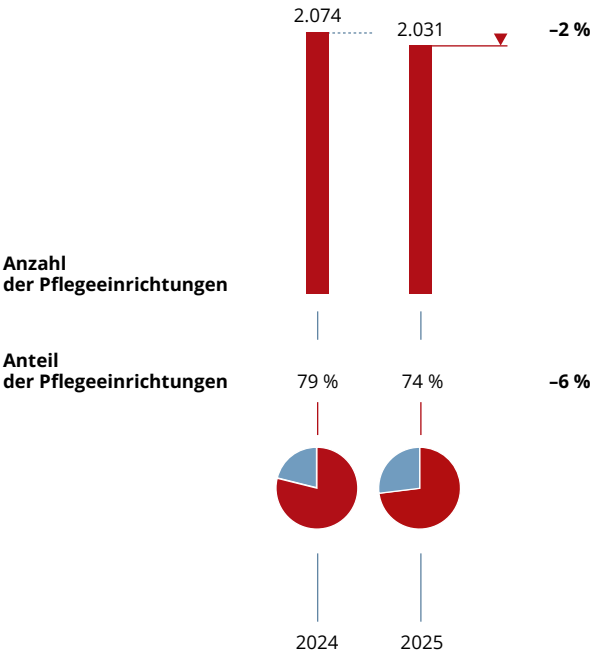
Teilziel 2.3: Stärkung kognitiver Ressourcen: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

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.

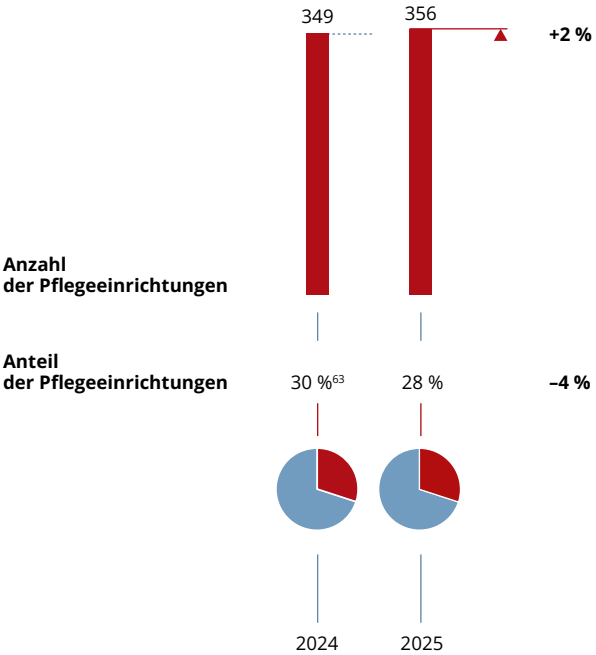
65 Leitfaden Prävention stationär, September 2023, S. 16 f.

Abb. 71: Teilziel 1.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium



Im Vergleich zum Vorjahr nahmen sowohl die Anzahl als auch der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, in denen ein Steuerungsgremium etabliert wurde, geringfügig ab.

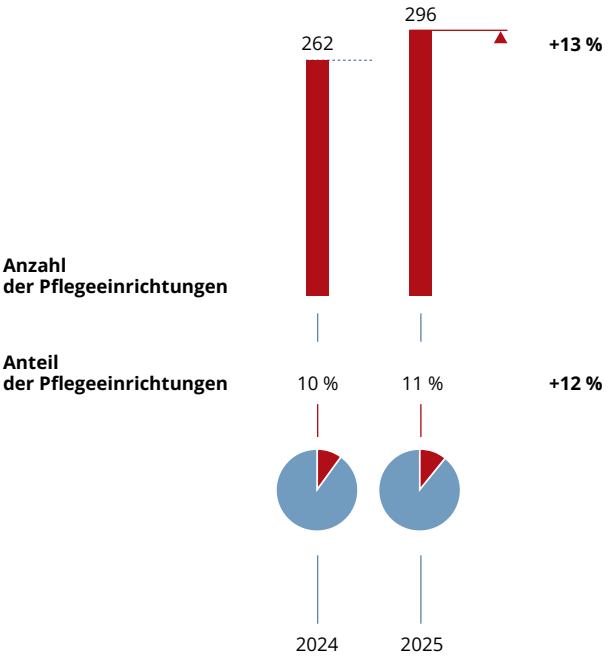
Abb. 72: Teilziel 1.2: Mehr Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden



Durch das gemeinsame Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen wurden im Berichtsjahr 2025 insgesamt 356 Pflegeeinrichtungen erreicht. In diesen Pflegeeinrichtungen wurden BGF-Aktivitäten für Beschäftigte (§ 20b SGB V) umgesetzt und gleichzeitig Leistungen der Prävention für pflegebedürftige Menschen (§ 5 SGB XI) erbracht. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der erreichten Pflegeeinrichtungen damit gestiegen. Gemessen an allen Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen der BGF erbracht wurden, ist der prozentuale Anteil der Einrichtungen, in denen Präventionsaktivitäten für Beschäftigte mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Bewohnende bzw. Gäste der Pflegeeinrichtung kombiniert wurden, jedoch leicht zurückgegangen.

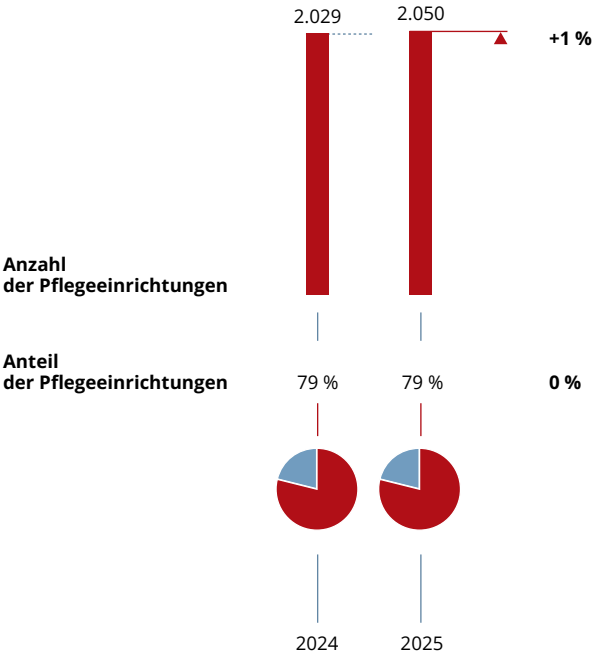
Bei der Berechnung des Teilziels 1.2 wird als Referenzgröße die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, in denen Präventionsleistungen nach § 20b SGB V erbracht wurden (2025: 1.252 Pflegeeinrichtungen), verwendet. Die Verknüpfung von BGF für beruflich Pflegende mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen wurde mithilfe des Dokumentationsbogens „Betriebliche Gesundheitsförderung“ der Krankenkassen erfasst.

Abb. 73: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten



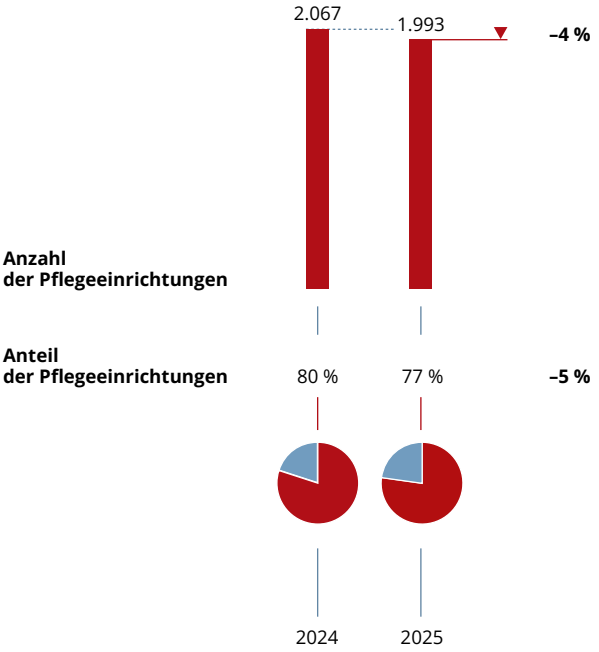
Während im Vorjahr sowohl die Anzahl als auch der Anteil stationärer Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten im Handlungsfeld „Ernährung“ gesunken war, kann für das aktuelle Berichtsjahr 2025 ein Anstieg von Zahl und Anteil der Pflegeeinrichtungen festgestellt werden, die Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation pflegebedürftiger Menschen umsetzten.

Abb. 74: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität



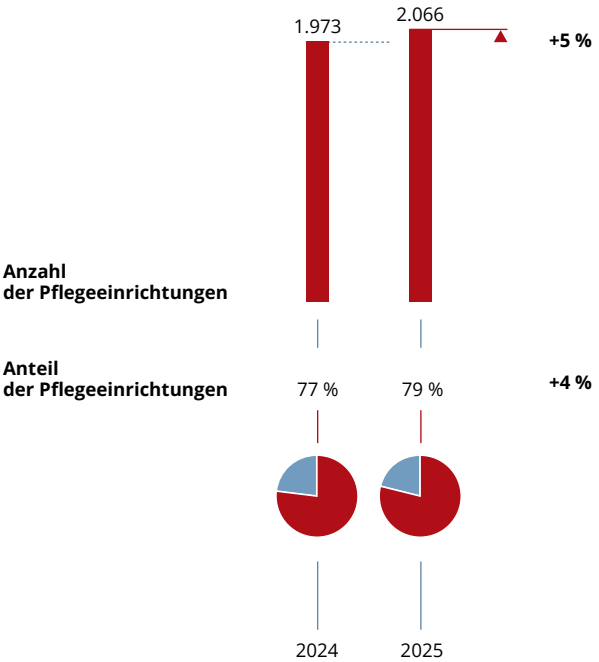
Die absolute Anzahl und der prozentuale Anteil an Pflegeeinrichtungen, die im Berichtsjahr 2025 Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Bewohnenden und/oder Gäste umgesetzt haben, sind gegenüber dem vergangenen Berichtsjahr stabil geblieben.

Abb. 75: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen



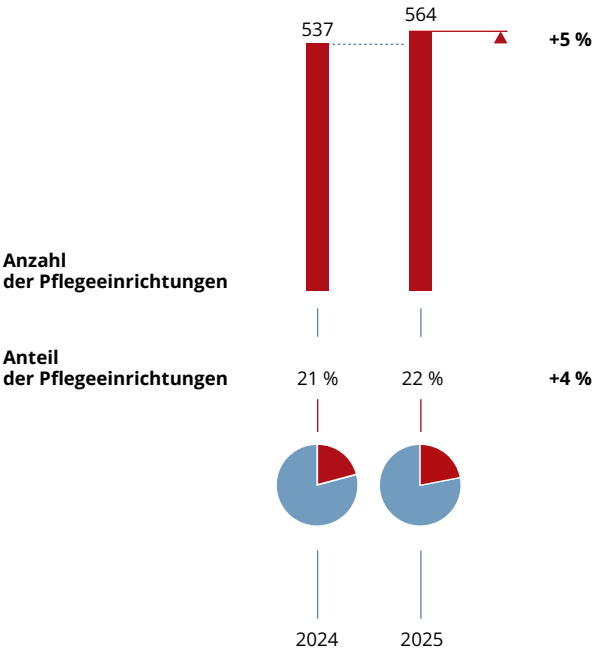
Im Handlungsfeld „Stärkung kognitiver Ressourcen“ sind sowohl die Anzahl als auch der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die im Berichtsjahr 2025 Aktivitäten in diesem Handlungsfeld umsetzten, geringfügig gesunken.

Abb. 76: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Ressourcen



Wie bereits im Vorjahr wurden im Handlungsfeld „Psychosoziale Gesundheit“ mehr Aktivitäten umgesetzt. Zahl und Anteil der Pflegeeinrichtungen, die im Berichtsjahr 2025 Konzepte zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit umsetzten, sind erneut gestiegen.

Abb. 77: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt



Insgesamt konnten im Berichtsjahr 2025 die absolute Anzahl sowie der prozentuale Anteil an Pflegeeinrichtungen, die Konzepte zur Vermeidung von Gewaltereignissen durch und gegen pflegebedürftige Menschen entwickelten und umsetzten, erneut gesteigert werden.

Praxisteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Auch in diesem Jahr setzt der Praxisteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ den Fokus auf Präventionsangebote in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Anhand von zwölf dargestellten Projekten wird deutlich, mit welchen konkreten Maßnahmen die Kranken- und Pflegekassen interessierte Pflegeeinrichtungen unterstützen, in gesundheitsfördernde Verhältnisse und Verhalten zu investieren.

Die Auswahl der Präventionsthemen spiegelt das ganze Portfolio der Handlungsfelder der Prävention wider, in denen die Pflegekassen agieren. Dabei haben solche Projektdarstellungen einen wichtigen Stellenwert, in denen das Engagement von Kranken- und Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen miteinander verknüpft wird ( ): Entsprechend dem Präventionsteilziel 1.2 werden Maßnahmen der Prävention für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI *und* Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende nach § 20 SGB V in diesen Einrichtungen kombiniert umgesetzt (s. S. 137). Hierfür bieten sich zum Beispiel die Themen Gewaltprävention ( ), Unterstützung von Bewegungsaktivitäten oder auch Ernährung ( ) an. Das Thema Klimawandel ( ) wird als Querschnittsthema in Projekten der Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und psychosoziale Aktivität aufgegriffen. Digitale Umsetzungsformen ( ) tragen dazu bei, dass Pflegeeinrichtungen zu „Wohlfühlorten“ werden und dass pflegebedürftige Menschen Kompetenzen erwerben und dabei unterstützt werden, selbst etwas für ihre Gesundheitserhaltung zu tun. Ein weiteres Projekt geht auf die besonderen Bedarfe und Angebote von pflegebedürftigen Menschen ein, die gehörlos sind.

Viele der genannten Ansätze werden wissenschaftlich begleitet, sodass Erfahrungen in der Umsetzung und deren Wirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden – exemplarisch vorgestellt und evaluiert – sich im besten Fall auf weitere Einrichtungen und Menschen mit Pflegebedarf übertragen lassen. Auch dafür soll der Praxisteil „Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ Anregung bieten. Alle Praxisbeispiele werden anhand eines Steckbriefs mit nebenstehenden Symbolen vorgestellt.

Zwei wissenschaftliche Beiträge gehen dem Praxisteil voran. Sie beleuchten die Themen (digitale) Gesundheitskompetenz sowie Inklusion, Diversität und Barrierefreiheit als zu berücksichtigende Faktoren bei der Ausgestaltung von Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Der GKV-Spitzenverband hat zu beiden Themen eine Expertise beauftragt. Die Erkenntnisse beider Expertisen werden in die geplante Aktualisierung des SPV-Leitfadens einfließen.

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

Förderung der (digitalen) Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen: eine mehrdimensionale Aufgabe







Autorinnen und Autor:

Maria J. Villamayor
Prognos AG

Marcel Etter
Prognos AG

Prof. Dr. Annett Horn
FH Münster

Die Gesundheitskompetenz älterer, chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland ist gering und ungleich verteilt.[66] Eine niedrige Gesundheitskompetenz zeigt sich bei pflegebedürftigen Menschen häufig in Wissenslücken und Verständnisproblemen mit negativen Folgen wie einem mangelhaften Medikamentenmanagement.[67] Auch pflegende An- und Zugehörige haben Schwierigkeiten, beispielsweise verlässliche Gesundheitsinformationen aus dem Internet einzuordnen.[68] Eine gestärkte (digitale) Gesundheitskompetenz kann wesentlich zur Prävention und Bewältigung von chronischen Erkrankungen beitragen[69], entsprechend ist von einer hohen Relevanz der Gesundheitskompetenz für Pflegebedürftige auszugehen. Eine vom GKV-Spitzenverband beauftragte Expertise hat den Wissensstand zur (digitalen) Gesundheitskompetenz in der stationären Langzeitversorgung aufbereitet und Empfehlungen für die Aktualisierung des SPV-Leitfadens Prävention abgeleitet. Ausgewertet wurden 68 Publikationen, darunter 27 thematisch zentrale Studien mit Hinweisen zu konkreten Fördermöglichkeiten der Gesundheitskompetenz. Da die Befunde überwiegend internationaler Herkunft sind, haben die Empfehlungen für den deutschen Raum Orientierungscharakter.

Förderung der Gesundheitskompetenz als gemeinsame Aufgabe verstehen

Eine hohe Gesundheitskompetenz entsteht in der Langzeitpflege im Zusammenspiel individueller Ressourcen, professioneller Unterstützung und institutioneller Rahmenbedingungen. Gesundheitskompetenz zu fördern bedeutet, mehrere Dimensionen gemeinsam zu denken: die Stärkung der Kompetenzen von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen, die Qualifikation von Pflegefachpersonen sowie die Rolle der Einrichtungen – jeweils auch digital.

Vom Wissen zum Handeln

Vor allem Pflegefachpersonen spielen eine Schlüsselrolle, sind aber auf die Vermittlung und Einordnung von (insbesondere digitalen) Gesundheitsinformationen nicht immer gut vorbereitet.[70] Daher werden die systematische Qualifizierung von Pflegefachpersonen sowie digitale Lösungen mit Qualitätskriterien wie Barrierefreiheit, Mehrsprachigkeit und partizipative Entwicklung empfohlen. Gesundheitskompetenz ist in Pflegeeinrichtungen kaum systematisch verankert, und

66 Schaeffer, D./L. Griese/H. Singh/M. Ewers/K. Hurrelmann: Factsheet Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse des HLS-GER 3, https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/izgk/forschung/hls-ger-3-1/Zusammenfassung.pdf (abgerufen am 20.05.2026).
67 İlhan, N./C. Savci/S. Yildirim: The Association Between Medication Adherence and Rational Drug Use Knowledge and Health Literacy in Older Adults Residing in Nursing Homes, in: Journal of Evaluation in Clinical Practice 31(1) (2025), e14303.
68 Águas, D./M. Paço/A. Henriques/A. Coelho/A. Costa: Informal Caregivers: Helping Those Who Help, in: Moguel, E./L. Guedes de Pinho/C. Fonseca (Hrsg.): Gerontechnology V. IWoG 2022. Lecture Notes in Bioengineering, Cham: Springer 2023, S. 351–361.
69 Rodríguez Parrado, I./D. A. Saldaña: Digital Health Literacy in Patients With Heart Failure in Times of Pandemic, in: Computers, Informatics, Nursing 40(11) (2022), S. 754–762.
70 Griese, L./D. Schaeffer: Professionelle Gesundheitskompetenz. Berufs- und geschlechtsspezifische Aspekte, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 68 (2025), S. 282–292.

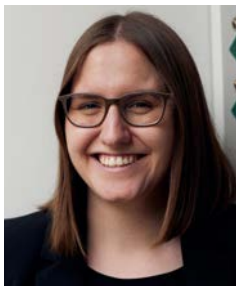
Maßnahmen müssen auf die Bedingungen vor Ort zugeschnitten werden.[71] Dies gelingt vor allem durch Unterstützung der Führungsebene, Beteiligung der Mitarbeitenden und eine schrittweise Integration in Strukturen im Rahmen von gesundheitskompetenten Organisationen.[72] Wenn Pflegeeinrichtungen Gesundheitskompetenz als Querschnittsaufgabe auf allen Ebenen verankern, können präventive Leistungen der Pflegekassen nachhaltig wirken, weil Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige Gesundheitsinformationen besser einordnen und auf dieser Grundlage kompetenter handeln können.

71 Schaeffer, D./D. Vogt/A. Haarmann/L. Griese: Gesundheitskompetente Organisationen – eine explorative Analyse der Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 29 (4) (2024), S. 371–385.

72 Kaper, M./J. Sixsmith/S. Reijneveld/A. de Winter: Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 18(22) (2021), 11906.

Inklusion, Diversität, Vielfalt und Barrierefreiheit als Leitprinzipien von Prävention in stationären Einrichtungen









Autor und Autorinnen:

Daniel Geffroy

Annika Gröndahl
(ohne Foto)

Karina Ilskens

Eva Strippelmann
(ohne Foto)

Prof. Dr. Michaela Brause

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck
Hochschule Bielefeld

Inklusion, Barrierefreiheit, Diversität und Vielfalt sind zentrale, sich gegenseitig ergänzende Leitprinzipien, um Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in stationären Pflegeeinrichtungen allen Menschen zugutekommen zu lassen. Zur diesbezüglichen Weiterentwicklung des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ beauftragte der GKV-Spitzenverband die Hochschule Bielefeld mit der Erarbeitung fachlicher Empfehlungen. Dies erfolgte auf Basis von Leitfadenanalyse, strukturierter Literaturanalyse, Expertengesprächen sowie langjähriger Erfahrung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Inklusion bezeichnet die selbstverständliche und gleichberechtigte Teilhabe sowie Wertschätzung aller Menschen unabhängig von individuellen Voraussetzungen und Hintergründen. Barrierefreiheit beinhaltet physische, kommunikative, digitale, sozial-organisatorische sowie verhaltensbezogene Dimensionen. Sie richtet sich insbesondere an Menschen mit Behinderungen, adressiert jedoch ebenso weitere Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen. Vielfalt beschreibt die individuellen Voraussetzungen und Lebenslagen von Menschen, während Diversität den bewussten und reflektierten Umgang mit diesen bezeichnet. Dabei lassen sich primäre, kaum veränderbare Dimensionen (z. B. Herkunft), von sekundären Dimensionen (z. B. Einkommen) unterscheiden. Eine diversitätssensible Gesundheitsförderung berücksichtigt diese Unterschiede systematisch und richtet Maßnahmen entsprechend aus.

Die Umsetzung eines partizipativen Gesundheitsförderungsprozesses stellt den zentralen Ansatz dar, um die oben genannten Leitprinzipien nachhaltig in stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern. Diese sind als kontinuierliche Organisationsaufgaben zu verstehen. Angesichts einer zunehmend heterogenen Gruppe von Nutzenden mit unterschiedlichen körperlichen, kognitiven und kulturellen Voraussetzungen ermöglicht der partizipative Gesundheitsförderungsprozess eine bedarfsorientierte Entwicklung und die kontinuierliche Anpassung präventiver Maßnahmen.

Zentrale Anforderungen sind dabei Zielgruppenbezug als Orientierung an den spezifischen Bedarfen und Lebenslagen der Nutzenden, Empowerment im Sinne der Stärkung von Selbstbestimmung und gesundheitlicher Handlungskompetenz sowie Partizipation durch die aktive Einbindung der Zielgruppen.

MAHLZEIT!
gemeinsam – gesund – genießen

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Ernährung, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, körperliche Aktivität
- 4 stationäre Pflegeeinrichtungen
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH
- Bewohnende und Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen
- Rheinland-Pfalz und Saarland, November 2025 bis Oktober 2028

Autorin:

Saskia Ellrich
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland

Mahlzeit!
gemeinsam · gesund · genießen

Im November ist das Projekt „MAHLZEIT! gemeinsam – gesund – genießen“ in Kooperation mit der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP) gestartet. Es wird in vier stationären Pflegeeinrichtungen im ländlichen Raum in Rheinland-Pfalz und im Saarland umgesetzt.

Ziel des Projekts ist es, die Ernährungssituation der Bewohnenden nachhaltig zu verbessern. Dabei liegt der Fokus auf den aktuellen Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), den Bedürfnissen der Bewohnenden sowie der Implementierung einer ökologisch nachhaltigen und klimafreundlichen Verpflegung. Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege, soziale Betreuung, Qualitätsmanagement, Hauswirtschaft und Küche werden zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult. Jede teilnehmende Einrichtung erstellt im Projektzeitraum eine einrichtungsinterne Ernährungsleitlinie, um die erarbeiteten Maßnahmen langfristig im Alltag zu verankern.

Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erlernen in den Workshops, wie sie nach dem Projekt eigenständig Änderungen der DGE-Richtlinie in ihrer Einrichtung umsetzen können. Ergänzend wird in jeder Einrichtung eine Steuerungsgruppe aufgebaut, die über die notwendigen Kompetenzen verfügt, um eigenständig nachhaltige Strukturen und Prozesse für eine gesundheitsförderliche und klimafreundliche Verpflegung zu etablieren. Die Ergebnisse der Einrichtungen fließen in eine übergreifende Handlungsempfehlung ein, die auch anderen Pflegeeinrichtungen Orientierung bieten kann. Neben der Ernährung werden im Rahmen der Prozessberatung weitere Handlungsfelder wie kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und körperliche Aktivität berücksichtigt.

Im Rahmen der Workshops werden sowohl Grundlagen der Ernährung im hochbetagten Alter als auch die besonderen Anforderungen im Umgang mit Demenz, wie Mangelernährung und Kau- und Schluckstörungen, vermittelt. Darüber hinaus werden die Anforderungen an ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement zwischen den Bereichen Küche, Pflege sowie gegebenenfalls Hauswirtschaft und Service anhand praxisnaher Beispiele aufgezeigt und vertieft.

Der bewegende Flur: Bewegung schafft Begegnung

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen, Körperliche Aktivität
- 10 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
- BERGISCHE KRANKENKASSE
- SportBildungswerk NRW e. V.
- Pflegebedürftige Menschen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen sowie Angehörige und Gäste, Mitarbeitende der Pflege und Betreuung
- Bergisches Land (NRW), April 2025 bis Dezember 2026

Bewegung in Gruppen sowie in öffentlichen Räumen fördert nicht nur die körperliche und psychische Gesundheit, sondern auch soziale Begegnungen. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist das Projekt „Der bewegende Flur“. Die niedrigschwellige Bewegungsintervention arbeitet mit leicht verständlichen Posterillustrationen und wurde im Rahmen des Pilotprojekts „Bewegende Alteneinrichtungen und Pflegedienste“ vom Landessportbund NRW in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule Köln entwickelt.

Autorinnen:

Janina Busse
SportBildungswerk NRW e. V.

Julia Klauke
BERGISCHE KRANKENKASSE

Auf neun Plakaten erhalten Bewohnende sowie Angehörige und Gäste in stationären und ambulanten Einrichtungen vielfältige Anregungen für Kraft-, Mobilitäts- und Koordinationsübungen. Mitarbeitende der teilnehmenden Einrichtungen werden im Vorfeld geschult, um die Übungen sicher und qualitätsgerecht umzusetzen.

Die Schulungen vermitteln die Ziele der Übungen und zeigen, wie sich diese an individuelle körperliche und psychische Voraussetzungen anpassen lassen, um allen Menschen eine möglichst umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Dabei wird besonderer Wert auf gesundheitsförderliche Aspekte wie eine richtige Atmung, eine saubere Bewegungsausführung sowie eine angemessene Steuerung der Belastung gelegt. Im Bergischen Land und Umgebung fanden mehrere Schulungen für Mitarbeitende statt, die das Erlernte in ihre Einrichtungen weitergetragen haben. Die Ergebnisse der jeweiligen Evaluierungen bestätigen die hohe Praxistauglichkeit sowie die positive Wirkung des Ansatzes auf Bewegungsförderung und soziale Interaktion im Alltag der Einrichtungen.



Glücksmomente für Alt und Jung – Generationen verbinden, Gesundheit im Alter stärken

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Stärkung kognitiver Ressourcen, Körperliche Aktivität
- mehr als 300 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- BERGISCHE KRANKENKASSE, Salus BKK, BKK firmus, BMW BKK, Debeka BKK, mkk, novitas bkk, R+V BKK, SBK, vivida bkk
- Generationsbrücke Deutschland
- Bewohnende und Gäste in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, Mitarbeitende der Pflege und Betreuung, Ehrenamtliche
- bundesweit, Laufzeit jeweils 1 Jahr

Autorin und Autoren:

Julia Klauke
BERGISCHE KRANKENKASSE

Holger Tietz
Salus BKK

Horst Krumbach
Generationsbrücke Deutschland

Das Projekt „Generationsbrücke“ fördert die psychosoziale Gesundheit sowie die kognitiven und körperlichen Ressourcen älterer Menschen in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen.[73] Bundesweit beteiligen sich über 300 stationäre Pflegeeinrichtungen an der Umsetzung des generationenverbindenden Ansatzes.

Im Mittelpunkt stehen regelmäßig stattfindende Begegnungen zwischen Bewohnenden und Kindern bzw. Jugendlichen aus Kitas und Schulen. Die Treffen erfolgen in der Regel monatlich über den Zeitraum eines Schuljahres und werden durch qualifizierte Fachkräfte aus Pflege, Betreuung und Pädagogik begleitet. Grundlage ist ein wissenschaftlich fundiertes und praxiserprobtes Fortbildungskonzept, das über eine digitale Lernplattform sowie ergänzende Austauschformate vermittelt wird.

Zentrale Elemente des Projekts sind feste Tandems zwischen Jung und Alt sowie ein aktives Miteinander in den Begegnungen. Die älteren Menschen erfahren soziale Teilhabe, emotionale Aktivierung und gezielte Impulse zur Stärkung ihrer kognitiven und körperlichen Fähigkeiten. Gleichzeitig wird Einsamkeit reduziert, und die Integration in das soziale Umfeld wird gefördert.

Kinder und Jugendliche profitieren durch die Entwicklung sozialer Kompetenzen und einen reflektierten Umgang mit Themen wie Alter, Pflegebedürftigkeit und Demenz. Die Begegnungen ermöglichen ihnen einen lebensnahen Zugang zu gesellschaftlich relevanten Fragestellungen und fördern Empathie sowie Verantwortungsbewusstsein.



Das Projekt verfolgt einen lebensweltorientierten Ansatz und bindet neben den Bewohnenden auch Mitarbeitende der Einrichtungen sowie ehrenamtlich Engagierte ein. Durch die kontinuierliche und strukturierte Umsetzung trägt es zur nachhaltigen Stärkung des generationenübergreifenden Zusammenhalts und zur Förderung von Gesundheit im Setting Pflegeeinrichtung bei.

73 Mehr Informationen unter: www.generationsbruecke-deutschland.de

Ein DIGITALER WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen

- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Psychosoziale Gesundheit, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Ernährung
  § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- 1 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtung
- BKK mkk – meine krankenkasse
- senexis GmbH
- Pflegebedürftige Menschen, deren An- und Zugehörige sowie Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen
- Nordrhein-Westfalen, Juni 2025 bis Juni 2027

Autorin und Autor:

Babett Stäbler-Kirsten
BKK mkk – meine krankenkasse

Stefan Germann
senexis GmbH

Das Pilotprojekt „Ein DIGITALER WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen“ verzahnt Angebote der Gesundheitsförderung für Mitarbeitende und Bewohnende von Pflegeeinrichtungen miteinander.[74] Konzeptionelle Leitidee ist ein digitaler, gesundheitsfördernder Aktivitätstisch, der „CareTable“: Maßnahmen werden sowohl vor Ort als auch digital umgesetzt und mit Themen digitaler Gesundheitsförderung sowie sozialer und digitaler Teilhabe verknüpft. Insbesondere für Bewohnende mit Demenz unterstützt der CareTable die Wochenstruktur und bietet vielfältige Aktivierungsangebote, etwa Rätsel, Biografiearbeit, „Reisen ohne Koffer“ und Rezeptaustauschrunden mit Mitarbeitenden. Das Konzept wurde von der senexis GmbH 2025 erstellt und wird bis 2027 im Pilotvorhaben weiterentwickelt. Grundsätzlich haben die zu Pflegenden und die Mitarbeitenden einen (barriere-)freien und freiwilligen Zugang zum „CareTable“.

Für einen partizipativen Gesundheitsförderungsprozess wurde ein Steuerungsgremium eingerichtet. Der Einsatz des „CareTable“ wird dokumentiert und in einem kurzen Jahresbericht beschrieben. Digitale, zweimonatliche Austauschrunden zwischen den Projektpartnern bieten Impulse für Teamaktivitäten im Rahmen von „Gesund Führen“ sowie für die Aktivierung der Bewohnenden (z. B. Puzzle des Tages, Entspannungsübungen). Kreative, musische und kooperative Angebote zur Selbstbeschäftigung erfreuen sich hoher Beliebtheit und ermöglichen eine stärkere Konzentration auf betreuungsintensive Bewohnende. Herausforderungen wie Zeitmangel oder Personalausfall begegnet das Projekt durch flexible Planung, individuelle Begleitung und Refresh-Formate. Eine mehrstufige Evaluation gewährleistet die Qualitätssicherung und liefert Impulse für die Weiterentwicklung.



Führungskräfte aus der Einrichtung wurden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für den „CareTable“ qualifiziert. Sie können ihn flexibel für eine gesundheitsfördernde Führung einsetzen und auch im Schichtbetrieb kreative Pausen- und Freiräume für Pflege- und Betreuungsteams schaffen, etwa durch die Wiedergabe von Aufzeichnungen bereits durchgeführter Veranstaltungen und Fortbildungen.

74 Mehr Informationen: https://marienheim-ac.de/aktivitaetentisch

Gewaltprävention in der Pflege

- Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
- § 5 SGB XI: Prävention von Gewalt
  § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 18 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- AOK Nordost
- sysba solutions GmbH
- Mitarbeitende und Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, Dezember 2024 bis Juni 2026

Autorinnen:

Martina Chladek
und
Anne Roggenbuck
AOK Nordost

Ziel des Projekts war es, Gewaltprävention nachhaltig in stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern. Durch die Qualifizierung von Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen sollten gesundheitliche Ressourcen der Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden gestärkt, Handlungssicherheit erhöht und einrichtungsspezifische Konzepte zur Gewaltprävention entwickelt werden. Das mehrstufige Qualifizierungs- und Transferangebot umfasste Abstimmungsgespräche mit Leitungskräften, einrichtungsübergreifende Basis- und Aufbauschulungen, Praxistage in allen Einrichtungen, Reflexionsworkshops mit Leitungskräften sowie eine abschließende Evaluation.

Die Umsetzung erfolgte in einem herausfordernden Arbeitsfeld. Im Projektverlauf konnten die Sensibilität für Risikosituationen gestärkt und ein erweitertes Verständnis von Gewalt gefördert werden. Als besonders wirksam erwiesen sich die Praxistage, die den Transfer der Inhalte in den Arbeitsalltag unterstützten. Die Teilnehmenden berichteten von größerer Handlungssicherheit, insbesondere in herausfordernden Situationen, sowie von einer stärkeren Reflexion des eigenen Handelns. Gleichzeitig wurden Bedarfe für weitere Qualifizierungen sichtbar.

Für zukünftige Angebote wurden insbesondere folgende Themen identifiziert: Gewaltprävention bei Demenz, Deeskalation und Selbstschutz, rechtliche Grundlagen, deeskalierende Kommunikation, strukturelle Gewalt und Gewalt durch Unterlassen, Selbstfürsorge sowie Methoden der Fallbesprechung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Gewaltprävention nur dann nachhaltig wirkt, wenn sie als dauerhaftes Querschnittsthema verstanden wird. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind eine klare Verantwortungszuweisung, die Verankerung auf Leitungsebene, die regelmäßige Bearbeitung im Team sowie die Einbindung aller Berufsgruppen, des Heimbeirats und der Angehörigen. Aufgrund der positiven Ergebnisse wird das Projekt mit inhaltlichen und strukturellen Anpassungen fortgeführt und auf Tagespflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste übertragen. Die Weiterentwicklung wird ebenfalls evaluiert.

Gehörlos im Alter gesund: Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen ab 50 Jahren

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt
  § 20a SGB V: Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen, Stärkung der Gesundheitskompetenz, Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, Bewegungsgewohnheiten, Stress- und Ressourcenmanagement
- 4 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), TK, BARMER, DAK, KKH, hkk, HEK
- Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
- Gehörlose Menschen ab 50 Jahren im häuslichen und stationären Umfeld
- bundesweit, Juni 2025 bis August 2027

Barrierefreie Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen im höheren Lebensalter stärken – das ist das Ziel des Projekts „Gehörlos im Alter gesund“, das wissenschaftlich von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck begleitet wird. Im Mittelpunkt stehen gehörlose Menschen ab 50 Jahren, deren gesundheitliche Bedarfe bislang in Gesundheitsförderung und Prävention unzureichend berücksichtigt werden. Das Projekt erfasst die Bedarfe systematisch und leitet daraus Empfehlungen für passgenaue und barrierefreie Präventionsangebote ab, damit diese tatsächlich zugänglich, verständlich und nutzbar sind.

Autorin:

Luisa Störmer
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Gesunde Lebenswelten
EIN ANGEBOT DER ERSATZKASSEN

Eine besondere Stärke des Projekts ist der lebensweltübergreifende Ansatz: Adressiert werden sowohl gehörlose Menschen in der eigenen Häuslichkeit als auch Bewohnende stationärer Pflegeeinrichtungen. Das Projekt verbindet damit die Handlungsfelder nach § 20a SGB V und § 5 SGB XI. Gehörlose und hörende Expertinnen und Experten sowie Verbände und Fachstellen werden aktiv in den gesamten Projektverlauf eingebunden. So fließen die Perspektiven der Zielgruppe unmittelbar in den Forschungs- und Entwicklungsprozess ein.

Erste Ergebnisse der Literaturrecherche und Interviews zeigen, dass bislang nur wenige zielgruppenspezifische Angebote existieren. Die laufenden Experteninterviews verdeutlichen die zentrale Bedeutung der Deutschen Gebärdensprache für soziale Teilhabe und den Zugang zu Gesundheitsinformationen. Zudem werden Risiken sozialer Isolation im Alter sowie Informationsdefizite zu Unterstützungs- und Präventionsangeboten sichtbar.

Die Projektergebnisse werden in einen Kriterienkatalog, eine Angebotsübersicht sowie einen praxisorientierten Handlungsleitfaden überführt. Damit entstehen erstmals fundierte Orientierungshilfen für die Entwicklung barrierefreier und kultursensibler Präventionsangebote für gehörlose Menschen im höheren Lebensalter. Das Projekt schafft somit wichtige Grundlagen für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung, baut Zugangshürden ab und stärkt die gesundheitliche Chancengleichheit sowie die selbstbestimmte Teilhabe gehörloser Menschen.

Bewegung trotz[t] Alter

§ 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit
§ 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
35 stationäre Pflegeeinrichtungen
mhplus Krankenkasse, EY BKK
8 lokale Sportanbieter, davon 2 qualifizierte Sportvereine
Pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen
Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Thüringen, seit Januar 2020 fortlaufend, 36 Wochen jährlich

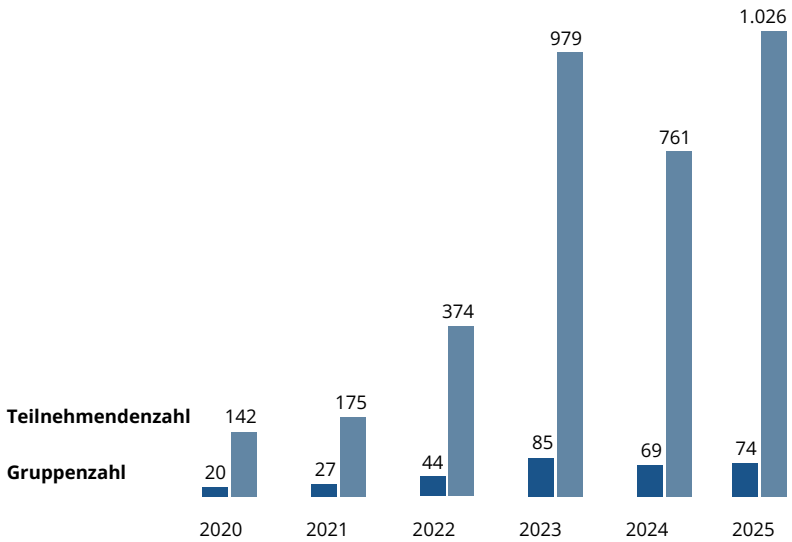
Das Projekt „Bewegung trotz[t] Alter“ wurde von Sportfachkräften für Bewohnende in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. Es verknüpft Ausdauer, Kraft und Koordination und fördert somit die Entwicklung eines aktiven, gesundheitsförderlichen Lebensstils. Ergänzend wurde das Co-Projekt „Bewegung trotz[t] Alltag“ für Mitarbeitende in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Autorin und Autor:
Alessa Ulrich
und
Sascha Brandenburger
mhplus Krankenkasse

Die pflegebedürftigen Menschen gehen spielerisch auf eine spannende Weltreise quer durch sechs Kontinente. Jede Übungseinheit ist ein Ausflug. Auf 36 Ausflügen werden die konditionellen und koordinativen Fähigkeiten der Teilnehmenden gefördert und gefordert. Ziel ist es, die individuelle Mobilität und Autonomie zu verbessern bzw. zu erhalten. Stressbewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren erweitern die Inhalte des Programms. Darüber hinaus wird der Einsatz von Funktionsgeräten in Alltagssituationen erlernt.

Sportfachkräfte von qualifizierten lokalen Kooperationspartnern werden in einer Tagesschulung zu Kursleitungen ausgebildet. Nach Erwerb der Lizenz leiten sie Gruppen in stationären Pflegeeinrichtungen an. Die Akquise und Organisation erfolgt über die Kooperationspartner. Neben den 36 Übungseinheiten führen die Kooperationspartner Kick-off-Veranstaltungen in den Einrichtungen durch, um Angehörige und Mitarbeitende über die Projektinhalte zu informieren.

Abb. 78: Entwicklung der Gruppen- und Teilnehmendenzahl im Projekt „Bewegung trotz[t] Alter“



Durch ein strukturiertes Konzept und eine ganzheitliche Evaluation ist die Qualitätssicherung gewährleistet und liefert wichtige Impulse zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Programminhalte und Projektumsetzung. Eine Verstetigung des Programms wird durch einrichtungsübergreifende Ausbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angestrebt.

Gesund älter werden im Odenwaldkreis: Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund klimatischer Veränderungen

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Ernährung, Stärkung kognitiver Ressourcen
- 4 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Hessen
- Kreisausschuss des Odenwaldkreises, Herbstfreude Stiftung GmbH
- Pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sowie Beschäftigte in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen
- Hessen, Oktober 2024 bis September 2026

Autorinnen:

Dr. Carina Landwehr
und
Susanne Ducastel
vdek-Landesvertretung Hessen

Gesunde Lebenswelten
EIN ANGEBOT DER ERSATZKASSEN

Das Projekt „Gesund älter werden im Odenwaldkreis“ richtet sich an ältere Menschen in Tagespflegeeinrichtungen. Ziel ist es, die Seniorinnen und Senioren zu motivieren, sich aktiv mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. Ein Fokus liegt auf den Herausforderungen durch klimatische Belastungen. Spezielle Maßnahmen sollen älteren Menschen helfen, gesund durch sommerliche Hitzewellen zu kommen. Gleichzeitig sollen Leitungs- und Betreuungskräfte der Einrichtungen sowie Angehörige in die gesundheitsorientierte Betreuung eingebunden werden, um so die Themen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Klima langfristig im Einrichtungsalltag zu verankern.

In einem partizipativen Entwicklungsprozess wurden in den beteiligten Einrichtungen individuelle Struktur- und Bedarfserhebungen durchgeführt. Darauf aufbauend folgten Konzeption und Umsetzung von Multiplikatorenschulungen zu den verschiedenen Handlungsfeldern. Das erlangte Wissen wurde anschließend in Gruppeninterventionen in der Tagespflege angewendet, reflektiert und bei Bedarf angepasst. Diese Phasen wurden durch Supervision sowie regelmäßige Treffen des Steuerungsgremiums unterstützt.

Zu Projektbeginn stellten Personalengpässe und häufige Wechsel Herausforderungen dar, die jedoch durch gezielte Maßnahmen aufgefangen werden konnten. Personalübergreifende Schulungen sowie feste Ansprechpersonen sorgten für Kontinuität in der Umsetzung. Durch flexible Angebotszeiten und eine direkte Ansprache der Tagespflegegäste wurde die Teilnahme gezielt gesteigert. Rückmeldungen der Teilnehmenden weisen auf Verbesserungen im körperlichen und emotionalen Wohlbefinden sowie auf ein gestärktes Gemeinschaftsgefühl hin.

Die Maßnahmen werden in allen Einrichtungen verstetigt, zentrale Inhalte sind bereits fest im Alltag verankert. Parallel entwickeln die Einrichtungen gemeinsam mit den Projektpartnern praxisnahe Handlungsleitfäden zu spezifischen Themen, z. B. Ernährungs- und Trinkverhalten. Die gewachsene Vernetzung mit regionalen Akteuren bildet zudem die Grundlage für eine mögliche Ausweitung auf Landkreisebene.

Prävention in der stationären und teilstationären Pflege im St. Anna-Stift in Kroge

- Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit
  § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 1 stationäre Pflegeeinrichtung, 1 Tagespflegeeinrichtung
- Techniker Krankenkasse
- Physio- und Ergotherapiepraxen vor Ort, Pädagogin/ systemische Therapeutin (Prozessberatung, BGF), APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH
- Mitarbeitende, Bewohnende und Gäste der Pflegeeinrichtung sowie deren An- und Zugehörige
- 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2027

Autorin:

Beate Schüler
Techniker Krankenkasse

Im Jahr 2019 startete im St. Anna-Stift ein Präventionsprojekt, das sich schnell zu einem Modellprojekt für gesundheitsfördernde Pflege entwickelt hat. Unter dem Leitgedanken „Starke Pflege“ erhalten Bewohnende und Mitarbeitende ein therapeutisch angeleitetes Trainingsangebot, das die Bereiche Kondition, Kraft, Beweglichkeit, Gleichgewicht und Koordination gezielt stärkt. Die praktischen Maßnahmen werden von ortsansässigen Praxen unterstützt, die im Bedarfsfall auch notwendige Behandlungen übernehmen können. Ziel ist es, die Lebensqualität der Bewohnenden zu fördern sowie ihre Mobilität und kognitiven Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten. Durch die enge Zusammenarbeit mit Pflege- und Betreuungskräften konnten die Präventionsangebote bereits in den Wohnbereichen verankert und in den Alltag integriert werden.

Seit 2024 werden die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt vertieft und verstetigt. Zugleich liegt ein zusätzlicher Fokus auf der Gesundheit der Mitarbeitenden. In den Teams beider Einrichtungen entstehen regelmäßige Gesundheitszirkel, in denen Themen wie Kommunikation, Konfliktmanagement, Führung, Gewaltprävention sowie Methoden zur Stressbewältigung und Selbstfürsorge reflektiert und weiterentwickelt werden. Alle beteiligten Akteure und Verantwortlichen treffen sich mindestens viermal jährlich im Steuerkreis, um den aktuellen Stand zu prüfen und die nächsten Schritte zu planen. Ein besonderes Merkmal ist die partnerschaftliche Einbindung der Demenzakademie bei der Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen. Dabei stehen bewusst vorhandene Ressourcen und nicht Defizite im Vordergrund. Die enge Zusammenarbeit mit den durchführenden Therapeutinnen und Fachkräften bleibt jederzeit gegeben.



Eine zweijährige Verlängerung auf insgesamt vier Projektjahre soll die Maßnahmen über den Projektkontext hinaus nachhaltig verankern. Zudem wird eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt. Diese dient der Optimierung und Qualitätssicherung des Vorhabens und soll Erkenntnisse liefern, die auf andere Pflegeeinrichtungen übertragbar sind.

Prävention in der Pflege (PiP): Gesundheit ganzheitlich und nachhaltig fördern



- Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt
  § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- 156 stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste
- AOK Baden-Württemberg
- Pflegebedürftige und Mitarbeitende in der stationären Pflege, Mitarbeitende in der ambulanten Pflege
- Baden-Württemberg, seit 2019 mit jeweils 2 Jahren Projektlaufzeit

Autorin/Autor:
Susanne Klaiber
und
Sebastian Mattes
AOK
Baden-Württemberg

Prävention in der Pflege

Wie werden wir dem steigenden Pflegebedarf und den wachsenden Belastungen bei den Beschäftigten in der Pflege gerecht? Einen Ansatz dazu könnte das PiP-Projekt liefern.[75]

Während einer Projektlaufzeit von zwei Jahren durchlaufen parallel etwa 50 stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste einen systematischen Gesundheitsförderungsprozess. Im Mittelpunkt steht zum einen die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden – je nach Ergebnis einer Bedarfsanalyse z. B. durch verbesserte Kommunikationsabläufe. Zum anderen soll das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Menschen im stationären Setting nachhaltig gefördert werden, etwa durch die Förderung sozialer Teilhabe. Dazu werden Maßnahmen wie professionelle Märchenstunden oder gezielte Bewegungsgruppen eingeführt. So entsteht Schritt für Schritt eine gesunde Organisation.

Im Fokus stehen der Aufbau und die Verstetigung von Strukturen (z. B. einen Steuerkreis) und deren Integration in bestehende Prozesse. Um zu verhindern, dass das Projekt aufgrund personeller Veränderungen stagniert, wurde der Prozess stetig angepasst. Zwei interne Gesundheitsmanagerinnen bzw. -manager koordinieren den Prozess und sorgen dafür, dass Kompetenz und Wissen in der Einrichtung erhalten bleiben. Um entscheidungsfähig zu sein, sind im regelmäßig tagenden Steuerkreis Gesundheit neben den PiP-Expertinnen und -Experten alle Funktionsbereiche vertreten: Pflege, Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung und Einrichtungsleitung.

Zur nachhaltigen Fortführung tragen außerdem die Vernetzung aller PiP-Einrichtungen sowie eine gemeinsame Qualitätssicherung bei. Auf Basis einheitlicher Prüfkriterien kann ein Qualitätssiegel verliehen werden. Qualitätsgeprüfte Einrichtungen können die Gültigkeit ihres Siegels nach zwei Jahren erneut überprüfen lassen. Von 2020 bis 2022 wurde eine extern begleitete Prozessevaluation umgesetzt. Seit Ende 2024 läuft eine fünfjährige Wirksamkeitsevaluation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, um langfristige Effekte wie die Entwicklung gesunder Lebensjahre aller Zielgruppen zu messen.

75 Weitere Informationen zum Projekt unter: www.aok.de/fk/bw/pip/

Humor in der Pflege zur Förderung der Gesundheit

- Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt
  § 20b SGB V: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- 3 stationäre Pflegeeinrichtungen
- AOK PLUS
- ROTE NASEN Deutschland e. V., Europa-Universität Flensburg
- Bewohnende und Mitarbeitende in stationären Pflegeeinrichtungen
- Sachsen und Thüringen,
  August 2022 bis Juli 2026

Das Ziel des Forschungsprojekts „Humor in der Pflege“ war es, zu untersuchen, inwieweit humorgestützte Seminare für Mitarbeitende in stationären Pflegeeinrichtungen sowie regelmäßige Clownvisiten Auswirkungen auf die Gesundheit aller Beteiligten haben. Langfristig zielt das Projekt darauf ab, die psychosoziale Gesundheit aller Personen innerhalb einer Pflegeeinrichtung positiv zu beeinflussen und Humor als festen Bestandteil der Einrichtungs- und Kommunikationskultur zu etablieren.

Autorinnen:

Petra Heppner
und
Silvie Hoffmann
AOK PLUS

Zentrale Elemente des Projekts waren regelmäßige Clownvisiten, Humorseminare für alle Mitarbeitenden sowie Angehörigenabende in drei stationären Pflegeeinrichtungen. Die Clownvisiten sollten insbesondere das seelische Wohlbefinden, die Lebensfreude und die soziale Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner stärken. Gleichzeitig erlernten Führungs-, Pflege- und Betreuungskräfte sowie Therapeutinnen, Therapeuten und das Küchenpersonal in den Humorseminaren praxisnahe Methoden, um humorvolle Kommunikation bewusst einzusetzen, Stress abzubauen und resilienzfördernde Strategien in den Arbeitsalltag zu integrieren. Angehörigenabende dienten dazu, positive Wirkungen von Humor sichtbar zu machen. Wesentliche Erfolgsfaktoren waren die gute Zusammenarbeit der Kooperationspartner und die kontinuierliche Präsenz der Clowns. Dies zeigte sich spürbar in der Freude bei den Bewohnenden während und nach den Visiten.

Besondere Herausforderungen wie psychische und organisatorische Belastungen im Pflegealltag sowie Zeitdruck, Fachkräftemangel und hohe Arbeitsverdichtung erschwerten die kontinuierliche Teilnahme an den Angeboten. Auf diese Herausforderungen wurde mit flexibler Planung und einer wertschätzenden Kommunikation mit den Einrichtungen reagiert. Die wissenschaftliche Begleitung verwies auf positive Effekte humorbasierter Interventionen auf das Wohlbefinden. Zudem zeigten sich positive Tendenzen bei Stimmung, Resilienz und Schlafqualität.[76]



76 s. Korock, L./T. Scheel: Clowning in care: long-term effectiveness of clown visits on residents’ affect, resilience, sleep quality and functionality, in: BMC Geriatrics 26 (2026), 882. https://doi.org/10.1186/s12877-026-07874-0

SicherGehen – in stationären Pflegeeinrichtungen

- Gesund im Alter
- § 5 SGB XI: Körperliche Aktivität
- 16 stationäre Pflegeeinrichtungen
- AOK Baden-Württemberg
- Bewohnende stationärer Pflegeeinrichtungen
- Baden-Württemberg, seit Oktober 2025

Autorin:

Dr. Christina Bürkert
AOK
Baden-Württemberg

Stürze und die daraus entstehenden Verletzungen sind folgenschwere Ereignisse im Leben älterer Menschen. Häufig führen sie zu schweren Knochenbrüchen (z. B. Oberschenkelhals), die weitreichende Folgen für das soziale Leben, die psychische Gesundheit, die Selbstständigkeit und die allgemeine Lebensqualität haben können. Besonders pflegebedürftige Menschen tragen ein erhöhtes Risiko zu stürzen. Mehr als jede zweite Bewohnerin bzw. jeder zweite Bewohner einer Pflegeeinrichtung stürzt mindestens einmal pro Jahr. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Einschränkungen bei Gehen und Gleichgewicht sowie eine verminderte Muskelkraft. Dennoch gilt: Stürze müssen nicht zwangsläufig hingenommen werden. Durch gezielte Präventionsmaßnahmen können viele Stürze verhindert werden.

Das Programm „SicherGehen – in stationären Pflegeeinrichtungen“ basiert auf dem „Ulmer Modell“, das vom Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau entwickelt wurde. Ziel des Programms ist es, sowohl die Anzahl von Stürzen als auch deren Folgen deutlich zu verringern. Kernkomponenten des Programms:

- Gezieltes Kraft- und Balancetraining: Das progressive Gruppentraining findet zweimal wöchentlich statt und trägt dazu bei, Mobilität und Sicherheit der Bewohnenden zu verbessern. Dadurch sinkt das Risiko für Stürze.
- Qualifizierung des Personals: Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen des Programms sensibilisiert und nach aktuellen fachlichen Standards geschult.
- Verwendung von Hüftprotektoren: Hüftprotektoren können Oberschenkelhalsfrakturen wirksam vorbeugen.
- Systematische Sturzdokumentation: Durch eine strukturierte Dokumentation der Sturzereignisse können Ursachen analysiert und geeignete Präventionsmaßnahmen gezielt entwickelt werden.

Die Projektlaufzeit beträgt jeweils drei Jahre. Während der ersten vier Monate werden die Einrichtungen von einer externen, speziell geschulten Bewegungsfachkraft begleitet. Darüber hinaus finden halbjährliche Reflexionstreffen statt. Hier werden die Sturzdokumentationen ausgewertet sowie Erfolgsfaktoren und mögliche Herausforderungen besprochen. Im Jahr 2026 wird das Programm weiter ausgerollt, mit doppelter Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen. Ziel ist die langfristige Etablierung von „SicherGehen – in stationären Pflegeeinrichtungen“ als Premiumangebot zur wirksamen Sturzprävention in Baden-Württemberg.

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick

Die Dokumentation für das Berichtsjahr 2025 verdeutlicht die anhaltend positive Entwicklung des Engagements der Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Gegenüber dem Vorjahr konnten die Gesamtausgaben in den drei Leistungsbereichen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und individuelle verhaltensbezogene Prävention insgesamt gesteigert werden. Im Bereich der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ist trotz geringerer Ausgaben die Anzahl der erreichten Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Vorjahr angestiegen.

Die Entwicklung innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche stellt sich differenziert dar. Im Bereich der nicht-betrieblichen Lebenswelten sind sowohl die Ausgaben als auch die Anzahl der erreichten Lebenswelten und Personen deutlich angestiegen. Die BGF verzeichnet ebenfalls einen Zuwachs, wenngleich in geringerem Umfang. Die Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen bewegen sich weiterhin auf einem insgesamt stabilen Niveau. Bei der Teilnahme an individuellen Kursangeboten ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen.

Die Kranken- und Pflegekassen leisten seit vielen Jahren wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung und Prävention. Damit dieses Engagement sein volles Potenzial entfalten und langfristig wirken kann, sind jedoch verlässliche Finanzierungsstrukturen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie handlungsfähige Partner in den Lebenswelten erforderlich. Zugleich ist zu betonen, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, deren Verantwortung weit über die Zuständigkeit der Kranken- und Pflegekassen hinausgeht. Sie müssen als Querschnittsaufgaben in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen verankert werden („Health in All Policies“).

Der GKV-Spitzenverband hat im März 2026 das Positionspapier „Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich stärken“ veröffentlicht und darin deutlich gemacht, welche Herausforderungen im Präventionsbereich bestehen und wie diese über den Gesundheitsbereich hinaus anzugehen sind. So muss es zukünftig beispielsweise verstärkt darum gehen, strukturelle und gesetzgeberische Maßnahmen zu erlassen, die gesundes Verhalten erleichtern. Die evidenzbasierten und kosteneffizienten Maßnahmen der Weltgesundheitsorganisation, sogenannte best buys, zeigen, dass sich zentrale Gesundheitsrisiken durch gezielte Maßnahmen zur Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen positiv beeinflussen lassen.

Im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen sollen Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention der Kranken- und Pflegekassen noch stärker miteinander verknüpft werden. Dies gilt auch für die häusliche Pflege. Hier ist das Ziel, dass die Pflegekassen den Zugang ihrer pflegebedürftigen Versicherten zu den Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention verbessern.

Die Präventionsoffensive des Bundesministeriums für Gesundheit und die in diesem Zuge angekündigte Anpassung des Präventionsgesetzes bieten die Chance, die zentralen Herausforderungen anzugehen und einen nachhaltigen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention wirksam zu unterstützen.

Anhang

Wichtige Kennziffern

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	2023	2024	2025
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	4.467	5.160	5.747
Anzahl der Lebenswelten	46.971	52.535	65.840
Vorjahresvergleich	–7 %	+12 %	+25 %
Anzahl direkt erreichter Personen	7.698.972	8.864.897	11.874.610
Vorjahresvergleich	–8 %	+15 %	+34 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,25	2,49	2,59
Vorjahresvergleich	+4 %	+11 %	+4 %
Summe der Ausgaben (Euro)	167.036.473	185.816.888	193.300.366
Vorjahresvergleich	+5 %	+11 %	+4 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.613.532	1.890.295	2.165.287
Vorjahresvergleich	+25 %	+17 %	+15 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,62	2,93	3,29
Vorjahresvergleich	+15 %	+12 %	+12 %
Summe der Ausgaben (Euro)	194.580.097	218.409.854	244.843.372
Vorjahresvergleich	+16 %	+12 %	+12 %
Betriebliche Gesundheitsförderung			
Anzahl der erstellten Arbeitsunfähigkeits–Profile (AU–Profile)	11.310	11.777	11.927
Anzahl der Dokumentationsbögen	14.713	14.671	15.205
Anzahl der Standorte/Betriebe	29.668	28.142	28.702
Vorjahresvergleich	+12 %	–5 %	+2 %
Anzahl direkt erreichter Personen	2.187.858	2.064.293	2.308.079
Vorjahresvergleich	+11 %	–6 %	+12 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,77 Mio.	0,71 Mio.	0,90 Mio.
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	150	134	148
Anzahl im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichter Betriebe	113.570	74.093	53.854
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,62	3,79	3,97
Vorjahresvergleich	+4 %	+5 %	+5 %
Summe der Ausgaben (Euro)	268.962.864	281.956.037	295.662.090
Vorjahresvergleich	+4 %	+5 %	+5 %
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	19.180	19.831	20.952
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz)	11.500.362	12.819.485	16.347.976
Ausgaben je Versicherten (Euro)	8,49	9,21	9,85
Vorjahresvergleich	+7 %	+8 %	+7 %
Summe der Ausgaben (Euro)	630.579.435	686.182.779	733.805.828
Vorjahresvergleich	+8 %	+9 %	+7 %

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	2023	2024	2025
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	88	80	63
Vorjahresvergleich	+63 %	–9 %	–21 %
Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen	3.531	2.727	3.159
Vorjahresvergleich	+62 %	–23 %	+16 %
Vorbereitungsphase: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	1.346	1.445	1.358
Vorjahresvergleich	+19 %	+7 %	–6 %
Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	2.796	2.636	2.752
Vorjahresvergleich	+11 %	–6 %	+4 %
Umsetzungsphase: Anzahl erreichter Pflegebedürftiger	125.633	125.131	123.096
Vorjahresvergleich	+24 %	–0,4 %	–1,6 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,27	0,34	0,32
Vorjahresvergleich	+8 %	+25 %	–6 %
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	160,26	199,45	191,70
Summe der Ausgaben (Euro)	20.133.636	25.089.441	23.597.653
Vorjahresvergleich	+9 %	+25 %	–6 %

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
(unter www.gesetze-im-internet.de):

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

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

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

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. Die Förderung überbetrieblicher Vernetzung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle.

Bei Angeboten nach dem individuellen verhaltensbezogenen 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 im Dezember 2025.[77]

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den Qualitätskriterien[78] 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.

77 GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Fassung vom 17. Dezember 2025, Berlin: 2025. www.gkv-spitzenverband.de

78 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“[79] 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“, „Stärkung kognitiver Ressourcen“, „Psychosoziale Gesundheit“ und „Prävention von Gewalt in der Pflege“. 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.

79 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 einen 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 oder 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 welcher Arbeitgebende die Daten verschlüsseln, keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in Ausbildung befindlichen Menschen ohne Ausbildung vorsieht.

Die eingangs genannten Dokumentationsbögen werden bereits im Onlinesystem 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 zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention erfassen die Krankenkassen die Daten der Teilnehmenden in ihrer kasseneigenen EDV. Die

einzelnen Krankenkassen leiten ihre Daten zu den Teilnahmen differenziert nach Präsenz- und Onlineangeboten 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 um Klärung bzw. Korrekturen gebeten.

Methode zur Berechnung der Zielerreichung

Zur Evaluation der Zielerreichung der GKV-Präventionsziele im Zeitraum 2019 bis 2025 wird die mittlere Veränderungsrate berechnet. Dafür wird für jedes Berichtsjahr ermittelt, wie sich die Zielerreichung gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Diese Veränderung wird ins Verhältnis zum Vorjahreswert gesetzt. Auf diese Weise ergibt sich eine jährliche prozentuale Veränderungsrate. Aus den jährlichen Veränderungsraten wird das arithmetische Mittel über die Zieleperiode hinweg gebildet. Die Kennzahl gibt an, wie sich die Zielerreichung im Durchschnitt entwickelt hat.

Für die Berechnung der Zielerreichung in den Lebenswelten ergeben sich Limitationen:

1. Für die Teilziele unter Ziel 3 und Ziel 4 liegen für das Jahr 2020 keine Werte vor, wenn diese sich auf die Anzahl der erreichten Personen bezogen, da auf deren Erfassung aufgrund der Corona-Pandemie verzichtet wurde. Die Veränderungsraten dieser Teilziele beginnen daher erst mit dem Jahr 2021 und beziehen sich auf das Jahr 2019. Pandemiebedingt kam es zu starken Abnahmen und danach zu starken Zunahmen der Werte. Bei der Interpretation der mittleren Veränderungsrate ist zu beachten, dass sie empfindlich auf die Höhe der Schwankungen reagiert. Die Erholung nach dem pandemiebedingten Rückgang geht deshalb mit hohem Gewicht in den Mittelwert ein.
2. Für die Teilziele 4.1 bis 4.5 wurde im Berichtsjahr 2023 auf die Messung der Zielerreichung verzichtet, sodass dieses Jahr nicht in die Bewertung eingeht. Da sich die Dokumentationsweise bei diesen Zielen geändert hat, sind die Werte der Berichtsjahre 2024 und 2025 nicht mit denen der Jahre 2019 bis 2022 vergleichbar. Die Erreichung der Teilziele 4.1 bis 4.5 wird daher in zwei getrennten Zeiträumen ausgewertet. Der Zeitraum 2019 bis 2022 wird wie oben dargestellt ausgewertet. Für den Zeitraum 2024 bis 2025 liegt lediglich die Veränderungsrate von 2024 auf 2025 vor, die als Einzelwert ausgewiesen wird.

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 beim GKV-Spitzenverband oder beim Medizinischen Dienst Bund erhältlich.

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

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

Cecilia Brunoni
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Karolin Diefenbach
AOK-Bundesverband, Berlin

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

Esther Rummel
IKK e. V., Berlin

Christina Singer
AOK Bayern, Nürnberg

Alice Tesan
KNAPPSCHAFT, Bochum

Susanne Wilhelmi
BKK Dachverband e. V., Berlin

Merle Wiegand
GKV-Spitzenverband, Berlin

Christine Witte
GKV-Spitzenverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Karolin Diefenbach
AOK-Bundesverband, Berlin

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

Lilly Fiona Özdemircelik
AOK-Bundesverband, Berlin

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

Esther Rummel
IKK e. V., Berlin

Jörg Schemann
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius
GKV-Spitzenverband, Berlin

Caroline Stamm
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Anke Tempelmann
AOK-Bundesverband, Berlin

Alice Tesan
KNAPPSCHAFT, Bochum

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zufriedenheit mit dem Präventionskurs 24
Abb. 2: Beschwerden im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat 25
Abb. 3: Bewertung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes....26
Abb. 4: Sportliche Aktivität pro Woche 26
Abb. 5: Zahlen im Überblick....30
Abb. 6: Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention 2025 31
Abb. 7: Ausgaben der SPV für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 2025 32

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
Abb. 8: Anzahl der Lebenswelten....34
Abb. 9: Art und Anzahl der Lebenswelten....35
Abb. 10: Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“ 37
Abb. 11: Altersgruppenbezogene Ausrichtung der Aktivitäten 38
Abb. 12: Ausrichtung der Aktivitäten auf Personen aus ausgewählten besonderen Zielgruppen 39
Abb. 13: Strategien 40
Abb. 14: Kooperationspartner....41
Abb. 15: Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium....42
Abb. 16: Methoden der Bedarfsermittlung....43
Abb. 17: Inhalte 44
Abb. 18: Inhalte im Programm „teamw()rk“ 48
Abb. 19: Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien 55
Abb. 20: Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert....56
Abb. 21: Teilziel 3.1: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen in „sozialen Brennpunkten“ / Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf erreichen....57
Abb. 22: Teilziel 3.2. Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Aktivitäten in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit kommunalen Steuerungsgremien bei Planung und Umsetzung 58
Abb. 23: Teilziel 3.3: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Aktivitäten mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern....59
Abb. 24: Teilziel 3.4: Mehr Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreichen durch Kombination aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten 60
Abb. 25: Teilziel 4.1a: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen in der Kommune....61
Abb. 26: Teilziel 4.1b: Mehr ältere Menschen in der Kommune erreichen 62
Abb. 27: Teilziel 4.2a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen....63
Abb. 28: Teilziel 4.2b: Mehr Menschen mit Behinderungen erreichen 64
Abb. 29: Teilziel 4.3a: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund....65
Abb. 30: Teilziel 4.3b: Mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen 66
Abb. 31: Teilziel 4.4a: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende....67
Abb. 32: Teilziel 4.4b: Mehr Alleinerziehende erreichen 68
Abb. 33: Teilziel 4.5a: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien 69
Abb. 34: Teilziel 4.5b: Mehr Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien erreichen....70

Betriebliche Gesundheitsförderung

Abb. 35: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte 78
Abb. 36: Branchen 80
Abb. 37: Betriebsgröße 81
Abb. 38: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte....82
Abb. 39: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung 83
Abb. 40: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben 84
Abb. 41: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungstrukturen....85
Abb. 42: Methoden der Bedarfsermittlung 86
Abb. 43: Anzahl der AU-Profile und betrieblichen Gesundheitsberichte 88
Abb. 44: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen 90
Abb. 45: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen 91
Abb. 46: Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner 95
Abb. 47: Organisationen als Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner 96
Abb. 48: Betriebe als Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner nach Betriebsgröße....97
Abb. 49: Aktivitäten für die Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner 98
Abb. 50: Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation 99
Abb. 51: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM....102
Abb. 52: Ziel 3: Mehr erreichte Klein– und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung 103
Abb. 53: Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses.... 104
Abb. 54: Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen....105
Abb. 55: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen 106
Abb. 56: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit von Beschäftigten 107

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Abb. 57: Anzahl der Teilnahmen insgesamt 116
Abb. 58: Teilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern....117
Abb. 59: Teilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern differenziert nach Präsenz- und Onlineangeboten....118
Abb. 60: Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht....119
Abb. 61: Inanspruchnahme von Online- und Präsenzangeboten nach Alter und Geschlecht....121
Abb. 62: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten verschiedener Inhalte nach Alter....122
Abb. 63: Inanspruchnahme von Angeboten verschiedener Inhalte nach Geschlecht 124

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB V

Abb. 64: Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern 127
Abb. 65: Maßnahmenplanung der Pflegekassen 129
Abb. 66: Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen 130
Abb. 67: Zielgruppen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen 131
Abb. 68: Handlungsfelder, in denen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt wurden 133
Abb. 69: Digitale Formate und Anwendungen 134
Abb. 70: Mitwirkende im Steuerungsgremium 135
Abb. 71: Teilziel 1.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium 138
Abb. 72: Teilziel 1.2: Mehr Pflegeeinrichtungen, in denen Leistungen nach § 5 SGB XI sowie Leistungen nach § 20b SGB V erbracht werden 138
Abb. 73: Teilziel 2.1: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten 139
Abb. 74: Teilziel 2.2: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität 139
Abb. 75: Teilziel 2.3: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen 140
Abb. 76: Teilziel 2.4: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Ressourcen 140
Abb. 77: Teilziel 2.5: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt 141
Abb. 78: Entwicklung der Gruppen- und Teilnehmendenzahl im Projekt „Bewegung trotz[t] Alter“ 152

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

Medizinischer Dienst Bund

Willy-Brandt-Platz 5
45127 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de