



PRÄVENTIONSBERICHT 2021

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2020



Impressum

Autorinnen

Nadine Schempp
Karin Römer
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Herausgeber

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

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

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

Koffler DruckManagement GmbH

November 2021

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

Titel: Iulia Zemtsova, iStock.com
S. 2 PicturePeople;
LICHTSCHACHT - Studio für Fotografie,
Olaf Schwickerath
S. 5 Tom Maelsa, tommaelsa.com;
LICHTSCHACHT - Studio für Fotografie,
Olaf Schwickerath
S. 14 Tom Maelsa, tommaelsa.com
S. 15 Erik Leven (2)
S. 20 privat
S. 22 Tanja Fügner
S. 24 Verena Mörath
S. 26 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)
S. 28 Tom Maelsa, tommaelsa.com
S. 34 Illustrationen: Stefan Albers,
Atelier Fleetinsel, 2013;
Foto: Sven Schäfer
S. 103 Michelle Strebe
S. 105 Jenny Sieboldt, jenny-sieboldt.de (2)

PRÄVENTIONSBERICHT 2021

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2020

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

GKV-Spitzenverband, Berlin

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen, Essen**

Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin



BKK Dachverband, Berlin



IKK e. V., Berlin



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



KNAPPSCHAFT, Bochum



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





Vorwort

Der aktuelle Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2020 bildet erneut das gesundheitsfördernde und präventive Engagement der Kranken- und Pflegekassen detailliert ab. Damit jährt sich die Berichterstattung nun zum zwanzigsten Mal: Erstmals veröffentlichten die Verbände der Krankenkassen und der MDS für das Berichtsjahr 2001, welche Leistungen die Krankenkassen in der lebensweltbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderung erbrachten, wer ihre Kooperationspartner waren und welche Zielgruppen erreicht wurden. Was als freiwillige Selbstverpflichtung begann, wurde in den Folgejahren nachhaltig weiterentwickelt. Der jährliche Präventionsbericht ist zu einer festen Größe als Datenbasis zu Gesundheitsförderung und Prävention geworden. Mit der nationalen Präventionsstrategie hat der Gesetzgeber die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung unterstrichen und die Erstellung eines trägerübergreifenden Berichts über deren Entwicklung gesetzlich geregelt. Zu diesem Bericht tragen die Kranken- und Pflegekassen alle vier Jahre bei; der kommende, zweite Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz soll zum 1. Juli 2023 der Bundesregierung und den gesetzgebenden Körperschaften zugeleitet werden. Gleichzeitig bleiben die Kranken- und Pflegekassen bei ihrer umfassenden Dokumentation im Jahresturnus und erweitern damit die Transparenz über das Leistungsgeschehen. Zusätzlich haben sie sich im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege verpflichtet, fünf Jahre lang in einem Sonderteil zu Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege zu berichten. Hier werden nicht nur - in diesem Bericht zum zweiten Mal - Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende, sondern auch damit verzahnte Aktivitäten für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen veranschaulicht.



Im Berichtsjahr 2020 waren die Kranken- und Pflegekassen auch unter den massiv erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie aktiv. Wegen der einzuhaltenden Kontaktbeschränkungen und teilweise nachvollziehbar anderer Prioritätensetzung der für die Lebenswelten und Betriebe Verantwortlichen gingen die Aktivitäten pandemiebedingt zurück. Dennoch haben die Kranken- und Pflegekassen einen großen Teil ihres Vorjahresengagements für Gesundheitsförderung und Prävention, teilweise in angepasster Form, realisieren können. Damit haben die Kranken- und Pflegekassen und ihre Partner gerade in der Pandemie einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der für viele Versicherte durch Corona belasteten Lebens- und Arbeitssituation geleistet. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben bleiben langfristig bedeutsam. Weiterhin gilt es, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, die die Corona-Pandemie nochmals besonders deutlich gemacht hat, durch entsprechende Angebote zu reduzieren. Hier ist das gemeinsame Engagement mit den Kommunen und den Ländern als entscheidende Gestalter von Lebens- und Gesundheitsbedingungen vor Ort gefordert.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen für ihren Einsatz für Gesundheitsförderung und Prävention und die Dokumentation für den Präventionsbericht. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDS danken wir für die Datenauswertung und -aufbereitung sowie die Berichterstellung.

Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer
MDS, Essen

Inhalt

Vorwort.....	5
Zusammenfassung.....	10
Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie unter Pandemiebedingungen	14
Gesundheitsförderung und Prävention unter Pandemie-Bedingungen – was ist da möglich?	14
Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention – eine Erhebung	15
Interview mit Prof. Anja Dieterich.....	20
Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes	20
Interview mit Dr. Susanne Jordan	22
Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes	22
Interview mit Dr. Uwe Lenhardt.....	24
Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes	24
Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit.....	26
GKV-Bündnis für Gesundheit fördert Genderforschung	28
Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern.....	29
Baden-Württemberg: Mehr Gesundheit für Geflüchtete	30
Bayern: Physische Aktivität in Kitas altersgerecht nutzen – PAKTan	31
Berlin: Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung im Pandemiejahr 2020	32
Brandenburg: Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung unter Pandemiebedingungen – ein System gerät ins Stocken	33
Bremen: Einfach, lecker und gesund essen – das kann ich!	34
Hamburg: Trägerübergreifendes Engagement für gesundes Leben und Arbeiten trotz Pandemie erfolgreich umgesetzt	35
Hessen: Fünf Jahre Landesrahmenvereinbarung	36
Mecklenburg-Vorpommern: Bewegungsförderung für ältere Menschen und Stärkung von Kindern aus belasteten Familien	37
Niedersachsen: Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“	38
Nordrhein-Westfalen: Im Kita-Alltag Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit ganzheitlich leben	39
Rheinland-Pfalz: Projekt Vertrauenscoaches.....	40
Saarland: Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen.....	41
Sachsen: Die Corona-Pandemie digital meistern	42
Sachsen-Anhalt: Gesund und fit durch Kita und Schule in der Stadt Braunsbedra	43
Schleswig-Holstein: Mit Blick nach vorn auf Kurs im Norden	44
Thüringen: Chancen und Risiken digitaler Arbeitsformate in der Prävention	45

Zahlen im Überblick	46
Ausgaben und Leistungen der GKV nach §§ 20, 20a und 20b SGB V	46
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)	48
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht	49
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	50
Anzahl der Lebenswelten	51
Art der Lebenswelten	52
Laufzeit	53
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	54
Zielgruppen	55
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	56
Koordination und Steuerung	57
Bedarfsermittlung	58
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	59
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	60
Art der Umgestaltung	60
Erfolgskontrollen	61
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen	62
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen	63
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	64
Erreichungsgrad der Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	66

Betriebliche Gesundheitsförderung	70
Erreichte Betriebe, Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten und Laufzeiten der Aktivitäten	71
Branchen	73
Betriebsgröße	74
Erreichte Beschäftigte.....	75
Zielgruppen	76
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten.....	77
Beteiligung der Unfallversicherung	
an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	78
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	79
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	80
Koordination und Steuerung	81
Bedarfsermittlung.....	82
Formen der Mitarbeitendenbeteiligung	82
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	83
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	84
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen	85
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung.....	87
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe	88
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation	92
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	93
Individuelle verhaltensbezogene Prävention.....	97
Inanspruchnahme	98
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	99
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	100
Bericht aus der Kooperationsgemeinschaft gesetzlicher Krankenkassen	
zur Zertifizierung von Präventionskursen – § 20 SGB V	103
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	105
Leistungen in der Vorbereitungsphase.....	107
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation	108
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	109
Laufzeit der Aktivitäten	111
Zusammensetzung der Steuerungsgremien	112
Beteiligte Akteurinnen und Akteure.....	113
Ablauf der Umsetzungsphase.....	115
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen	119
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen	120
Präventionsziele in der stationären Pflege.....	121
Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen	122

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	125
MEHRWERT:PFLEGE Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen:	
das Corona-Sofortangebot.....	126
Gesundheitsdialog in Werkstattform - GESUWERK Prävention in ambulanten Pflegeeinrichtungen und in der Service-Assistenz (Kliniken)	127
Care4Care - Ein digital unterstützter pflegespezifischer Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung	128
WERTGESCHÄTZT - Eine Initiative von Betriebskrankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.....	129
Verknüpfung der BGF für Pflegende mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen	130
Pflege in Bayern - gesund und gewaltfrei.....	131
Prozessberatung gibt Halt - gesaPflege in herausfordernden Zeiten.....	132
Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen.	134
Gesunde Pflegeeinrichtung - Prävention in der stationären Pflege.....	135
Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP).....	136
Starke Pflege stärken - Vernetzung der Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohner.....	138
Gemeinsam bringen wir Bewegung ins Pflegeheim.....	139
Empfehlungen und Ausblick	140
Anhang.....	142
Wichtige Kennziffern	142
Gesetzliche Grundlage der GKV-Leistungen.....	144
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	144
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention	145
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention.....	145
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	146
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen	146
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	147
Tabellenband.....	148
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht	149
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	149
Abbildungsverzeichnis.....	150

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2021 beschreibt die Leistungen der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und in der Individualprävention sowie die Leistungen der Pflegekassen in der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2020. Ein Sonderteil gibt zum zweiten Mal einen vertiefenden Einblick in die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie unter Pandemiebedingungen

Die Einführung des Schwerpunktteils wirft die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen für Gesundheitsförderung und Prävention unter Pandemiebedingungen auf. Antworten hierauf sind den Ergebnissen einer standardisierten Befragung der Kranken- und Pflegekassen zu entnehmen. In Interviews geben wissenschaftliche Mitglieder der „Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbands für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ ihre Einschätzung zu den Folgen bzw. Lehren aus der Pandemie für die Gesundheitsförderung und Prävention, auch unter dem Gesichtspunkt sozial bedingt ungleich verteilter Gesundheitschancen in der Bevölkerung. Aus dem GKV-Bündnis für Gesundheit wird über die Nutzung des Kommunalen Förderprogramms und über erste Evaluationsergebnisse zu den Ausgangsbedingungen in den geförderten Kommunen berichtet. Des Weiteren werden geförderte Forschungsprojekte zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vorgestellt. Aus jedem Bundesland wird anhand von Beispielen über die Umsetzung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung (LRV) berichtet; auch diese erforderten Anpassungen an die Bedingungen der Corona-Pandemie. Eingeführt werden die Beiträge aus den Bundesländern u. a. mit Informationen zu den Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), die den zweiten trägerübergreifenden Präventionsbericht für 2023 vorbereitet.

renz (NPK), die den zweiten trägerübergreifenden Präventionsbericht für 2023 vorbereitet.

Zahlen im Überblick

2020 ist aufgrund der Corona-Pandemie und der dadurch veränderten Voraussetzungen für Präventionsaktivitäten ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt zu verzeichnen. Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - im Berichtsjahr 2020 414.259.853 Euro aus. Dabei wurden durchschnittlich je Versicherten 5,66 Euro ausgegeben. Dies sind 34 % weniger als im Vorjahr.

Die Krankenkassen investierten davon 102.550.223 Euro in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten; das entspricht 1,40 Euro je Versicherten. Die Zahl der erreichten Lebenswelten ist im Vergleich zum Vorjahr pandemiebedingt um 19 % gesunken; in **Kitas**¹ und Grundschulen fanden wie in den Vorjahren die meisten Aktivitäten statt.

Mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten 2020 trotz der erschwerten Bedingungen aufgrund der Corona-Pandemie 1.951.975 Beschäftigte in 16.743 Betrieben erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 28 % weniger Betriebe und 14 % weniger Beschäftigte erreicht. 2020 beliefen sich die Ausgaben auf rund 159 Mio. Euro für die BGF. Das entspricht 2,18 Euro je Versicherten. Damit verringerten sich die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 34 %.

2020 förderten die Krankenkassen 1.157.305 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei waren 81 % der Kursteilnehmenden weiblich. Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote rund 152 Mio. Euro auf. Die

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

Ausgaben sind im Vergleich zum Vorjahr um 32 % gesunken.

Die Pflegekassen gaben 2020 durchschnittlich einen Beitrag von 0,21 Euro je Versicherten aus und investierten insgesamt 15,3 Mio. Euro in die Beratung und Unterstützung von Präventionsaktivitäten. Damit nahmen die Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum Vorjahr um 13 % ab. Es konnten trotz der Corona-Pandemie 86.255 pflegebedürftige Menschen in 1.866 stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden und damit 20 % weniger als im Vorjahr.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die Krankenkassen engagieren sich in den verschiedenen Lebenswelten der Menschen wie beispielsweise Schulen oder Kommunen für die Schaffung niedrigschwelliger gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote und die Unterstützung beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten. Insgesamt konnten 36.311 Lebenswelten erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr kam es aufgrund der Corona-Pandemie zu einem Rückgang um 19 %. 31 % der insgesamt 36.311 erreichten Lebenswelten waren Kitas, 30 % Grundschulen und 17 % weiterführende Schulen.

Bei einem Großteil der Projekte wurden Steuerungsstrukturen etabliert (zu 92 %), die von der Bedarfsanalyse über die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation die Maßnahmen begleiten und inhaltlich strukturieren.

Das Kooperationsprojekt von Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit und GKV-Bündnis für Gesundheit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt fördert die Gesundheit arbeitsloser Menschen. Das Projekt wurde 2020 an 228 Standorten umgesetzt.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten trotz der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Durchführbarkeit der Aktivitäten in der BGF 1.951.975 Beschäftigte in 16.742 Betrieben erreichen. Bei 92 % der Projekte wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Häufig sind die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung beteiligt. Solche Strukturen können die Wiederaufnahme von vorübergehend ausgesetzten Projekten während der Corona-Pandemie erleichtern.

Die Krankenkassen engagierten sich im Berichtsjahr in 149 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) konnten am häufigsten in überbetriebliche Netzwerke eingebunden werden. Diese waren zu 49 % an den Netzwerken beteiligt.

Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention an freiwillig gesetzten Zielen aus. Die für 2020 geltenden Ziele für Lebenswelten- und BGF-Aktivitäten fallen in die Zieleperiode von 2019 bis 2024. Die Umsetzung der Ziele wird im Präventionsbericht dokumentiert.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

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

2020 wurden insgesamt 1.157.305 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert.

Am häufigsten wurden Kursangebote zum Thema Bewegung wahrgenommen (64 %). Etwa ein Drittel der Kursteilnahmen entfiel auf das Handlungsfeld Stressmanagement.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Seit 2016 setzen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention für Versicherte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI um. Die Kriterien und Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Präventionsziele werden im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert.

Die Pflegekassen setzten 2020 in 1.866 Pflegeeinrichtungen Präventionsaktivitäten in den fünf Handlungsfeldern Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt um. Dabei wurden 86.255 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in überwiegend vollstationären Pflegeeinrichtungen erreicht. Im Vergleich zu den Vorjahren konnte, bedingt durch die Pandemiesituation und die damit verbundenen Auswirkungen auf die stationären Pflegeeinrichtungen, keine Steigerung erzielt werden.

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Im August 2021 hat die Bundesregierung einen zweiten Bericht über die Umsetzung der Konzierten Aktion Pflege (KAP) vorgelegt. In der KAP haben sich die Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kranken- und Pflegekassen, Ausbildungsträger, Kirchen, Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit und die Sozialpartner zusammen mit den politisch Verantwortlichen des Bundes und der Länder auf ein umfängliches Maßnahmenpaket zur Verbesserung des Pflegeberufsalltags verständigt. So sehen die Vereinbarungen der KAP eine Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten BGF-Maßnahmen für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vor. Mit dem GKV-Präventionsbericht 2021 setzt der GKV-Spitzenverband die Selbst-

verpflichtung fort, in einem Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ nun bereits im zweiten Jahr über das Engagement der Krankenkassen in der BGF für beruflich Pflegenden zu berichten. Gleichzeitig wird ein Einblick in Angebote insbesondere für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gegeben, bei denen die BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen verknüpft wird. Es wird von elf Forschungs- und Praxisbeispielen berichtet, die das überwiegend gemeinsam getragene kombinierte Engagement der Kranken- und Pflegekassen sowohl für gesunde Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als auch für gesunde Lebensbedingungen der in den Einrichtungen lebenden Menschen beschreiben. Eine quantitative Auswertung zu diesem kombinierten Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen in den stationären Pflegeeinrichtungen wird ebenfalls vorgestellt.

Empfehlungen und Ausblick

Die Dokumentation des Kranken- und Pflegekassenengagements für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2020 sowie eine Befragung der Kranken- und Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigen, dass die Pandemie erwartungsgemäß zu einem Rückgang der Aktivitäten geführt hat. Ein größerer Teil der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten konnte an die Einschränkungen angepasst und in adaptierter Form umgesetzt werden. Dabei waren digitale Formate der wesentliche Schlüssel zur Aufrechterhaltung von Strukturen und zur Erreichung von Zielgruppen unter Pandemiebedingungen.

Die Ausschöpfung digitaler Kommunikationswege ist dennoch vielfach durch unzureichende Infrastruktur begrenzt. Die Kranken- und Pflegekassen sollten auf dem Weg digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention weiter vorangehen, dabei aber auch der Gefahr der Ausgrenzung digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen vorbeugen.

Gesundheitsförderung und Prävention unter Pandemie-Bedingungen – was ist da möglich?



Autorin:

Dr. Monika Kücking,
GKV-Spitzenverband

Gesundheit wird dort gestaltet, wo die Menschen lernen, arbeiten und spielen.¹ Auf dieser gesundheitswissenschaftlichen Basis handeln die Kranken- und Pflegekassen seit vielen Jahren. Die Krankenkassen sind verlässliche Partner für die Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur in den Lebenswelten wie Kita, Schule oder Kommune, sondern auch in Betrieben; die Pflegekassen unterstützen seit einigen Jahren Präventionsaktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen. Doch wie können Gesundheitsförderung und Prävention, die partnerschaftliche Zusammenarbeit brauchen, maßgeblich auf persönlichen Beratungen aufbauen und von persönlichen Kontakten in den Lebenswelten leben, umgesetzt werden, wenn Kontaktbeschränkungen bestehen, Kitas und Schulen geschlossen sind und Betriebe ihre Mitarbeitenden ins Homeoffice oder in die Kurzarbeit schicken? Klar ist, die Corona-Pandemie hat Einfluss nicht nur auf das Alltags- und Arbeitsleben der Menschen, sondern auch auf die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention.

Um ein differenzierteres Bild über die Gesundheitsförderung und Prävention 2020, insbesondere für die Zeit ab März 2020 zu erlangen, wurde das IGES-Institut mit der Befragung der Kranken- und Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Aktivitäten **beauftragt**.² Im Fokus des Interesses standen die Aktivitäten der Krankenkassen in den Lebenswelten nach § 20a SGB V und in den Betrieben nach § 20b SGB V (BGF) sowie die Aktivitäten der sozialen Pflegeversicherung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

Die standardisierte Online-Befragung fand im Zeitraum vom 4. bis zum 31. Mai 2021 statt. 98 Krankenkassen bzw. -verbände haben für den Bereich der Lebenswelten teilgenommen, 70 für den Bereich der BGF sowie 72 Pflegekassen für den Bereich der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Wesentliche quantitative Ergebnisse

aus dieser Befragung sind in die entsprechenden Kapitel des Präventionsberichts eingeflossen und ergänzen die Darstellung der GKV-/MDS-Dokumentation für das Berichtsjahr 2020. Qualitative Interviews mit Vertretungen von mit den Kranken- bzw. Pflegekassen kooperierenden Einrichtungen hatten das Ziel, einen konkreteren Blick in die Praxisarbeit vor Ort zu erhalten und beispielhaft die Grenzen, aber auch die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention unter Pandemiebedingungen zu zeigen.

Eine wesentliche Erkenntnis der Studie lautet: Gute und verbindliche Strukturen sind bedeutsam, es bedarf jedoch eines hohen Maßes an Kreativität und Flexibilität, um mit den sich nicht planbar ändernden Bedingungen umgehen zu können.

Das Autorenteam der Studie stellt auf den folgenden fünf Seiten die zentralen Ergebnisse dar; in den Beitrag sind Zitate aus den Interviews mit Vertretungen der Lebenswelten bzw. Betriebe integriert. Ab Seite 20 reflektieren drei im Rahmen der Studie schriftlich befragte wissenschaftliche Mitglieder der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung die Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention.

¹ Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). Ottawa-Charta.

² Die Befragung erfolgte im Rahmen der Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband nach § 20a Abs. 3 SGB V.

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention – eine Erhebung

Was wurde aus den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention, als im März 2020 zunächst erste kontaktbeschränkende Maßnahmen, dann der erste „Lockdown“ zur Bekämpfung der Corona-Pandemie in Kraft traten? Dieser Frage ging eine standardisierte Onlinebefragung aller Kranken- und Pflegekassen sowie deren Verbände im Mai 2021 nach. Sie wurde für Aktivitäten in den Lebenswelten Kindertagesstätte (Kita), Schule und Kommune („§ 20a SGB V-Aktivitäten“), Aktivitäten in Betrieben und in der überbetrieblichen Vernetzung („§ 20b SGB V-Aktivitäten“) und für Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen („§ 5 SGB XI-Aktivitäten“) **durchgeführt**.¹

Die Mehrheit der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention konnte trotz Pandemie fortgesetzt werden

Etwa zwei Drittel der Aktivitäten konnten demnach während der Pandemie fortgesetzt werden, wenn auch größtenteils in veränderter oder eingeschränkter Form (z. B. wurde die Teilnehmendenzahl reduziert, einzelne Bestandteile sind weggefallen, oder die Aktivität fand im „On-Off“-Modus statt, also im Wechsel von vorläufigen Abbrüchen und Fortsetzungen):

- 69 % der Aktivitäten in den Lebenswelten Kindertagesstätte, Schule und Kommune konnten über den März 2020 hinweg fortgesetzt werden – und zwar 36 % in veränderter Form, 26 % mit Einschränkungen und 7 % sogar ohne Einschränkungen.
- 64 % der BGF-Aktivitäten (70 % der Aktivitäten der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung) konnten fortgesetzt werden – und zwar 36 % (47 %) in veränderter Form, 20 % (15 %) mit und 8 % (8 %) ohne Einschränkungen.
- 70 % der Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen in der Vorbereitungsphase (und 76 % der Aktivitäten in der Umsetzungsphase) konnten über den März 2020 hinaus fortgesetzt werden – und zwar 14 % (15 %) sogar ohne

Einschränkungen. 32 % (33 %) konnten in veränderter Form und 24 % (28 %) konnten mit Einschränkungen fortgesetzt werden.

Fortsetzung der Aktivitäten in veränderter Form

Die größte Rolle bei der Fortführung von Aktivitäten spielten Telefon- und Videokonferenzen, um die Aktivitäten weiter zu steuern. Die Nutzung digitaler Formate, wenigstens für Teile der Aktivität, spielte ebenfalls eine große Rolle für die Fortführung. Auch Hygienekonzepte halfen in vielen Fällen. Die Reduzierung der Gruppengröße oder die Entwicklung alternativer Maßnahmen spielten demgegenüber eine untergeordnete Rolle, aber auch hier gaben größere Anteile der Befragten an, dass dies eine große oder sehr große Rolle für die Fortführung von Aktivitäten gespielt hat.

Die Freitextangaben, welche die Befragten vielfach genutzt haben, liefern ein detaillierteres Bild von gut funktionierenden Lösungen, aber auch von Schwierigkeiten: Bei der Umsetzung von Aktivitäten in veränderter Form haben die digitale Umsetzung, die Reduzierung der Gruppengröße, der regelmäßige Austausch im Steuerungskreis und mit Kooperationspartnern, die Flexibilität aller Beteiligten und die Umsetzung des Hygienekonzepts gut funktioniert. Von Schwierigkeiten berichten Befragte bezüglich der Erreichbarkeit von Zielgruppen wegen fehlender Möglichkeiten zur persönlichen Kontaktaufnahme, wegen teils nicht ausreichender technischer Ausstattungen sowie wegen fehlender Planbarkeit aufgrund von wechselnden Einschränkungsmaßnahmen während der Pandemie. Einige Befragte berichten zudem von einer Belastung der Mitarbeitenden und der Vernachlässigung der Aktivitäten aufgrund anderer Prioritäten, z. B.: Durchführung von Tests und Hygienemaßnahmen, Aufrechterhaltung des Regelbetriebs.



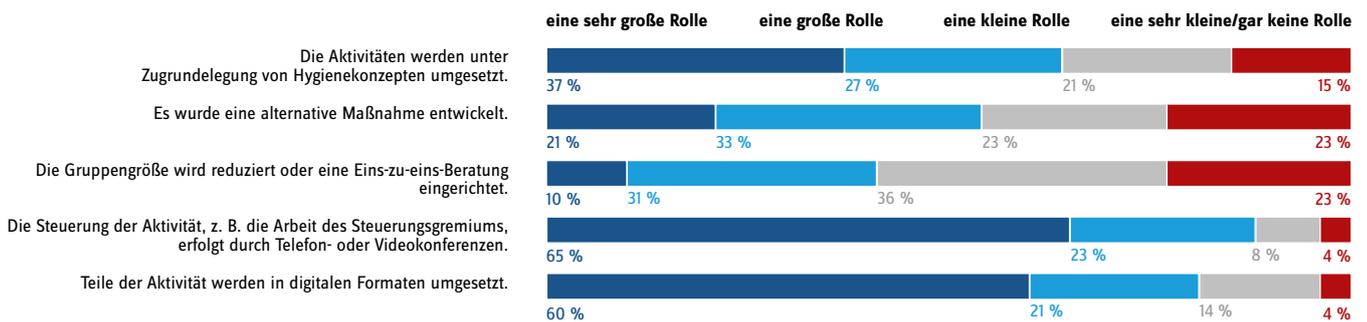
Autorin und Autor:

Thuy Ha Nguyen,
IGES Institut

Jörg Marschall,
IGES Institut

¹ 98 Krankenkassen bzw. -verbände haben für den Bereich der Lebenswelten teilgenommen, 70 für den Bereich der BGF sowie 72 Pflegekassen für den Bereich der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Abb. 1: Bedeutung verschiedener Lösungen für die Fortführung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention während der Corona-Pandemie – Welche Rolle spielen dabei die folgenden Lösungen?



Quelle: Standardisierte Online-Befragung von Kranken- und Pflegekassen im Mai 2021. Von 100 % abweichende Summen sind durch Rundungsfehler verursacht.

„Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen war ein Erfolgsfaktor, dass kreativ und flexibel gehandelt werden konnte. Dass nicht der Kopf in den Sand gesteckt und sich darauf ausgeruht wurde, dass man durch die Pandemie nichts umsetzen kann, sondern versucht wurde, andere Wege zu finden, um die Maßnahmen in abgewandelter Form realisieren zu können.“

Jessica Lenuweit, Referentin im AWO Bundesverband e. V., Projekt „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Quartier“.

Abgebrochene und ausgesetzte Aktivitäten

Etwa ein Drittel der Aktivitäten konnte während der Pandemie nicht fortgesetzt werden. Sie wurden entweder für eine bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt oder endgültig abgebrochen:

- 27 % der § 20a SGB V-Aktivitäten wurden auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt, 4 % der Aktivitäten abgebrochen.
- 27 % der § 20b SGB V-Aktivitäten (BGF) und 24 % der Aktivitäten der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung wurden auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt; 7 bzw. 6 % der § 20b SGB V-Aktivitäten wurden abgebrochen.
- 26 % der § 5 SGB XI-Aktivitäten in der Vorbereitungsphase und 20 % der Aktivitäten in der Umsetzungsphase wurden auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt; 4 bzw. 3 % mussten abgebrochen werden.

Gefragt nach dem vereinbarten Vorgehen für die Wiederaufnahme der Aktivitäten spielten vor allem die Aufrechterhaltung der Steuerungsstrukturen sowie der regelmäßige Austausch mit allen Beteiligten die wichtigste Rolle. In den meisten Fällen oblag die Initiierung der Fortsetzung den

Lebensweltverantwortlichen. Etwas seltener wurde ein Auslöser oder Zeitpunkt für die Wiederaufnahme festgelegt, z. B. wenn die Sieben-Tage-Inzidenz von COVID-19-Infektionen einen bestimmten Wert unterschreitet.

Wesentliche Gründe für den Abbruch von Aktivitäten in der Pandemie waren die gesetzlichen Rahmenbedingungen. So waren Kindertagesstätten, Betriebe und stationäre Pflegeeinrichtungen von Kontaktbeschränkungen betroffen, die eine Fortsetzung unmöglich machten. Außerdem hatte ein Großteil der Lebensweltverantwortlichen durch Aufgaben im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung keine zeitlichen Ressourcen mehr für die Durchführung der Aktivitäten. Eine sehr große Rolle spielte auch, dass Zielgruppen nicht mehr erreichbar waren und etwa Träger und Betriebe von Schließung oder Kurzarbeit betroffen waren.

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung aus Sicht der Befragten

Welche Auswirkungen wird die Pandemie auf die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention haben – auch über ihr Ende hinaus?

Hierzu gaben die Befragten ihre Einschätzungen anhand von vorgegebenen möglichen Auswirkungen ab. Zudem wurden sie um Einschätzungen anhand offener Fragen („Freitext“) zu Herausforderungen und Chancen durch die Pandemie gebeten. Diese qualitativen Antworten werden im Folgenden genutzt, um die wichtigsten Auswirkungen qualitativ zu unterfüttern.

Am deutlichsten treten die folgenden möglichen Auswirkungen der Pandemie hervor:

- Die Bedeutung digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention und die Zahl digitaler Angebote wird zunehmen.
- Die Bedeutung von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention sowie das Bewusstsein bei den Zielgruppen hierfür wird zunehmen.

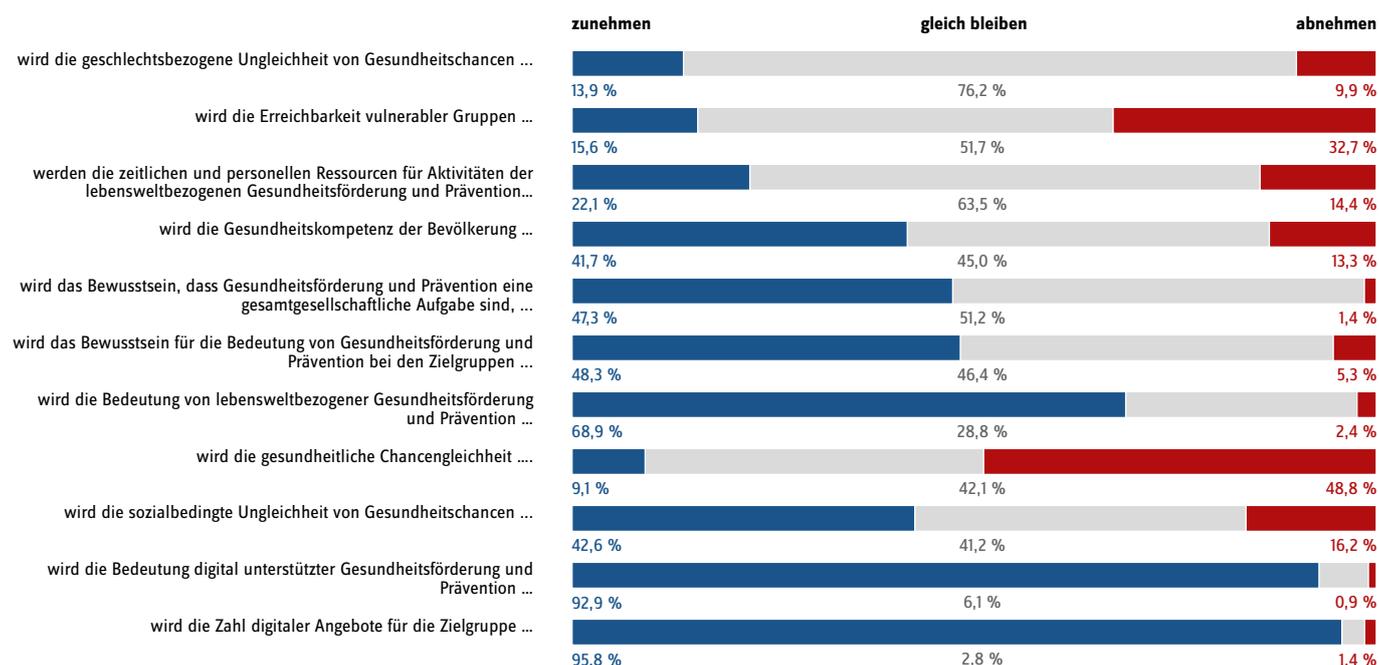
- Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen wird zunehmen, respektive die gesundheitliche Chancengleichheit abnehmen.

Die Bedeutung digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention und die Zahl digitaler Angebote werden zunehmen

Für alle Lebenswelten sehen die Befragten durch die Digitalisierung mehr Flexibilität und eine bessere Nutzung von Ressourcen. Insbesondere im Betrieb versprechen sich die Befragten eine Zunahme von Zielgruppen, die mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden kann.

Die Chancen durch Digitalisierung werden fast immer gemeinsam mit den Herausforderungen

Abb. 2: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention: Einschätzung der Befragten - Durch die Corona-Pandemie ...



Quelle: Standardisierte Online-Befragung von Kranken- und Pflegekassen im Mai 2021. Von 100 % abweichende Summen sind durch Rundungsfehler verursacht.

genannt. Zum einen können digitale Maßnahmen den persönlichen Kontakt nicht ersetzen, sie finden ihre Grenzen in der „fehlenden Nähe“, fehlenden „direkten Kontakten“ und den sehr eingeschränkten Möglichkeiten, Nuancen in der Kommunikation wahrnehmen zu können. Vor allem aber sehen die Befragten in digitalen Angeboten wenig Potenzial, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, denn es wird vermutet, dass vulnerable Gruppen tendenziell weniger Möglichkeiten haben, solche Angebote zu nutzen.

Die Bedeutung von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention wird zunehmen

Die von den Befragten erwartete Zunahme der Bedeutung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich mit recht verschiedenen Aspekten in Verbindung bringen: Erstens rechnen viele Befragte damit, dass durch die Pandemie das Bewusstsein für die eigene Gesundheit gestärkt wurde (Beispiel: „Gesundheit ist in aller Munde, jetzt mehr denn je“). Die Pan-

demie und/oder die Folgen der Pandemiebekämpfung gehen auch – so zahlreiche Nennungen – mit einem erhöhten Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention einher und mit einem verstärkt sichtbaren Bedarf für die Lösung gesundheitlicher Probleme. In der Lebenswelt Betrieb werden viele Chancen durch Digitalisierung gesehen, die – sofern sie genutzt werden – die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb größer werden lassen können.

Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen wird zunehmen, respektive die gesundheitliche Chancengleichheit abnehmen

Diese Erwartung ist offenbar vor allem in der schlechteren Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen in der Pandemie begründet. Gleichzeitig gehen viele Befragte davon aus, dass diese Gruppen besonders starke gesundheitliche Nachteile durch Kontaktbeschränkungen und andere Eindämmungsmaßnahmen erleiden. Zu der Erreichbarkeitsproblematik trägt auch bei, dass

„Und ich kann Ihnen sagen: Als wir die Umstellung auf MS Teams gemacht haben. Wir haben ja mit Generationen zu tun, die haben vielleicht 30 oder 40 Jahre ohne Laptop gearbeitet. Da gibt es dann pädagogische Fachkräfte, die sind hoch kompetent in ihrem Bereich und sind dann auf einmal ganz unsicher. Da müssen wir einfach entspannt bleiben und experimentieren. Da sind die Formate am Anfang vielleicht erstmal etwas holprig. [...]“

Andrea Sbach, systemische Fachberaterin des QUIRL Kinderhäuser e. V. in Bremen

„Wir stellen fest, dass die Kinder mit großen Defiziten zu uns kommen. Dieser ganze Bewegungsbereich, den man aus anderen sozialen Kontexten kennt, fällt häufig bei diesen Kindern weg. Sie haben ganz selten eine Anbindung an den Sportverein, das ist jetzt in Corona-Zeiten gegen Null gegangen, war vorher aber auch schon sehr, sehr schwierig. [...] Wir haben Kinder, die depressiv sind, Kinder, die sozial überhaupt nicht eingebunden sind. Das war vor Corona ein Thema, das ist jetzt während der Corona-Zeit nochmal verstärkt von uns beobachtet worden. Da haben wir gesagt, wir müssen unbedingt Angebote machen, damit dem Bewegungsdrang der Kinder entsprochen wird und, was noch viel wichtiger ist, um dem sozialen Miteinander gerecht zu werden. Da werden wir in den nächsten Jahren sicherlich noch Spätfolgen beobachten können.“

Michael Geurtz, Schulleiter der Gemeinschaftshauptschule Drimborn in Nordrhein-Westfalen

viele Angebote durch digitale Angebote ersetzt wurden - vulnerable Gruppen haben jedoch tendenziell weniger Möglichkeiten, solche digitalen Angebote in Anspruch zu nehmen, wegen mangelnder technischer Ausstattung oder fehlendem Technik-Know-how.

Ausblick

Vielen Akteurinnen und Akteuren ist es offenbar gelungen, die Steuerungsstrukturen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention am Leben zu erhalten, auch wenn einzelne Maßnahmen unter Umständen für längere Zeit nicht durchgeführt werden konnten. So geben z. B. 88 % der Befragten an, dass die Steuerung der Aktivität (z. B. durch die Arbeit des Steuerungsgremiums) über Telefon- und Videokonferenzen eine große oder sehr große Rolle für die Fortführung von Aktivitäten gespielt hat. Das bedeutet auch: Nach Wegfall von Einschränkungen des öffentlichen Lebens sind diese Steuerungsstrukturen weiterhin aktiv. Die Akteurinnen und Akteure sind damit voraussichtlich in der Lage, rasch wieder Ange-

bote der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen und Zugangswege gemeinsam mit Kooperationspartnern wiederzubeleben. Kooperative Steuerungsstrukturen und Netzwerke sind ein Merkmal qualitativvoller Gesundheitsförderung und Prävention. Sie haben offenbar dazu beigetragen, dass die Aktivitäten der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Kooperationspartner relativ unbeschadet durch die Corona-Krise gekommen sind.

„Neben dem Projekt, welches mit Sicherheit gut und sinnvoll ist, sind aber feste Strukturen ganz wichtig. Diese festen Strukturen sollten so gestaltet sein, dass sie auch einer Pandemie standhalten. Das bedeutet, dass Mitarbeitende Zugang zu Präventionsmaßnahmen haben, egal wie die Bedingungen sind. Egal ob die technischen Bedingungen stimmen oder nicht. Wir brauchen davon unabhängige Strukturen. Das ist unser Hauptziel, diese zu implementieren.“

Susanne Schneider,

Leiterin der Personalentwicklung/Mitarbeiter- und Gesundheitsförderung des Evangelischen Klinikums Niederrheins in Nordrhein-Westfalen

„Wir wollten etwas direkt Spürbares für die Mitarbeitenden anbieten. Weil sie sowieso sehr viel leisten - aber vor allem im letzten Jahr sehr, sehr viel geleistet haben (...). Wir haben sozusagen ‚Quick Wins‘ im Sinne von Sofortmaßnahmen abgeleitet. Dafür haben wir uns den Gesundheitsbalken angeschaut und (...) gemeinsam überlegt, (...) mit welchen Maßnahmen (...) wir am meisten bei den Mitarbeitenden (...) bewirken können. (...) Wir haben die Angebote an die Situationen angepasst, um bedarfsgerecht zu bleiben. Vielleicht hätten wir andere Themen ausgewählt, wenn es die Pandemie nicht gegeben hätte. Aber im Grunde genommen sind Kommunikation, Führung und Stress- und Ressourcenmanagement immer wichtig.“

Lotte Schwärzel, Arbeitspsychologin und Mitarbeiterin der Abteilung Personal und Allgemeine Verwaltung des Klinikums Darmstadt in Hessen

„Die Angebote wurden nicht so eingeschränkt, dass sie nicht mehr stattfanden. Nur mit Abstand und geringerer Teilnehmerzahl. (...) Wir haben nichts ausfallen lassen. Wir haben Masken getragen, Abstand gehalten und auf Hygiene geachtet. (...) Die Teams an sich sind während der Pandemie näher zusammengerückt.“

Nadine Kaupp, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Hygienebeauftragte, und Hanne Relle,

Leitung des Sozialkulturellen Dienstes der Protestantischen Altenhilfe Westpfalz in Rheinland-Pfalz

„Wir haben uns da technisch weiterentwickelt, sodass wir da auch jetzt gute Möglichkeiten haben. Wir brauchen keinen Raum. Jeder kann sich einschalten, wie er eben mag, ob er im Homeoffice ist, er muss nicht extra zur Arbeit kommen. Ganz wie es auch in die Zeit passt. Das bietet uns ganz neue Varianten und Perspektiven.“

Frau S., Personalratsvorsitzende eines Jobcenters in Sachsen-Anhalt

Interview mit Prof. Anja Dieterich

Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes



Prof. Dr. med. Anja Dieterich, MPH, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH)

Frage: Inwieweit hat sich die Bedeutung/Rolle von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention aus Ihrer Sicht durch die Corona-Pandemie verändert?

Im Zuge der Pandemie ist deren Bedeutung noch deutlicher geworden:

Verhaltensbezogene Maßnahmen, d. h. individuelles Schutzverhalten, sind fraglos wichtig, können aber oft nur im Zusammenhang mit strukturellen lebensweltbezogenen Maßnahmen/Verhältnisprävention ihre Wirkung entfalten: Viele Kinder haben erstaunlich geräuschlos und kooperativ das Tragen von Masken etc. akzeptiert. Wenn sie aber dicht gedrängt in öffentlichen Verkehrsmitteln stehen müssen, weil keine zusätzlichen Fahrzeuge eingesetzt werden, hilft das wenig. Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind bereit, im häuslichen Bereich Arbeit zu leisten – wenn aber Homeoffice nicht ermöglicht wird, kann dies individuell nicht umgesetzt werden. Personengruppen, für die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem bestehen, können sich nicht testen lassen, usw.

Hinzu kommt, dass sich in der Pandemie verschärft zeigte, dass Maßnahmen nur dann passgenau und hilfreich sein können, wenn sie die jeweiligen Spezifika der Lebenswelten berücksichtigen. Denn je nach Lebenswelt sind ganz unterschiedliche Bedarfe vorhanden und entsprechende Interventionen sinnvoll. So zeigte sich in der Pandemie, dass #stayathome als Strategie eben nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich machbar und wünschenswert ist. Wohnungslose Menschen können nicht zu Hause bleiben. Lebensweltorientierung heißt hier, neue Schutzräume zu schaffen. Für Betroffene von häuslicher Gewalt sind solche Forderungen sogar unmittelbar gesundheitsschädlich. Für manche Bevölkerungsgruppen drohte im Lockdown soziale Isolation, der z. B. bei Studierenden anders begegnet werden muss als bei alten Menschen. Insbesondere wenn Letztere

in Institutionen leben, stellen sich hier komplexe public-health-ethische Fragestellungen im Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und psychischer Gesundheit durch Erhalt sozialer Kontakte.

Wenn wir die sozialen Determinanten von Gesundheit ernsthaft berücksichtigen wollen, ist deshalb Public-Health-Fachkompetenz gefragt, denn es geht jeweils darum, nicht nur die relevanten Lebenswelten zu identifizieren, sondern auch zugehörige fachlich adäquate Handlungskonzepte: So waren die Sorgen um zunehmende häusliche Gewalt in der Öffentlichkeit oft verkürzt mit Forderungen nach offenen Schulen verbunden. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive würde man differenziertere Maßnahmen, wie sie bereits seit vielen Jahren gefordert werden, als wirksamer ansehen, z. B. niedrigschwellig frühzeitig einsetzende und integrierte psychosoziale Familienunterstützung. Durch die Pandemie haben sich in vielen Handlungsfeldern eher langjährig bekannte Defizite in den Hilfesystemen verschärft, als dass sie ganz neu auftauchten.

Welche Anforderungen zeigen sich während der Corona-Pandemie in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit? Welche Erkenntnisse lassen sich hieraus ziehen?

Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten haben sich zugespitzt. Ärmere Menschen haben ein höheres Infektionsrisiko, z. B. durch beengtere Wohnverhältnisse oder weniger Homeoffice-Möglichkeiten, und auch ein höheres Risiko für schwerere Krankheitsverläufe, da bei diesen Personengruppen häufiger chronische Erkrankungen bestehen. Hinzu kommen gravierendere Bildungsbenachteiligungen durch das Homeschooling und weitere Diskriminierungen (Effekte von Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit durch die Pandemie waren v. a. in prekären Arbeitsverhältnissen existenziell bedrohlich). Es kann also keine Rede davon sein, dass das Virus ein Gleichmacher ist.

Gesundheitswissenschaftlich fundierte Prävention und Gesundheitsförderung haben die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit als zentrales Ziel – und müssen sich entsprechend auch und gerade in der Krise einer Pandemie um besonders belastete Personengruppen kümmern. Hier liegen wirksame Gesundheitsförderung und Prävention oft im Bereich sogenannter impliziter Gesundheitspolitik auf der Ebene des Sozialstaats in Form von Nachteilsausgleichen wie der Verbesserung von Wohnverhältnissen, Existenzsicherung/gerechter Entlohnung, Bildungsunterstützung etc.

Inwieweit hat sich durch die Corona-Pandemie das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verändert?

Das Gesundheitsbewusstsein und -wissen in der Bevölkerung hat durch die existentielle gesellschaftliche Krise und Gesundheitsbedrohung der Pandemie einen rasanten Schub erhalten.

Es ist positiv hervorzuheben, dass bei allen Kontroversen und unterschiedlichen Informationsqualitäten, die aktuell öffentlich diskutiert werden, in bisher ungekannt hohem Ausmaß bei einem großen Teil der Bevölkerung fundiertes Basiswissen zur COVID-19-Erkrankung entstanden ist. Dies beinhaltet auch ein neues Level in der populärwissenschaftlichen Rezeption epidemiologischer Fachtermini und statistischer Berechnungsmethoden.

Zu reflektieren wird, auch im Nachgang, die Frage sein, welche Wissensbestände sich in der Krise als mehr oder weniger prägender für das Gesundheitsbewusstsein herausgestellt haben. Unübersehbar und naheliegend ist die Dominanz virologischen und infektionsmedizinischen Wissens. Herausfordernder war es für gesundheitswissenschaftliche Fachexpertise, Gehör in Politik und Öffentlichkeit zu finden. Dies mag unterschiedliche Gründe haben. Einer davon könnte sein, dass komplexe Problembeschreibungen und zugehö-

rige wirksame Interventionen in Lebenswelten, wie sie gesundheitswissenschaftlich oft geboten sind, stärker strukturverändernd angelegt sind und zugehörigen politischen Willen erfordern. Die Reduktion der öffentlichen Wahrnehmung auf naturwissenschaftlich-virologisches Wissen erlaubte hier – der Eile der Krise entsprechend – eine Komplexitätsreduktion, daraus folgte eine Mischung aus verhaltenspräventiven (AHA-Schema) und bevölkerungsweiten regulatorischen Maßnahmen (Lockdown). In Zukunft ist es dringend geboten, umfassendere Gesundheitsperspektiven angemessen in den Blick zu nehmen, sichtbar zu machen und für differenziertere präventive Interventionen einzubeziehen.

Welche Herausforderungen sehen Sie durch die Pandemie für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

Die Pandemie hat auch die Nachteile eines eher schwach ausgebildeten Public-Health-Sektors in Deutschland noch einmal zugespitzt gezeigt. Auch wenn mit dem „Kompetenznetz Public Health zu COVID 19“ in kürzester Zeit Fachwissen gebündelt bereitgestellt wurde und mit dem nun begonnenen Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes strukturelle Entwicklungsschritte begonnen werden, ist noch immer ein Ausbau von stabilen gesundheitswissenschaftlichen Strukturen in Forschung, Lehre, Politikberatung und Praxis vonnöten.

Welche Chancen sehen Sie durch die Pandemie in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

Positiv formuliert hat sich in der Krise gezeigt, dass der Ansatz von Health in all Policies möglich ist, wenn es nötig ist. Dafür braucht es neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst weiterhin auch langfristig finanzierte subsidiäre Hilfestrukturen in Trägervielfalt, die gesundheitsförderliche Praxis in Lebenswelten aus zivilgesellschaftlicher Perspektive erbringen können.

Interview mit Dr. Susanne Jordan

Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes



Dr. Susanne Jordan,
Abteilung für
Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring,
Fachgebiet Gesundheits-
verhalten (FG 27),
Robert Koch-Institut

Inwieweit hat sich die Bedeutung/Rolle von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention aus Ihrer Sicht durch die Corona-Pandemie verändert?

Die Eindämmungsmaßnahmen der COVID-19-Pandemie bedeuteten für viele weitreichende Veränderungen. Die Schutzmaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, wie AHA-Regeln, Quarantäne bzw. Isolierung, Homeschooling, Homeoffice, Notbetreuung oder Schließung von Kitagruppen, schränkten den Alltag phasenweise sehr ein. Und mittlerweile wissen wir, dass die Eindämmungsmaßnahmen neben den positiven Infektionsschutzwirkungen auch negative sozioökonomische und teilweise unerwünschte gesundheitliche und psychosoziale Folgen haben können. Aber die Folgen der Pandemie betreffen nicht alle Menschen gleich. Neben sozioökonomisch benachteiligten Gruppen können beispielsweise Ältere, Alleinlebende oder auch Frauen besonders belastet sein. Die Pandemie hat gesellschaftliche Probleme verstärkt und vor Augen geführt, wie wichtig Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kita, Schule, Kommune, Arbeit, Pflegeheime oder Gemeinschaftsunterkünfte sind, gerade in Zeiten einer Pandemie. Strukturelle gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lebenswelten sollten zukünftig so nachhaltig gestaltet und finanziert werden, dass sie flexibel auf sich verändernde Bedingungen angepasst werden können. Damit sollte gewährleistet werden, dass sie gerade in Zeiten besonderer gesellschaftlicher Belastungen aufrechterhalten werden können.

Welche Anforderungen zeigen sich während der Corona-Pandemie in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit? Welche Erkenntnisse lassen sich hieraus ziehen?

Die COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig es bei den Eindämmungsmaßnahmen zu dieser Infektionskrankheit ist, die gesundheitliche Chancengleichheit von Anfang im Blick

zu behalten. Im Verlaufe der COVID-19-Pandemie waren in sozioökonomisch benachteiligten Regionen verstärkt SARS-CoV-2-Infektionen zu beobachten. Neben dem höheren Risiko für eine Infektion ist gleichzeitig zu bedenken, dass sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger gesundheitliche Belastungen oder Gesundheitsverhalten aufweisen, die mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 einhergehen können, z. B. Diabetes mellitus, Adipositas oder Rauchen. Das unterstreicht die Aktualität der Aussage von Rudolf Virchow: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft.“ Dem sozial ungleich verteilten Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion bzw. einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung sollte zukünftig von Beginn einer Epidemie an mit Maßnahmen entgegengewirkt werden. Die Eindämmungsmaßnahmen sollten von vornherein so gestaltet werden, dass sie gesundheitlicher Ungleichheit entgegensteuern, indem sie die soziale Situation verschiedener Bevölkerungsgruppen berücksichtigen. Dafür sollte bei der Entwicklung der Eindämmungsmaßnahmen von Beginn an mit anderen Politikbereichen zusammengearbeitet werden („Health in All Policies“-Ansatz) und die verschiedenen und insbesondere die stark belasteten Bevölkerungsgruppen sollten aktiv einbezogen werden (Partizipation). Neben der gemeinsamen Entwicklung von strukturellen sowie verhaltensbezogenen Maßnahmen sollten bei der Risikokommunikation von Anfang an verschiedene Bevölkerungsgruppen bei der Entwicklung von Kommunikationsstrategien einbezogen werden.

Inwieweit hat sich durch die Corona-Pandemie das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verändert?

Die COVID-19-Pandemie hat Gesundheit und besonders den Schutz von Gesundheit zu einem dominanten Thema in den Medien, in der Politik und im Alltag der Menschen gemacht. Die erhöhte Aufmerksamkeit galt primär dem Ziel, die Bevölkerung vor COVID-19 zu schützen. Ob damit

dauerhaft ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein einhergeht, das sich in einem allgemeinen gesundheitsförderlichen Gesundheitsverhalten zeigt, werden wir erst in einigen Jahren sehen. Während der Pandemie war in der Bevölkerung Unterschiedliches zu beobachten. Während ein Teil der Bevölkerung ein gesundheitsbewussteres Verhalten als vor der Pandemie berichtet, trifft das für andere nicht zu, z. B. nutzte ein Teil digitale Sportangebote, während andere für sich keine Kompensation der geschlossenen Fitnessstudios finden konnten. Für Prävention und Gesundheitsförderung besteht damit die Herausforderung, wie Strukturen geschaffen werden können, die unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine gesunde Lebensweise fördern.

Welche Herausforderungen sehen Sie durch die Pandemie für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

Wenn sich die ersten beobachteten, vorläufigen Ergebnisse zu den gesundheitlichen Folgen der COVID-19-Pandemie und dem zum Teil reduzierten gesundheitsförderlichen Gesundheitsverhalten in weiteren Studien bestätigen sollten, dann würde das den Bedarf von pandemie-begleitenden Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erhärten, besonders zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Infektionsschutz sollte Gesundheitsförderung mitdenken. Dies könnte bedeuten, gemeinsame Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention von nichtübertragbaren und Infektionskrankheiten zu entwickeln. Auch hier sollten die verschiedenen Sektoren vor Ort mitwirken, z. B. Kita, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Vereine in der Kommune. Hierfür müssen, viel stärker als bisher, Netzwerkstrukturen für die kommunale Gesundheitsförderung aufgebaut und vor allem nachhaltig mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden. Digitale Methoden könnten die Netzwerkarbeit unterstützen, aber dafür benötigen die Mitglieder und die Organisatorinnen und Organisatoren der Netzwerke ausreichende

technische Voraussetzungen und Fachwissen über digitale Netzwerkarbeit.

Welche Chancen sehen Sie durch die Pandemie in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

Die COVID-19-Pandemie hat verdeutlicht, dass gerade in Krisenzeiten auf Gesundheitsförderung nicht verzichtet werden sollte. Die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema Gesundheit könnte für strukturelle Maßnahmen in den Lebenswelten genutzt werden. Präventive Infektionsschutzmaßnahmen sollten begleitende Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, unter der besonderen Nutzung partizipativer Elemente, von Anfang an mitdenken. Die COVID-19-Pandemie hat auch gezeigt, wie wichtig es ist, die Gesundheitskompetenz zu fördern. Die in der Pandemie beobachtbare Infodemie, also ein Übermaß an Informationen, einschließlich falscher oder irreführender Informationen, machte es für viele schwer, evidenzbasierte Informationen zu erkennen. Informationen zu Gesundheit sollten leicht zu finden und für alle Bildungs- und Sprachgruppen gut zu verstehen sein. Hier könnten Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten ansetzen, um partizipativ strukturelle Maßnahmen für verbesserte Gesundheitsinformationen oder den Zugang zu Gesundheitsinformationen zu entwickeln.

Interview mit Dr. Uwe Lenhardt

Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes



Dr. Uwe Lenhardt,
Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin (BAuA)

Inwieweit hat sich aus Ihrer Sicht die Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt pandemiebedingt verändert?

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist durch die Pandemie zweifellos in den Hintergrund gedrängt worden. Viele Betriebe hatten seit Beginn der Corona-Krise andere, zum Teil existenzielle Sorgen, ganze Wirtschaftsbereiche waren für Angebote der BGF zeitweise völlig unzugänglich. Das zeigt sich auch bei den Ausgaben der Krankenkassen für BGF-Leistungen, die 2020 gegenüber 2019 um ein Drittel zurückgegangen sind. Man kann momentan nur darüber spekulieren, ob bzw. wann die BGF wieder zu „alter Form“ finden wird. Dass dies recht schnell geschehen möge, ist jedoch unbedingt zu hoffen, denn all die betrieblichen Probleme und präventiven Handlungsbedarfe, denen sich die BGF in den zurückliegenden Jahren nicht ohne Erfolg gewidmet hat, sind durch die Pandemie ja keineswegs verschwunden. Im Gegenteil, eine ganze Reihe dieser Herausforderungen trat infolge der Pandemie verstärkt zutage. Deshalb ist die Bedeutung der BGF künftig auch eher höher als niedriger zu veranschlagen.

Werden aus Ihrer Sicht bestimmte Themenfelder im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt – bedingt durch die Pandemie – zukünftig an Bedeutung gewinnen oder sich sogar neue Themenfelder etablieren?

Im Zuge der Pandemie haben einige klassische Präventionsthemen wie Gefährdungen durch pathogene Mikroorganismen und Toxine oder die Belüftung von Arbeitsräumen wieder erhöhte Aufmerksamkeit erlangt. Diese Themen liegen aber eher im Kompetenzbereich des institutionellen Arbeitsschutzes. Für die BGF noch wichtiger geworden ist meines Erachtens das Themenfeld „Orts- und zeitflexibles Arbeiten“. Viele Beschäftigte haben während der Pandemie vermehrt zu Hause gearbeitet und dabei durchaus

widersprüchliche Erfahrungen gemacht: Positiven Aspekten wie dem partiellen Zugewinn an persönlichen Flexibilitätsspielräumen stehen hier auch diverse Probleme gegenüber, etwa die Gefahr übermäßigen Hineinragens der Arbeitstätigkeit in eigentlich der Familie bzw. der Erholung gewidmete Zeit. Einiges spricht dafür, dass Verbreitung und Häufigkeit des Arbeitens im Homeoffice nach der Pandemie nicht wieder auf das vorherige Niveau zurückfallen werden, mittel- und langfristig ist wohl von einer wachsenden Bedeutung dieser Arbeitsform auszugehen.

Darüber hinaus hat die Pandemie die Arbeitsbedingungen einiger Beschäftigtengruppen in ein besonders grelles Licht gerückt. Dies betrifft u. a. die Angehörigen der Pflegeberufe, die ihre Arbeit unter sehr hohen Belastungen bei nach wie vor unzureichender materieller und sozialer Gratifikation verrichten. Die BGF hat in jüngerer Zeit bereits einen verstärkten Schwerpunkt auf die Pflege gesetzt – und die Pandemieerfahrungen liefern gute Gründe, in diesem Aktivitätsfeld nicht nachzulassen. Eine ebenfalls hoch belastete Gruppe, der die BGF erhöhte Aufmerksamkeit widmen sollte, bilden z. B. die Beschäftigten der in der Pandemie vermehrt in Anspruch genommenen Post-, Kurier- und Lieferdienste.

Wo sehen Sie Veränderungen oder Weiterentwicklungen mit Blick auf die Maßnahmen bzw. Angebote in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention?

Mit den im GKV-Leitfaden Prävention verankerten Instrumenten und Verfahrensstandards sind die Krankenkassen für die Herausforderungen der BGF im Prinzip gut gerüstet. Die Notwendigkeit, hier alles „umzukrempeln“, sehe ich deshalb trotz der Pandemie eigentlich nicht.

Dennoch hat die Pandemie einige Handlungsbedarfe deutlicher hervortreten lassen, etwa die Aufgabe, digitale Angebots- und Maßnahmenformate

auch in der BGF verstärkt zu nutzen. In der aktuellen Überarbeitung des Leitfadens Prävention wird dieser Punkt auch schon aufgegriffen. Dabei erfolgt die meines Erachtens wichtige Klarstellung, dass solche Angebote eine unter Umständen sinnvolle Ergänzung etablierter Vorgehensweisen der BGF bilden, die Beratung und Unterstützung von Betrieben und Beschäftigten vor Ort aber keinesfalls ersetzen können.

Man darf aber nicht darüber hinwegsehen, dass die praktische Einlösung des zuletzt genannten Postulats künftig eher schwieriger werden wird. Im Kleinbetriebssektor stellt sich das Problem seit jeher. Mit der zunehmenden zeitlichen und örtlichen Flexibilisierung der Arbeitstätigkeit sowie heterogener werdenden Beschäftigungsverhältnissen und Erwerbsverläufen dürfte die Herausforderung, effektive Zugänge zu Beschäftigten und Arbeitsplätzen zu gewinnen, für die BGF weiter wachsen.

Welche Herausforderungen sehen Sie durch die Pandemie für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt?

Die unmittelbar größte Herausforderung dürfte darin bestehen, die Rückschläge, die die BGF in der Zeit der Pandemie erfahren hat, möglichst rasch wieder zu kompensieren. Dies bedeutet: Betriebe, die vorrangig mit der Bewältigung der Corona-Krise und ihrer Nachwirkungen befasst waren bzw. sind, für etwas zunächst weniger dringend Erscheinendes wie BGF zu interessieren und durch die Pandemie „gekappte“ Betriebskontakte und Projektkooperationen zu reaktivieren. Auch kassenintern vermute ich einen nicht zu unterschätzenden Handlungsbedarf, schließlich waren viele Präventionsfachkräfte während der vergangenen eineinhalb Jahre von ihrer eigentlichen Tätigkeit zumindest teilweise abgeschnitten und müssen nun wieder in den „normalen“ Aktivitätsmodus zurückgelangen.

Einen Punkt möchte ich an dieser Stelle noch hervorheben. Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Verminderung der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen zu leisten haben. Wir wissen aber zugleich recht gut: Vor dem Virus sind keineswegs alle gleich, vielmehr hat die Pandemie die Lebens- und Arbeitsbedingungen innerhalb der Gesellschaft in sehr unterschiedlichem Maße unter Druck geraten lassen und so die ohnehin bestehende materielle und soziale Ungleichheit tendenziell verschärft. Für die BGF (wie auch für die Aktivitäten lebensweltbezogener Prävention) muss dies als Auftrag verstanden werden, insbesondere diejenigen Bevölkerungs- und Beschäftigtengruppen in den Blick zu nehmen, denen die Pandemie die schwersten sozialen und gesundheitlichen Lasten aufgebürdet hat und die auch nach dem Ende von Corona die diesbezüglich größten Risiken zu tragen haben werden.

Welche Chancen sehen Sie durch die Pandemie in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt?

Die Pandemie hat eindringlich vor Augen geführt, welch ein fragiles Gut die Gesundheit der Menschen – auch in ihrer Rolle als Beschäftigte – ist. Darin könnte für die BGF tatsächlich eine Chance liegen: dass die Erfahrung der Pandemie möglicherweise eine erhöhte Sensibilität für gesundheitliche Risiken auch bei der Arbeit, eine größere Akzeptanz diesbezüglicher Maßnahmen und eine verstärkte Einsicht in die Notwendigkeit kooperativen Handelns auf diesem Gebiet erzeugt hat. Wie stark dieser „Rückenwind“ ausfallen, ob er nach vergleichsweise kurzer Zeit vielleicht sogar wieder abflauen wird, vermag derzeit natürlich niemand zu sagen. Die prinzipielle Sinnhaftigkeit von BGF ist davon ohnehin nicht abhängig: Sie besteht auch bei „Gegenwind“.

Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit



Autor und Autorin:

Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband,

Merle Wiegand, GKV-
Spitzenverband

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich für den Zeitraum von 2019 bis 2024 – wie bereits seit 2008 – Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gesetzt (vgl. S. 64–69). Eine besondere Rolle in der aktuellen Zielperiode spielt die Gesundheitsförderung in der Kommune. Hier soll der Aufbau von intersektoral zusammengesetzten kommunalen Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden. Zudem wird der Ausbau von gesundheitsförderlichen Angeboten für vulnerable Zielgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und psychisch belasteten Familien oder Menschen mit Behinderungen angestrebt. Mit dem **Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit¹** leisten die Krankenkassen einen Beitrag zur Umsetzung dieser Ziele. Das Förderprogramm fügt sich in das vielfältige individuelle und gemeinschaftliche Engagement der gesetzlichen Krankenkassen in Lebenswelten auf Bundes- und Landesebene ein.

Seit dem Beginn im Jahr 2019 konnte vieles erreicht werden: Mehr als 60 geförderte Kommunen arbeiten daran, kommunale Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention aufzubauen oder bedarfsbezogen weiterzuentwickeln. Sie werden von Prozessberaterinnen und Prozessberatern begleitet, die ihnen externe Impulse geben und sie bei der Erreichung der gesteckten Ziele unterstützen. Viele Kommunen sind dabei, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln, um damit insbesondere die Gesundheit von vulnerablen Personengruppen zu fördern. Die Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den Ländern haben sich als wichtige Struktur etabliert, unterstützen bei der Entwicklung förderfähiger Projekte und beraten interessierte kommunale Akteurinnen und Akteure zu den Angeboten des Förderprogramms. Qualifizierungsangebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit können von den Kommunen kostenlos

in Anspruch genommen werden. Der moderierte Austausch mit anderen Kommunen gibt Impulse und trägt zur Vernetzung bei.

Erste Ergebnisse der Evaluation geben Einblick in kommunale Ausgangsbedingungen

Die ersten Zwischenergebnisse der begleitenden **Evaluation durch die PROGNOS AG²** zeigen, dass die Corona-Pandemie die Umsetzung und Planung der geförderten Vorhaben stark beeinflusst hat. Im Rahmen der Evaluation gaben 87 % der befragten Kommunen an, dass sich der geplante Projektstart verzögere. Rund 70 % berichteten, dass die Kommunikation mit relevanten Akteurinnen und Akteuren erschwert sei, weil zum Beispiel Gremien nicht tagen konnten. Auch die Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Angeboten sei dadurch eingeschränkt worden. Bei 63 % der befragten Kommunen standen infolge der Herausforderungen durch die Pandemie personelle Ressourcen in der Verwaltung nicht (mehr) zur Verfügung.

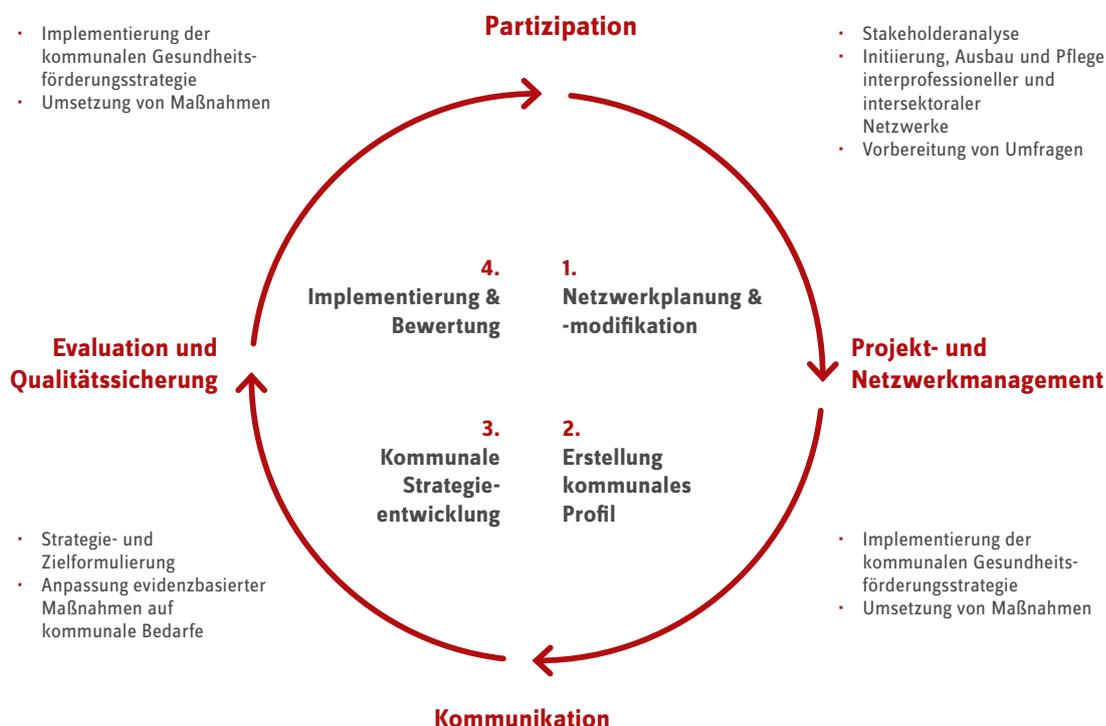
Die Evaluation legt auch einen Fokus auf die Ausgangsbedingungen der Kommunen für die Gesundheitsförderung. Die ersten Zwischenergebnisse stimmen positiv: Mehr als drei Viertel der geförderten Kommunen gaben an, auf bereits vorhandene Strukturen wie Runde Tische, Gesundheitskonferenzen oder Arbeitsgruppen aufbauen zu können. Eine kommunale Strategie zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit ist zwar nur bei 14 % der befragten Kommunen vorhanden, allerdings beabsichtigen 70 % der Kommunen, eine solche Strategie zu entwickeln.

Das Ziel der Evaluation ist es, zu erfassen, wie die Förderung umgesetzt wird und welche Wirkung sie entfaltet. Auch die Ableitung von Gelingensfaktoren sowie von Hemmnissen in der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention steht im

¹ Informationen zum Förderprogramm unter: www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm

² Die Prognos AG ist mit der wissenschaftlichen Evaluation des Kommunalen Förderprogramms beauftragt. Die in diesem Beitrag beschriebenen vorläufigen Zwischenergebnisse beruhen auf den Angaben von 30 Kommunen (1. Kohorte), die das Förderangebot zum Kommunalen Strukturaufbau in Anspruch nehmen.

Abb. 3: Operationalisiertes Aufgabenprofil zur Koordination kommunaler Gesundheitsförderung



Quelle: GKV-Bündnis für Gesundheit

Fokus. Die Ausgangsbedingungen vor Ort sind für die Bewertung und Einordnung der Evaluationsergebnisse von Bedeutung. Im Laufe der Evaluation wird sich das Bild weiter ausdifferenzieren - und es wird sich auch zeigen, ob die pandemiebedingten Anfangsschwierigkeiten überwunden werden konnten.

Beratung und Qualifizierung als Impulse für die Umsetzung

Das Angebot zum Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen beinhaltet auch die anteilige Förderung von Personalressourcen zur Prozesskoordination des Vorhabens. In fast der Hälfte der geförderten Kommunen wurden mit den Fördermitteln der gesetzlichen Krankenkassen neue Mitarbeitende für die Prozesskoordination eingestellt. Bei fast 30 % der Kommunen waren die Koordinatorinnen und Koordinatoren schon zuvor im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune tätig, bei etwa 20 % waren sie in anderen kommunalen Bereichen **aktiv**.³

Neben der finanziellen Projektförderung sind auch die Beratung und Qualifizierung von kommunalen Akteurinnen und Akteuren Bestandteile des Kommunalen Förderprogramms. Kommunen können diese kostenlos in Anspruch nehmen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Koordinatorinnen und Koordinatoren, die das Vorhaben maßgeblich steuern und umsetzen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit bietet ihnen u. a. die Möglichkeit zur Teilnahme an der „Werkstatt Kommunalen Strukturaufbau“ - einem Angebot, welches auf die Anforderungen im Kommunalen Förderprogramm zugeschnitten ist. Das **Aufgaben- und Kompetenzprofil zur Koordination kommunaler Gesundheitsförderung**⁴ zeigt auf, welche Aufgaben, Anforderungen und Kompetenzen für die Koordinatorinnen und Koordinatoren kommunaler Gesundheitsförderung wichtig sind. Das Aufgaben- und Kompetenzprofil kann Koordinatorinnen und Koordinatorinnen dabei unterstützen, die eigene Rolle zu definieren. Auch kann es Kommunen als Orientierung bei der Stellenbesetzung u. a. im Kontext des Paktes für den ÖGD oder bei der Weiterbildung des eigenen Personals dienen.

3 Vorläufige Zwischenergebnisse, die auf den Angaben von 30 Kommunen (1. Kohorte) beruhen, die das Förderangebot zum Kommunalen Strukturaufbau in Anspruch nehmen.
 4 Der Bericht kann hier heruntergeladen werden: www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/koordination-kommunaler-gesundheitsfoerderung-entwicklung-eines-aufgaben-und-kompetenzprofils/

GKV-Bündnis für Gesundheit fördert Genderforschung



Autorin:
Christine Witte,
GKV-Spitzenverband

Seit dem Frühjahr 2021 fördert das GKV-Bündnis für Gesundheit vier Projekte zur Erforschung geschlechtsspezifischer Besonderheiten bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Vorrangiges Ziel der Forschungsförderung ist es, zu einem besseren Verständnis von geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dann die Krankenkassen bei der Weiterentwicklung ihrer Angebote und Programme unterstützen.

Die vier geförderten Projekte geben einen Eindruck von der großen Vielfalt der Zielgruppen und Themen innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Projekt „Suizid-Prävention für Männer“ untersuchen Prof. Heide Glaesmer (Universität Leipzig), Prof. Birgit Wagner (Medical School Berlin) und Prof. Doreen Reifegerste (Universität Bielefeld), wie über geeignete (digitale) Kommunikations- und Zugangswege die Zielgruppe suizidgefährdete Männer besser erreicht werden kann.

Im Projekt „Mentale Gesundheit und Gender“ werden die negativen Auswirkungen von informeller Pflegetätigkeit auf das psychische Wohlbefinden der Pflegenden untersucht, und es wird eine digitale Intervention zur Gesundheitsförderung entwickelt, die auf die Bedürfnisse der informell pflegenden Frauen, Männer und genderdiversen Personen abgestimmt wird (Dr. Tilman Brand, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, und Prof. Benjamin Schüz, Universität Bremen).

Das Projekt „Gesundheitsverhalten, Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten älterer Frauen“ widmet sich der Zielgruppe der älteren Frauen. Für das Forschungsvorhaben untersucht Prof. Daphne Hahn von der Hochschule Fulda Biografien von über 80-jährigen Frauen. Hieraus werden Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die auf die Lebens-

realität und die Bedürfnisse der Zielgruppe Bezug nehmen.

Aufgabe des Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten von Trans*Menschen“ ist die Erforschung der Bedürfnisse dieser Zielgruppe in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention. Darauf aufbauend werden Konzepte zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten aus Sicht von Transgender-Menschen entwickelt (Prof. Miriam Tariba Richter, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, und Dr. Tamás Jules Fütty, Europa-Universität Flensburg).

Für die Ende 2019 veröffentlichte Förderbekanntmachung „Geschlechtsspezifische Besonderheiten bei Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ waren über 80 Projektskizzen eingereicht worden. Die Auswahl der vier zu fördernden praxisorientierten Forschungsvorhaben wurde durch ein unabhängiges Gremium aus 14 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unterstützt.

Weitere Informationen zu den Forschungsaktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit und den geförderten Projekten:

<https://www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/foerderung-forschungsvorhaben/>

Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern

Die **nationale Präventionsstrategie**¹ umfasst die Vereinbarung von bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung derselben; dieser zweite trägerübergreifende Bericht wird 2023 der Bundesregierung vorgelegt werden. Die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen als zentraler Baustein der nationalen Präventionsstrategie erfolgt in den 16 Bundesländern kontinuierlich auf Basis der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung (LRV).

Aus jedem Bundesland wird in alphabetischer Reihenfolge über die Situation der Gesundheitsförderung und Prävention unter den Bedingungen der

Corona-Pandemie berichtet. Die Beschreibungen sind vielfältig. Sie reichen von der exemplarischen Darstellung einzelner Gemeinschaftsprojekte, die aufgrund der Kontaktbeschränkungen angepasst werden mussten, über die Darstellung der neuen Herausforderungen für die Zusammenarbeit der Partner der LRV in Zusammenhang mit Digitalisierung und veränderter Prioritätensetzung bis hin zur Weiterentwicklung einer LRV nach den ersten fünf Jahren. Alle Autorinnen und Autoren haben, soweit sie einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband angehören, den jeweiligen Beitrag im Namen aller GKV-Partner der LRV verfasst. An einigen Beiträgen waren auch weitere Partner der LRV als Autorin oder Autor beteiligt.



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

Aktivitäten der Nationalen Präventionskonferenz seit 2020

Fokusthemen Pflege und Psychische Gesundheit

„Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ sowie „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“ sind die beiden Fokusthemen, anhand derer die Träger der NPK gemeinsam mit Partnern der verschiedenen Politikfelder und der Zivilgesellschaft die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit erproben. Beim Thema Pflege werden sowohl beruflich Pflegenden und pflegende Angehörige als auch pflegebedürftige Menschen in den Blick genommen; beim Thema Psychische Gesundheit stehen Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien im Fokus.

Vorbereitung des zweiten trägerübergreifenden Präventionsberichts

Der zweite NPK-Präventionsbericht soll 2023 einen Überblick darüber geben, wie sich das auf den Regelungen des Präventionsgesetzes basierende Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention aller Partner bis zum Jahr 2021 bzw. 2022 weiterentwickelt hat; dabei wird auch auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie eingegangen.

Die Hauptthemen werden sein:

- Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie
 - Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie
 - Engagement zur Erreichung der gemeinsamen in den Bundesrahmenempfehlungen verankerten Ziele
 - Gesamtgesellschaftliches Engagement zu den Fokusthemen Pflege und Psychische Gesundheit
- Erfahrungen mit der Anwendung GKV-spezifischer Regelungen des Präventionsgesetzes
- Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Abschließend soll ein Fazit gezogen werden zur Umsetzung und Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie.

Baden-Württemberg: Mehr Gesundheit für Geflüchtete

Autoren und Autorin:

Alexander Kölle,
AOK Baden-Württemberg

Michael Untiet, BKK
Landesverband Süd

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Ulrike Triemer, Stiftung für
gesundheitliche Prävention
Baden-Württemberg

Passerelle – Zugänge für Menschen mit Fluchterfahrung schaffen

Viele herkömmliche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention sind für Menschen mit Fluchterfahrung nicht übertragbar. Konzepte und Methoden müssen angepasst werden.

Ein möglicher Zugangsweg, um vulnerable Gruppen zu erreichen, wird in lokal gut verankerten Einrichtungen innerhalb der Kommune gesehen, deren Angebote gut im Setting eingebunden sind und eine „Zugeh-Struktur“ aufweisen. Somit stehen diese der Zielgruppe dort zur Verfügung, wo sie sich regelmäßig aufhält.

Mit dem über die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung Baden-Württemberg gem. § 20a SGB V geförderten Projekt „Passerelle“ des X-IGS e. V. in Tübingen (www.projektpasserelle.com) werden neue Formen von Unterstützungsmöglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Fluchterfahrung entwickelt.

Passerelle ist in Anschlusswohnungen, die auch mit entsprechenden Räumlichkeiten zur präventiven Gruppenarbeit (Werkstatt, Gruppenraum, Garten- und Außenbereich) ausgestattet sind, angesiedelt. Diese bieten eine geeignete Plattform für gesundheitsförderliche Aktivitäten, die insbesondere die „Zugeh-Struktur“ berücksichtigen.

Die bisherigen Erfahrungen des Projekts zeigen, dass Partizipation hauptsächlich über informelle Beteiligungsverfahren gelingt. Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe werden eher „nebenbei“ kommuniziert. Auch die Vermittlung von Gesundheitskompetenz erfolgt nicht in separaten Maßnahmen, sondern wird in bestehende Angebote und Veranstaltungen im Rahmen der Betreuungsangebote, Werkstattarbeiten oder der Gartenarbeit sinnvoll integriert. Erfolgsfaktor sind dabei die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden, die hierfür speziell geschult sind. Sie nehmen das

Interesse in der jeweiligen Situation auf, gehen auf Fragen ein und lenken dadurch die Gespräche und Themen. So wird das Thema Gesundheit nicht zu einem separaten Sonderthema, sondern fließt als „Dauerthema“ in den Alltag der Menschen mit Fluchterfahrung ein. Damit wird ein niederschwelliger Zugang zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Vermittlung von Gesundheitskompetenz geschaffen.

Dieser Ansatz hat sich in der Corona-Situation besonders bewährt. Zunächst wurden die Angebote teils ausgesetzt, teils angepasst, indem etwa von Gruppenangeboten auf Einzelbetreuung umgestellt wurde. Wichtig wurde in den Werkstätten, den Bildungs- und Beratungsräumen auch das Vorbildverhalten der Mitarbeitenden, etwa bezogen auf Schutzmaßnahmen, weil es einerseits als Modellverhalten übernommen wurde, andererseits Anlass zu Nachfragen und Gesprächen bot. Entscheidend ist, dass die Mitarbeitenden vor Ort ansprechbar sind und gleichzeitig aktiv aufsuchend tätig werden.

Unsicherheit und Ängste sind in dieser Bevölkerungsgruppe ungleich größer, weil sprachliche Hindernisse es erschweren, komplizierte Informationen zu verstehen. Eine wichtige Aufgabe der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Projekt ist es, Falschinformationen (z. B. über Impffolgen) zu korrigieren und gelegentlich an Corona-Maßnahmen zu erinnern. Die kontinuierliche Informationsvermittlung, teils auch muttersprachlich oder durch persönliche Kontakte – zuerst allgemeine, später immer wieder aktualisierte Informationen zu COVID-19 und den veränderten Maßnahmen – ist dabei für die Geflüchteten besonders wichtig.

Bayern: Physische Aktivität in Kitas altersgerecht nutzen – PAKTan

Um gesundheitlichen Ungleichheiten bereits im Kindesalter zu begegnen, haben der AWO Bezirksverband Oberbayern (AWO) und die Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität München (TU München) das Projekt „PAKTan“ entwickelt. Dieses zielt auf die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Lebenswelt Kita ab. Der Fokus des zweieinhalbjährigen Projekts liegt auf der Förderung von physischer Aktivität von Kindern in schwierigen Lebenslagen.

Im Rahmen eines partizipativen und wissenschaftlich begleiteten Prozesses soll ein nachhaltiges und im Kita-Alltag anwendbares Interventionskonzept entwickelt werden. Hierzu konnten drei Kitas der AWO aus dem Großraum München, deren Einrichtungsstruktur durch einen hohen Anteil an Kindern in schwierigen Lebenslagen geprägt ist, zur Beteiligung im Projekt gewonnen werden. Das zu entwickelnde Interventionskonzept soll nach der Projektlaufzeit auf weitere Kitas der AWO übertragen werden.

Zur Umsetzung des Projekts hat die AWO eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Als Kooperationspartner übernimmt die TU München die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. Gefördert wird das Projekt im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sowie durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Umsetzung des Projekts unter Pandemiebedingungen

Bereits während des Projektstarts im März 2020 wirkte sich das Pandemiegeschehen maßgeblich auf die Projektplanung und -umsetzung aus: Die ursprünglich zum Projektauftritt vorgesehenen Treffen zur Vorstellung des Projekts im Rahmen von Dienstbesprechungen oder Elternabenden in den Kitas konnten nicht wie geplant stattfinden. Stattdessen wurden Treffen mit den Kita-Teams virtuell abgehalten und Informationen an die

Eltern vermehrt über Elternbriefe und Flyer übermittelt. Teilweise ergab sich die Möglichkeit, Informationsstände aufzubauen, an denen Projektmitarbeitende auf „PAKTan“ aufmerksam machen und Fragen des Kita-Teams oder der Eltern beantworten konnten. Um für die Kinder einen Zugang zum Projekt zu schaffen, wurde ein Mitmach-Video (<https://www.youtube.com/watch?v=QwOxXXxHNq0&feature=youtu.be>) erstellt.

Dass trotz aller coronabedingten Schwierigkeiten und notwendigen Anpassungen ein erfolgreicher Projektstart gelang, zeigten die hoch motivierten Mitarbeitenden in den Kitas sowie die zahlreichen Einwilligungen der Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder am Projekt.

Um im nächsten Schritt eine Bedarfserhebung in den Kitas durchführen zu können, wurden in enger Abstimmung mit den zuständigen Gesundheitsämtern stets aktuelle Hygienekonzepte erarbeitet. Auf diese Weise wurde es zwar mit einem erheblichen Mehraufwand, aber dennoch unter Pandemiebedingungen möglich, leitfadengestützte Interviews mit den Leitungskräften und Erzieherinnen und Erziehern zu führen und Begehungen in den beteiligten Kitas sowie Erhebungen der körperlichen Fähigkeiten mit den Kindern durchzuführen.

Ausblick

Auf Basis der Ergebnisse der Bedarfserhebung soll in den nächsten Phasen des Projekts ein Interventionskonzept entwickelt und in den Einrichtungen getestet werden. Wie für die bisherigen Schritte werden die Projektverantwortlichen die geplante Umsetzung weiterhin stark an das Pandemiegeschehen anpassen und kreative Lösungen finden müssen, um die Projektziele zu erreichen. Denn trotz der bisherigen Erfolge hat die zurückliegende Zeit gezeigt, dass selbst die anspruchsvollsten digitalen Angebote und die größte Unterstützung von Eltern oder Kita-Team den direkten Zugang nicht ersetzen können.

Autorin und Autor:

Carolin Bosch,
Landeszentrale für
Gesundheit in Bayern e. V.,
Geschäftsstelle
Landesrahmenvereinbarung
Prävention Bayern

Markus Peter,
Sozialversicherung für
Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Berlin: Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung im Pandemiejahr 2020

Autor und Autorin:

Werner Mall,
AOK Nordost

Rebecca Zeljar,
vdek

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Insgesamt zeigte sich unter Pandemiebedingungen, dass manche lange vorbereiteten Vorhaben trotz der pandemiebedingten Einschränkungen zum Erfolg gebracht werden konnten. Die Entwicklung neuer Vorhaben und die praktische Umsetzung vor Ort wurden jedoch durch die Pandemie stark beeinträchtigt.

Erfreulicherweise gelang es, ein neues Landesprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) zu starten. Ziel des Landesprogramms ist es, sozial belasteten Quartieren in der gesamten Stadt den Einstieg in die Gesundheitsförderung zu erleichtern. Zu diesem Zweck werden Finanzmittel aus unterschiedlichen Landesressorts, aus dem Bundesförderprogramm „Sozialer Zusammenhalt“ und aus dem GKV-Förderprogramm zusammengeführt. Das Programm „Gesund in Berlin“ entstand durch konzeptionelle Weiterentwicklung eines Vorläufers, der die Unterstützung ausgewählter Quartiersmanagement-Gebiete in einigen Bezirken der Stadt zum Gegenstand hatte. Partner des neuen Programms „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) sind die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände im Land Berlin sowie die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen.

Bereits im Jahr 2019 verständigten sich die Partner der LRV auf verschiedene Schwerpunktaktivitäten, darunter eine Initiative des Landes Berlin zur Bewegungsförderung „Berlin bewegt sich“. Ziel der Initiative ist es, in allen Berliner Bezirken in öffentlichen Parks angeleitete Bewegungsangebote zu schaffen und Sportgeräte zu installieren. Nicht zuletzt aufgrund der Pandemie verzögerte sich die Projektentwicklung aufseiten des Landes, und die Initiative konnte deshalb nicht wie geplant 2020 starten und wurde weiter verschoben. Dementsprechend wurden die von der GKV bereitgestellten Fördermittel nicht abgerufen. Dies ist umso bedauerlicher, als gerade unter Pandemiebedingungen noch dringenderer Bedarf an Bewegungsangeboten in städtischen Parks besteht.

Eine weitere Schwerpunktaktivität sollte darin bestehen, das qualitätsgesicherte Landesprogramm „Gute gesunde Kita“ ab 2020 auf alle Berliner Bezirke auszurollen und die Zahl der erreichten Kitas substantiell zu steigern. Bedingt durch die anhaltende Pandemie standen jedoch bereits eingestellte Haushaltsmittel nicht mehr wie geplant zur Verfügung. Aktuell ist die Realisierung des Vorhabens gefährdet. Die von der GKV bereitgestellten Mittel konnten bislang nicht eingesetzt werden.

Die Abstimmungsprozesse der LRV-Partner im dafür eingerichteten Abstimmungsgremium konnten dagegen weitgehend aufrechterhalten werden. Wie vereinbart wurde im Jahr 2020 erstmals ein gemeinsamer Bericht über die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung in Berlin erstellt, der 2021 veröffentlicht wurde.

Bereits im Pandemiejahr 2020 und erst recht im Jahr 2021 hat die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung deutlich an Dynamik verloren. Die Umsetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten hat unter den notwendigen Kontaktbeschränkungen stark gelitten. Nachteilig ausgewirkt hat sich auch der Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen bei den zuständigen Stellen auf Landes- und kommunaler Ebene. Es ist zu befürchten, dass zumindest die finanziellen Engpässe auch noch weit über die Pandemie hinaus bestehen werden.

Brandenburg: Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung unter Pandemiebedingungen - ein System gerät ins Stocken

Im Jahr 2020 konnten die Krankenkassen sicherlich nicht nur im Land Brandenburg beobachten, wie die pandemische Lage das Konstrukt der Landesrahmenvereinbarung (LRV) wie auch der Zusammenarbeit mit gesundheitsrelevanten kommunalen Akteurinnen und Akteuren außerhalb der LRV ins Wanken brachte. Die Gesundheitsämter und die Landesregierung waren bis an ihre Grenzen (und meist darüber hinaus) mit pandemiebezogenen Maßnahmen beschäftigt. Abstimmungen und Aktivitäten zur Erreichung der kommunalen und landesbezogenen Gesundheitsziele mussten aufgrund der begrenzten Ressourcen und der pandemiebedingten Einschränkungen in den Hintergrund rücken.

Die Ausnahmelage im Jahr 2020 offenbarte die Schwächen des Systems der Prävention und Gesundheitsförderung auf Landes- und kommunaler Ebene besonders deutlich. Wir schließen uns den Schlussfolgerungen der Bundesregierung aus dem ersten NPK-Präventionsbericht zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) an. Wenn Prävention und Gesundheitsförderung nicht zu den Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung des ÖGD gehören, wenn die Landesregierungen sowie die Unfall- und Rentenversicherungen sich nicht an die LRV binden müssen, dann können dort zu diesem Zweck auch keine verbindlichen Ressourcen vorgehalten werden - eine schwierige Arbeitsgrundlage für alle Beteiligten. Bundesgesetzliche Änderungen sind nötig, die dieses Ungleichgewicht auflösen, indem alle Partner verpflichtet (und damit befähigt) werden, sich in gleichem Maße in die LRV einzubringen. Denn Prävention ist eine Querschnittsaufgabe! Es braucht die verbindlichen gemeinsamen Anstrengungen aller auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verantwortlichen Akteurinnen und Akteure, um Erfolge im Sinne von „health in all policies“ zu erzielen.

Trotz aller Hürden und nicht erreichten Ziele werden auf der Arbeitsebene der LRV in Brandenburg, den Bündnissen, wichtige Beschlüsse getroffen. Im Bündnis Gesund Älter Werden liegt der

Schwerpunkt der gemeinsamen Aktivitäten auf Angeboten zur Förderung der digitalen Souveränität Älterer. Im Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA) beschlossen die Kassen, die Landesregierung und weitere engagierte Beteiligte die Aufarbeitung der Pandemiefolgen für Kinder und Jugendliche, die im Folgenden dargestellt wird.

Das Bündnis Gesund Aufwachsen - Aufarbeitung der Pandemiefolgen

Ziel der gemeinsamen Anstrengungen ist die Schaffung einer belastbaren Datengrundlage, die Aussagen zu Auswirkungen der Corona-Pandemie und der Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens erlaubt. Diese werden in den Bereichen Sozialverhalten, psychische und physische Gesundheit, Medienkonsum und -kompetenz und Konsum von Suchtmitteln von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg betrachtet. Auf Grundlage dieser Ergebnisse werden Empfehlungen formuliert, die sowohl die individuellen Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen adressieren als auch die vorhandenen Unterstützungsstrukturen in den Blick nehmen und nachhaltige, bedarfsgerechte Anpassungen skizzieren. Die Empfehlungen richten sich an die Partnerinnen und Partner im BGA, aber auch an alle weiteren Akteurinnen und Akteure im Land Brandenburg, die einen Beitrag zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen leisten können. Neben diesem BGA-Beschluss wurde ein entsprechendes Vorhaben im Mai 2021 vom Brandenburger Landtag beschlossen.

Autor und Autorin:

Werner Mall und
Dr. Sylvia Böhme,
AOK Nordost

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Bremen: Einfach, lecker und gesund essen – das kann ich!

Autorinnen:

Dr. Svenja Jacobs,
vdek Landesvertretung
Bremen

Anne Krause, BKK
Landesverband Mitte

Tanja Ritter,
IKK gesund plus

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV



Unter dem Motto „Einfach, lecker und gesund essen – das kann ich!“ findet das Projekt ELGE der Lebenshilfe Bremen statt. Rund 180 Menschen mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohneinrichtungen der Lebenshilfe sollen dabei unterstützt werden, sich bewusst mit gesunder Ernährung zu beschäftigen und ein gesundes Essverhalten zu entwickeln. Das geht von allgemeinen Kenntnissen über Auswahl und Einkauf von Lebensmitteln bis zur Zubereitung von Mahlzeiten. Schulungen sollen die Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter befähigen, eine gesunde Ernährung umzusetzen und das Wissen an die Bewohnerinnen und Bewohner weiterzugeben. Dass die Auseinandersetzung mit Ernährung in diesem Bereich notwendig ist, zeigen zahlreiche Studien. Demnach sind Menschen mit geistiger Behinderung häufiger übergewichtig mit entsprechenden Folgeerkrankungen wie Diabetes Typ 2, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Umsetzung wird von einer Steuerungsgruppe begleitet, zu der neben Lebenshilfe, Krankenkassen und dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) auch Vertreterinnen und Vertreter der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Angehörigen gehören. Das Projekt wird seit 2019 von den Bremer Krankenkassen mit rund 149.000 Euro für drei Jahre gefördert.

Durch die Corona-Pandemie hat das Projekt an Bedeutung gewonnen. Während zuvor viele Bewohnerinnen und Bewohner das Mittagessen bei der Arbeit einnahmen, findet nun zum großen Teil die komplette Versorgung in den Wohneinrichtungen statt. Gleichzeitig musste die Projektumsetzung deutlich angepasst werden. Präsenztermine, z. B. zu Begehungen der Küchen, mussten in reduziertem Umfang durchgeführt werden. Viele andere Termine, wie Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Treffen des Steuerungsgremiums und weitere Austauschformate, wurden in Online-Formate umgewandelt. Gerade im Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern stellt diese Umstellung eine große Herausforderung dar. Dennoch wird der Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dies zeigt das Beispiel der Bewohnervertreterin Nadine van de Gabel. Ihre Rolle im Projekt wird in nebenstehender Abbildung in Leichter Sprache dargestellt.



Nadine van de Gabel

Nadine van de Gabel ist Bewohner-Vertreterin für das Projekt ELGE. Sie arbeitet an vielen Stellen mit. Sie setzt sich im Projekt für die Interessen von den Bewohnern ein. Sie arbeitet in Arbeits-Gruppen mit. Sie hilft den Projekt-Mitarbeitern, wenn sie Fragen haben.



Steuerungs-Gruppe

Frau van de Gabel nimmt an den Treffen von der Steuerungs-Gruppe teil. Ihre Meinung ist wichtig. Eine Mitarbeiterin unterstützt Frau van de Gabel bei den Treffen. Die Tagesordnung ist in Leichter Sprache. Vor und nach den Treffen spricht Frau van de Gabel mit der Projekt-Leiterin über die Themen.



Probekochen

Im Projekt werden Rezepte in Leichter Sprache entwickelt. Die Rezepte sollen lecker, günstig und gut zu verstehen sein. Frau van de Gabel probiert die Rezepte aus. Sie macht Vorschläge, wie man die Rezepte einfacher erklären kann. Sie zeigt auch anderen Bewohnern, wie gesundes Kochen geht.



Hürden

Manchmal sind die Gespräche in der Steuerungs-Gruppe zu schnell. Dann versteht Frau van de Gabel nicht alles. Deshalb sollten sich die Mitarbeiter mehr Zeit nehmen.

Hamburg: Trägerübergreifendes Engagement für gesundes Leben und Arbeiten trotz Pandemie erfolgreich umgesetzt

Die folgenden Projekte werden gegenwärtig von den Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Hamburg umgesetzt. Die Pandemie hat beide Projekte vor Herausforderungen gestellt, die jedoch durch das Engagement der Beteiligten erfolgreich bewältigt werden konnten.

Betriebspartnerschaften Hamburg-Bergedorf

Der Hamburger Senat hat in seiner Koalitionsvereinbarung 2020–2025 eine Unterstützung von kleinen und mittelständischen Betrieben (KMU) im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gefordert. In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus DRV Nord, DRV Bund, DGUV LV NW, Amt für Arbeitsschutz, Bezirksamt Bergedorf und der BGF-Koordinierungsstelle, wurde das Konzept der Betriebspartnerschaften (BPS) entwickelt: KMU werden miteinander vernetzt, um ihnen den Austausch und die Zusammenarbeit in Gesundheits- und Arbeitssicherheitsfragen zu ermöglichen und die Inanspruchnahme von BGF- und Präventionsangeboten zu erhöhen. Die Sozialversicherungsträger und das Amt für Arbeitsschutz stimmen ihre Unterstützungsleistungen untereinander ab, um den KMU „koordinierte Hilfe aus einer Hand“ anzubieten. Angestrebt wird der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsnetzwerks im Sozialraum, das aus den genannten Partnern, Unternehmensorganisationen und den KMU besteht. Träger der BPS sind die in der Arbeitsgruppe vertretenen Institutionen. Für die Koordination, Steuerung und Einzelberatungen wurde beim Verein Arbeit & Gesundheit e. V. ein Kontaktbüro eingerichtet. Über die Länderseite der **BGF-Koordinierungsstelle**¹ erhalten KMU Informationen über die BPS.

Eine Herausforderung für die Konzeption des Projekts bestand darin, die unterschiedlichen Rechtsvorschriften der Beteiligten und Vorstellungen zur Umsetzung des Vorhabens in Einklang zu bringen. Dieser Prozess wurde durch das digitale Format aufgrund der Pandemie zusätzlich er-

schwert. Dank des Kooperationswillens gelang es, eine Vereinbarung zu schließen und sich auf einen Projektstart am 1. Januar 2021 zu verständigen.

Landungsbrücke 2 – Gestärkt in die Zukunft

Um junge Menschen in der vulnerablen Übergangsphase von der Schule in die Ausbildung oder den Beruf zu unterstützen und ihr seelisches Wohlbefinden zu fördern, wurde das Projekt **„Landungsbrücke 2“**² von den Beteiligten der LRV initiiert. Ziel ist es, Fachkräfte fortzubilden, die an berufsbildenden Schulen mit dualisierter Ausbildungsvorbereitung für Jugendliche und für Migrantinnen und Migranten mit und ohne Schulabschluss tätig sind. In vier Modulen erhalten die Fachkräfte inhaltliche und methodische Kompetenzen zur Förderung der Resilienz und der psychosozialen Ressourcen ihrer Schülerinnen und Schüler. Weitere Projektbausteine sind ein Methoden-Tool, ein Fachaustausch und Fachtagungen. Aufgrund des Ausbildungsformats war es möglich, die Fortbildungsreihe in relativ kurzer Zeit in ein Online-Format zu transformieren. Das Thema Corona und die Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der jungen Menschen sowie die Situation der Fachkräfte wurden in digitalen Teilssequenzen aufgegriffen. Um Raum für Erfahrungsaustausch zu schaffen, wurden zudem „digitale Austauschrunden“ eingeführt.

Dass die Fortbildungsreihen trotz der hohen Belastungen der Fachkräfte durch die Pandemie fortgeführt wurden, zeigt, dass das Angebot von „Landungsbrücke 2“ attraktiv und bedarfsgerecht ist. Das Thema psychische Gesundheit von Jugendlichen ist hochaktuell – und durch die Pandemie von noch größerer Bedeutung. Bislang wurden 13 (von insgesamt 23) berufsbildenden Schulen und 49 Fachkräfte erreicht.

Autorinnen und Autoren:

Betriebspartnerschaften
Hamburg-Bergedorf:

Kim Ebert,
BKK-Landesverband
NORDWEST, im Namen
der GKV-seitigen Partner
der LRV

Gabriele Meyer und
Cornelia Kraus,
Deutsche
Rentenversicherung Nord
(DRV Nord)

Florian Lünzmann,
Deutsche Renten-
versicherung Bund (DRV
Bund)

Sandra Stridde,
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e. V.
Landesverband Nordwest
(DGUV LV NW)

Heike Klamroth,
Behörde für Justiz und
Verbraucherschutz, Amt für
Arbeitsschutz

Michael Gümbel,
Verein Arbeit und
Gesundheit e. V.

Landungsbrücke 2 –
Gestärkt in die Zukunft:

Theresa Staden,
vdek Landesvertretung
Hamburg, im Namen der
GKV-seitigen Partner der
LRV

Svenja Rostovsky,
Hamburgische
Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e. V.
(HAG)

1 <https://bgf-koordinierungsstelle.de/hamburg/#betriebspartnerschaften>

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

Hessen: Fünf Jahre Landesrahmenvereinbarung

Autorin und Autor:

Kerstin Roth,
AOK - Die Gesundheitskasse
in Hessen

Dr. Axel Kortevoß,
Verband der Ersatzkassen
e. V. - Landesvertretung
Hessen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Im April 2021 jährte sich die Unterzeichnung der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V (LRV Hessen) zum fünften Mal. Die Partner der LRV Hessen haben dies im Herbst 2020 zum Anlass genommen, eine Bilanz der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hessen zu ziehen und mögliche Bedarfe für eine Weiterentwicklung der LRV Hessen zu identifizieren. Die Hinweise der Bundesregierung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes sind dabei ebenso eingeflossen wie die spezifischen Rahmenbedingungen in Hessen.

Positive Bilanz

Bei der Bestandsaufnahme haben die Partner insgesamt eine positive Zwischenbilanz des Erreichten gezogen. Der Austausch in den fünf veranstalteten Dialogforen hat zu einem besseren Verständnis für die jeweiligen gesetzlichen Aufträge und Rollen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes geführt. Gleichzeitig konnten einige Leuchtturmprojekte mit nachhaltiger Perspektive initiiert werden. Zu diesen gehören auch die GKV-gemeinsamen Projekte „Seele in Bewegung“ im Landkreis Marburg-Biedenkopf und „Treffpunkt Bewegung“ in der Stadt Kassel. Auch der Strukturaufbau der GKV mit Antragsstellen und Beratungsangeboten gehört zu den Erfolgen der LRV Hessen.

Die Partner haben aber auch festgehalten, dass die Flächenwirkung der gemeinsamen Aktivitäten noch ausbaufähig ist. Der Schlüssel dafür ist übereinstimmend die weitere Aktivierung der Kommunen, die sich neben einer finanziellen Unterstützung bei der Strategieentwicklung auch mehr politische Leitplanken seitens des Landes für eine Präventionsstrategie wünschen.

Novellierung der LRV

Mit einem iterativ und ergebnisoffen angelegten Prozess haben die Partner in mehreren Videokonferenzen den Überarbeitungs- und Ergänzungsbedarf für die LRV Hessen erarbeitet. Um eine größere Flächenwirkung zu erreichen, wurde

gemeinsam festgestellt, dass neben den Partnern der LRV, die sämtlich einen gesetzlich definierten Auftrag umsetzen, die Einbindung weiterer Akteurinnen und Akteure notwendig ist. Ziel dabei ist es, die Distanz zwischen der Steuerung der Umsetzung des Präventionsgesetzes von der Landesebene und den Settings vor Ort und deren Voraussetzungen und Bedarfe zu überbrücken. Dafür werden neue Formate der Kommunikation und Kooperation konstituiert.

Neue Strukturen

Kern der novellierten LRV Hessen ist die deutliche Intensivierung der Zusammenarbeit als Voraussetzung für den Aufbau von Netzwerken. Das gemeinsame Dialogforum der Partner wird ergänzt um themen- und zielgruppenbezogene Arbeitsstrukturen, die initial anhand der Lebensphasen strukturiert werden. Es sollen möglichst viele Akteurinnen und Akteure, die in der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten, eingeladen werden, sich in diesen Strukturen mit ihren jeweiligen Aufträgen und Schwerpunkten zu engagieren. Diese Strukturen sollen die zentralen Knotenpunkte für die Netzwerkbildung sowohl auf Landes- als auch auf regionaler und lokaler Ebene sein. Die Formate der Zusammenarbeit, die Bildung von zusätzlichen, z. B. themenbezogenen Netzwerken usw. werden dabei ganz bewusst dem Engagement der Akteurinnen und Akteure und der Dynamik in den Strukturen selber überlassen.

Ausblick

Aus Sicht der GKV in Hessen bietet die novellierte LRV Hessen die Chance, eine nachhaltige Netzwerkbildung und Aktivierung vieler Akteurinnen und Akteure zu erreichen. Damit wird die LRV Hessen mit ihrem offenen Angebot der Kooperation auch dem Anspruch der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention und Gesundheitsförderung gerecht.

Mecklenburg-Vorpommern: Bewegungsförderung für ältere Menschen und Stärkung von Kindern aus belasteten Familien

Bewegungsförderung für ältere Menschen in Mecklenburg-Vorpommern

Im Jahr 2020 initiierten das Land Mecklenburg-Vorpommern und die GKV gemeinsam das Projekt „Bewegungsförderung für ältere Menschen in Mecklenburg-Vorpommern“. Der Landessportbund MV erprobt im Rahmen des Projekts den Aufbau nachhaltiger bewegungsförderlicher Strukturen in drei Modellregionen des Landes. Erreicht werden soll dies durch die Schaffung von Gremien in den Landkreisen mit dem Ziel der Einbindung der Bewegungsförderung in kommunale Präventionskonzepte. Bestehende Bewegungsangebote sollen für die Zielgruppe ausgebaut sowie neue Angebote, insbesondere im ländlichen Raum, geschaffen werden.

Unterstützt wird der Landessportbund MV dabei vom GKV-Bündnis für Gesundheit und vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit MV. Bei der Ausgestaltung der Bewegungsangebote wird Bezug auf die **Nationalen Empfehlungen zur Bewegung und Bewegungsförderung¹** genommen.

Auf der Grundlage der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in Mecklenburg-Vorpommern wurden im Jahr 2019 durch das **Aktionsbündnis für Gesundheit²** Gesundheitsziele u. a. für die Lebensphase „Gesund älter werden“ erarbeitet, für dessen Erreichung das Projekt einen maßgeblichen Beitrag leistet.

Landesinitiative zur Verbesserung der Situation von Kindern in psychisch belasteten Familien

Ausgehend von den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkrank

Eltern“ haben die Ressorts für Jugend und für Gesundheit der Landesregierung in einer gemeinsamen Landesinitiative eine **Koordinierungsstelle³** eingerichtet, welche die kommunalen Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche aus Familien mit sucht- oder psychisch erkrankten Eltern bei der Umsetzung der Empfehlungen unterstützen soll. Landesweit wurden Arbeitsgruppen organisiert, um Informationen zu sammeln und bereitzustellen, Netzwerkarbeit zu leisten sowie ein Fortbildungskonzept für Akteurinnen und Akteure der beteiligten Bereiche zu entwickeln.

Die GKV wirkt an der Steuerung und in den Arbeitsgruppen der Landesinitiative mit. Sie beteiligt sich an der Landesinitiative durch die finanzielle Förderung kommunaler Präventionsaktivitäten. Mehrere Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern arbeiten am Aufbau von Präventionsangeboten für Kinder aus Familien mit psychischen und Suchterkrankungen. Gerade unter Pandemiebedingungen geraten solche Zielgruppen angesichts der tagesaktuellen Herausforderungen des Infektionsschutzes leicht aus dem Blick. Gemeinsames Ziel der GKV und des Landes ist es deshalb, dass in den Kommunen, die eine Förderung für den Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms GKV-Bündnisses für Gesundheit erhalten, die Gesundheitsämter gemeinsam mit den Jugendämtern präventive Angebote für die Zielgruppen planen. Diese präventiven Aktivitäten könnten wiederum im Rahmen des Förderangebots der zielgruppenbezogenen Interventionen aus Mitteln des Kommunalen Förderprogramms unterstützt werden.

Autorinnen und Autor:

Antje Bastian,
IKK - Die Innovationskasse

Werner Mall,
AOK Nordost

Rebecca Aust,
Programmbüro MV

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ Weitere Informationen sind zu finden unter <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/sonderheft-03-nationale-empfehlungen-fuer-bewegung-und-bewegungsforderung/>

² Das Aktionsbündnis für Gesundheit, als freiwilliger Zusammenschluss mehrerer Akteurinnen und Akteure mit gesundheitsförderlichem bzw. präventivem Bezug, gestaltet den Gesundheitszieleprozess für das Land Mecklenburg-Vorpommern.
<http://www.aktionsbuenndnis-gesundheit-mv.de/>

³ Weitere Informationen sind zu finden unter https://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PKP/projekt_kinder_familien.html

Niedersachsen: Initiative „Gesund älter werden in Niedersachsen“

Autorinnen und Autor:

Hanna Holst, Programmbüro
Niedersachsen

Anne Krause,
BKK Landesverband Mitte

Janika Meyer,
vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

Björn Sassenhausen,
AOK Niedersachsen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

In Niedersachsen liegt ein Schwerpunkt zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) in der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit mit dem Programmbüro unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Nach Anstoß im Dialogforum als Austauschgremium für die LRV-Beteiligten wurden in diesem Rahmen Gespräche mit dem niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) geführt. Mit der Formulierung eines gemeinsamen gesundheitsfördernden und -politischen Ziels konnten 2020 weitere Schritte gegangen werden. Der Fokus liegt dabei auf der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen für ältere Menschen in Niedersachsen.

Gemeinsames Rahmenkonzept

Orientiert am **Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“¹** sollen im Rahmen der niedersächsischen Initiative geförderte Projekte insbesondere dazu beitragen, die Gesundheit und Mobilität von älteren Menschen möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten. Die ausgewählten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention tragen entsprechend zu einer Vermeidung bzw. Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei und stärken die gesundheitlichen Ressourcen sowie Widerstandskräfte älterer Menschen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit und damit verbunden auf verschiedenen Zugangsmöglichkeiten für schwer erreichbare Personen. Für die Planung und Umsetzung von Projekten haben die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände in Niedersachsen und das MS unter Hinzuziehung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. ein Rahmenkonzept erarbeitet. Die geförderten Projekte sollen eine Strahlkraft auch für andere Regionen in Niedersachsen haben.

Ausrichtung an Bedarfen

Durch eine Auswahl unterschiedlicher Projekte und Träger sollen verschiedene Strukturen sowie Inhalte und Methoden der Umsetzung erprobt werden. Auf dieser Grundlage sollen möglichst vielfältige Erkenntnisse für die Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für ältere Menschen unter unterschiedlichen Voraussetzungen gewonnen werden. Im Fokus stehen vorrangig Regionen mit einem hohen zielgruppenbezogenen Handlungsbedarf, der u. a. auf sozio-ökonomischen Faktoren begründet ist. Zudem ist vorgesehen, die Projekte sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum umzusetzen. Die entsprechend ausgewählten Regionen werden hierfür vom MS auf Ebene der Landrätinnen und Landräte angesprochen, die dann eine Koordination in der Region initiieren sollen. Anschließend unterstützt das Programmbüro Niedersachsen bei der Entwicklung eines Projekts.

Übergreifende Zusammenarbeit

Die anhaltende Corona-Pandemie hat die für die Zusammenarbeit erforderlichen Ressourcen stark eingeschränkt und machte eine Anpassung der ursprünglichen Planung, im Sommer 2020 erste Projektanträge vorliegen zu haben, erforderlich. Dennoch konnte die Zusammenarbeit im eingeschränkten Rahmen insbesondere über digitale Wege fortgeführt werden, zumal die Pandemie die Relevanz des Themas und den Bedarf der älteren Menschen weiter verdeutlicht hat. Auf Grundlage des Rahmenkonzepts und der Ansprache der Regionen können nun Projekte erarbeitet, ausgewählt und gefördert werden.

¹ Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin.

Nordrhein-Westfalen: Im Kita-Alltag Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit ganzheitlich leben

Der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ steht für eine gelungene Kooperation aller gesetzlichen Krankenkassen mit vier Landesministerien in Nordrhein-Westfalen (NRW) und dem Landessportbund NRW. Seit dem 1. Juli 2020 wird das Angebot über das GKV-Bündnis für Gesundheit und vom Land NRW gefördert, um den Ansatz gemeinsam weiterzuführen und die Arbeit zu verstetigen, auszubauen und nachhaltig zu gestalten. Mehr als 350 „Anerkannte Bewegungskindergärten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wurden seit Beginn begleitet und ausgezeichnet. Sie integrieren nachhaltige Konzepte rund um Bewegung und Ernährung wirkungsvoll in ihren Alltag. Es werden jährlich ca. 18.000 Kinder und deren Familien mit dem Angebot angesprochen. Diese Zahlen verdeutlichen, wie wichtig das Angebot für die Kinder und deren Familien ist.

Bereits seit 2007 setzt das Angebot im Setting Kindertageseinrichtungen an, um die Prägung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens im Kindesalter günstig zu beeinflussen und Kinder bzw. Familien mit sozialer Benachteiligung zu unterstützen. Es greift den Wunsch der Landesgesundheitskonferenz NRW auf, unterstützende Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufzubauen. In diesem Sinne wurde für das Angebot das Ziel formuliert, in Kitas Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu fördern, um Übergewicht zu vermeiden.

Die ganzheitliche Gesundheitsförderung von Kindern bis zur Einschulung wird mit Spaß auf spielerische Weise in Bewegung und Ernährung vermittelt. Kontinuierliche Fortbildungen für die Fachkräfte, Informationsmaterial sowie Elternveranstaltungen sind dabei wichtige Bausteine. Die teilnehmenden Einrichtungen werden vom organisierten Sport vor Ort begleitet und von speziell geschulten Ernährungsfachkräften des Angebots unterstützt. Um eine gleichbleibende und langfristige Wirkung in der Gesundheitsförderung im Setting zu erzielen, werden die teilnehmenden

Kitas dauerhaft beraten und weitergebildet. Durch mindestens einmal jährliche Elternveranstaltungen zu den Themen Bewegung und Ernährung wird der Transfer in die Familien angestrebt.

Neben Bewegung und Ernährung ist Stressbewältigung ein weiterer Faktor, um Kindern ein psychisch gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Mit einem zusätzlichen Modul zur seelischen Gesundheit werden die Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung im Dreiklang miteinander verknüpft, um eine ganzheitliche Gesundheitsförderung von Kindern in Kitas zu gewährleisten.

Als wissenschaftlich fundiertes Angebot wurde der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ im Jahr 2010 von der Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ als „Innovatives Projekt im Gesundheitswesen“ ausgezeichnet. Eine Evaluation der Deutschen Sporthochschule Köln belegte schon in der Pilotphase des Angebotes von 2007 bis 2010 die hohe Akzeptanz und Wirksamkeit. Über das GKV-Bündnis für Gesundheit wird eine externe Evaluation von 2020 bis 2023 durchgeführt, um das Projekt wissenschaftlich zu begleiten und daraus wertvolle Erkenntnisse zu gewinnen.

Aufgrund der Corona-Pandemie stehen die Kitas und das Angebot vor verschiedenen Herausforderungen. Durch wenige Präsenzveranstaltungen sowie mit digitalen Angeboten konnte der Kontakt zu den teilnehmenden Einrichtungen gehalten werden. So kann der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ auch in diesen besonderen Zeiten einen Beitrag für die ganzheitliche Gesundheitsförderung leisten.

Autorinnen:

Julia Straube,
BKK-Landesverband
NORDWEST

Sybille Heringslack,
DAK-Gesundheit

Vanessa Drösser,
Kordinatorin „Pluspunkt
Ernährung“

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV



Rheinland-Pfalz: Projekt Vertrauenscoaches

Autorin:

Martina Ebener, AOK
Rheinland-Pfalz/Saarland -
Die Gesundheitskasse

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Vertrauen schaffen, für die Gesundheit und Bewegung sensibilisieren und zur Teilnahme an gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Maßnahmen motivieren – diese Aufgaben nehmen in Rheinland-Pfalz die sogenannten „Vertrauenscoaches“ seit Beginn des Jahres wahr. Daneben betreiben die Vertrauenscoaches Netzwerkarbeit und stellen den Kontakt zu den Sportvereinen her. Je nach individuellen Gegebenheiten in der Region können die Vertrauenscoaches in der Kommune, bei Wohlfahrtsverbänden, Vereinen, Volkshochschulen etc. angesiedelt sein.

Im Fokus der Arbeit sind dabei die Zielgruppen, die erfahrungsgemäß nur schwer Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung finden. Hierzu zählen Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund oder Behinderung, aber auch ältere Menschen und Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien.

Das gleichnamige Projekt wird vom GKV-Bündnis für Gesundheit im Rahmen der landesweiten Projektförderung finanziert und ist auf vier Jahre angelegt. Als Projektpartner stellt der Landsportbund Rheinland-Pfalz e. V. die Verbindung zu den Sportvereinen her.

Mit Start des Projekts wurden die Vertrauenscoaches über die Ziele und Hintergründe des Projekts informiert, mögliche Maßnahmen und die Rahmenbedingungen wurden besprochen. Alle Maßnahmen und regelmäßige Austauschgespräche fanden bisher ausschließlich in digitalen Meetings statt. Sobald es die Lage zulässt, sind auch persönliche Treffen unter den Vertrauenscoaches geplant.

Evaluation schulbasierter Prävention in Rheinland-Pfalz

Auf Initiative des Landespräventionsnetzwerkes „Gesund Aufwachsen“ soll die schulbasierte Prävention in Rheinland-Pfalz evaluiert werden. Ziel ist es, aus Sicht der Schülerinnen und Schüler erfolgreiche Präventionsangebote zu identifizieren und Versorgungslücken aufzudecken. Hierzu wurden mögliche Fragestellungen im Rahmen eines ersten Brainstormings unter Einbeziehung der Vertretung der Schülerinnen und Schüler und der Schulsozialarbeit bei einem Präsenztermin noch vor der Corona-Pandemie im Bildungsministerium zusammengetragen.

Befragt werden sollen Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 5 bis 10 aus den Schularten Gymnasium, Realschule plus und integrierte Gesamtschule. Das Befragungsdesign sieht die Bildung von Fokusgruppen vor, in denen die Schülerinnen und Schüler eine interaktive Annäherung an die Themen Gesundheit, Belastung und Prävention durch Übungen und Austausch in der Gruppe erfahren sollen. Bewusst wurde dabei eine offene Herangehensweise an das Thema gewählt, um sich nicht durch vorgefertigte Themenfelder einzugrenzen. In einem zweiten Schritt werden die Themen dann geclustert und weiterbearbeitet.

Die Befragung wird von den gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz finanziert. Weitere Projektpartner sind das Bildungsministerium und die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Alle Vorarbeiten, um die Befragung der Schülerinnen und Schüler durchführen zu können, sind abgeschlossen und eine Durchführung in einem virtuellen Format wurde ermöglicht. Aktuell werden noch Schulen gesucht, die sich an der Befragung beteiligen möchten.



Saarland: Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen

Kommunale Gesundheitsförderung im Saarland

Das Ziel des Netzwerks „Das Saarland lebt gesund!“, das durch das GKV-Bündnis für Gesundheit finanziert wird, ist die Förderung kommunaler Gesundheitsprozesse im Saarland.

Trotz pandemiebedingter Herausforderungen ist es das Bestreben von „Das Saarland lebt gesund!“, die Präventionsangebote für die Bevölkerung weiterzuentwickeln und den Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Kommunen voranzutreiben. Hier wurde z. B. eine Multiplikatorenfortbildung mit der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsförderung (DHfPG) durchgeführt, durch die zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kommunen unterstützt wurden, das Thema Gesundheitsförderung stärker in den Fokus zu rücken. Auch in der Pandemie gab es Kontaktaufnahmen zur Politik und einen digitalen Austausch mit Akteurinnen und Akteuren vor Ort, wodurch neue Kommunen und Netzwerkpartner gewonnen wurden.

In Form von digitalen Vortragsreihen und Beiträgen wurden 2020 Angebote geschaffen und durchgeführt. Diese niedrigschwelligen digitalen Angebote, wie z. B. die „Kinder-Wohlfühlzeit“, ein Online-Bewegungsangebot für Kinder in Kitas und Grundschulen, sollen auch nach der Corona-Pandemie fortgeführt werden.

YOGA mit Kindern von 5 bis 12 Jahren in Kita und Schule

Das 2019 gestartete Projekt ging 2020 in die zweite Qualifizierungsstaffel. Bereits 2019 war die Nachfrage bei den saarländischen Erzieherinnen und Erziehern und Lehrerinnen und Lehrern groß. Auch bei der zweiten Qualifizierungs-Staffel war das Interesse weiterhin hoch, sodass sich die Projektpartner entschlossen haben, zwei Qualifizierungen parallel durchzuführen.

Aufgrund der Corona-Vorgaben an saarländischen Schulen und Kindertageseinrichtungen mussten

auch im Projekt einige Module der Qualifizierung verschoben werden. Diese werden zeitnah nachgeholt, sobald die Pandemie dies zulässt.

Sozialversicherungsübergreifender Gesundheitsbericht

Der Gesundheitsbericht 2020 geht auf die Initiative der regionalen BGF-Koordinierungsstelle des Saarlandes zurück. Mit diesem Bericht wurde eine bisher einzigartige, aussagekräftige Informationsbasis geschaffen, die es ermöglicht, die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung im Saarland umfassend zu betrachten. Insgesamt flossen in den vorliegenden Bericht Daten von etwa 76 % der ca. 488.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. Arbeitslosen mit Krankengeldanspruch im Saarland ein.

2019 lag der Krankenstand der Beschäftigten im Saarland bei 5,8 % und damit über dem Vergleichswert auf Bundesebene. Beschäftigte waren durchschnittlich 1,4-mal und an 21,3 Kalendertagen im Jahr krankgeschrieben. Weitere Informationen auf:

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

Geplante landesweite Präventionsprojekte

Zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung (LRV) im Saarland wurde gemeinsam nach Projekten gesucht, um die Angebote bedarfsgerecht auszubauen. Für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wurde 2020 das Projekt „Starke Kinder – gute FREUNDE“ in Kindertageseinrichtungen vorbereitet. In der Phase „Gesund leben und arbeiten“ wurde das Projekt „#freilenker“ zusammen mit den Mitgliedern des Arbeitskreises „Koordinatoren der gemeindenahen Suchtprävention im Saarland“ lanciert, das Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer qualifiziert, über die Gefahren von Drogenkonsum im Straßenverkehr zu informieren. Ein weiteres Projekt im Bereich „Gesund im Alter“ wurde gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz Landesverband Saarland weiterentwickelt. Die Projekte gehen alle im Jahr 2021 in die Umsetzung.

Autorin und Autor:

Vanessa Pörtner,
KNAPPSCHAFT

Dirk Hertgen,
IKK Südwest

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Sachsen: Die Corona-Pandemie digital meistern

Autorin:

Silke Heinke, vdek-
Landesvertretung Sachsen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Die Umsetzung der Präventionsaktivitäten in Sachsen wurde durch die Corona-Pandemie beeinflusst. Im Laufe des ersten Halbjahrs 2020 ging es den sächsischen Akteurinnen und Akteuren zunächst darum, die aufgebauten Strukturen unter den vorherrschenden Bedingungen zu stabilisieren und die geplanten Maßnahmen angepasst weiterzuführen. Im Ergebnis ist es gelungen, dass kein sächsisches Präventionsvorhaben wegen der Pandemie gänzlich eingestellt werden musste. Die Umsetzung von Präventionsaktivitäten im Bereich Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie in der kommunalen Lebenswelt waren grundsätzlich stärker von der Pandemie betroffen und unterlagen somit besonderen Umsetzungsschwierigkeiten. Neue Kommunikationswege und Aktivitäten mussten ausprobiert werden, was Zeitverzögerungen mit sich brachte.

Im Laufe des vergangenen Jahres ging es vor allem darum, einen Modus der Zusammenarbeit zu entwickeln. Hier waren innovative Lösungen, welche allerdings auch von Sorgen begleitet waren, nötig. Digitale Fokusgruppen, Lernwerkstätten oder Gremiensitzungen mit über 30 Personen wurden gemeistert und alsbald auch als Bereicherung empfunden. Im Ergebnis dieser positiven Erfahrungen haben sich die Partner der Landesrahmenvereinbarung Sachsen (LRV) entschieden, die im Jahr 2020 ausgesetzte landesweite Fachkonferenz Prävention und Gesundheitsförderung mit über 200 Gästen im Jahr 2021 in einem digitalen Format durchzuführen.

Im zweiten Halbjahr 2020 haben die Partner die digitalen Formen der Zusammenarbeit weiter ausgebaut und die Konzepte gemeinsam mit den Projektpartnern so angepasst, dass diese auch unter Pandemiebedingungen nun zusätzlich in digitalen Formaten durchführbar waren. Im Ergebnis konnte die Umsetzung der Präventionsaktivitäten im Freistaat Sachsen nahezu ohne Einschränkungen fortgeführt werden.

In der Lebenswelt Kita wurden im Sommer konkret die Situation sächsischer Kindertageseinrichtungen und die Folgen der Corona-Pandemie (Lockdown mit Kita-Schließungen) mit Vertreterinnen und Vertretern beleuchtet. Was lief gut? Was war schwierig? Was brauchen wir? - Anhand dieser Leitfragen wurden Erkenntnisse gesammelt und in das Sächsische Staatsministerium für Kultus getragen. Einige Feststellungen werden auch in den künftigen LRV-Aktivitäten berücksichtigt.

Die LRV auf dem Prüfstand

Mit Beginn der LRV in Sachsen haben sich die Partner entschieden, die bisherigen Aktivitäten alle vier Jahre zu überprüfen. Mit der Ausschreibung und Beauftragung einer externen Evaluation soll das Strategiekonzept, welches die LRV mit konkreten Zielen und Maßnahmen ergänzt, evaluiert werden.

Das Projekt der implementierten Kita-Regionalstelle im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge wurde ebenfalls extern evaluiert. Die Autorinnen und Autoren gaben Hinweise zur Weiterentwicklung des geplanten Vernetzungskonzepts und der damit in Verbindung stehenden Etablierung weiterer Kita-Regionalstellen.



Sachsen-Anhalt: Gesund und fit durch Kita und Schule in der Stadt Braunsbedra

In Braunsbedra ist die Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder vergleichsweise hoch. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) ermittelte das Gesundheitsamt Saalekreis u. a. zu den Indikatoren BMI-Gewicht und Zahngesundheit Daten der Einschulungs- und Schulreihenuntersuchung der Klassen 3 und 6.

Gewicht (2016): Der Anteil adipöser Kinder in Braunsbedra beträgt zum Zeitpunkt der Einschulung 12,79 %. Im Landesdurchschnitt sind hingegen nur 5,6 % der Kinder adipös. Die Prozentzahl der übergewichtigen und adipösen Kinder liegt in der 3. Klasse in Braunsbedra bei 26,92 % (!), im Land sind es 19,6 %.

Zahngesundheit (2017–2018): Etwa ein Drittel aller Kinder in Braunsbedra (0-12 Jahre) haben behandlungsbedürftige Zähne. Damit liegt Braunsbedra über dem Saalekreisdurchschnitt (24 %). Während es bei jüngeren Kindern noch keine Diskrepanzen der erhobenen Prozentzahlen zwischen Landkreis und der Stadt Braunsbedra gibt, nehmen die Abweichungen der Werte mit steigendem Alter der Kinder zu (6-Jährige: 32 % Saalekreis – 40 % Braunsbedra).

Adipositas und mangelhafte Gesundheit im Kindesalter haben negative Auswirkungen auf die gesamte körperliche und seelische Entwicklung. Damit sind die soziale Entwicklung und die Chancengleichheit vieler Kinder massiv gefährdet.

Ziel des Projekts

Das Projekt „Gesund und Fit durch Kita und Schule“ (12/2019–04/2024), das die Stadt Braunsbedra gemeinsam mit den oben genannten Krankenkassen des Landes Sachsen-Anhalt umsetzt, soll den Gesundheitszustand der Kinder im Kita- und Grundschulalter verbessern. Ein Ziel dabei ist es, das Problembewusstsein zu schärfen und notwendige Interventionsstrategien gemeinsam zu entwickeln. Mit dem Aufbau eines tragfähigen Netzwerks aller am Bildungsprozess beteiligten Institutionen sollen gemeinsame lebensweltorien-

tierte und nachhaltige Strukturen geschaffen werden. Ziel ist es, einheitliche Qualitätsstandards für Kita, Hort und Grundschule zu etablieren. Für deren Umsetzung sollen nachhaltige pädagogische Konzepte in den einzelnen Einrichtungen erarbeitet und umgesetzt werden. Projekte, Maßnahmen und Angebote für Kinder, Eltern und das pädagogische Personal der Einrichtungen sollen, auf die spezifischen Bedürfnisse abgestimmt, erarbeitet und durchgeführt werden. Zeitgleich werden sinnvolle Evaluationsinstrumente etabliert, um so die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen sicherzustellen. Beteiligt sind sieben Kitas, ein Hort und zwei Grundschulen.

Die Pandemie hat den Aufbau der Netzwerke anfangs verzögert, durch Nutzung digitaler Medien (E-Mail/Videokonferenz über Handy) konnte aber eine Vernetzung der Kitas, Eltern und Projektleitung erreicht werden. Bereits vor der Pandemie konnte ein Treffen aller Kita-, Hort- und Schulleitungen zum Projekt durchgeführt werden. Mini-AGs zu den Themen Seelisches Wohlbefinden, Ernährung und Bewegung konnten gegründet werden. Nach dem ersten Lockdown im Sommer 2020 wurden die praktischen Möglichkeiten der Umsetzung während der Pandemiesituation abgewogen. Die Steuerungsgruppe entschied, die Themenbereiche „gesunde Ernährung“ und „Bewegung“ den Zielgruppen auch digital zugänglich zu machen. Von Kindern selbst produzierte Themenfilme sollten über eine passende Internetplattform den Braunsbedraer Familien zur Verfügung stehen. Es entstand die Idee, Kinder mit Hilfe eines Tablets Filme selbst produzieren zu lassen. Weitere Schwerpunkte im Pandemiejahr waren Fortbildungen der Erzieherinnen und Erzieher zur gesunden Ernährung, Erstellung und Umsetzung eines Bewegungskalenders, Gemüse- und Obstanbau (Kitas und Horte) und Planung von Gesundheitstagen und Sportfesten.

Autor:

Andreas Ude,
BARMER Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

auch im Namen von
AOK Sachsen-Anhalt -
Die Gesundheitskasse,
BKK Landesverband
Mitte, IKK gesund plus,
Techniker Krankenkasse,
DAK-Gesundheit
und Kaufmännische
Krankenkasse KKH als
Beteiligte der LRV Sachsen-
Anhalt

Schleswig-Holstein: Mit Blick nach vorn auf Kurs im Norden

Autorin:

Kerstin Berszuck,
AOK NordWest

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

Im Land zwischen den Meeren war Anfang 2020 Gesundheit in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten Thema. Dank der sehr engagierten und empathischen Arbeit im Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit konnten erste Weichen gestellt und konkrete Schritte zur Entwicklung von gesundheitsfördernden Kommunen unternommen werden.

Alle an Bord

Besonders herausfordernd war es, ein Projekt zu starten, das eine Förderung durch alle Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein (LRV SH) ermöglicht. Durch besonderen Einsatz des Programmbüros konnten die Sichtweisen und Fördervoraussetzungen der einzelnen Träger im Projekt „Heldenherzen“ vereinigt werden. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche aus Familien mit sucht- und psychischerkrankten Angehörigen stehen dabei im Fokus. Gesteuert durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Kreises Segeberg und eng begleitet durch das Programmbüro werden Strukturen zur Versorgung und Begleitung genutzt, um Kinder im Schulalltag zu unterstützen, belastende familiäre Situationen bewältigen zu können. Der Startschuss fiel mit einem digitalen Workshop für Mitarbeitende der beteiligten Schulen. Das Team „Heldenherzen“ blickt für die Schulaktivitäten optimistisch ins Jahr 2021.

Digitales schafft neue Wege

Für 2020 waren im Projekt „Pflege aber klar“ durch die Landesstelle für Suchtfragen in Schleswig-Holstein (LSSH) zahlreiche Präsenzseminare geplant, um Pflegepersonal der AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH beim Umgang mit Belastungssituationen mit dem Fokus der Suchtprävention zu begleiten. Führungskräfte, Pflegefachkräfte und Auszubildende sollten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) vor einem schleichenden Weg in die Sucht bewahrt werden. Die von der Pflegeschule genutzten digitalen Methoden ermöglichten es,

die als Präsenzveranstaltungen geplanten Seminare methodisch angepasst in den digitalen Schulalltag zu integrieren. Resultat ist eine beeindruckende Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht: In digitalen Gruppen erstellte Plakate zeigen, wie kreativ und konstruktiv das Thema Sucht bearbeitet wurde. Das Klinikum stellte seinen Beschäftigten Laptops zur Verfügung, um an Seminaren zur Suchtprävention in der Arbeitszeit von zu Hause aus teilzunehmen. Die Durchführung zeigte, dass es auf digitalem Weg gelingen kann, Seminare zum sensiblen Thema Sucht durchzuführen: 248 Beschäftigte nahmen trotz coronabedingter Einschränkungen teil.

In laufenden Projekten baute die Pandemie vor allem dort Hürden auf, wo der persönliche Kontakt zu den Menschen aus den jeweiligen Zielgruppen zur Begleitung zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil ein Schlüsselfaktor ist. Jobcenter hatten nur telefonischen Kundenkontakt, Maßnahmen in Präsenz waren zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung nicht möglich. In den Seniorenprojekten konnten auch telefonische Kontakte die Wirkung eines persönlichen Kontakts nicht auffangen. Steuergruppensitzungen, in denen Möglichkeiten zur Fortsetzung der Projekte erörtert und insbesondere Vorbereitungen für die Zeit nach der Pandemie getroffen wurden, fanden als Videokonferenzen statt. Alle Beteiligten sind sich einig, dass dies eine geeignete Form auch für die Zukunft ist.

Anpacken und Gutes weiterführen

In jedem Projekt wurden die Möglichkeiten, die sich in der Pandemie boten, kreativ genutzt: Vernetzungsworkshops, Maßnahmen und Abstimmungen digital sowie Aktivitäten im Freien. „Anpacken, was geht, und Gutes weiterführen“ war der Kurs im hohen Norden.

Thüringen: Chancen und Risiken digitaler Arbeitsformate in der Prävention

Seit Beginn der Pandemie haben sich die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention grundlegend geändert. Dies wird besonders mit Blick auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie auf vulnerable Zielgruppen und ebenso mit Blick auf sich ändernde Arbeitsprozesse bei den Gesundheitsförderern sichtbar. Präventionsarbeit lebt von persönlichen Kontakten mit den Menschen vor Ort und einer engen Zusammenarbeit in den Gremien der Gesundheitsförderung. Diese bisherigen persönlichen Kontakte galt es nun in anderen Kommunikationsformaten fortzuführen. Erschwerend kam hinzu, dass insbesondere die kommunalen Akteure durch den nun vorrangig zu leistenden Infektionsschutz der Bevölkerung belastet waren und die Aktivitäten in der Gesundheitsförderung weitgehend zum Erliegen kamen.

Für die Kooperationspartner der Landesrahmenvereinbarung Thüringen bedeutete dies, sich auf neue Formen der Kommunikation untereinander zu verständigen. Zunehmend setzten sie digitale Austauschformate wie Telefon- und Videokonferenzen ein. So entstanden zwar neue Digitalformate, die Kommunikation war aber durch die Anwendung unterschiedlicher Videokonferenzsysteme und -techniken erschwert. Dennoch gelang es, sich bei den Präventionsprojekten und -maßnahmen unter sich ändernden Rahmenbedingungen zu verständigen und sich auf die pandemiebedingten Herausforderungen einzustellen. So wurde das gemeinsame Präventionsprojekt **„bewegte Kinder = gesündere Kinder“¹**, welches an den Thüringer Schulen und dem dortigen Sportunterricht angedockt ist, um ein weiteres Schuljahr und ohne zusätzliche Kosten verlängert.

In allen innerhalb der Landesrahmenvereinbarung Thüringen geförderten Projekten fand eine intensive Auseinandersetzung mit der Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen statt. Zugleich wurden pandemiebedingt veränderte

gesundheitliche Herausforderungen und Bedarfe erkennbar. Besonders die nicht mehr mögliche vor Ort stattfindende direkte Zusammenarbeit mit vulnerablen Zielgruppen erschwerte die Situation. Dabei spielte nicht nur die oft fehlende technische Ausrüstung eine wichtige Rolle. Auch der Umgang mit der digitalen Kommunikation stellte alle Beteiligten vor eine neue Herausforderung. Kontakte und das bislang aufgebaute Vertrauen wurden sukzessiv geringer. Dies zeigte sich beispielsweise in der Zusammenarbeit mit arbeitslosen Menschen im Verzahnungsprojekt. Anfangs reagierten die Jobcenter-Kundinnen und -Kunden auf alternative Angebote, aber schon bald verlor sich das Interesse; Kundinnen und Kunden reagierten nicht mehr auf Anrufversuche und isolierten sich damit mehr und mehr.

Mit welchen gesundheitlichen Folgen der Pandemie gerechnet werden muss, ließ sich anhand der Zunahme psychischer Erkrankungen in Thüringen aufzeigen, mit welchen sich auch bereits die Landespolitik auseinandersetzte. Diese Entwicklung zeigt auf, wie wichtig die Einbeziehung der Menschen vor Ort in einer Pandemie ist, denn ohne gemeindeorientiertes Handeln, ohne Gesundheitskompetenz und damit ohne die klassischen Gesundheitsförderungsinstrumente lassen sich pandemiebedingte Einflüsse eher schlecht eindämmen. Welche Rolle gerade die in der Gesundheitsförderung und Prävention fest verankerten Netzwerke dabei spielen können, wurde bei den Kommunen deutlich sichtbar, welche bis dahin über stabile Netzwerke verfügten, sie pandemiebedingt allerdings nicht oder nur noch für den Infektionsschutz nutzen. Die Pandemie wirkte wie eine Lupe auf bereits vorhandene (gesundheitliche) Problemlagen und verdeutlichte einmal mehr die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention strategisch in der Kommune zu verankern. Die Thüringer Krankenkassen werden hierzu weiter ihren Beitrag leisten.

Autorin:

Kerstin Keding-Bärschneider,
vdek-Landesvertretung
Thüringen

im Namen der GKV-seitigen
Partner der LRV

¹ <https://www.thueringen-sport.de/unsere-themen/kinder-und-jugendsport/bewegte-kinder-gesuendere-kinder/?L=0>

Zahlen im Überblick

Ausgaben und Leistungen der GKV nach §§ 20, 20a und 20b SGB V

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

2020 ist aufgrund der Corona-Pandemie und der dadurch veränderten Voraussetzungen für Präventionsaktivitäten ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt zu verzeichnen. Mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 wurden der gesetzliche Orientierungswert und die Mindestausgabenwerte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für 2020 **ausgesetzt**¹ (§ 20 Abs. 6 SGB V und § 5 Abs. 7 SGB XI).

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

Die – teilweise gerundeten – Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2020. Die Prozentzahlen zur Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2021 entnommen werden. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

¹ Damit entfiel für das Jahr 2020 auch die in § 20a Abs. 3 SGB V verankerte pauschale Abführung von Mitteln an die BZgA, mit denen die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten unterstützt werden sollen (entsprechende Projekte unter www.gkv-buendnis.de).

Abb. 4: Zahlen im Überblick



Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention im Berichtsjahr 2020 414.259.853 Euro aus. Dabei wurde durchschnittlich je Versicherten 5,66 Euro ausgegeben. Dies sind 34 % weniger als im Vorjahr.

Die Krankenkassen investierten davon 102.550.223 Euro in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten; das entspricht 1,40 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben in diesem Bereich um 38 % gesunken. Die Zahl der erreichten Lebenswelten ist im Vergleich zum Vorjahr pandemiebedingt um 19 % gesunken; in KITAS und Grundschulen fanden wie in den Vorjahren die meisten Aktivitäten statt. Für 2020 wird auf die Schätzung der erreichten Personen in Lebenswelten verzichtet, da diese aufgrund der Corona-Pandemie besonders unsicher erscheint.

159 Mio. €

Betriebliche
Gesundheitsförderung

1.951.975

Menschen

16.742 Betriebe



27 % verarbeitendes Gewerbe
24 % Gesundheits- und Sozialwesen

Mit BGF-Maßnahmen konnten 2020 trotz der erschwerten Bedingungen aufgrund der Corona-Pandemie 1.951.975 Beschäftigte in 16.742 Betrieben erreicht werden. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 28 % weniger Betriebe und 14 % weniger Beschäftigte erreicht.

2020 gaben die Krankenkassen 159.407.107 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aus. Das entspricht 2,18 Euro je Versicherten. Damit verringerten sich die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 34 %.

Von diesem Betrag haben die Krankenkassen 39.877.630 Euro in Krankenhäusern und Pflegeheimen, also für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege, aufgewendet.

152 Mio. €

Individuelle
Präventionsangebote

1.157.305

Kursteilnahmen



64 % Bewegung
32 % Stressmanagement

2020 förderten die Krankenkassen 1.157.305 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei waren 81 % der Kursteilnehmenden weiblich. Es zeigen sich auch in diesem Bereich der Prävention deutlich die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen zur Corona-Pandemie, da Gruppenangebote zeitweise nicht angeboten werden durften.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 152.302.523 Euro auf. Die Ausgaben sind im Vergleich zum Vorjahr um 33 % gesunken.

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

Abb. 5: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen



Im Jahr 2020 ist aufgrund des zweiten Bevölkerungsschutzgesetzes durch die Corona-Pandemie und der dadurch veränderten Voraussetzungen für die Präventionsaktivitäten ein deutlicher Rückgang der Ausgaben, aber auch der direkt erreichten Pflegebedürftigen zu verzeichnen. Trotz der Corona-Pandemie konnten 86.255 Pflegebedürftige in 1.866 stationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

In die Beratung und Umsetzung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen investierten die Pflegekassen insgesamt **15.344.376 Euro**¹. Es wurden 0,21 Euro pro Versicherten ausgegeben. Damit verringerten sich die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 13 %.

¹ Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ1-Statistik 2020 der Pflegekassen zugrunde.

Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

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

Auf die Schätzung der erreichten Personen in Lebenswelten wird verzichtet, da diese aufgrund der Corona-Pandemie besonders unsicher erscheint. Somit kann auch keine konkrete Schätzung der Geschlechteranteile erfolgen. Dennoch ist anzunehmen, dass in Lebenswelten Männer und Frauen sowie Jungen und Mädchen in etwa in gleichen Teilen erreicht werden. Da ein Großteil der erreichten Lebenswelten Bildungseinrichtungen sind, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist, ist anzunehmen, dass dies auch auf die Verteilung der durch Maßnahmen erreichten Personen in Lebenswelten zutrifft.

In der BGF werden mit **61 %** mehr Männer als Frauen erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass insbesondere im verarbeitenden Gewerbe gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten mit Krankenkassenunterstützung erfolgen. In Unternehmen im Bereich des verarbeitenden Gewerbes gibt es in der Regel einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Bei Angeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention sind **81 %** der Kursteilnehmenden weiblich.



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Lebenswelten werden als abgrenzbare soziale Systeme beschrieben, die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind. Hierbei kann es sich beispielsweise um formale Institutionen wie Kindertageseinrichtungen oder Schulen oder um Sozialräume wie z. B. einen Stadtteil handeln.

Lebenswelten eignen sich in besonderer Weise, um Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen durch gesundheitsförderliche Angebote bedarfsbezogen zu unterstützen. Insbesondere die Bedeutung der Kommune als sogenanntes Dach-Setting, unter dem weitere Lebenswelten wie Kitas, Schulen oder Quartiere verortet sind, ist in den vergangenen Jahren in den Fokus – auch der gesetzlichen Krankenkassen – gerückt (s. auch Beitrag „Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit“ auf S. 26-27). Die kommunalen Akteurinnen und Akteure sowie Träger kennen die Bedarfe und können durch wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreichen. Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention kann somit einen Beitrag leisten, sozial bedingten Unterschieden in der gesundheitlichen Lage entgegenzuwirken. Die Krankenkassen unterstützen Akteurinnen und Akteure in Lebenswelten (z. B. durch finanzielle Förderung, Beratung oder Qualifizierung), wenn sich diese mit einem angemessenen Eigenanteil beteiligen. Die Kriterien für das Engagement der Krankenkassen für gesunde Lebenswelten sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes dargelegt. Dem Präventionsbericht liegt der Leitfaden Prävention in der jeweils zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten ist in § 20a SGB V festgeschrieben. Für diesen Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung wendeten die Krankenkassen im Jahr 2020 insgesamt 102.550.223 Euro

auf, was 1,40 Euro pro Versicherten entspricht. Die Ausgaben sind gegenüber dem Vorjahr gesunken (2019: **2,27 Euro je Versicherten¹**). Dieser Rückgang lässt sich mit der temporären Schließung von Bildungs- und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen und den Beschränkungen in allen Lebensbereichen durch die Corona-Pandemie begründen. Gesundheitsförderung und Prävention konnten vielerorts nur eingeschränkt erbracht werden (s. auch Beitrag auf S. 15-19). Mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 wurden der gesetzliche Orientierungswert und die Mindestausgabenwerte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für 2020 ausgesetzt. Die Krankenkassen haben ihren gesetzlichen Auftrag in den Lebenswelten in Zusammenarbeit mit den Lebensweltverantwortlichen und Partnern – unter erschwerten Bedingungen – dennoch weiter erfüllt.

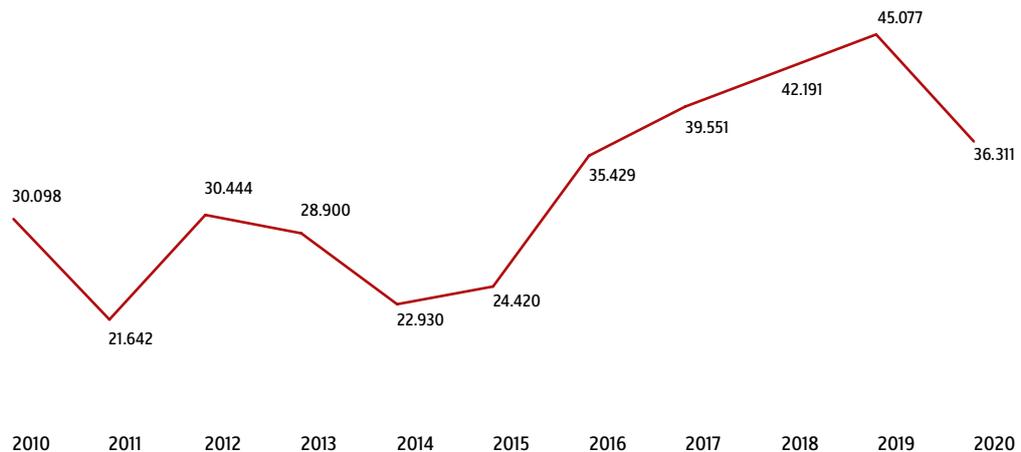
Insgesamt wurden 3.853 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet (zur Arbeitswelt s. S. 70 ff., Betriebliche Gesundheitsförderung). Bei den im Folgenden beschriebenen Ergebnissen wird auf die Schätzzahl erreichter Personen verzichtet, da diese im Pandemiejahr als besonders unsicher anzusehen ist.

Die Ergebnisse der Dokumentation werden durch Erkenntnisse aus der zusätzlichen Befragung der Krankenkassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf ihre Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten ergänzt. Aus dieser Befragung liegen 98 beantwortete Fragebögen für den Bereich Lebenswelten vor.

Die vielfältigen Aktivitäten der Krankenkassen als GKV-Bündnis für Gesundheit im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms sowie im Bereich Forschung gehen nicht in die quantitative Auswertung ein; sie werden im Schwerpunktteil beschrieben (vgl. S. 26-28).

¹ 2019 einschließlich 0,48 Euro an die BZgA entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 6: Anzahl der Lebenswelten 2010-2020

Krankenkassengeförderte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen Menschen in verschiedenen Lebenswelten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, sowohl die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten als auch niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote zu etablieren, in denen die Menschen Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil erwerben.

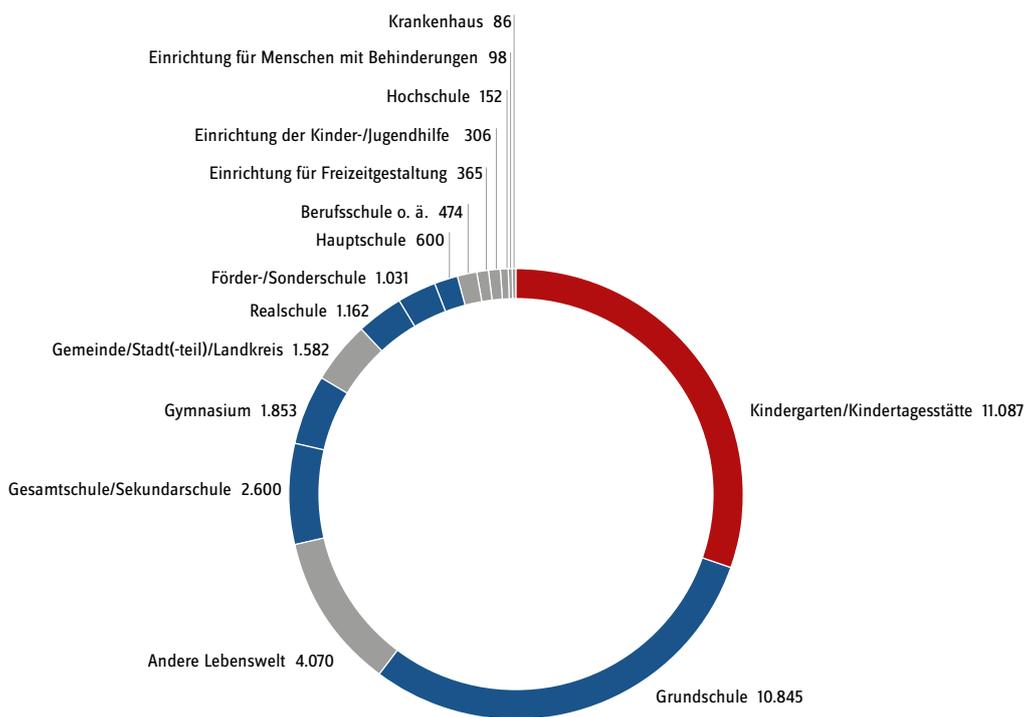
2020 konnten die Krankenkassen 36.311 Lebenswelten mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen; dies sind 19 % weniger als im Vorjahr. Der Rückgang der Anzahl der Lebenswelten steht in Zusammenhang mit den erschwerten Voraussetzungen im Berichtsjahr für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Diese wirken sich auch auf die Projekte aus, die unter den Bedingungen der Pandemie fortgesetzt wurden.

Die Ergebnisse der Corona-Pandemie-Befragung zeigen, dass ein Großteil der vor März begon-

nen Lebensweltprojekte weitergeführt wurde, allerdings mit Einschränkungen oder in veränderter Form. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen gaben an, dass nur 4 % der Aktivitäten in den Lebenswelten Kita, Schule und Kommune abgebrochen wurden, ohne dass eine Fortsetzung geplant war (s. Beitrag S. 15-19). Allerdings gaben die Befragten an, dass 27 % der Aktivitäten auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt wurden. Knapp ein Drittel (26 %) der Aktivitäten wurden laut den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen mit Einschränkungen fortgesetzt, z. B. war die Gesamtteilnehmendenzahl reduziert, einzelne Bestandteile sind weggefallen oder die Aktivität fand im „On-Off“-Modus statt. 36 % der Aktivitäten wurden in veränderter Form fortgesetzt, z. B. als digitales Format oder in Form einer Eins-zu-Eins-Betreuung. Die Befragten gaben im Mittel an, dass 7 % der Aktivitäten ohne Einschränkungen fortgesetzt werden konnten.

Art der Lebenswelten

Abb. 7: Art und Anzahl der Lebenswelten



Die Krankenkassen haben im Berichtsjahr 2020 wie in den Vorjahren am häufigsten in Kitas und Schulen Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt. In Kitas fanden 31 % der Aktivitäten statt, in Grundschulen 30 % und in weiterführenden Schulen 17 %.

Laufzeit

Im Berichtsjahr 2020 wurden 31 % der Aktivitäten abgeschlossen, im Vergleich zum Vorjahr (36 %) zeigt sich eine Abnahme. Bis zu einem Jahr liefen 54 % der abgeschlossenen Aktivitäten, im Vergleich zum Vorjahr (76 %) hat sich die Zahl der innerhalb eines Jahres abgeschlossenen Projekte deutlich reduziert. Die durchschnittliche Laufzeit betrug 2020 18 Monate, während sie im Vorjahr elf Monate betrug.

Hier zeigt sich deutlich, dass aufgrund der Corona-Pandemie weniger Aktivitäten im Jahr 2020 abgeschlossen werden konnten und Projekte

verlängert werden mussten. In der Corona-Pandemie-Befragung gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen im Mittel an, dass 27 % der Aktivitäten in Kitas, Schulen und Kommunen für bestimmte oder unbestimmte Zeit aufgrund der Corona-Pandemie ausgesetzt werden mussten.

Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, hatten bis zum Jahresende im Mittel eine Laufzeit von 28 Monaten. Die durchschnittliche Laufzeit aller bis zum 31. Dezember 2020 erfassten Projekte betrug 25 Monate.

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 8: Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“



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

Als **soziale Brennpunkte**¹ werden Wohngebiete bezeichnet, deren Bewohnerinnen und Bewohner

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

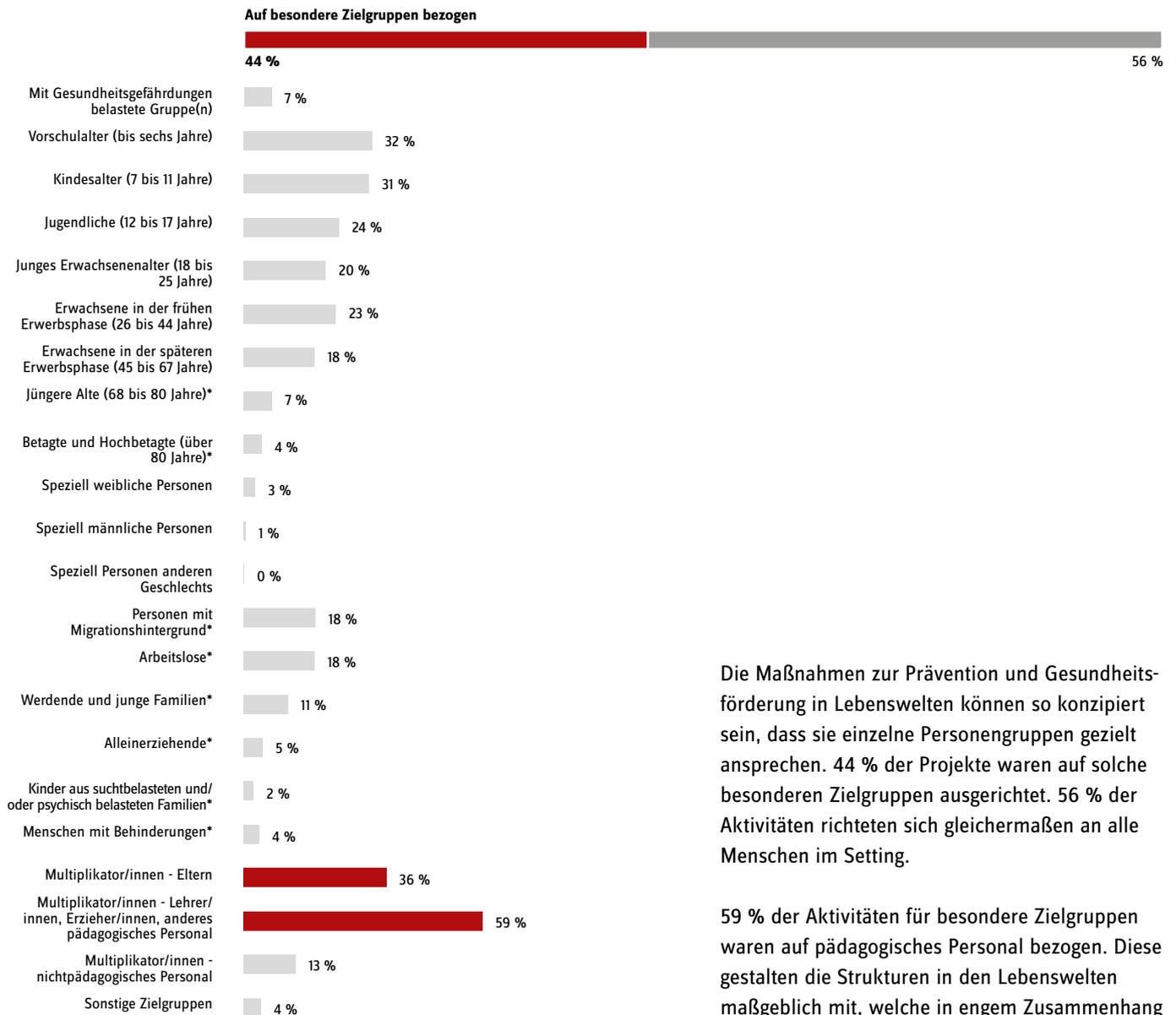
25 % der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 27 % der mit Aktivitäten erreichten Grundschulen lagen nach dieser Definition schätzungsweise in sozialen Brennpunkten.

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

Zielgruppen

Abb. 9:

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten können so konzipiert sein, dass sie einzelne Personengruppen gezielt ansprechen. 44 % der Projekte waren auf solche besonderen Zielgruppen ausgerichtet. 56 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an alle Menschen im Setting.

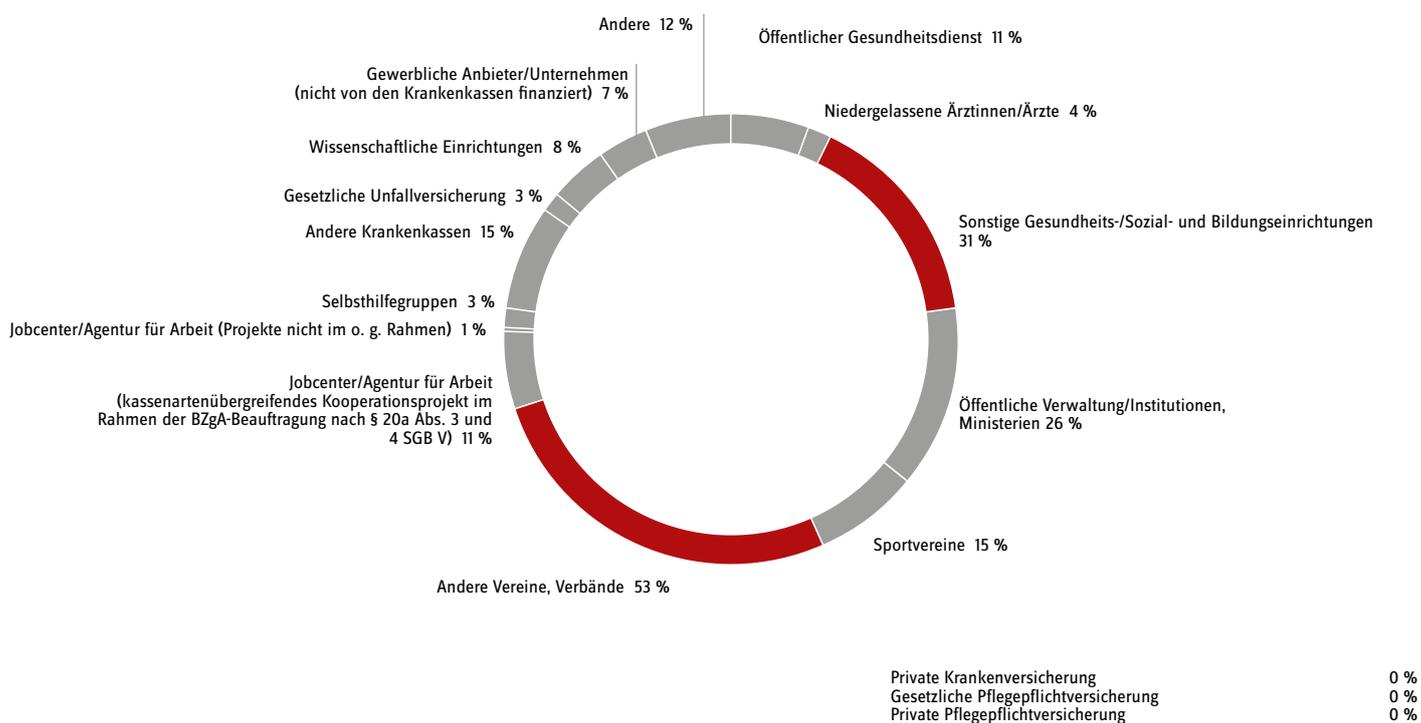
59 % der Aktivitäten für besondere Zielgruppen waren auf pädagogisches Personal bezogen. Diese gestalten die Strukturen in den Lebenswelten maßgeblich mit, welche in engem Zusammenhang mit der Gesundheit der Kinder in der jeweiligen Lebenswelt stehen. Im Hinblick auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten wirken sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 9-13 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband.

* Betreffen GKV-Präventionsziele 2019-2024

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

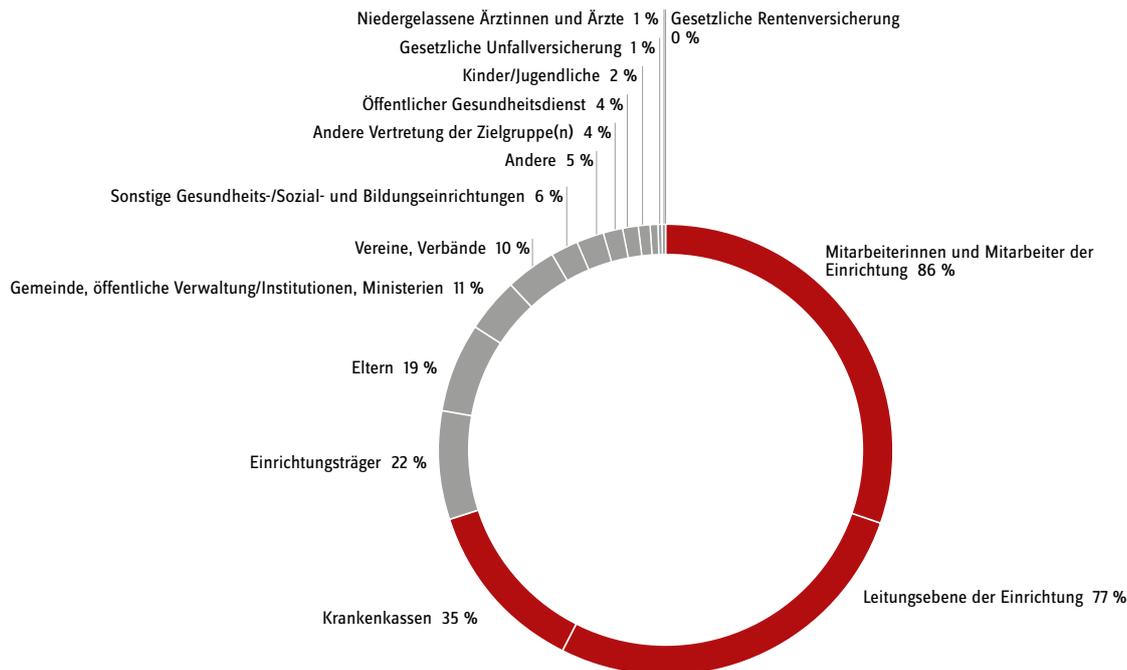
Abb. 10: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Bei über der Hälfte der Programme (59 %) wirken neben den Krankenkassen und den Lebensweltbeteiligten weitere Kooperationspartner mit. Häufig waren andere Vereine, Verbände und sonstige Gesundheits-/Sozial- und Bildungseinrichtungen eingebunden. Andere Krankenkassen waren zu 15 % als Kooperationspartner beteiligt.

Koordination und Steuerung

Abb. 11: **Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Der Koordination und Steuerung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung kommt eine wichtige Bedeutung zu, da diese eine zentrale Planung und die nachhaltige Verankerung der Maßnahmen in der jeweiligen Lebenswelt fördert. Gemäß dem Leitfadens Prävention soll ein solches Gremium den gesamten **Prozess¹** von der Bedarfsanalyse und Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen begleiten und mit strukturieren.

Bei einem Großteil der Projekte wurden solche Steuerungsstrukturen etabliert (zu 92 %). Am häufigsten waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung beteiligt (zu 86 %). Häufig war auch die Leitungsebene in den Steuerungsgremien

vertreten (zu 77 %). Zu 35 % waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen vertreten.

Die Steuerungsstrukturen scheinen auch ein wichtiger Faktor zu sein, um die aufgrund der Corona-Pandemie zeitweise ausgesetzten Projekte wieder neu zu starten: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen gaben im Rahmen der **Corona-Pandemie-Befragung²** an, dass bei über der Hälfte der Projekte in den Kitas, Schulen und Kommunen, die vorübergehend ausgesetzt wurden, zumindest die Steuerungsstrukturen für die Wiederaufnahme am Leben gehalten wurden (55 %). 62 % gaben an, in regelmäßigen Abständen mit allen Projektbeteiligten in den Lebenswelten das weitere Vorgehen zu besprechen.

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

² Die Berechnungen beruhen auf 116 Angaben der Krankenkassen, dass Aktivitäten in Kitas, Schulen und Kommunen auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt werden mussten (Mehrfachnennungen waren hier möglich). Dabei handelte es sich um die Aktivitäten, die vor März 2020 begonnen hatten (s. Beitrag S. 15-19).

Bedarfsermittlung

Die Ermittlung des Bedarfs für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgte durch den Einsatz verschiedener Methoden, primär durch Befragung der Zielgruppe sowie Literaturrecherchen. Daten hierzu finden sich im Tabellenband.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen



Aus den spezifischen Bedarfen in der jeweiligen Lebenswelt ergeben sich für die gesundheitsförderlichen Maßnahmen verschiedene inhaltliche Schwerpunkte. Diese sollen, wie im **Leitfaden Prävention¹** beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente enthalten.

Bewegung, Ernährung, die Stärkung psychischer Ressourcen sowie Stressreduktion und Entspannung sind bei einem Großteil der Programme inhaltliche Schwerpunkte; häufig werden mehrere Themen kombiniert.

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Maßnahmen der Krankenkassen können auf die gesundheitsförderliche Ausgestaltung struktureller Bedingungen in den Lebenswelten und/oder auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt konzentriert sein.

Im Idealfall werden beide Strategien miteinander kombiniert. 2020 waren 76 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet.

21 % der krankenkassengeförderten Maßnahmen waren speziell darauf ausgerichtet, die Menschen in der Lebenswelt zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Die Ergebnisse der Corona-Pandemie-Befragung deuten darauf hin, dass verhaltenspräventive und verhältnispräventive Aktivitäten in Kitas, Schulen und Kommunen überwiegend in gleichem Maße von Abbrüchen betroffen waren (zu 74 %). Bei 26 % der Abbrüche waren eher die verhaltenspräventiven Aktivitäten besonders betroffen.¹

Art der Umgestaltung

Die Strukturen und Abläufe in den Lebenswelten stehen in engem Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Menschen in den Lebenswelten. Daher können sich gezielte strukturverändernde Maßnahmen gesundheitsförderlich auswirken.

Bei der Umgestaltung von Strukturen und Abläufen werden in der Regel mehrere Arten miteinander kombiniert. Im Berichtsjahr wurden durchschnittlich drei verschiedene Aspekte im Rahmen der Interventionen kombiniert. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen (74 %) oder die Informations- und Kommunikationsstrukturen (61 %) zu verbessern.

¹ Die Berechnungen hierzu basieren aufgrund von vorausgehenden Filterfragen auf Angaben von 23 Kassen.

Erfolgskontrollen

Bei 68 % der Projekte in Lebenswelten wurde der Erfolg der Maßnahmen anhand von verschiedenen Methoden analysiert bzw. war dies geplant. Am häufigsten wurde die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (83 %) und die Akzeptanz der Maßnahme bei den Zielgruppen (58 %) erfasst. Eine detaillierte Darstellung zu den angewandten Erfolgskontrollen findet sich im Tabellenband.

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Aus dem seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit laufenden lebensweltbezogenen Kooperationsprojekt zur **Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt**¹ für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen, welches auf der Bundesebene gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag gesteuert wird, liegen von 228 Standorten Dokumentationsbögen für 2020 vor.

Projektorganisation: Bei 99 % der Projekte in diesem Rahmen wurde ein Steuerungsgremium etabliert. Die regionalen Steuerungsgruppen sind zentral für das Gelingen der Kooperation von Jobcentern, Krankenkassen und weiteren Partnern. Sie koordinieren den gesamten Prozess vor Ort inkl. Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung. Die Krankenkassen sind in allen Steuerungsgruppen aktiv – entweder durch ihre GKV-seitige Federführung (eine Krankenkasse oder ein Krankenkassenverband) oder einen im GKV-Auftrag agierenden Akteur (z. B. eine Landesvereinigung für Gesundheit).

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten: 59 % der Kooperationsprojekte richteten ihre Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse in der kommunalen Lebenswelt als auch auf das Verhalten der Menschen aus. 38 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 3 % der Aktivitäten konzentrierten sich 2020 ausschließlich auf die Verhältnisprävention, z. B. im Sinne von Veränderungen der Informations- und Kommunikationsstrukturen.

Erfolgskontrollen: Bei 191 der insgesamt 228 Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant. Häufig erfragte Parameter der Erfolgskontrollen waren die Zufriedenheit der Teilnehmenden, die Akzeptanz bei den Zielgruppen und die Prozesse/Abläufe im Projekt.

Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt

Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit wurde eine externe wissenschaftliche Begleit-evaluation des Projekts an den ersten 129 Modellstandorten beauftragt. Die Evaluation hatte zwei Schwerpunkte: Die Implementierung der Kooperationsstrukturen und -prozesse war zu beleuchten, und es sollten Aussagen zu möglichen gesundheitlichen und teilhabebezogenen Wirkungen bei den erreichten arbeitslosen Menschen gemacht werden. Eine Zusammenfassung des Evaluationsberichts ist als Download verfügbar:

<https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/>

Einblick in einige Ergebnisse

Struktur- und Prozessevaluation: Die Projektimplementierung entsprechend dem Public Health Action Cycle mit Bildung einer Steuerungsstruktur mit mindestens GKV-seitiger und arbeitsmarktseitiger Partnerschaft, Ermittlung des Bedarfs, Bestimmung von (Teil-)Zielgruppen, Definition von Zugangswegen und Aufstellen eines Maßnahmen- und Aktivitätenzeitplans ist den Projektverantwortlichen weitgehend gelungen; dieser Prozess dauert durchschnittlich ein Jahr. Gesundheitsorientierte Beratungsgespräche und Gesundheitsförderungsangebote werden zur Verfügung gestellt. Die Gewinnung weiterer kommunaler Partner über Jobcenter bzw. Agentur für Arbeit hinaus und ebenso die Partizipation der Zielgruppen bei der Gestaltung der Angebote waren nur teilweise erfolgreich.

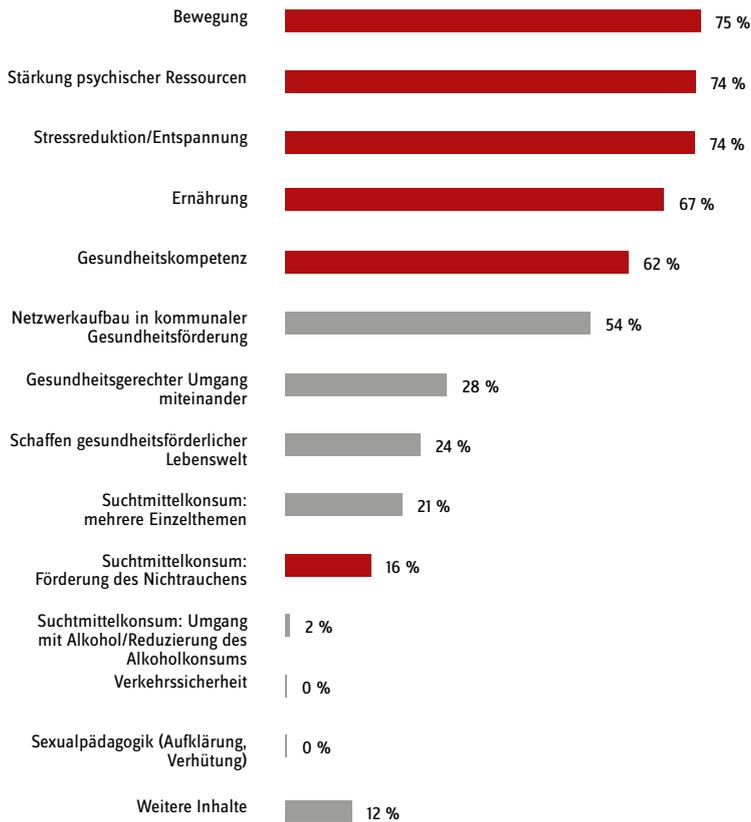
Wirkungsanalyse: Die 2-Punkt-Befragung von Nutzerinnen und Nutzern verhaltensbezogener Angebote ergab im Kontrollgruppenvergleich signifikante Verbesserungen verschiedener Gesundheitsparameter wie z. B. Lebensqualität.

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

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten für arbeitslose Menschen

Abb. 13:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen lagen häufig auf den Themen Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion/Entspannung, Ernährung oder Stärkung der Gesundheitskompetenz. Der Netzwerkaufbau in kommunaler Gesundheitsförderung ist mit 54 % im Vergleich zu 2019 mit 82 % deutlich zurückgegangen; dies ist vermutlich auf die pandemiebedingt veränderte Prioritätensetzung der Partner zurückzuführen.

Das Thema Förderung des Nichtrauchens hat 2020 stark zugenommen (16 %), im Vergleich zum Vorjahr (2 %).

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention an freiwillig gesetzten Zielen aus. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019–2024 findet sich im **Leitfaden Prävention¹**. Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventionsbericht dokumentiert.

Da in diesem Bericht aufgrund der Corona-Pandemie auf die Schätzung der erreichten Personen verzichtet wird, können auch Teile der GKV-Ziele nicht bewertet werden. Dies betrifft Ziel 3 und Teile von Ziel 4.

Das lebensweltbezogene Engagement der Krankenkassen wird quantitativ im Präventionsbericht nicht vollständig abgebildet; so gehen die Aktivitäten des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit (vgl. S. 26–27) nicht in die Messung der Ziele ein. Dies bedeutet, dass die Zahlen zu den Zielen 1 und 4 deutlich unterschätzt werden.

Es konnten nicht alle lebensweltbezogenen GKV-Ziele, für die es eine Datengrundlage gibt, erreicht werden. Dieser Befund ist einzuordnen in die pandemiebedingten Einschränkungen in allen Bereichen des Alltagslebens und die fehlende Erreichbarkeit der Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention. Insofern spiegelt das Ergebnis zur Zielerreichung den Rückgang in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zu 2019 wider.

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

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

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

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

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

sind erhöht.

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

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

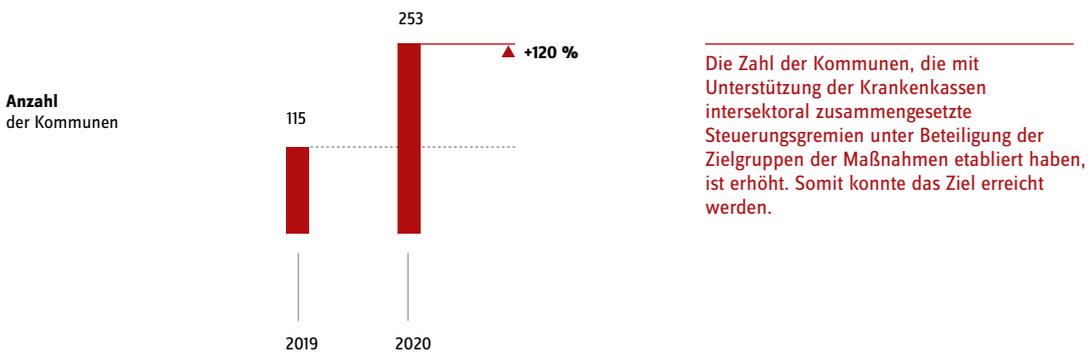
sind erhöht.

Außerdem sind Zahl und Anteil der damit erreichten Personengruppen erhöht:

- Ältere
- Behinderte
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Alleinerziehende
- Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

Erreichungsgrad der Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Abb. 14: Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen



Die Aktivitäten des Kommunalen Förderprogramms (s. S. 26-27) sind hier nicht enthalten.

Abb. 15: Ziel 2: In die Leistungen für arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt sind Beiträge von politisch verantwortlichen Stellen in Städten, Landkreisen und Gemeinden und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert

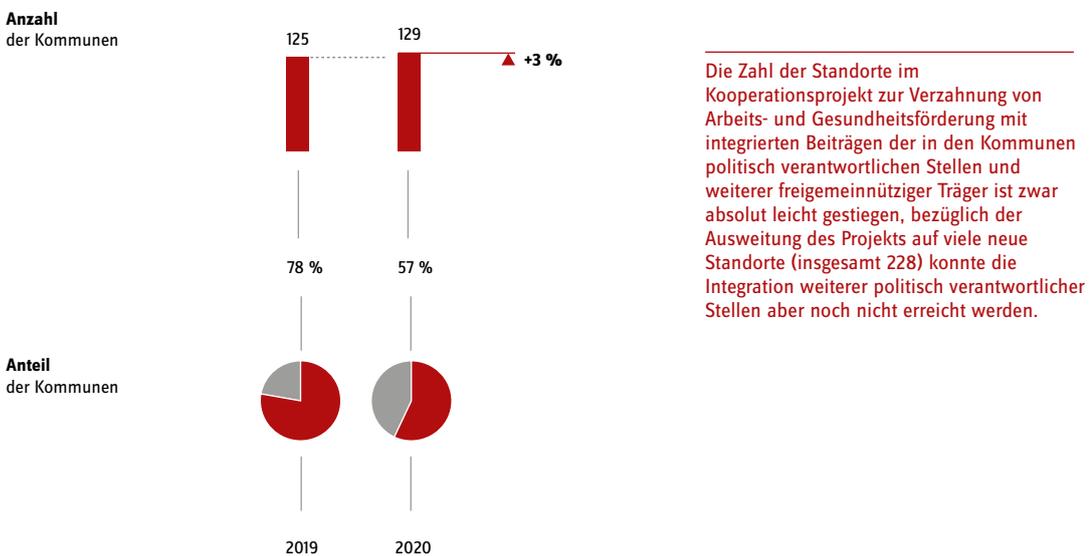


Abb. 16: Ziel 4: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen

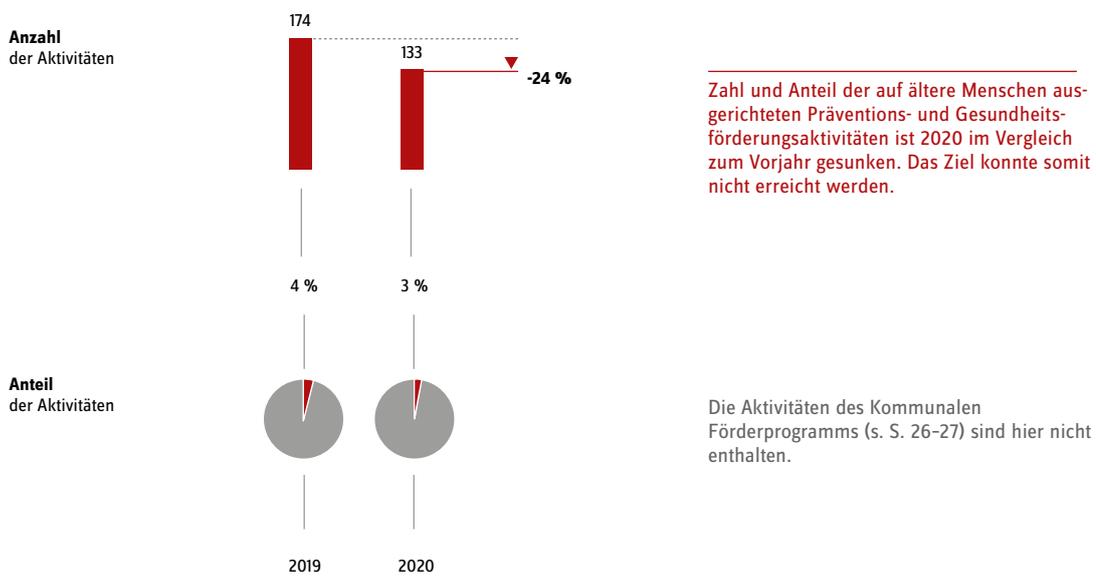


Abb. 17: Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen

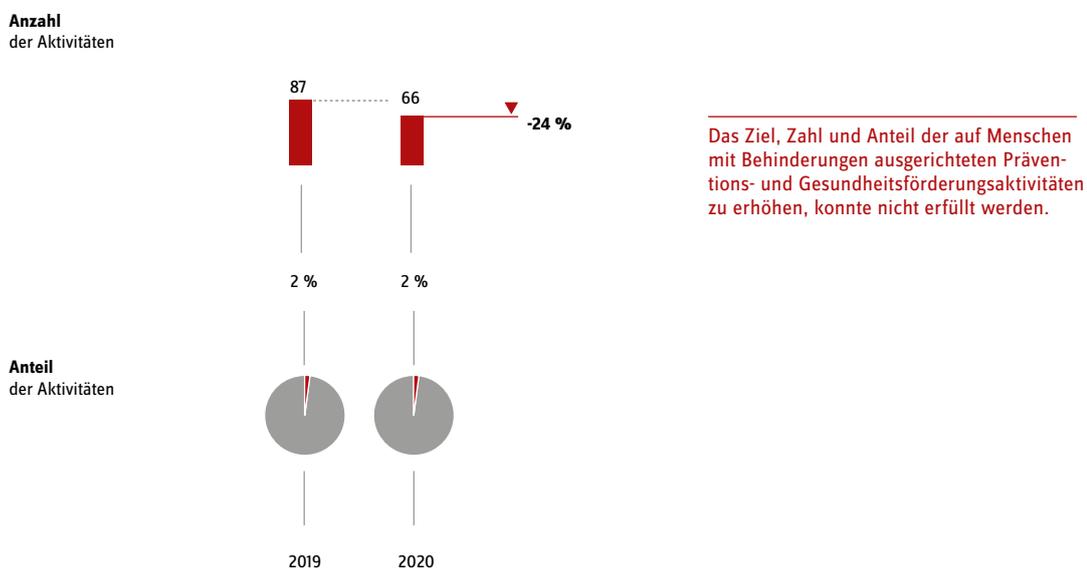


Abb. 18: Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund

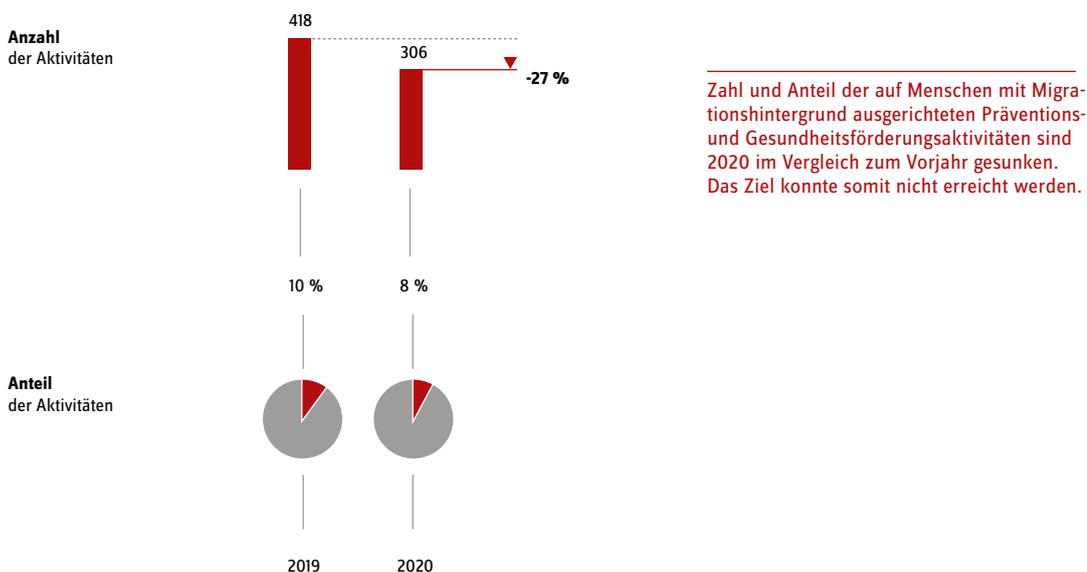


Abb. 19: Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende

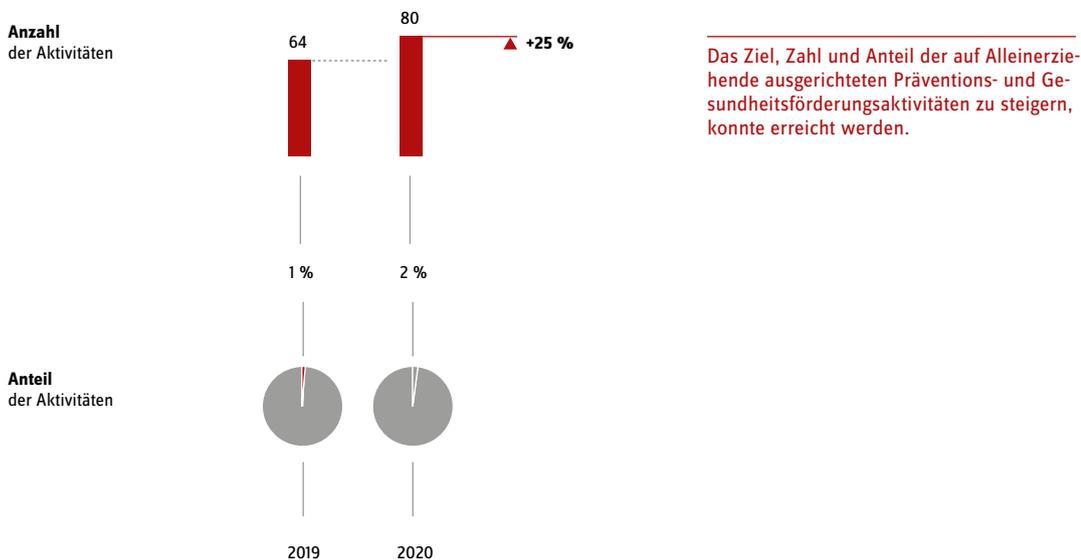
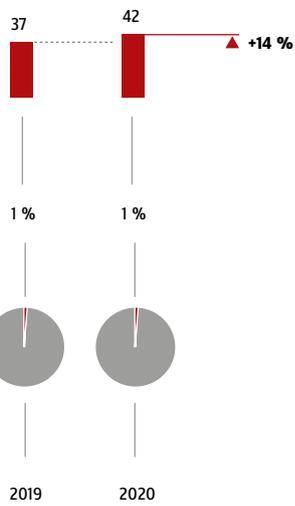


Abb. 20:

Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtselasteten und/oder psychisch belasteten Familien

Anzahl
der Aktivitäten



Anteil
der Aktivitäten

Die Anzahl der auf Kinder aus suchtselasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten konnte leicht gesteigert werden. Ihr Anteil an den Aktivitäten insgesamt ist dabei stabil geblieben. Somit konnte das Ziel nicht voll erfüllt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Der **Leitfaden Prävention**¹ beschreibt „die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten“ als Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF), welche in § 20b SGB V als Krankenkassenaufgabe verankert ist. Die Ausgaben der Krankenkassen für diesen Bereich lagen bei 159.407.107 Euro im Jahr 2020; dies entspricht 2,18 Euro je Versicherten². Darin enthalten sind 0,54 Euro für BGF in der Pflege. Hiervon profitieren Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, die mit einem Gesundheitsförderungsprozess die Arbeitsabläufe gesundheitsförderlicher gestalten und ihren Beschäftigten BGF-Angebote machen wollen. Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sind hierzu Beispiele beschrieben (S. 125 ff.).

Insgesamt wurden 6.864 Dokumentationsbögen zur BGF und 149 Dokumentationsbögen zu überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen für 2020 ausgewertet.

Sowohl der Rückgang der Ausgaben 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 34 % als auch die geringere Anzahl an Dokumentationsbögen zeigen den Einfluss der Corona-Pandemie und der damit zusammenhängenden Einschränkungen auf die Umsetzung von BGF.

Auf den folgenden Seiten werden die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Betrieben, zur Unterstützung überbetrieblicher Vernetzung und Kooperationen sowie die überbetrieblichen Informations- und Beratungsleistungen zur Sensibilisierung der Betriebe für BGF-Maßnahmen beschrieben. Die Ergebnisse der Dokumentation werden durch Erkenntnisse aus

der zusätzlichen Befragung der Krankenkassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie ergänzt, an der sich für BGF 70 Krankenkassen bzw. -verbände beteiligt haben.

Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband zum Präventionsbericht 2021.

BGF-Koordinierungsstellen: Auch in herausfordernden Zeiten ein verlässlicher Partner

2020 wurde das Informations- und Beratungsportal der BGF-Koordinierungsstelle von knapp 14.500 Interessierten aufgesucht. Rund 1.000 Nutzerinnen und Nutzer wählten dabei die Kontaktaufnahmemöglichkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse über die Logovariante.³ Ca. 350 Unternehmen nutzten die automatische Vermittlung über das Kontaktformular. Etwa 26 % waren kleine und mittlere Unternehmen (KMU) mit bis zu 49 Mitarbeitenden, weitere 15 % KMU mit 50–249 Beschäftigten. Die Mehrheit der anfragenden Unternehmen kommen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen (ca. 30 %). Die Krankenkassen konnten mittlerweile über 115 Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen sowie den für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zuständigen Verbänden schließen und andere Sozialversicherungsträger einbinden. Gemeinsam mit weiteren Akteuren haben die Krankenkassen auch unter den veränderten Rahmenbedingungen in mehreren Bundesländern digitale und hybride Veranstaltungen zu der Relevanz von BGF – auch und gerade in Pandemiezeiten – durchgeführt. Zudem wurde im Sommer die Landingpage Pflege freigeschaltet unter: <https://bgf-koordinierungsstelle.de/gesund-im-pflegeberuf>

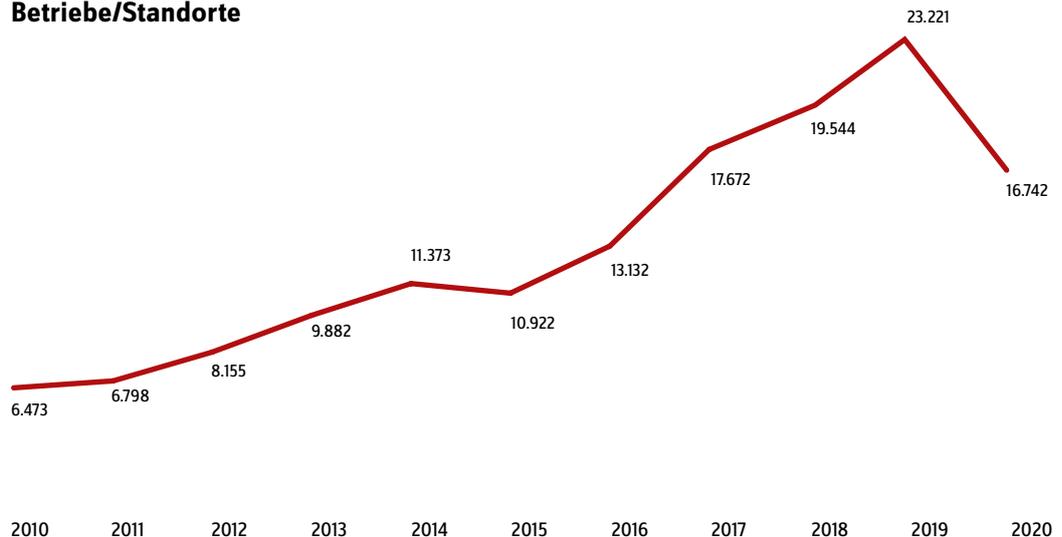
¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

² Der gesetzliche Mindestausgabewert für BGF war – ebenso wie der für das Lebensweltengagement der Krankenkassen vorgesehene sowie der Orientierungswert für alle Präventionsausgaben nach §§ 20, 20a und 20b SGB V – für 2020 ausgesetzt worden.

³ Der im Vergleich zum Jahr 2020 zu verzeichnende Rückgang ist ein Kennzeichen der aufgrund der Corona-Pandemie veränderten Arbeitsbedingungen und vielfältigen zu bewältigenden Herausforderungen der Unternehmen, der sich in vielen Branchen insgesamt in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2020 zeigte.

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

Abb. 21:

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte

2020 konnten 16.742 Betriebe direkt erreicht werden. 67 % der erreichten Betriebe waren Mehrfachstandorte und 33 % Einzelstandorte. Dies entspricht einem Rückgang bei den erreichten Betrieben um 28 % im Vergleich zum Vorjahr. An dieser Stelle sieht man deutlich die Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung seit März 2020 auf die Durchführbarkeit der Projekte der Krankenkassen zur BGF. Bei der Corona-Pandemie-Befragung gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen an¹, dass 7 % der Aktivitäten zur BGF, die vor März begonnen hatten, abgebrochen wurden, ohne dass eine Fortsetzung geplant war. Weitere 27 % der BGF-Aktivitäten wurden auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt. 36 % wurden in veränderter Form, z. B. als digitales Format, weitergeführt. 20 % der Aktivitäten fanden mit Einschränkungen, z. B. mit verkleinerter Gruppengröße statt. Ein kleinerer Anteil der Projekte konnte ohne Einschränkungen fortgesetzt werden (8 %).

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Die Grenzziehung „Betriebe mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ soll Betriebe mit einem hohen Anteil an **„ungelernten“ Beschäftigten**² identifizieren.

2020 lag der Anteil dieser Betriebe an den erreichten Betrieben insgesamt bei 9 %.

¹ Die Berechnung basiert auf 44 Fragebögen, in denen über Aktivitäten berichtet wurde, die vor März gestartet waren und nach ursprünglicher Planung noch laufen sollten.

² s. Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen, S. 146-147

Laufzeiten der Aktivitäten

Über die Hälfte der Aktivitäten (54 %) geht über das Berichtsjahr hinaus.

Die mittlere Laufzeit über alle Projekte hinweg betrug im Berichtsjahr 2020 32 Monate. Im Vergleich zum Vorjahr ist die mittlere Laufzeit mit sechs Monaten deutlich länger (2019: 26 Monate). Dies deutet darauf hin, dass es aufgrund der Regelungen zur Pandemiebekämpfung zu zeitlichen Verzögerungen im Ablauf der Projekte kam, da diese an aktuelle Bedingungen angepasst werden mussten. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse der Corona-Pandemie-Befragung (s. o).

Die mittlere Laufzeit der abgeschlossenen Projekte betrug 2020 15 Monate. 2019 war diese Laufzeit mit neun Monaten deutlich geringer. 48 % der abgeschlossenen Projekte dauerten bis zu drei Monate. 49 % der abgeschlossenen Projekte liefen länger als drei Monate und dauerten bis zu fünf Jahre. Ein kleinerer Teil lief über fünf Jahre.

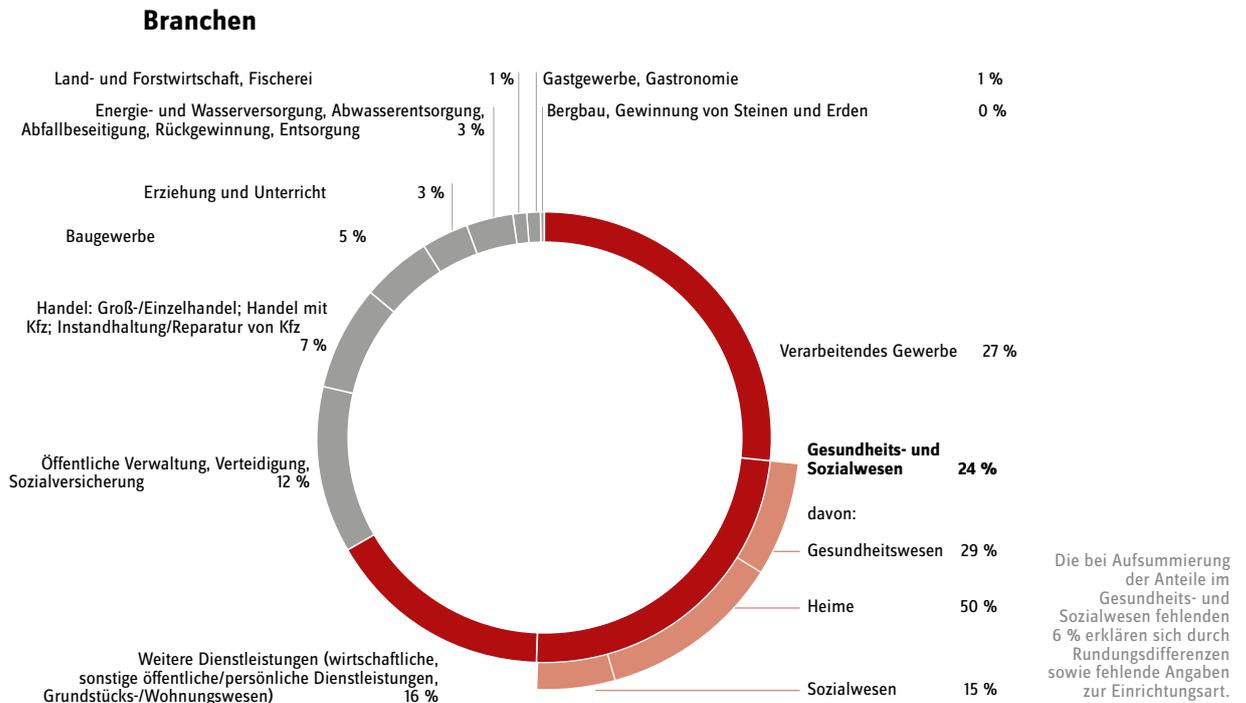
Die mittlere Laufzeit der Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, lag bis Ende des Berichtsjahres bei 38 Monaten. Im Vorjahr lag diese bei 35 Monaten.

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

³ https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/BMF_Schreiben/Steuerarten/Lohnsteuer/2021-04-20-umsetzungshilfe-zur-steuerlichen-erkennung-von-arbeitgeberleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Branchen

Abb. 22:



Eine differenzierte Betrachtung der Verteilung der erreichten Betriebe über verschiedene Branchen hinweg zeigt, dass der größte Anteil der Maßnahmen im verarbeitenden Gewerbe stattfand. Auch im Gesundheits- und Sozialwesen wurden relativ häufig BGF-Maßnahmen durchgeführt. Dies sind Branchen, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig starken körperlichen oder psychischen Belastungen ausgesetzt sind und für die daher Maßnahmen zur Kompensation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen besonders wichtig sind. Dabei hat sich der relative Anteil der Betriebe im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich zum Vorjahr auf 24 % erhöht (2019: 20 %).

Die Kategorien **Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen**¹ werden seit 2019 differenziert erfasst. 2020 wurde folgende Anzahl an Aktivitäten hierzu durchgeführt:

Gesundheitswesen

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

Heime

- 638 BGF-Aktivitäten in stationären Pflegeeinrichtungen
- 57 BGF-Aktivitäten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- 125 BGF-Aktivitäten in anderen Heimen (z. B. Altenheime ohne Pflegeleistung)

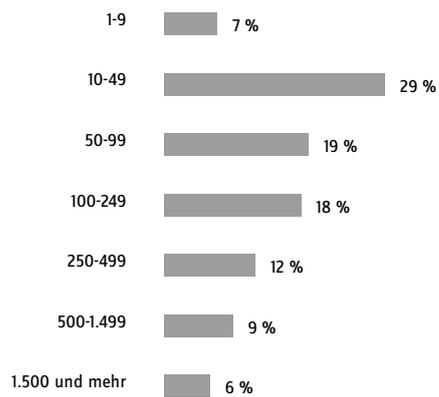
Sozialwesen

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

¹ Im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege werden verschiedene Praxisbeispiele beschrieben zum gesundheitsförderlichen und präventiven Engagement der Krankenkassen gemäß § 20b SGB V, teilweise verzahnt mit Prävention nach § 5 SGB XI der Pflegekassen für die zu pflegenden Menschen, s. S. 125 ff.

Betriebsgröße

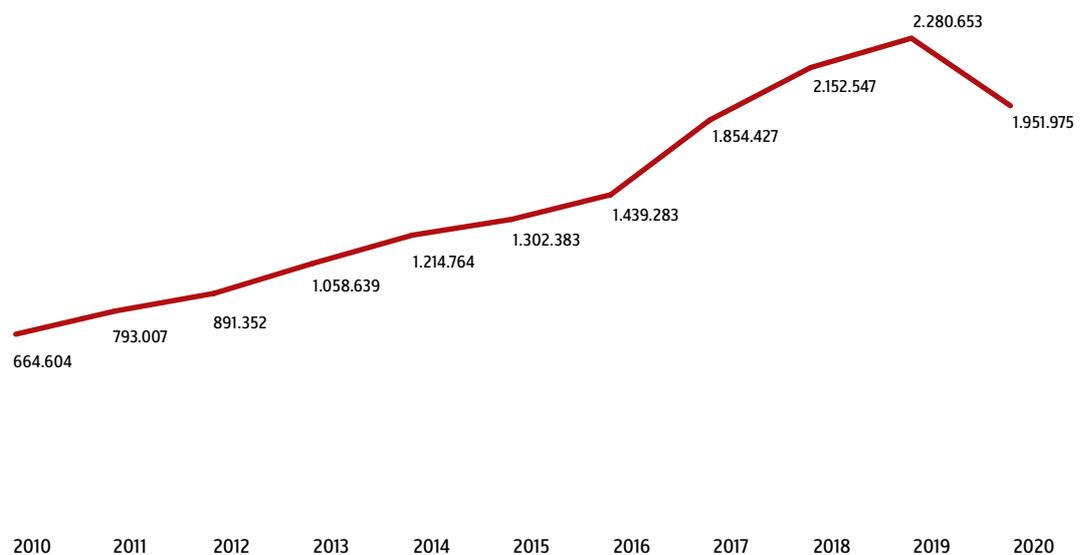
Abb. 23: Betriebsgröße
(Anzahl der Beschäftigten)



Am häufigsten wurden Unternehmen mit zehn bis 49 Beschäftigten erreicht. Betriebe mit 50 bis 99 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Betriebe mit 100 bis 249 Beschäftigten sind in etwa zu gleichen Anteilen (19 % und 18 %) an krankenkassengeförderten Maßnahmen beteiligt. Kleinstbetriebe mit bis zu zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und große Unternehmen mit 500 und mehr Beschäftigten sind seltener vertreten.

Erreichte Beschäftigte

Abb. 24: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

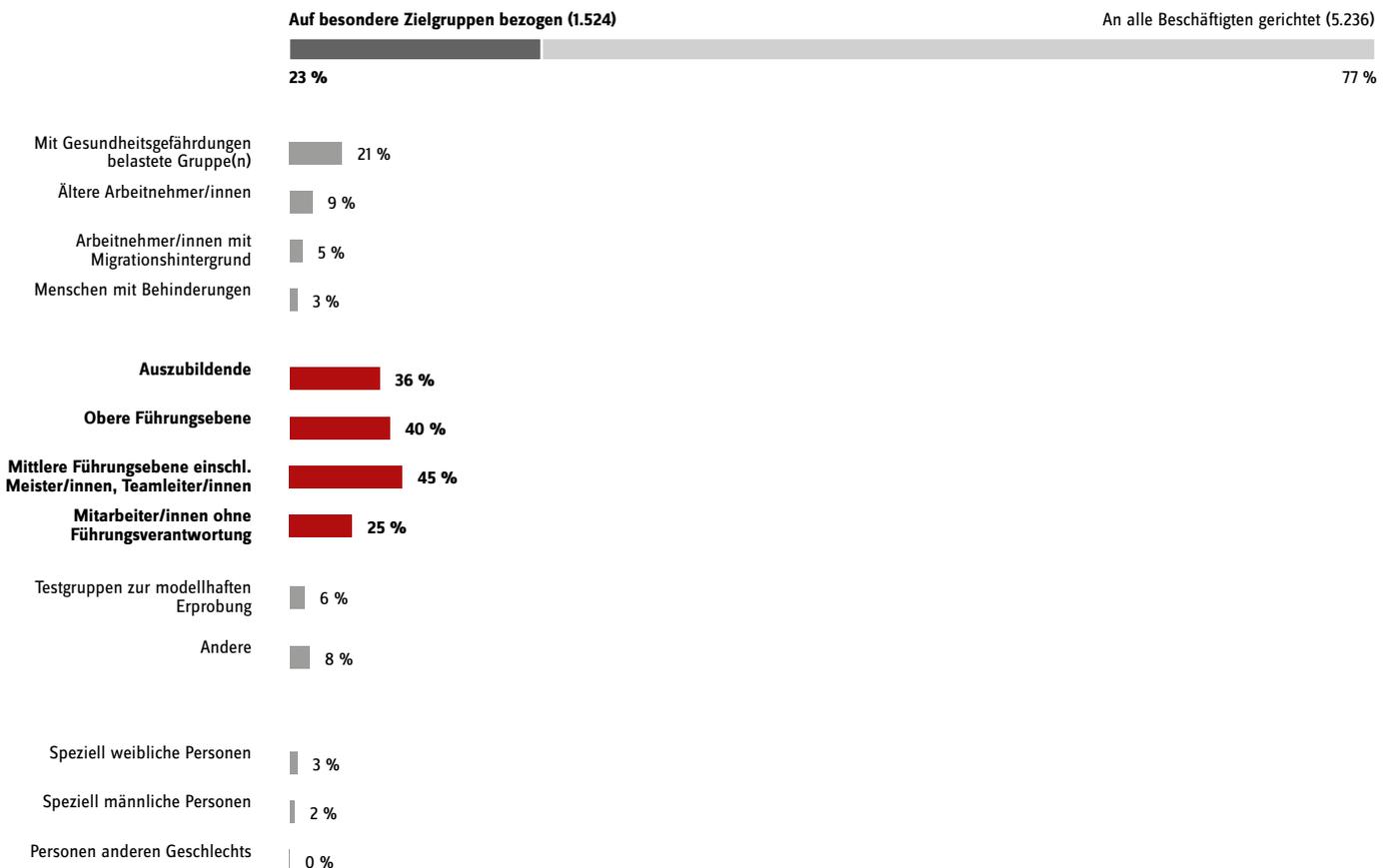


Analog zur Anzahl der Betriebe ist 2020 auch ein Rückgang der durch Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreichten Beschäftigten zu verzeichnen. Es konnten 1.951.975 Beschäftigte von BGF-Aktivitäten profitieren. Damit ist die Anzahl der erreichten Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr um 14 % gesunken, und es konnte der seit 2010 beobachtete Trend zur Steigerung nicht fortgesetzt werden. Als Ursache spielen die erschwerten Bedingungen, die sich durch die Corona-Pandemie für die Durchführbarkeit der Maßnahmen ergeben hatten, eine wichtige Rolle.

Einerseits wurden vermutlich nach März 2020 weniger neue Projekte initiiert; andererseits zeigt die Corona-Pandemie-Befragung, dass nur ein kleiner Teil der Projekte in unveränderter Form stattgefunden hat. Etwa die Hälfte der Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden entweder zeitweise ausgesetzt (27 %) oder fanden mit Einschränkungen (20 %) wie z. B. mit reduzierter Teilnehmendenzahl statt. 7 % der Projekte wurden sogar abgebrochen, ohne dass eine Fortsetzung geplant war.

Zielgruppen

Abb. 25: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



23 % der Projekte waren auf spezifische Zielgruppen bezogen. Bei den verbleibenden 77 % waren die Aktivitäten auf alle Beschäftigten ausgerichtet.

Am häufigsten richteten sich zielgruppenspezifische Maßnahmen an Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene. Der Fokus auf die Leitungsebene ist sicherlich auf deren Schlüsselrolle im Gesundheitsmanagement eines Betriebs zurückzuführen. Dabei kann der Führungsstil einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben.

Auszubildende und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung waren zu 36 % und 25 % die Zielgruppe von spezifisch ausgerichteten Projekten.

Die Maßnahmen richteten sich in der Regel an Frauen und Männer gleichermaßen. Nur wenige Aktivitäten mit Zielgruppenbezug waren direkt an Frauen (3 %) oder Männer (2 %) gerichtet.

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 26: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben (Mehrfachnennungen möglich)

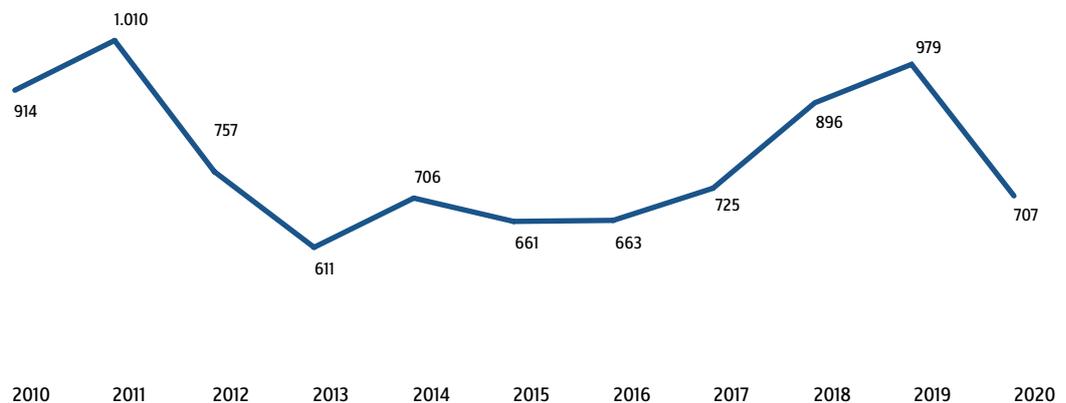


Bei 36 % der krankenkassenunterstützten Projekte waren – wie im Vorjahr – weitere außerbetriebliche Partner mit eingebunden. Nach der Corona-Pandemie-Befragung spielte ein pandemiebedingter Rückzug von Kooperationspartnern keine Rolle.

Am häufigsten waren gewerbliche Anbieter bzw. Unternehmen beteiligt, gefolgt von den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten; die gesetzliche Unfallversicherung als externer Kooperationspartner war am dritthäufigsten eingebunden. Die Einbindung der Unfallversicherung wird im Folgenden differenziert dargestellt.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 27: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung



Die absolute Anzahl der Projekte, bei denen die Unfallversicherung als weiterer Kooperationspartner Ressourcen mit einbrachte, ist 2020 im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Dies lässt sich mit dem insgesamt deutlichen Rückgang der Projekte in der BGF erklären. Denn der Anteil der Projekte mit der Unfallversicherung als Kooperationspartner gemessen an allen Projekten mit Kooperationspartnern ist in etwa gleichgeblieben. Er lag 2020 bei 30 % und 2019 bei 29 %.

Die seit Langem etablierte Zusammenarbeit zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der GKV bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 im Rahmen der NPK noch verbindlicher geregelt. Die jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten benennt das SGB V für die gesetzlichen

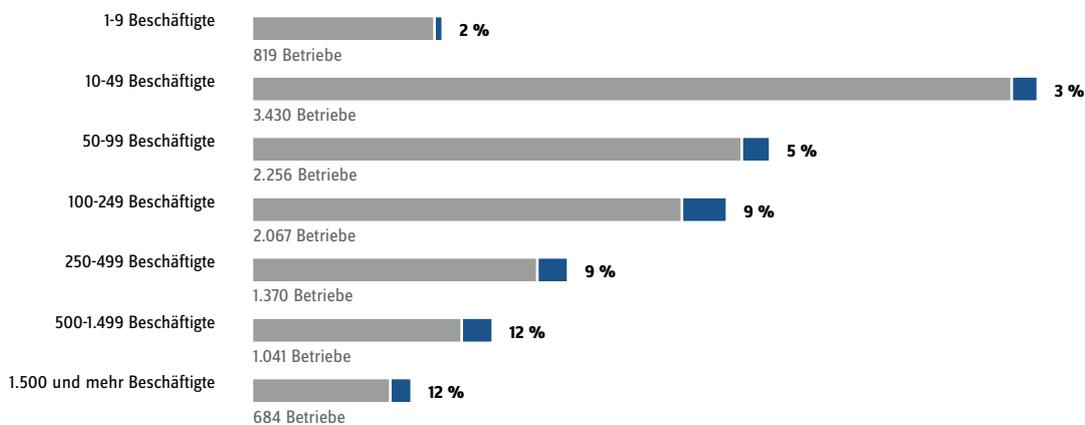
Krankenkassen und das SGB VII für die Unfallversicherung. Eine Zusammenarbeit bietet sich beispielsweise in der Durchführung von Analysen bezüglich Risiken oder Potenzialen im Betrieb, der Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen oder auch der Beratung zur Verzahnung unterschiedlicher Unterstützungsleistungen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

Ein Beispiel für gemeinsames Engagement von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft findet sich im Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege auf S. 138 (Münch, Tokarski, Vogt, Steinmetz).

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 28: **Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße**
(Anteil der Betriebe, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Betrieben mit Angaben zur Betriebsgröße)

Beispiel Betriebsgröße 100-249: insgesamt 1.602 Betriebe, davon 181 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 11 % der Grundgesamtheit.)

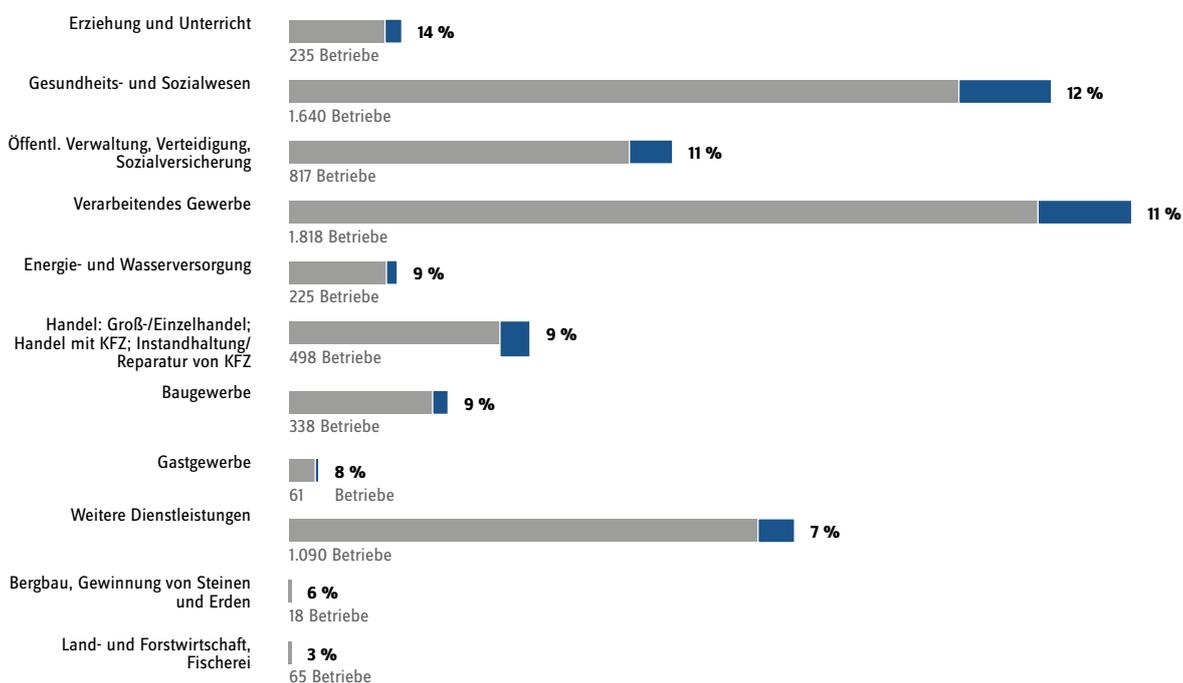


Je höher die Zahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Betrieben ist, desto häufiger ist die Unfallversicherung als Kooperationspartner eingebunden. So bringen die Unfallversicherungen bei Betrieben mit einem bis neun Beschäftigten in 2 % der von der GKV unterstützten Betriebe Ressourcen ein, bei Betrieben mit 1.500 und mehr Beschäftigten ist dies in 12 % der Fall.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 29: **Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen**
(Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche)

Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 1.818 Dokumentationsbögen, davon 200 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 11 % der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.



Ein großer Teil der Projekte, an denen die Unfallversicherung beteiligt war, fand in Betrieben im Gesundheits- und Sozialwesen und im verarbeitenden Gewerbe statt.

Die Unfallversicherung war in den Branchen Erziehung und Unterricht sowie im Gesundheits- und Sozialwesen etwas häufiger an Aktivitäten der Gesundheitsförderung beteiligt als in anderen Branchen.

Koordination und Steuerung

Abb. 30: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (Mehrfachnennungen möglich)



2020 wurden bei 69 % der Projekte Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (65 %). Dabei wirken verschiedene für die BGF relevante Akteurinnen und Akteure bei der Planung und Ausgestaltung der Maßnahmen mit und fördern den Aufbau eines langfristigen Gesundheitsmanagements im Unternehmen. Die Mitglieder können sowohl betriebsinterne Personen aus unterschiedlichen Bereichen, wie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte oder Sicherheitsfachleute, als auch externe Personen, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unfallversicherung oder Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, sein.

Die Entscheidungsebene des Betriebs sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen sind in den Steuerungsgremien mit 87 % und 76 % am häufigsten beteiligt. Auch Betriebsräte und mittlere Führungskräfte sind relativ häufig Mitglieder des Steuerungsgremiums.

Über die Hälfte (55 %) der **befragten Krankenkassen¹** gaben im Rahmen der Corona-Pandemie-Befragung an, dass bei den BGF-Projekten, die zeitweise ausgesetzt waren, zumindest die Steuerungsstrukturen für die Wiederaufnahme am Leben gehalten wurden. 80 % gaben an, dass regelmäßig mit allen Beteiligten das weitere Vorgehen besprochen wurde.

¹ Insgesamt gaben 59 Krankenkassen an, dass BGF-Aktivitäten mit Beginn vor März 2020 auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt werden mussten.

Bedarfsermittlung

Am häufigsten wurden Routinedaten der Krankenkassen, Unfallversicherung und Rentenversicherung ausgewertet (46 %) und die Mitarbeitenden bzw. die Zielgruppe (40 %) befragt. Eine differenzierte Darstellung zur Bedarfsermittlung findet sich im Tabellenband.

Formen der Mitarbeitendenbeteiligung

Die Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber, welche Strukturen und Verhaltensweisen im Unternehmen gesundheitsförderlich sind bzw. Risiken für die Gesundheit mit sich bringen, kann bei der Planung und Durchführung der Aktivitäten einen wertvollen Beitrag leisten. Bei 31 % der Programme fanden Aktivitäten zur Förderung der aktiven Mitarbeiterbeteiligung statt.

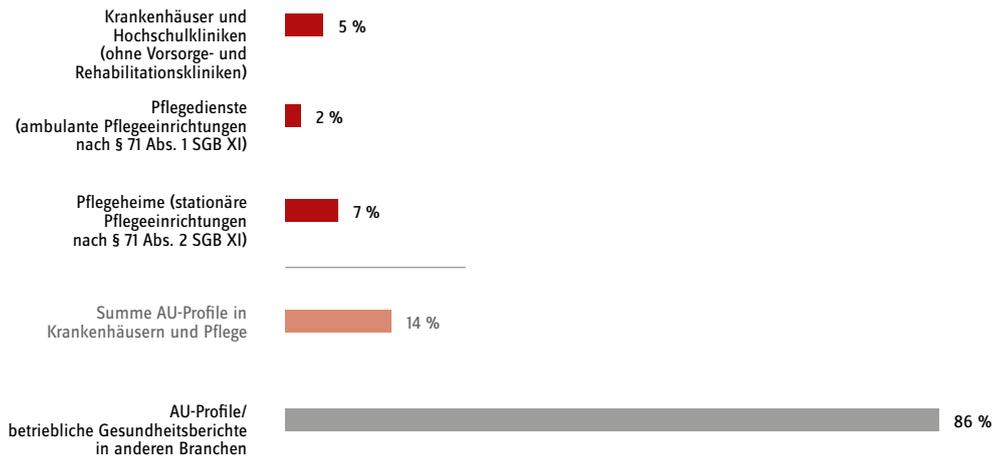
2020 kamen bei 36 % der Projekte mit Aktivitäten zur Mitarbeiterbeteiligung Gesundheitszirkel¹ zum Einsatz. Dies ist eine moderierte Workshop-Reihe mit Beschäftigten eines Teams oder Arbeitsbereichs. Die in den Workshops identifizierten Belastungen und die daraufhin entwickelten Gestaltungsoptionen werden anschließend der Steuerungsebene vorgelegt. Diese entscheidet dann über die Umsetzung. Durch die direkte Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfahren diese Wertschätzung und Anerkennung. 25 % der Aktivitäten zur Mitarbeiterbeteiligung fanden in Form einer Arbeitssituationsanalyse statt. In diesem Rahmen werden moderierte Gruppendiskussionen durchgeführt, um einen Überblick über die Belastungs- und Beanspruchungssituation am Arbeitsplatz zu bekommen. Bei 4 % der Programme kam das partizipative Instrument „Zukunftswerkstatt“ zum Einsatz.

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

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Abb. 31:

Arbeitsunfähigkeitsanalysen



Die Krankenkassen bieten Unternehmen an, sogenannte Arbeitsunfähigkeits-Profile zu erstellen, welche einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten liefern. 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). Über die Erstellung des AU-Profiles und die entstandene Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb kommt es in vielen Fällen zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und Prävention. Die betriebliche Gesundheitsförderung kann

einen Beitrag zur **Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten leisten**.¹

Im Jahr 2020 erstellten die Krankenkassen insgesamt 8.847 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und damit 20 % weniger als im Vorjahr (11.050). In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden 1.155 Arbeitsunfähigkeitsanalysen erstellt, dies sind 14 % aller durchgeführten Arbeitsunfähigkeitsanalysen: In Pflegeheimen wurden 7 % der AU-Profile erstellt, in Krankenhäusern und Hochschulkliniken 5 % und in Pflegediensten waren es 2 % der AU-Profile.

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

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Der verhältnisbezogene Präventionsansatz ist darauf ausgerichtet, das räumliche Arbeitsumfeld, die Abläufe sowie die Kommunikationsstrukturen im Betrieb gesundheitsförderlich zu gestalten. Verhaltensbezogene Aktivitäten zielen darauf ab, die Beschäftigten eines Betriebs zu gesundheitsbewussten Verhaltensweisen zu motivieren. Idealerweise werden beide Ansätze miteinander kombiniert. Über die Hälfte (55 %) der Projekte kombinierten beide Präventionsstrategien miteinander. Hinzu kommen 8 % der Maßnahmen, die rein auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtet waren. So können beispielsweise Veränderungen des Führungsstils im Unternehmen Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren und Stress vorbeugen.

36 % der Maßnahmen waren darauf ausgerichtet, die Beschäftigten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu motivieren und anzuleiten. So können beispielsweise Trainings durchgeführt werden, wie für die Arbeit erforderliche Bewegungsabläufe möglichst schonend und entlastend durchgeführt werden können.

Die Ergebnisse der Corona-Pandemie-Befragung deuten darauf hin, dass in den Fällen, in denen Aktivitäten abgebrochen werden mussten, die verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten mehrheitlich (zu 65 %) gleichermaßen betroffen waren. Bei 35 % der Abbrüche betraf dies insbesondere die **verhaltensbezogenen Aspekte**¹.

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

¹ Die Berechnungen hierzu basieren auf 26 Fragebogenangaben der Krankenkassen.

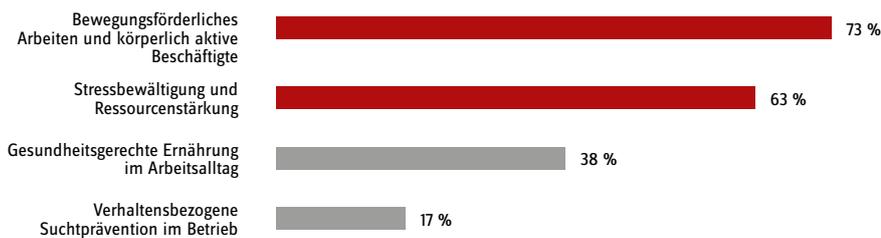
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und der verhaltensbezogenen Interventionen

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



Am häufigsten beziehen sich die verhältnisbezogenen Aktivitäten inhaltlich auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen (57 %). Auch die Schaffung einer bewegungsfreundlichen Arbeitsumgebung sowie die gesundheitsgerechte Führung sind häufig Schwerpunkte der verhältnisbezogenen Maßnahmen der Krankenkassen.

Abb. 33: Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Wie im Vorjahr war ein Großteil der verhaltensbezogenen Aktivitäten auf bewegungsförderliches Arbeiten, die Förderung der körperlichen Aktivität der Beschäftigten und die Stärkung der Ressourcen im Umgang mit Stress ausgerichtet.

Erfolgskontrollen

Bei 86 % aller krankenkassengeförderten BGF-Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder geplant; dabei spielen Zufriedenheitsparameter eine wichtige Rolle. Eine detaillierte Darstellung findet sich im Tabellenband.

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erfordern auch vonseiten der Betriebe personelle oder finanzielle Ressourcen. Kleinere Betriebe sind oft nicht in der Lage, diese aufzubringen, und sind daher häufig eingeschränkt, solche Maßnahmen für sich zu nutzen. Um insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen mit BGF zu erreichen, initiieren die Krankenkassen überbetriebliche Netzwerke. In § 20b Abs. 3 SGB V ist neu geregelt, dass die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur BGF auch eine Aufgabe der **BGF-Koordinierungsstellen der Krankenkassen¹** ist.

Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

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

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

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

dass dies zwingend die Beteiligung von Betrieben beinhaltet. Für den Präventionsbericht dokumentiert jeweils nur eine der Kassen federführend die Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation. So werden Doppelzählungen vermieden.

In drittmittelgeförderten Projekten konnte die regionale Netzwerkbildung zwischen Krankenkassen, weiteren Sozialversicherungsträgern, Unternehmensorganisationen und regionalen Partnern erfolgreich initiiert und nachhaltig verankert werden. Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geförderte und vom BKK Dachverband gemeinsam mit weiteren Krankenkassen und Kooperationspartnern durchgeführte Projekt **„Gesund. Stark. Erfolgreich. – Der gemeinsame Gesundheitsplan“³** unterstützt seit 2014 den dauerhaften träger- und kassenartenübergreifenden Aufbau von Gesundheitsnetzwerken für Betriebe mit regionalen Partnern. Eine gemeinsame Strategie soll die Verbreitung und Implementierung von BGM in kleinen und mittelständischen Betrieben befördern. Das Projekt befasste sich in der letzten Projektphase (2019 bis Juli 2021) verstärkt mit der Implementierung und Professionalisierung von Gesundheitsnetzwerken für Betriebe und richtete sich überwiegend an Netzwerkende. Es wurden Handreichungen für die Praxis konzipiert und in bestehenden Netzwerken erprobt. Damit wurden die Akteurinnen und Akteure dabei unterstützt, Gesundheitsnetzwerke zu initiieren und nachhaltig aufzubauen sowie die Netzwerkarbeit zu evaluieren. Weitere Informationen, Tipps und Tools finden sich unter www.der-gesundheitsplan.de. Im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ wird in einem Beitrag (Münc, Tokarski, Vogt, Steinmetz, S. 138) über ein solches Netzwerk im Bereich der Pflege berichtet.

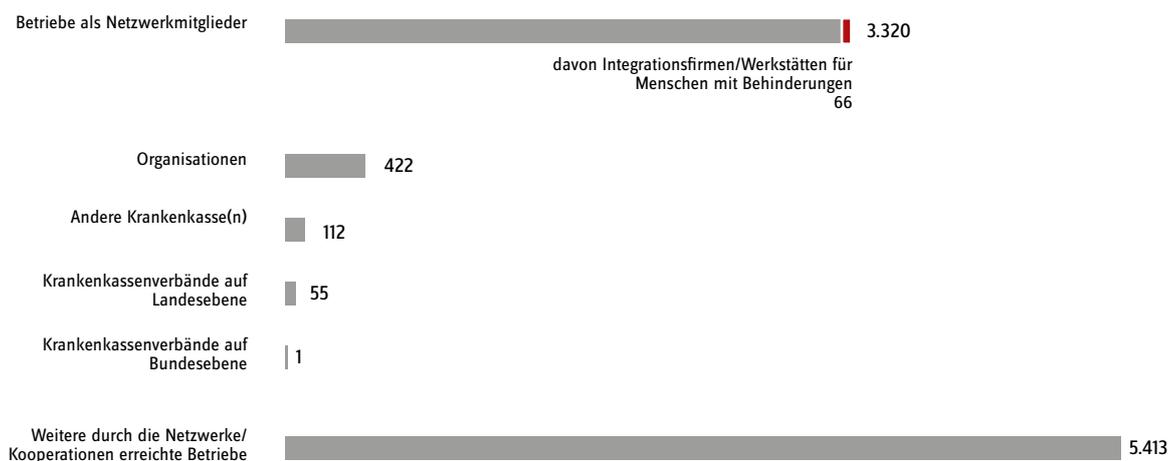
1 <https://bgf-koordinierungsstelle.de/>

2 Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, S. 125–127) https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

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

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 34: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2020 waren die Krankenkassen in 149 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen zur BGF aktiv. Dabei hat sich die Anzahl der Netzwerke und Kooperationen im Vergleich zum Vorjahr um 23 % verringert (2019: 193). Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner lag bei 55 (37 %) der Netzwerke vor.

Neben den Krankenkassen und Organisationen beteiligten sich 3.320 Betriebe direkt als Netzwerkmitglieder. Im Vergleich zum Vorjahr (5.348) handelt es sich um eine deutliche Abnahme. Auch hier zeigt sich aufgrund der Corona-Pandemie ein Rückgang bei den Aktivitäten der Krankenkassen. Unter den Betrieben waren 66 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die Netzwerke erreichten darüber hinaus weitere 5.413 Betriebe. Diese Betriebe befinden sich noch in einer Phase der Informationsgewinnung und der Entscheidungsfindung, wie BGF-Maßnahmen im eigenen Betrieb eingeführt werden können. Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Anzahl der insgesamt erreichten Betriebe deutlich zurückgegangen, von 13.502 im Vorjahr auf 8.733 Betriebe im Berichtsjahr.

Die Ergebnisse der Corona-Pandemie-Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen deuten darauf hin, dass nur ein kleiner Teil, nämlich 6 % der vor März 2020 begonnenen Aktivitäten in überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen tatsächlich abgebrochen wurden. Vermutlich wurden aber, aufgrund der Corona-Pandemie, nach März weniger neue Netzwerke und Kooperationen initiiert. Zudem gaben die Befragten an, dass 24 % der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt wurden und 15 % mit Einschränkungen, z. B. mit reduzierter Teilnehmerszahl, fortgesetzt wurden. Diese Veränderungen führen vermutlich auch zu einer Verringerung der erreichten Betriebe.

Eine große Rolle für die Fortsetzung der Aktivitäten in den Netzwerken und Kooperationen während der Corona-Pandemie spielte die überbetriebliche Vernetzung und Beratung in veränderter Form, z. B. als digitales Format.

Abb. 35: Organisationen als Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)

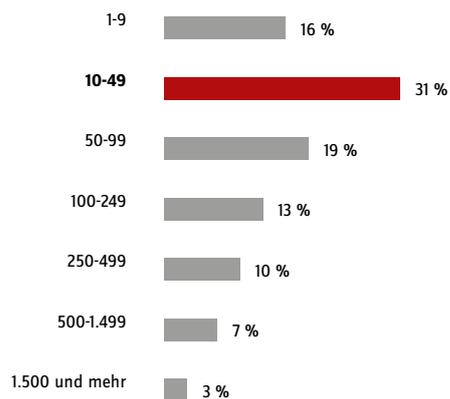


In den 149 Netzwerken waren neben den Krankenkassen und den Betrieben am häufigsten die Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungsträger vertreten. Diese sind Mitglieder des Spitzenverbandes der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)**¹.

Ansonsten war eine große Vielfalt an Organisationen in den Netzwerken beteiligt, am häufigsten Innungen, sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen und Arbeitgeberverbände.

¹ <https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp>

Abb. 36: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)



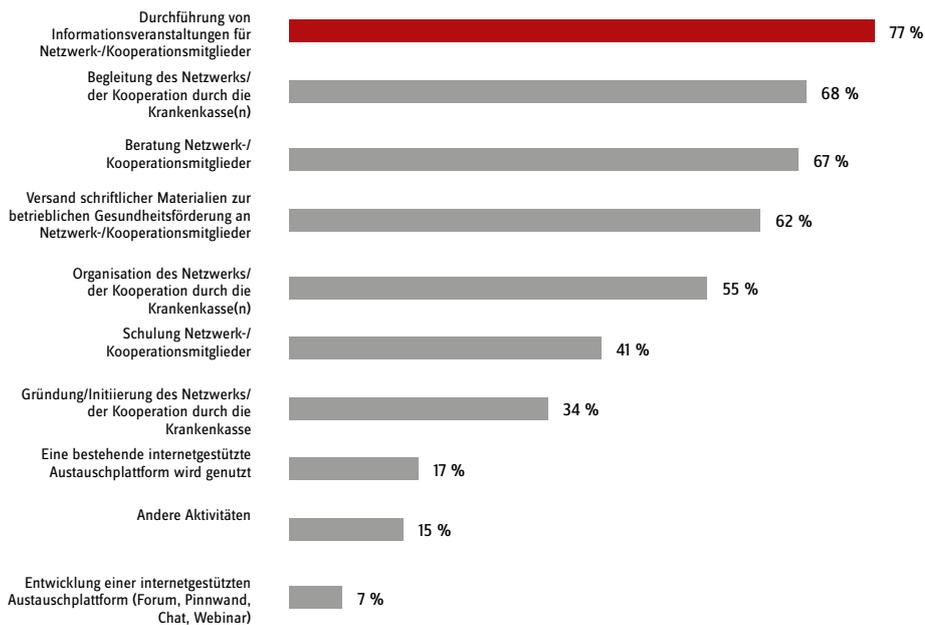
Durch die überbetrieblichen Netzwerke wurden am häufigsten Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) erreicht. Es zeigt sich, dass der Anteil von Klein- und Kleinstbetrieben in den Netzwerken (mit 47 %) höher ist als im betrieblich ausgerichteten Engagement der Krankenkassen (mit 36 %).¹

Betriebe mit einer Betriebsgröße zwischen 50 und 249 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern machen 32 % und Betriebe mit 250 und mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 20 % der Betriebe in den Netzwerken aus.

¹ vgl. hierzu Abb. 23 „Betriebsgröße“ im Teil betriebliche Gesundheitsförderung, s. S. 74

Abb. 37:

Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)



Zur Verbreitung und Implementierung von BGF-Maßnahmen haben 77 % der überbetrieblichen Netzwerke im Berichtsjahr 2020 Informationsveranstaltungen durchgeführt. Weiterhin standen die Begleitung des Netzwerks/der Kooperation, die Beratung der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder und der Versand von schriftlichen Materialien zur BGF im Vordergrund und nahmen im Vergleich zum Vorjahr prozentual zu. In 55 % der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen erfolgte eine Organisation des Netzwerks/der Kooperation durch die Krankenkasse(n).

Weitere Aktivitäten waren in 64 % der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit. Im Berichtsjahr führten außerdem jeweils 4 % der Netzwerke/Kooperationen Wissenstransferprojekte oder Forschungsprojekte durch.¹

In der Corona-Pandemie-Befragung gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen an, dass bei den Aktivitäten der Netzwerke und Kooperationen, die infolge der Corona-Pandemie in veränderter Form fortgesetzt wurden, primär digitale Formate eine Rolle spielten (94 %).²

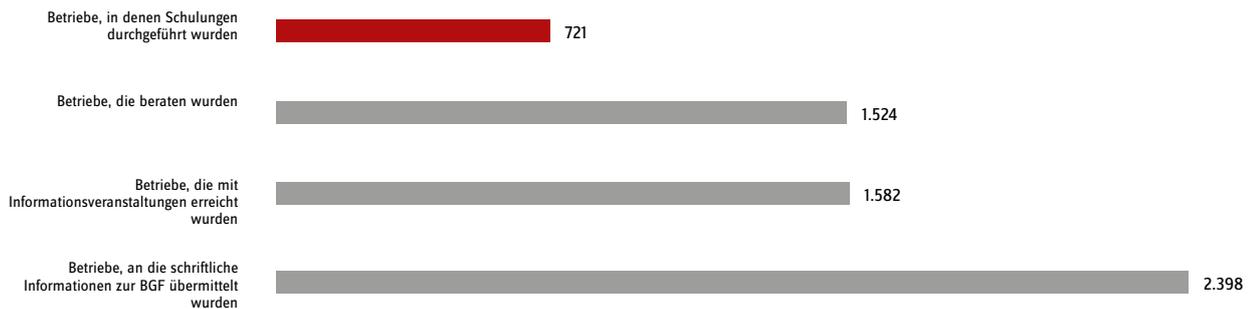
¹ Tabellenband zum Präventionsbericht 2021, www.mds-ev.de

² 33 Fragebögen der Krankenkassen mit der Angabe, dass die Aktivitäten der Netzwerke und Kooperationen in veränderter Form fortgesetzt wurden, wurden hierzu ausgewertet.

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Abb. 38:

Erreichte Betriebe (Mehrfachnennungen möglich)



Die überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen erreichten trotz der Bedingungen unter der Corona-Pandemie durch Sensibilisierungsmaßnahmen weitere 5.413 Betriebe außerhalb der Netzwerke/Kooperationen (im Vorjahr waren es 8.154 Betriebe).

Insgesamt wurden

- in 712 Betrieben Schulungen durchgeführt,
- 1.524 Betriebe beraten,
- 1.582 Betriebe mit Informationsveranstaltungen erreicht und
- 2.398 Betrieben schriftliche Informationen zur BGF übermittelt.

Der Versand von schriftlichen Materialien zur Information und Sensibilisierung für die BGF nahm wie im Vorjahr weiterhin deutlich ab. 2019 wurden an 4.981 Betriebe Informationsmaterialien verteilt. Schulungen in Betrieben wurden im Vergleich zum Vorjahr häufiger durchgeführt (2019: 432).

Evaluation

Im Berichtsjahr 2020 führten 21 % der Netzwerke eine Evaluation durch, 28 % der Netzwerke haben eine Evaluation für die Zukunft geplant.

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Ziele der GKV grafisch dargestellt. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2019–2024 findet sich im **Leitfaden Prävention¹**. Basisjahr für diesen Zeitraum ist das Berichtsjahr 2019.

Die Ziele der GKV für die BGF konnten im Jahr 2020 mehrheitlich nicht erreicht werden. Viele Betriebe mussten aufgrund der Pandemie andere Prioritäten setzen, manche waren von Kurzarbeit betroffen. Insgesamt war die Erreichbarkeit der Unternehmen eingeschränkt.

- Ziel 1:** Zahl und Anteil der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die BGF unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das BEM zuständigen Akteurinnen und Akteure verfügen, sind erhöht.
- Ziel 2:** [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert] **Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum²** 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 Mitarbeiterbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses sind erhöht.
- Ziel 5:** Zahl und Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht.
- Ziel 6:** Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld erreichten Betriebe sind erhöht.
- Ziel 7:** Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit bei Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht.

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

² Daten zu diesem Ziel werden im Dokumentationsbogen nicht erhoben.

Abb. 39: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM

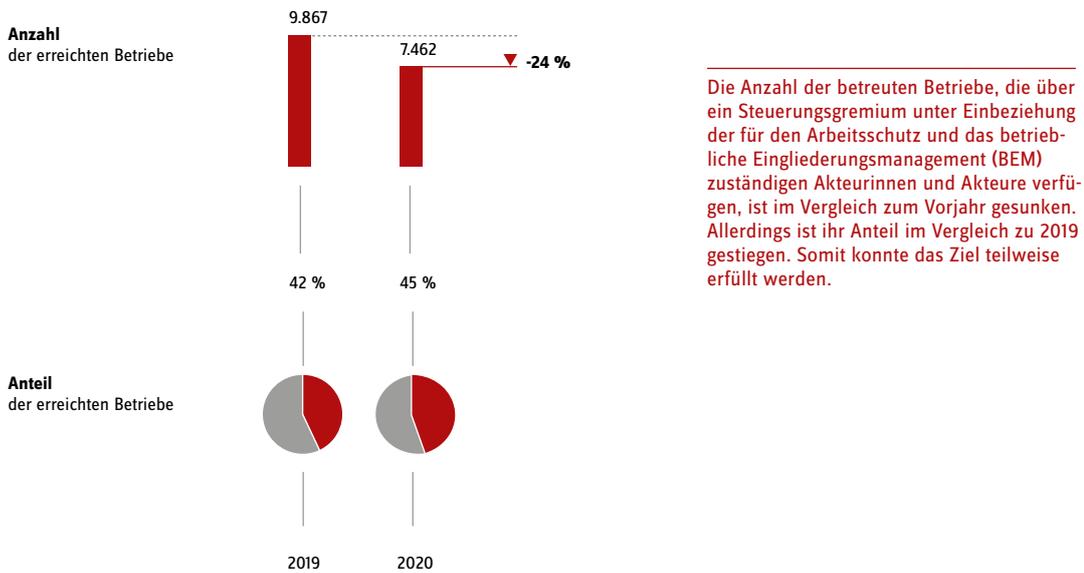


Abb. 40: Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung

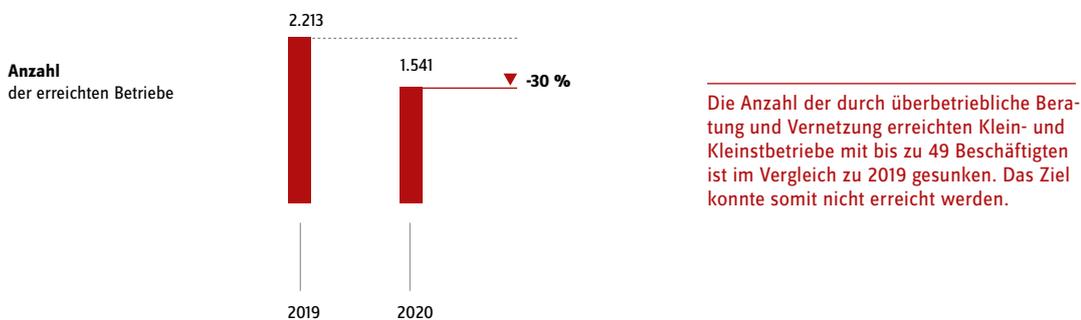
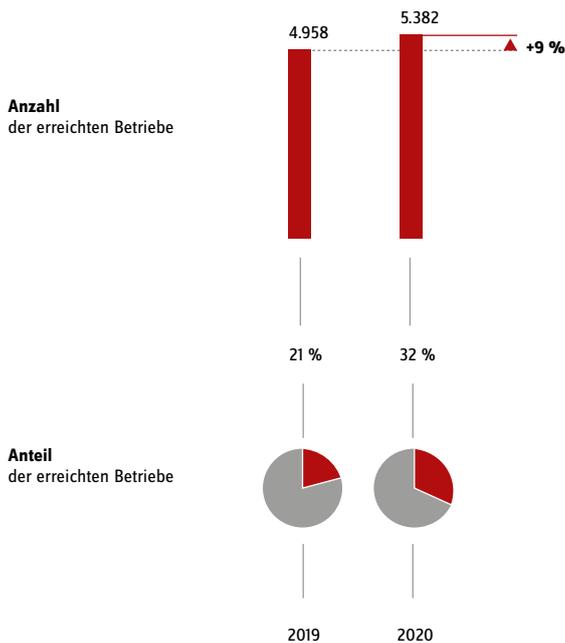


Abb. 41:

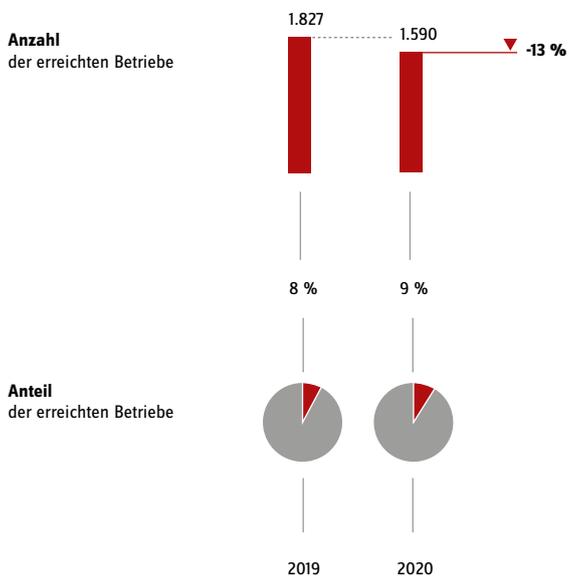
Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses



Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses sind erhöht. Besonders der Anteil an allen beteiligten Betrieben konnte gesteigert werden.

Abb. 42:

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



Die Anzahl der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Der Anteil dieser Betriebe an allen beteiligten Betrieben ist allerdings gestiegen. Das Ziel konnte somit teilweise erreicht werden.

Abb. 43: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen

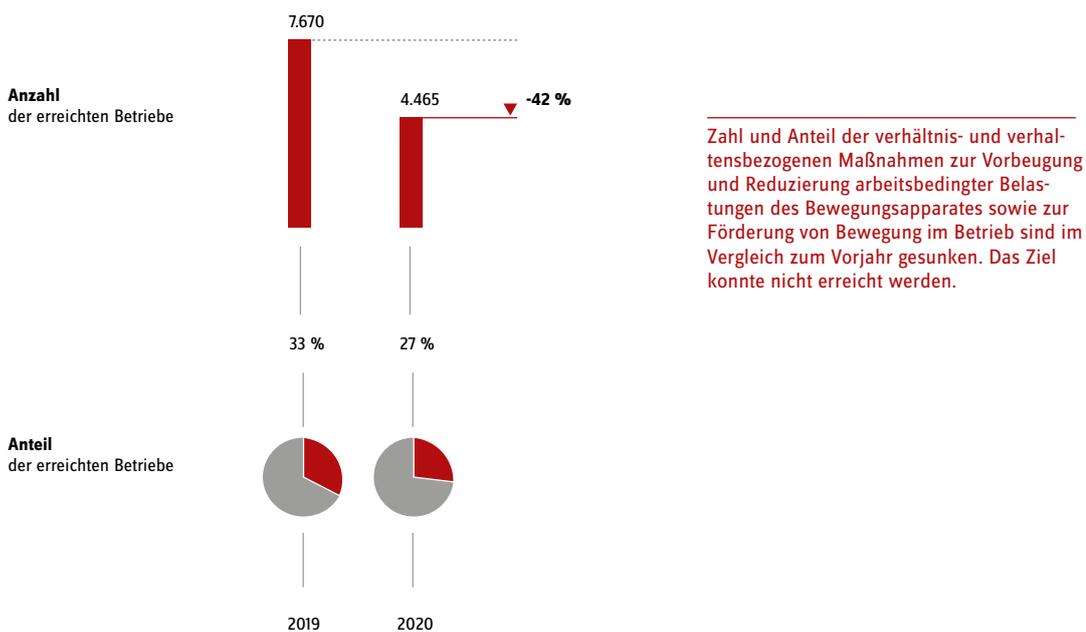
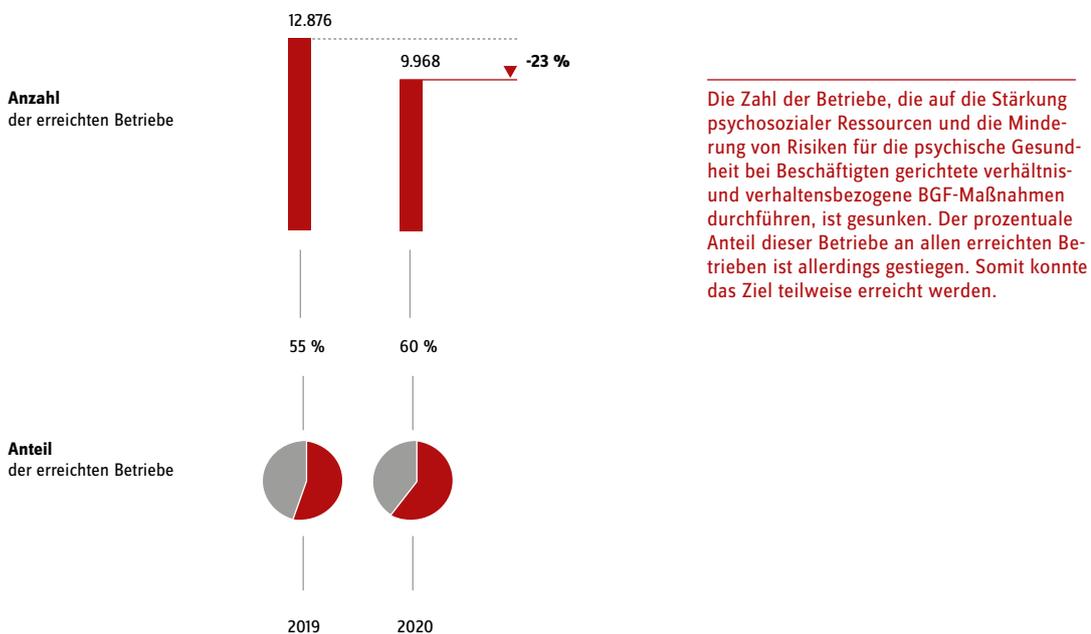


Abb. 44: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit bei Beschäftigten



Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Primärpräventionsmaßnahmen der Krankenkassen sollen Versicherte dazu motivieren und befähigen, etwas für ihre eigene Gesunderhaltung zu tun.

In Gruppenkursen können die Versicherten neues Wissen und neue Fertigkeiten zur Vorbeugung von Risikofaktoren und zur Stärkung der Gesundheit erwerben. Ziel der Maßnahmen ist es, das Gelernte nach Kursende selbstständig weiter anzuwenden und in den (beruflichen) Alltag zu integrieren.

Bezuschussungsfähige Kurse werden von der **Zentralen Prüfstelle Prävention¹** im Auftrag der Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des **Leitfadens Prävention²** zertifiziert.

Durch die Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie waren seit März 2020 reguläre Präventionskursangebote über viele Monate nicht mehr möglich; begonnene Kurse konnten nicht wie geplant fortgesetzt, neue Kurse nicht gestartet werden. Um den Versicherten dennoch Gelegenheit zu geben, ihre Gesundheit zu stärken, haben die Krankenkassen seit Beginn der Pandemie umfangreiche COVID-19-Sonderregelungen ermöglicht:

So konnten begonnene oder während der Zeit der Kontaktbeschränkungen beginnende Präventionskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V, die aufgrund der Pandemie nicht wie vorgesehen durchgeführt werden konnten, zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt und abgeschlossen werden. Sofern die Kursleitung es ermöglichte, konnte ein begonnener oder während der Kontaktbeschränkungen beginnender Kurs auch unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), d. h. als Online-Kurs durchgeführt werden und auch nach Auslaufen der Kontaktbeschränkungen in dieser Form zu Ende geführt werden. Durch diese Ausnahmeregelung sollte ein Zugang für möglichst viele Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten in allen Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention gewährleistet bleiben.

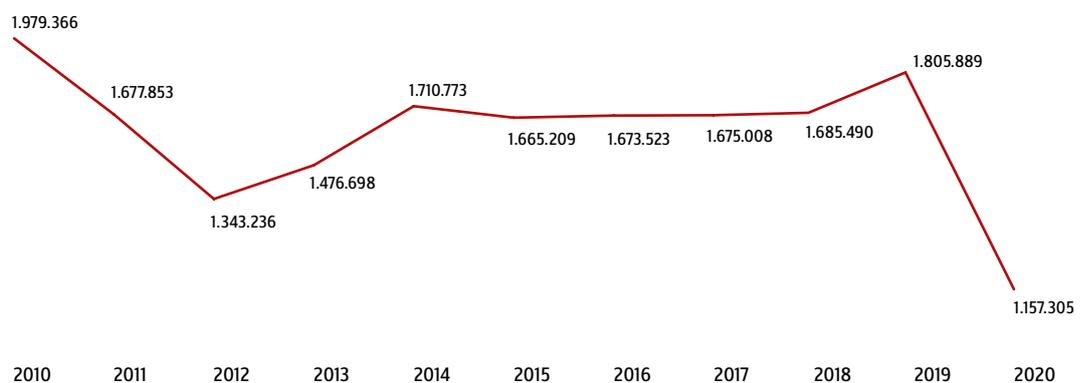
Aufgrund der Corona-Pandemie musste die Erprobung des wissenschaftlichen Evaluationskonzepts zur kontinuierlichen Qualitätssicherung der Kursmaßnahmen im Routinebetrieb (vgl. hierzu Präventionsbericht 2020, S. 87) verschoben werden.

¹ www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

² https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Inanspruchnahme

Abb. 45: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



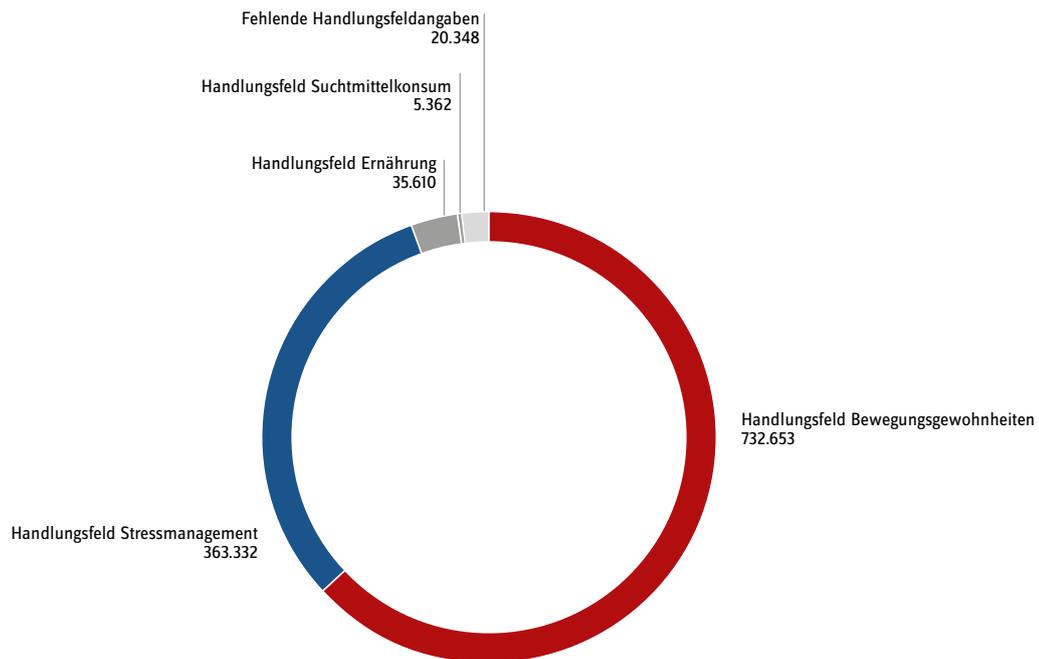
2020 wurden insgesamt 1.157.305 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert.

Im Vergleich zu 2019 sind die Kursteilnahmen um 36 % gesunken. Die deutliche Abnahme an Kursteilnahmen ist darauf zurückzuführen, dass aufgrund der durch die Corona-Pandemie auf Länderebene verordneten Kontaktbeschränkungen Gruppenangebote zeitweise nicht erlaubt und durchführbar waren. Es konnten aber aufgrund der COVID-19-Sonderregelungen normalerweise vor Ort stattfindende Kurse auch umgestellt und in digitaler Form angeboten werden.

Außer diesen nur ausnahmsweise digital durchführbaren Präsenzkursen gibt es informations- und kommunikationstechnologie-basierte (IKT-) Selbstlernprogramme, die gemäß Leitfaden Prävention als solche von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert werden und auch in der Gesamtzahl der Teilnahmen enthalten sind.

Zu den seit dem 1. Juli 2021 erstmalig neu zertifizierbaren digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, bei denen digitale Technologie wesentliche Funktionen übernimmt, die in herkömmlichen Präventionsmaßnahmen typischerweise durch die Kursleitung wahrgenommen werden, s. Beitrag S. 103-104.

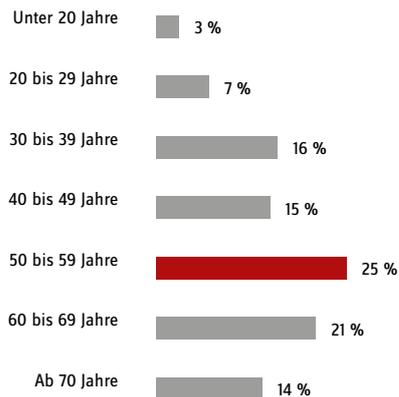
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 46: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern

Am häufigsten wurden Kursangebote zum Thema Bewegung wahrgenommen (64 %). Etwa ein Drittel der Kursteilnahmen fiel dem Handlungsfeld Stressmanagement zu. Einen geringeren Anteil der nachgefragten Kurse hatten Angebote zu den Themen Ernährung (3 %) und Suchtmittelkonsum (0,5 %).

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 47: Inanspruchnahme nach Alter



Die Prozentangaben in den Abbildungen 47 bis 49 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.157.305 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Angaben sind gerundet.

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

23 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten entspricht in dieser Altersgruppe fast ihrem Bevölkerungsanteil

von 25 %. Auch die 40- bis 49-Jährigen sind mit 15 % in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 13 % vertreten.

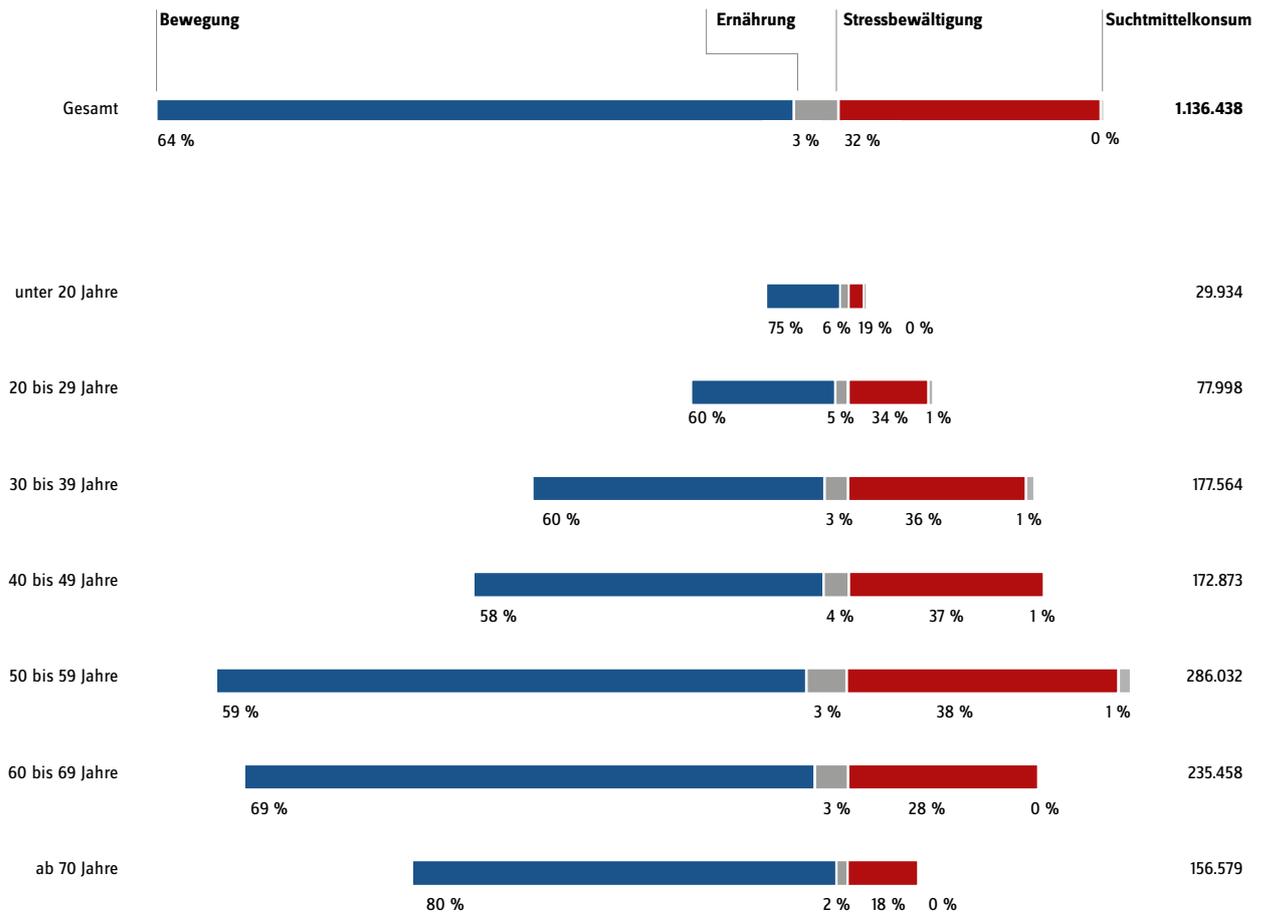
Überproportional nehmen die 50- bis 59-Jährigen verhaltenspräventive Angebote in Anspruch. Diese machen mit 25 % den insgesamt höchsten Anteil der verschiedenen Altersgruppen an den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern insgesamt aus. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt mit 16 % deutlich darunter.

Gesundheitsorientierte Kursangebote treffen insbesondere bei Frauen auf großes Interesse. 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich. Dieser Befund ist seit Jahren konstant.

¹ Errechnet aus destatis, Mikrozensus, genesis online, Bevölkerungsstand, Altersjahre, Tabelle 12411-0005, Stand 31.12.2019

Abb. 48:

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter

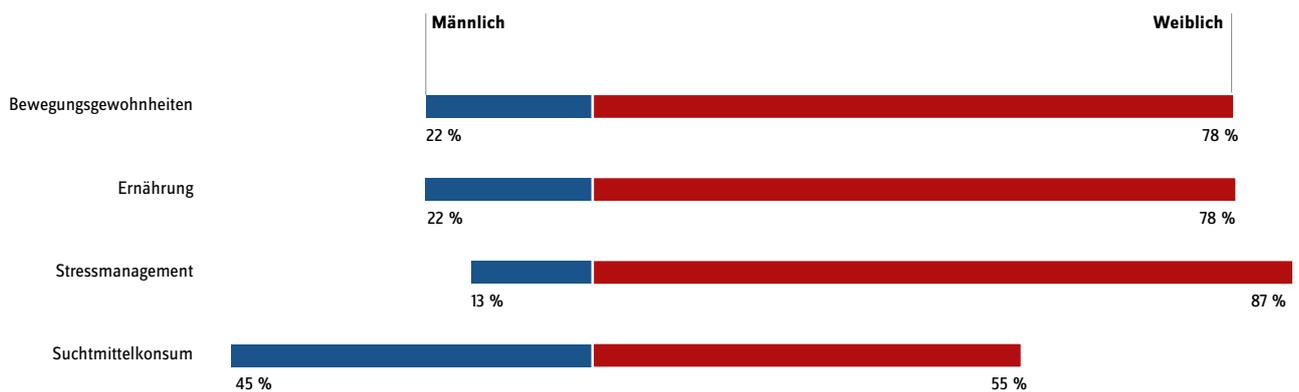


In der Abbildung sind die Kursteilnahmen nach bestimmten Inhalten für verschiedene Altersgruppen dargestellt.

Bewegungsangebote werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, durchschnittlich zu 64 %. Die unter 20-Jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren nehmen mit 75 % und 80 % Bewegungskurse überdurchschnittlich häufig in Anspruch.

Menschen zwischen 20 und 59 Jahren nehmen häufiger Angebote zum Stressmanagement wahr als jüngere oder ältere Menschen. In dieser Lebensphase sind die Berufstätigkeit und häufig weitere Herausforderungen - insbesondere für Frauen (Familie, Pflege) - wichtige Faktoren für einen besonderen Bedarf an Strategien zur Stressbewältigung und zur Stärkung der persönlichen Ressourcen.

Abb. 49: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Bei der Betrachtung der belegten Kursangebote nach verschiedenen Inhalten und Geschlecht zeigt sich, dass die Kursangebote zu allen Themen deutlich häufiger von Frauen in Anspruch genommen werden. Eine Ausnahme stellen die Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum dar. Diese werden fast zur Hälfte (45 %) von Männern wahrgenommen. Besonders gering ist der Männeranteil hingegen bei Kursen zum Thema Stressmanagement.

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

Bericht aus der Kooperationsgemeinschaft gesetzlicher Krankenkassen zur Zertifizierung von Präventionskursen – § 20 SGB V

Alle gesetzlichen Krankenkassen sind an der Zentralen Prüfstelle Prävention beteiligt

Die Kooperationsgemeinschaft zur Zertifizierung von Präventionskursen, in deren Auftrag die Zentrale Prüfstelle Prävention tätig ist, besteht seit 1. Januar 2021 aus nunmehr allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Insgesamt sind seit der Gründung im Jahr 2014 über 20 gesetzliche Krankenkassen der Kooperationsgemeinschaft beigetreten. Mit der Kursprüfung wird ein für alle Krankenkassen verbindliches Ergebnis auf der Basis des Leitfadens Prävention festgelegt und im positiven Fall das Zertifikat mit dem Qualitätssiegel „Deutscher Standard Prävention“ vergeben. Zertifizierte Kurse werden den Versicherten anteilig durch die jeweilige Kasse erstattet. Seit 2014 wurde durch das Prüfverfahren ein bundesweit einheitlicher Qualitätsstandard etabliert, der es den Versicherten garantiert, einen nach fachlichen Erkenntnissen konzipierten Kurs zu besuchen. Die Versicherten können online aus einer großen Zahl geprüfter Präventionsangebote auswählen und die Anbietenden direkt kontaktieren. Rund 150.000 Anbieterinnen und Anbieter sind registriert und nutzen die Vorteile des vollständig digitalen und zentralen Prüfverfahrens. Jährlich werden bis zu 100.000 Präventionsangebote geprüft, das Zertifikat wurde seit 2014 fast 300.000-mal vergeben.

Neues IT-System gestartet

Seit Juli 2021 steht die Zentrale Prüfstelle Prävention funktional und technisch auf völlig neuen Beinen. Seit über zwei Jahren wurde im Hintergrund an einer technischen Rundumerneuerung gearbeitet. Mit dem neuen System gehen vielfältige Vorteile einher, die sich u. a. darin zeigen, dass keine Kursleitung mehr doppelt in der Datenbank geführt werden muss und die Kursleitenden einen eigenen Account haben, um die Prüfung ihrer Qualifikation selbst einzuleiten. Bisher mussten dies die Anbietenden für die Kursleitenden tun. Zudem können neue Anforderungen, wie das seit Oktober 2020 eingesetzte Verfahren zur inhaltlichen Prüfung von Kursleiterqualifikationen,

durch spezielle Datenmasken optimal abgebildet werden.

Neuer Prüfbereich für digitale Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung

Eine ganz besondere Herausforderung für die zukünftige Qualitätssicherung stellt die Umsetzung des neuen Kapitels für digitale Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Innerhalb weniger Monate hat die Zentrale Prüfstelle Prävention den neuen Prüfbereich aufgebaut, um seit dem 1. Juli 2021 Angebote wie Apps, Internet-Interventionen und hybride Formate nach den neuen Vorgaben prüfen zu können. Mit der Erweiterung werden zahlreiche neue Angebote für Versicherte erwartet, die flexibel im Alltag zur Verbesserung der Gesundheit eingesetzt werden können. Damit sich die Versicherten von Anfang an auf die Qualität verlassen können, müssen Anbieterinnen und Anbieter u. a. nachweisen, dass mit der Anwendung ein bestimmter gesundheitlicher Nutzen verbunden ist. Im Mittelpunkt der Prüfung steht deshalb die Wirksamkeit der digitalen Anwendungen und damit ein wissenschaftlicher Nachweis (Studienbericht) mit nachvollziehbarer Zielerreichung. Die Kriterien für eine sachgerechte Prüfung des vorgelegten Nachweises wurden durch ein wissenschaftliches Institut erarbeitet. Zudem wird von den Anbietenden eine umfassende Datenschutzfolgeabschätzung als Voraussetzung der Zertifizierung gefordert. Bei der Erstellung der Nachweise zum Datenschutz kann auf einheitliche Arbeitshilfen und Formblätter zurückgegriffen werden, die auf der Website der Prüfstelle veröffentlicht sind. Der Einsatz der vordefinierten Unterlagen unterstützt den Standardprozess in der Prüfung und vermeidet umfangreiche Nachforderungen der Prüfstelle. Fachspezifische FAQs zum neuen Prüfbereich, zu geforderten Prüfkriterien, zu den Themen Datenschutz und gesundheitlicher Nutzen sind unter www.zentrale-pruefstelle-praevention.de im Download-Bereich veröffentlicht. Der Prüfprozess und die zu erfüllenden Anforderungen sind in der Abbildung 50 aufgeführt.



Autorin:
Melanie Dold,
Geschäftsführender Verband
(vdek)

Abb. 50: Anforderungen und Prüfprozess - digitale Anwendungen in der Prävention und Gesundheitsförderung



Quelle: Zentrale Prüfstelle Prävention, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Die bisher in den GKV-Präventionsberichten veröffentlichten Daten zur Umsetzung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zeigen, dass seit 2018 – als erstmals über präventive Aktivitäten der Pflegekassen in 2017 berichtet wurde – ein kontinuierlicher Leistungsanstieg und eine Erhöhung der Ausgaben zu verzeichnen sind. Im Berichtsjahr 2020 wird dieser Trend unterbrochen, und im Vergleich zu den Vorjahren konnten zum ersten Mal weniger stationäre Pflegeeinrichtungen mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden. Diese Entwicklung ist durch die Herausforderungen der Corona-Pandemie und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die stationären Pflegeeinrichtungen begründet. Sowohl der Rückgang der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 13 % als auch die reduzierte Anzahl an Informations- und Beratungsangeboten für Pflegeeinrichtungen in der Vorbereitungsphase um 16 % und in der Umsetzungsphase um 8 % zeigen den Einfluss der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Einschränkungen auf die Umsetzung präventiver Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Erkenntnisse der Befragung der Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie sowie die anschaulichen Praxisbeispiele im Sonderteil dieses Berichts ab Seite 125 zeigen, welche konkreten Wege und Möglichkeiten gefunden wurden, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen trotz der pandemiebedingten Herausforderungen fortzuführen oder sogar neu zu beginnen. Pflegekassen und kooperierende stationäre Pflegeeinrichtungen leisten weiterhin einen kontinuierlichen Beitrag, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen zu etablieren.

Auf den folgenden Seiten werden die Aktivitäten der Pflegekassen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention anhand von strukturellen Parametern und erreichten Zielen beschrieben. Die Ergebnisse der Dokumentation werden durch Erkenntnisse aus der zusätzlichen Befragung der Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie ergänzt, an der sich für die Leistungen nach § 5 SGB XI 72 Pflegekassen beteiligt haben.

Unabhängig von den Auswirkungen der Pandemie auf das aktuelle Leistungsgeschehen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen blicken die gesetzlichen Pflegekassen auf eine inzwischen mehrjährige Erfahrung in der Umsetzung der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegeversicherte in stationären Pflegeeinrichtungen zurück. Pflegekassen und ihre Verbände setzen auf Bundes- und Landesebene kassen- und kassenartenübergreifende Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen um. Diese Angebote werden häufig evaluiert und Erkenntnisse und Ergebnisse zu einzelnen Projekten regelmäßig veröffentlicht. Entsprechende Praxisbeispiele finden sich auch in diesem Präventionsbericht im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ wieder (s. S. 125 ff.). Um die vorliegenden Erfahrungen aller gesetzlichen Pflegekassen zu bündeln und neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Grundlagen der Leistungsförderung aufzugreifen, schrieb der GKV-Spitzenverband Ende 2020 die wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI aus. Im Rahmen der geplanten Gesamtevaluation sollen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Umsetzung präventiver Angebote aus Sicht der Pflegekassen und ihrer Verbände, aber auch aus der Perspektive der Pflegeeinrichtungen und ihrer Verbände sowie der Pflegebedürftigen aufgenommen werden. Ergänzt werden diese Aspekte durch eine systematische Analyse der nationalen und internationalen



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

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband

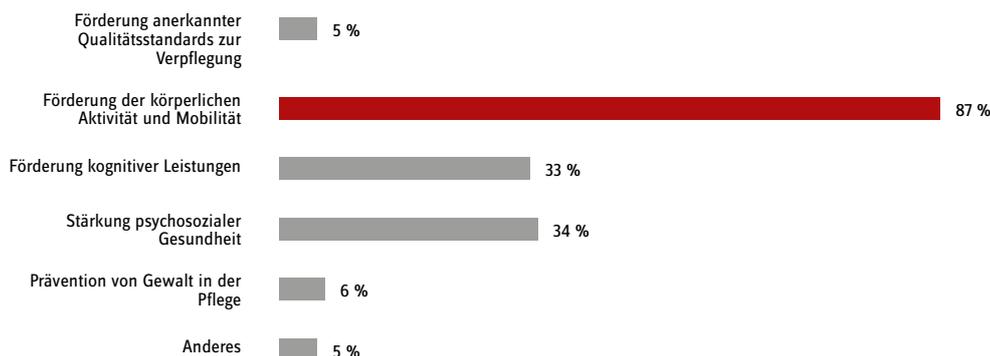
Literatur zu den aktuellen Erkenntnissen der Wirksamkeit (im besten Fall Evidenz) von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege. Ergebnisse der Gesamtevaluation fließen in die Weiterentwicklung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ ein. **Der Leitfaden ist die Grundlage der Pflegekassen für die Leistungsgewährung nach § 5 SGB XI.**¹

Er legt die Präventionsziele, Handlungsfelder und Kriterien für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Er wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert, um neuen Erkenntnissen, Erfahrungen und Entwicklungen gerecht zu werden.

¹ Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes
https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflege/praevention_stationaere_pflege.jsp

Leistungen in der Vorbereitungsphase

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



Im Berichtsjahr 2020 haben die Pflegekassen in 2.576 Fällen Pflegeeinrichtungen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. Im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr (3.078 Fälle) reduzierte sich die Anzahl um 16 %. Die Abnahme bei der Informationsvermittlung ist auf die verminderten Aktivitäten der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen aufgrund der Corona-Pandemie zurückzuführen.

In der Befragung der Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf ihre Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten gaben die Pflegekassen an, dass (nur) 4 % der Projekte der Vorbereitungsphase, die vor März 2020 gestartet wurden, abgebrochen wurden; 26 % der Projekte wurden auf bestimmte oder unbestimmte Zeit unterbrochen. Beibehalten wurden 70 % der Maßnahmen in der Vorbereitungsphase: Hier wurden in veränderter Form 32 % der Informationsvermittlungen fortgeführt, 24 % wurden mit Einschränkungen fortgesetzt und immerhin 14 % konnten ohne Einschränkungen fortgesetzt werden (s. S. 15-19).

Die Vermittlung von Anregungen und Konzepten durch die Pflegekassen erfolgte am häufigsten in dem Bereich Förderung der körperlichen Aktivität (87 %) gefolgt von Angeboten in den Bereichen Stärkung psychosozialer Gesundheit zu 34 %, Förderung kognitiver Leistungen zu 33 %, Prävention von Gewalt in der Pflege zu 6 % und Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung zu 5 %.

Den Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess trafen die Pflegeeinrichtungen in 847 Fällen. Im Vergleich zum Vorjahr (971) haben 2020 weniger Einrichtungen diese Entscheidung getroffen. Trotz der Corona-Pandemie konnten neue Projekte beginnen bzw. in veränderter Form fortgesetzt werden: Hauptsächlich ist dies nach der Corona-Pandemie-Befragung darauf zurückzuführen, dass Projekte auch in digitalen Formaten umgesetzt werden konnten. Eine wichtige Rolle für die Fortsetzung der Vorbereitung von Maßnahmen spielte, dass die Steuerung der Aktivitäten, z. B. durch das Steuerungsgremium über Telefon- und Videokonferenzen erfolgen konnte.

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, erbrachte Leistungen und Evaluation

Die Umsetzungsphase beginnt mit einer Analyse der vorliegenden Strukturen und Ressourcen der Pflegeeinrichtungen sowie einer Analyse zu den Bedürfnissen und Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen wohnen oder aber in Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen pflegerisch versorgt und betreut werden. Auf Basis dieser Erkenntnisse entwickeln die Pflegekassen gemeinsam und partizipativ mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen einen Maßnahmenplan. Daraufhin folgt die Umsetzung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die entweder bereits begleitend oder aber abschließend evaluiert werden.

Im Folgenden werden diese Aktivitäten der Pflegekassen in der Umsetzungsphase dargestellt. Ergänzt werden diese um Informationen zu ausgewählten strukturellen Faktoren, wie z. B. zur Laufzeit der Aktivitäten, zu beteiligten Akteurinnen und Akteuren und erreichten Personen, zur Größe der Einrichtung sowie zum Erreichen der Präventionsziele.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Im Berichtsjahr 2020 erbrachten die Pflegekassen in 1.866 Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dies entspricht einem Anteil von 12 % aller 15.380 vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Tagespflegeeinrichtungen¹ in Deutschland, die mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden konnten. Hier kann man im Vergleich zum Vorjahr (14 %) fast von einer Verstärkung des relativen Anteils der beteiligten Einrichtungen sprechen. Im Vergleich zum Vorjahr (2.023) nahm die Anzahl an dokumentierten Maßnahmen² um 8 % ab.

Die Erhebung zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ergab, dass aufgrund der Schutz- und Hygienemaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen weniger Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden konnten, da ein geringerer Teil der Vorhaben abgebrochen (3 %) oder auf bestimmte/unbestimmte Zeit ausgesetzt (20 %) wurde. Hauptgrund für den Projektabbruch und Aussetzungen von Leistungen waren die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Regelungen des Infektionsschutzes zum Schutz des Pflegepersonals und der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste in den stationären Pflegeeinrichtungen. Ein weiterer Grund für den Abbruch von Aktivitäten war, dass die Träger der stationären Einrichtungen durch die Aufgaben im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung andere Prioritäten setzten und die zeitlichen Ressourcen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nur eingeschränkt zur Verfügung standen.

Trotz der Pandemiesituation konnten laut den Ergebnissen der Befragung der Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Gesundheitsförderung und Prävention 76 % der Aktivitäten, die vor März 2020 gestartet sind, in veränderter Form (33 %), mit Einschränkungen (28 %) oder ohne Einschränkungen (15 %) fortgesetzt werden. Bei den Aktivitäten, die in veränderter Form fortgesetzt wurden, spielten dabei vor allem folgende Punkte eine (sehr) große Rolle:

- Die Aktivitäten wurden unter Zugrundelegung von Hygienekonzepten umgesetzt (68 %).
- Die Gruppengröße wurde reduziert oder eine Eins-zu-eins Beratung eingerichtet (49 %).

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

² s. „Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, S. 147

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genannten fünf Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege geben

den leistungsrechtlichen Rahmen vor, innerhalb dessen Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegeeinrichtungen geplant und umgesetzt werden können.

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Ernährung

Das Handlungsfeld Ernährung bietet den Pflegekassen die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen z. B. bei der Verbesserung des Ernährungsangebots und der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme insgesamt zu beraten und zu unterstützen.

Die Umsetzung kann z. B. in Anlehnung an die DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen erfolgen.

Körperliche Aktivität

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

Stärkung der kognitiven Ressourcen

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

Psychosoziale Gesundheit

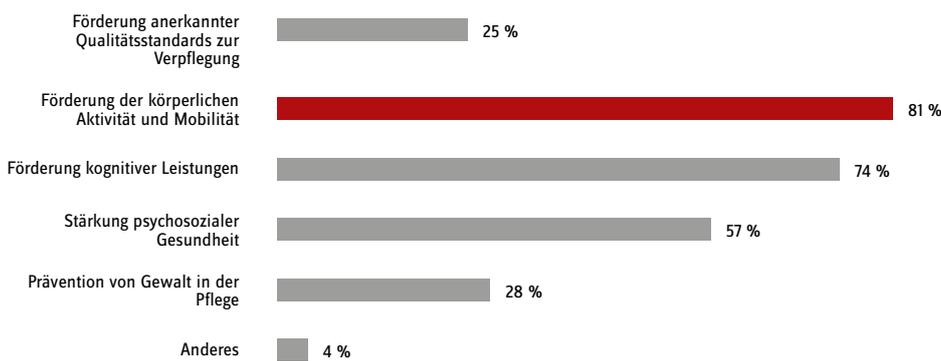
Die Erhaltung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege ist eine besondere Herausforderung. Die psychosoziale Gesundheit kann beispielsweise durch die Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozialen Aktivitäten gestärkt werden, wenn entsprechende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

Prävention von Gewalt in der Pflege

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

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

Abb. 52: Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben (Mehrfachnennungen möglich)



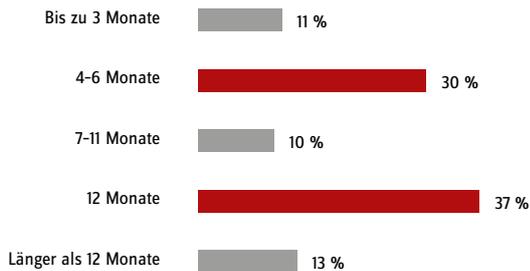
Die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen entscheiden sich anhand der durchgeführten Analyse gemeinsam für Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention und passen diese an die jeweiligen Bedarfe der in der Pflegeeinrichtung versorgten Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen an.

Viele Einrichtungen setzen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention um, die ihre Wirksamkeit in mehreren Handlungsfeldern entfalten. Das Hauptaugenmerk der Einrichtungen lag im Berichtsjahr 2020 wie in den Jahren zuvor auf Konzepten zur Steigerung der körperlichen Aktivität (81 %). Konzepte im Handlungsfeld Förderung kognitiver Leistungen wurden in 74 % der erreichten Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Die

Implementierung von Konzepten aus dem Handlungsfeld Stärkung der psychosozialen Gesundheit erfolgte in 57 % der Einrichtungen. Konzepte zur Prävention von Gewalt in der Pflege setzten 28 % der Einrichtungen um und Konzepte zur Förderung anerkannter Qualitätsstandards zur Verpflegung 25 % der Einrichtungen.

Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 53: Laufzeit der Aktivitäten



Die Förderung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention durch die Pflegekassen findet in einem zeitlich begrenzten Rahmen statt. Sie sollen die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass gesundheitsfördernde und präventive Angebote nachhaltig und kontinuierlich in den Pflegeeinrichtungen implementiert werden.

Im Berichtsjahr 2020 wurden 37 % der Aktivitäten in den Pflegeeinrichtungen abgeschlossen. Über das Berichtsjahr hinaus wurden 63 % der geförderten Projekte weitergeführt, dies entspricht einer deutlichen Zunahme im Vergleich zum Vorjahr (44 %). Viele der von den Pflegekassen geförderten Projekte wurden aufgrund der Pandemiesituation auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt, konnten nicht wie ursprünglich

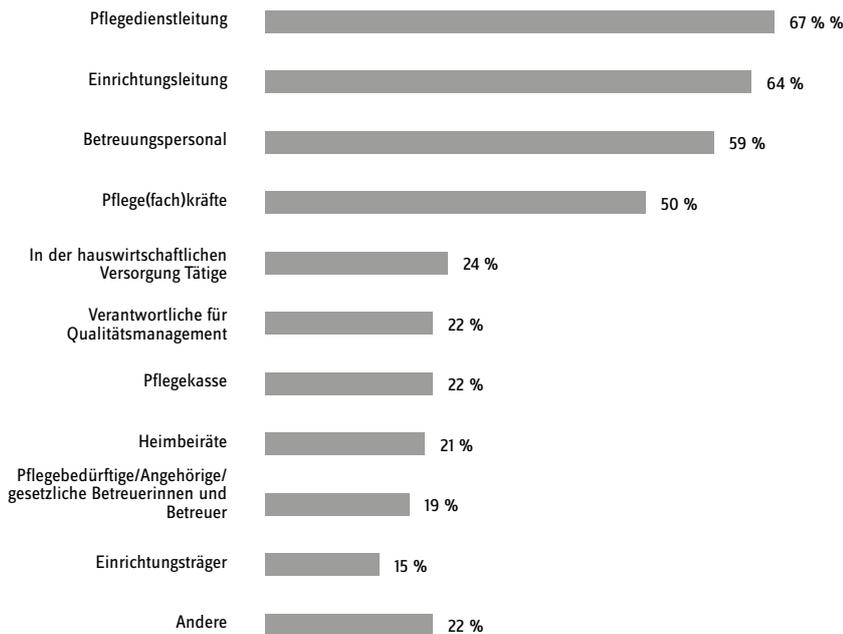
geplant im Berichtsjahr abgeschlossen werden und wurden deshalb verlängert.

Die abgeschlossenen Projekte hatten am häufigsten eine Laufzeit von zwölf Monaten (37 %). Eine Laufzeit von vier bis sechs Monaten hatten 30 % der abgeschlossenen Projekte. Im Vergleich zum Vorjahr haben Projekte mit einer kurzen Laufzeit von bis zu drei Monate von 2 % auf 11 % zugenommen. Zurückgeführt werden könnte dies zum Teil darauf, dass ein Teil der Projekte abgebrochen wurde, ohne dass eine Fortsetzung geplant ist. Sieben bis elf Monate betrug die Laufzeit von 10 % der abgeschlossenen Projekte.

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Abb. 54:

Mitwirkende im Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich)



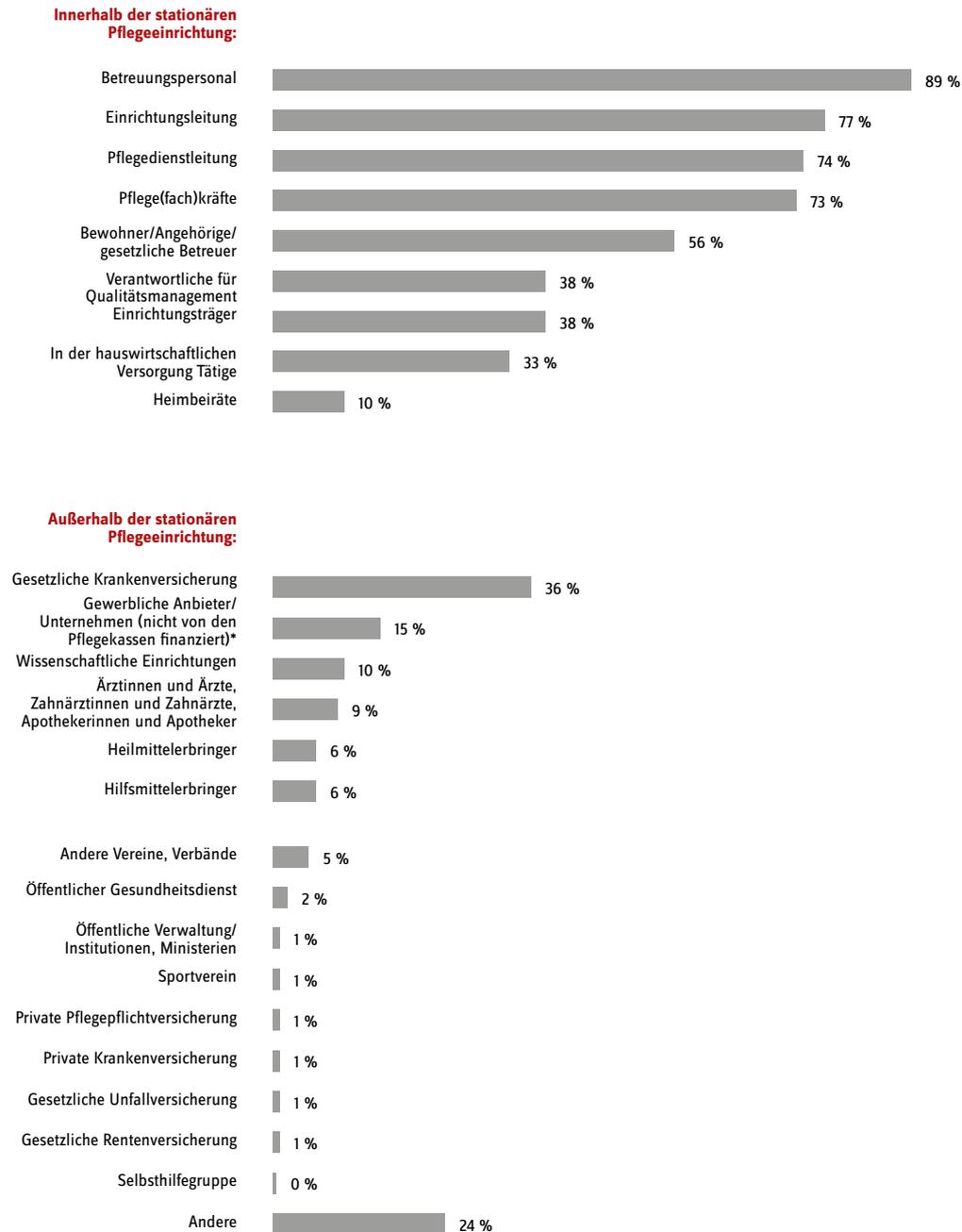
Damit Pflegeeinrichtungen sich langfristig zu einer gesundheitsförderlichen Pflegeeinrichtung entwickeln und sich somit ein Organisationsentwicklungsprozess in Gang setzen kann, ist es notwendig, dass sich alle relevanten Akteurinnen und Akteure im Rahmen eines Steuerungsgremiums regelmäßig zusammenfinden. Dieses Gremium bildet die Basis für die weiteren Beschlüsse und Erfolgskontrollen der Aktivitäten und kann in Zeiten der Pandemie die Grundlage dafür bieten, dass Aktivitäten weitergeführt bzw. strukturell angepasst fortgeführt werden, sodass Angebote ggf. nicht wegfallen müssen bzw. in veränderter Form fortgeführt werden können. So gaben in der Corona-Pandemie-Befragung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen an, dass bei Projekten, die in veränderter Form weitergeführt werden konnten, eine sehr große Rolle (55 %) bzw. eine große Rolle (26 %) spielte, dass die Arbeit des Steuerungsgremiums durch Telefon- und Videokonferenzen erfolgte. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium

konnte im Berichtsjahr prozentual sogar erhöht werden (s. S. 122, Präventionsziele).

Es empfiehlt sich, beim Aufbau des Steuerungsgremiums auf bereits vorhandene Strukturen in den Einrichtungen zurückzugreifen, z. B. das Qualitätsmanagement oder Heimbeiräte. Die Einrichtungsleitung spielt im Steuerungsgremium eine wichtige Rolle, da sie für die nachhaltige Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen und für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen verantwortlich Sorge tragen muss. Weiterhin ist die Einbindung der Pflegedienstleitungen, der Qualitätsmanagementbeauftragten, der Pflege- und Betreuungskräfte und der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen erstrebenswert.

Beteiligte Akteurinnen und Akteure

Abb. 55: **Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsmaßnahmen können neben den Pflegekassen weitere Akteurinnen und Akteure finanzielle und personelle Ressourcen oder Sachmittel einbringen. Es wird zwischen den Akteurinnen und Akteuren innerhalb der jeweiligen Pflegeeinrichtung (z. B. Einrichtungsleitung und Betreuungspersonal) sowie externen Kooperationspartnern (z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Vereine und Verbände) unterschieden.

Im Berichtsjahr 2020 brachten von den internen Akteurinnen und Akteuren am häufigsten das Betreuungspersonal (89 %) Ressourcen ein. Mit jeweils über 70 % beteiligten sich die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung und die Pflege(fach)kräfte an der Umsetzung der präventiven Aktivitäten. Pflegebedürftige, Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Vertreterinnen und Vertreter von Heimbeiräten konnten sich insgesamt mit 66 % der Ressourcen in die Gestaltung der Präventionsmaßnahmen einbringen. Die Beteiligung der Pflegebedürftigen selbst sowie derjenigen, die ihre Interessen vertreten, ist für die tatsächliche Nutzung der Angebote

der Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig, da hierüber am besten sichergestellt werden kann, dass die Aktivitäten auch dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Gästen von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen entsprechen. Hier konnte im Vergleich zum Vorjahr (54 %) eine Steigerung erreicht werden.

Wie im Vorjahr brachten im Berichtsjahr unter den Kooperationspartnern am häufigsten die gesetzlichen Krankenversicherungen Ressourcen ein. Es zeigte sich erneut ein Anstieg von 26 % im Vorjahr auf nunmehr 36 %. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass zunehmend BGF-Maßnahmen nach § 20b SGB V mit Maßnahmen nach § 5 SGB XI verknüpft werden (s. S. 130). Eine bedeutende Steigerung erfolgte auch bei den gewerblichen Anbietern und Unternehmen von 7 % im Vorjahr auf jetzt 15 %. Des Weiteren brachten wissenschaftliche Einrichtungen (10 %), Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker (9 %), Heil- (6 %) und Hilfsmittelerbringer (6 %) und Vereine und Verbände (5 %) Ressourcen ein.

Ablauf der Umsetzungsphase

Abb. 56:

Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



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

1. Analyse
2. Maßnahmenplanung
3. Umsetzung
4. Evaluation

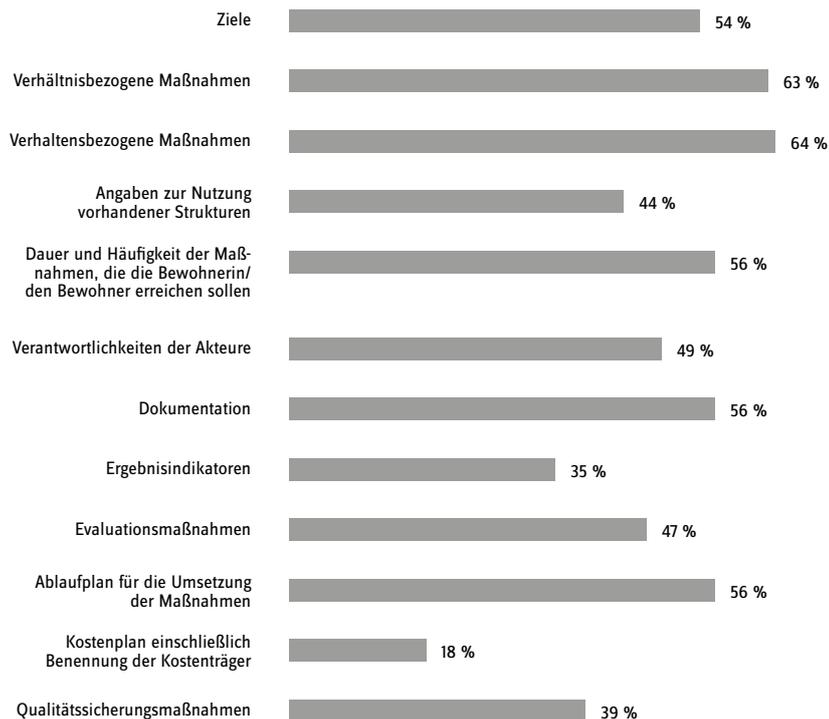
1. Analyse

Analysiert werden die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen in den einzelnen Handlungsfeldern. Die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sind heterogen und variieren je nach Einrichtungsart. Weiterhin werden die vorhandenen Strukturen in der Pflegeeinrichtung analysiert. Auf der Basis dieser Erfassung erfolgen die Maßnahmenplanung und die Umsetzung.

Die Pflegekassen führten im Berichtsjahr 2020 in 1.090 (58 %) der 1.866 erreichten Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. Dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr (64 %) einem Rückgang von 6 %.

Am häufigsten wurden die Ressourcen und vorhandenen Strukturen der Einrichtungen analysiert. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung von 82 % auf 92 %. Dagegen nahm die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse von 88 % auf 77 % ab. Diese Entwicklung lässt sich vermutlich auf die Corona-Pandemie zurückführen, da die Erfassung von Strukturen eher möglich war als eine Erhebung zu den Bedarfen und Bedürfnissen unter den Pflegebedürftigen. Die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse im Steuerungsgremium erfolgten zu einem vergleichbaren prozentualen Anteil (60 %) wie im Vorjahr.

Abb. 57: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



2. Maßnahmenplanung

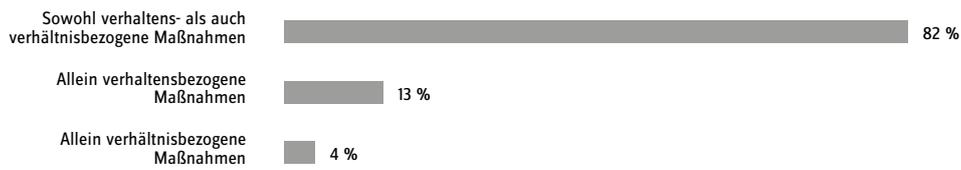
Die Maßnahmenplanung erfolgt in den Pflegeeinrichtungen auf der Basis der durchgeführten Analyse. Die daraus abgeleiteten Interventionsziele werden priorisiert und an den vorhandenen Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflegeeinrichtung orientiert. Der Maßnahmenplan sollte mit seinen konkreten Aktivitäten sowohl auf das gesundheitsfördernde Verhalten als auch auf die Weiterentwicklung verhältnisbezogener Interventionen abzielen. Dabei sind die Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Im Berichtsjahr 2020 wurde in allen erreichten Pflegeeinrichtungen ein Maßnahmenplan erarbeitet. Jeweils über 60 % der entwickelten Maßnahmenpläne enthielten Angaben zu verhaltensbezo-

genen und verhältnisbezogenen Interventionen. Über die Hälfte der Maßnahmenpläne enthielten die Dauer und Häufigkeit der Interventionen, die Dokumentation, einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen und die Ziele.

In der Corona-Pandemie-Befragung gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen an, dass bei den Projekten, die in veränderter Form fortgesetzt wurden, eine (sehr) große Rolle spielte, dass ein Teil der Angebote in digitalen Formaten umgesetzt wurde (76 %) und alternative Maßnahme entwickelt wurden (53 %).

Abb. 58: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen



3. Umsetzung

Im Berichtsjahr 2020 haben 1.449 (78 %) Pflegeeinrichtungen - unterstützt durch die Pflegekassen - verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen dokumentiert. Die umgesetzten Aktivitäten waren zu 82 % sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert. Ausschließlich verhältnisorientiert waren 4 % der Aktivitäten und ausschließlich verhaltensorientiert 13 %.

Abb. 59: Durchgeführte Evaluationen



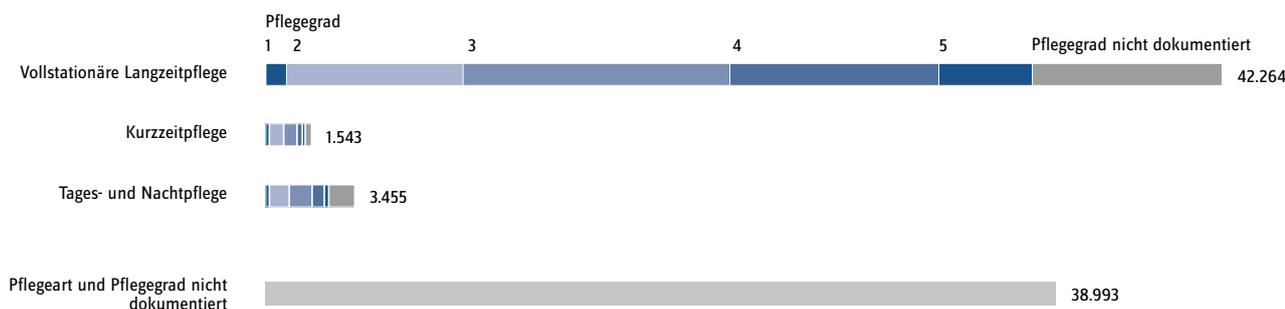
4. Evaluation

Die Evaluation sollte mindestens den Grad der Umsetzung der Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen umfassen. Im Berichtsjahr 2020 wurde in 64 % der Einrichtungen eine Evaluation durchgeführt, dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr (75 %) einer Abnahme. Am häufigsten erfolgte die Evaluation mit den Parametern Erreichen der Pflegebedürftigen und Zielerreichung mit jeweils über 80 %.

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 60:

Erreichte Pflegebedürftige



Im Berichtsjahr 2020 wurden insgesamt 86.255 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr (110.767 Pflegebedürftige) entspricht dies einer Abnahme um etwa 20 %. Damit wird deutlich, dass im Berichts- und Pandemiejahr weniger Pflegebedürftige mit Präventionsmaßnahmen erreicht werden konnten.

Von den Pflegebedürftigen, die von den Pflegekassen geförderte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erhielten, nahmen 42.264 (89 %) die vollstationäre Pflege, 3.455 (7 %) die Tages- und Nachtpflege und 1.543 (3 %) die Kurzzeitpflege in Anspruch. In 38.993 Fällen wurde keine Angabe zur Versorgungsform gemacht.

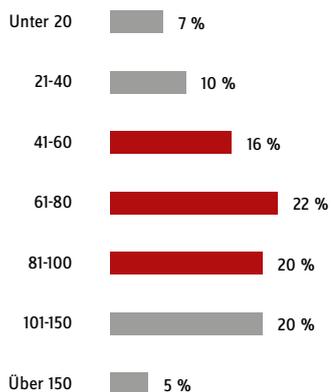
Der Pflegegrad war bei 37.591 der **erreichten Pflegebedürftigen**¹ bekannt und verteilte sich mehrheitlich auf die Pflegegrade 2 bis 4. Bei einer erheblichen Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen wurde keine Angabe zum Pflegegrad dokumentiert.

Neben den Pflegebedürftigen wurden darüber hinaus 43.230 weitere Personen in Präventionsmaßnahmen eingebunden. Darunter waren 40.203 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen sowie 3.027 weitere Personen, z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter.

¹ s. Tabellenband (7.2.7 Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen)

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 61: **Größe der stationären Pflegeeinrichtungen**
Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner



Im Berichtsjahr 2020 handelte es sich bei über der Hälfte der Pflegeeinrichtungen, die in der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv waren, um Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege (54 %). In 36 % handelte es sich um Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen und in 9 % um Einrichtungen mit Tagespflege.

Etwa 60 % der Pflegeeinrichtungen, die von den Pflegekassen bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt wurden, versorgten zwischen 61 und 150 Bewohnerinnen und Bewohner. Weniger als 60 Pflegebedürftige versorgten 33 % der Pflegeeinrichtungen und 5 % der Einrichtungen mehr als 150 Pflegebedürftige.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Präventionsziele wurden durch den GKV-Spitzenverband in Kooperation mit den Pflegekassen sowie dem MDS mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelt und sind ein wichtiges Instrument zur Etablierung einer nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (s. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Kap. 6¹).

Das Oberziel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur

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

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

¹ Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes (Kap. 6 „Präventionsziele in der stationären Pflege“) https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp

Ziele der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Oberziel der Prävention in der stationären Pflege:

Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

- Teilziel 1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.
- Teilziel 2.1 **Ernährung**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.2 **Körperliche Aktivität**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.3 **Stärkung kognitiver Ressourcen**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.4 **Psychosoziale Gesundheit**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.
- Teilziel 2.5 **Prävention von Gewalt**
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und die Handlungsleitlinien oder die Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

Abb. 62: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium

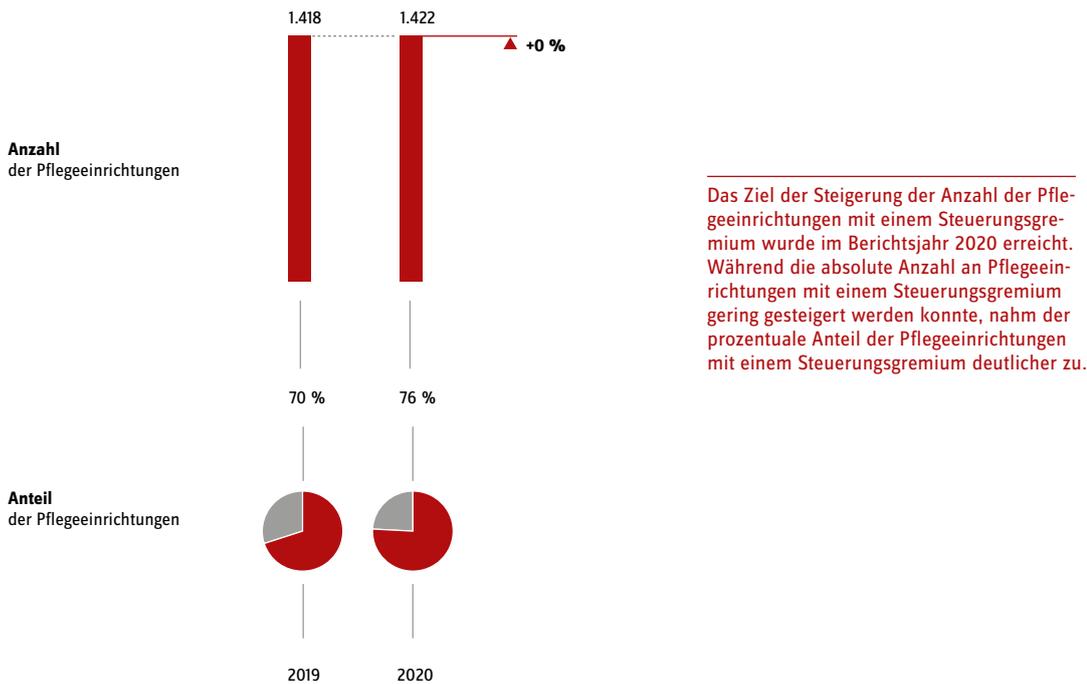


Abb. 63: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten

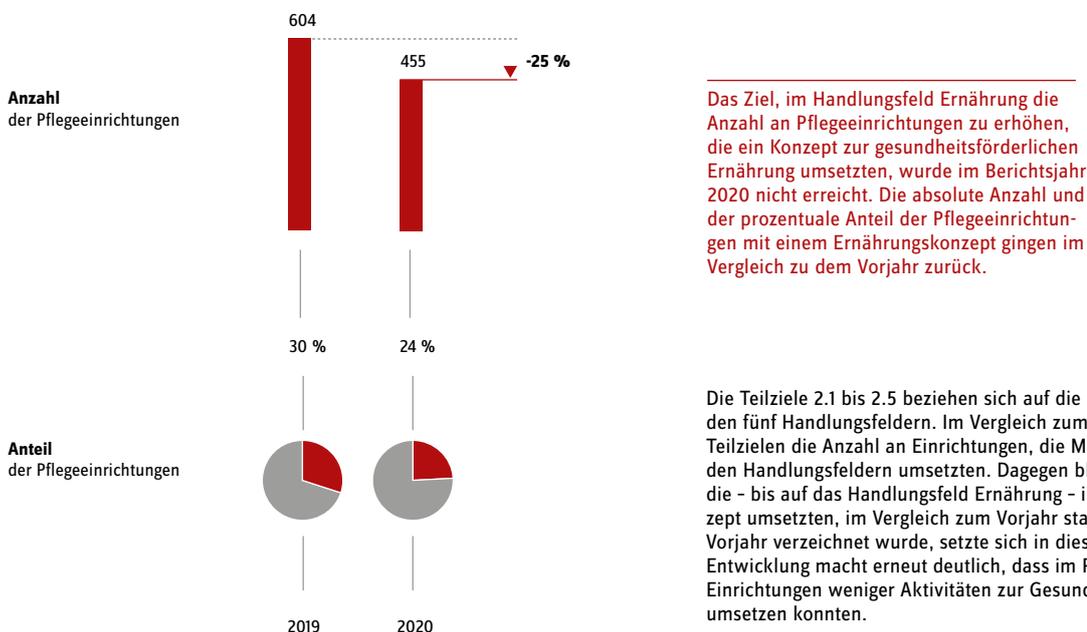
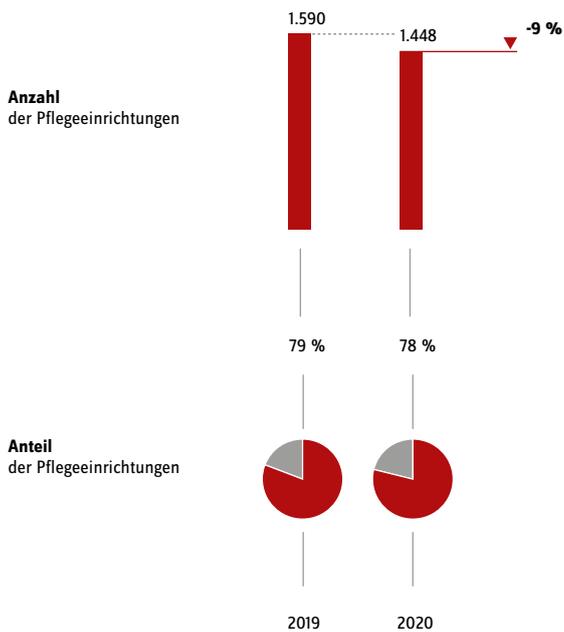
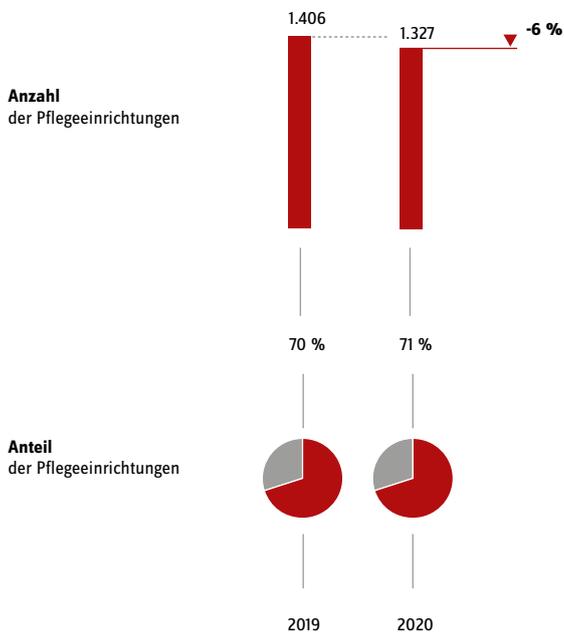


Abb. 64: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität



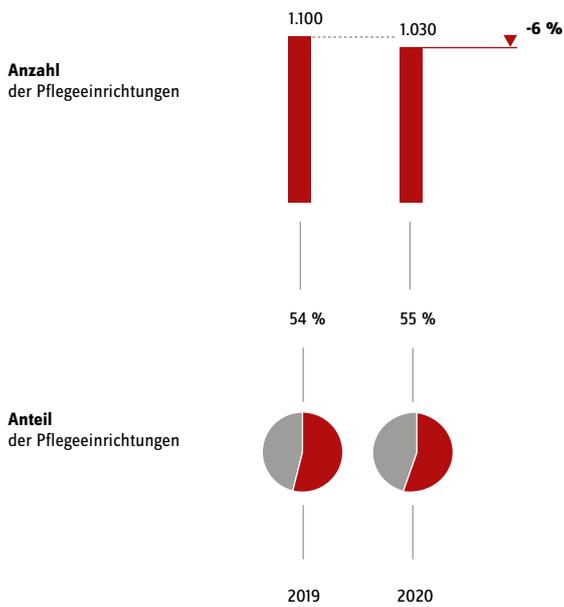
Bei der Anzahl an Pflegeeinrichtungen mit einem Konzept im Handlungsfeld Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität zeigte sich eine Abnahme, daher konnte das Präventionsziel nicht erreicht werden. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die im vorliegenden Berichtsjahr Konzepte zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität umsetzten, blieb im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich.

Abb. 65: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen



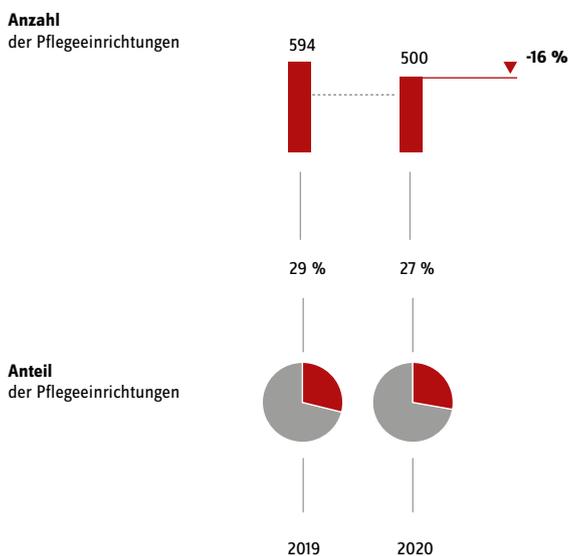
Das Ziel, im Handlungsfeld Förderung kognitiver Leistungen mehr Konzepte als im Vorjahr umzusetzen, wurde in der Anzahl nicht erreicht. Der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die im vorliegenden Berichtsjahr Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen umsetzten, blieb im Vergleich zum Vorjahr stabil.

Abb. 66: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit



Die Anzahl an Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen zur Verbesserung und Stärkung der psychosozialen Gesundheit umsetzten, sank im Vergleich zum Vorjahr leicht, sodass das Präventionsziel nicht erreicht werden konnte. Dabei blieb der Anteil an Pflegeeinrichtungen, die in diesem Handlungsfeld Maßnahmen umsetzten, stabil.

Abb. 67: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt



Im Handlungsfeld Prävention von Gewalt in der Pflege konnte das Ziel nicht erreicht werden. Sowohl die Anzahl als auch der Anteil an Einrichtungen, die Konzepte in diesem Handlungsfeld umgesetzt haben, nahmen im Vergleich zum Vorjahr ab.

Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

In der Konzierten Aktion Pflege (KAP) haben sich die Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kranken- und Pflegekassen, Ausbildungsträger, Kirchen, Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit und die Sozialpartner zusammen mit den politisch Verantwortlichen des Bundes - hier insbesondere das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales - und der Länder auf ein umfängliches Maßnahmenpaket zur **Verbesserung des Pflegeberufsalltags verständigt**.¹ Hierzu gehören Initiativen zum Arbeitsschutz und zur BGF in der Pflegebranche. So sehen die Vereinbarungen der KAP eine Ausweitung der von den Krankenkassen unterstützten BGF-Maßnahmen für Pflege(fach)kräfte in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vor. Das Ziel dieses gemeinsam mit den Beschäftigungsträgern umzusetzenden Vorhabens ist es, die Bedingungen am Arbeitsplatz gesundheitsförderlicher zu gestalten und z. B. durch Angebote zu gesundheitsförderlicher Führung die physische und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der beruflich Pflegenden zu erhalten und zu verbessern.

Nachdem es bereits im Präventionsbericht 2019 u. a. einen Beitrag zur partizipativen Organisationsentwicklung in der **stationären Langzeitpflege**² gegeben hatte, wurde im Präventionsbericht 2020 entsprechend einer Selbstverpflichtung des GKV-Spitzenverbandes in der Arbeitsgruppe 2 der KAP „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ ein Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege gestartet. Darin wird zunächst fünf Jahre lang über das Engagement der Krankenkassen in der BGF für beruflich Pflegenden berichtet. Gleichzeitig wird in dieser Reihe Einblick in Angebote insbesondere für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gegeben, bei denen die BGF für Pflegekräfte mit Präventionsangeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen verknüpft wird. So werden auf den folgenden Seiten vier Praxisbeispiele zur Umsetzung von BGF-Aktivitäten dargestellt; sieben Berichte

skizzieren das überwiegend gemeinsam getragene kombinierte Engagement der Kranken- und Pflegekassen sowohl für gesunde Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als auch für gesunde Lebensbedingungen der in den Einrichtungen lebenden pflegebedürftigen Menschen. Eine quantitative Auswertung zu diesem kombinierten Vorgehen der Kranken- und Pflegekassen in den stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI findet sich auf Seite 130.

Alle Praxisbeispiele werden anhand eines Steckbriefs mit folgenden Symbolen vorgestellt:

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

Im Rahmen der Umsetzung der KAP-Vereinbarungen ist auch eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit entstanden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die Unfallkassen und die Krankenkassenverbände auf Bundesebene unterstützen die Informationsoffensive Pflege zu den Themen Arbeitsschutz, Gefährdungsbeurteilung, Prävention (insbesondere auch von Gewalt und Aggression in der Pflege) und betriebliche Gesundheitsförderung. Auf der Website der **BGW**³ können Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu diesen Themen Artikel mit Informationen zu den Leistungsangeboten der Sozialversicherungsträger herunterladen.

1 Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Konzierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf

2 GKV-Spitzenverband & MDS. (2019). Präventionsbericht 2019. Berichtsjahr 2018 (S. 97 ff.). Essen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2019_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

3 <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/Konzierte-Aktion-Pflege/Informationsoffensive-Pflege/Informationsoffensive-Pflege-node.html>

MEHRWERT:PFLEGE

Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen: das Corona-Sofortangebot



-
- 🎯 Gesund leben und arbeiten
 - 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, überbetriebliche Vernetzung und Beratung
 - 🏠 Krankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste
 - 🔗 Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse - KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK - Hanseatische Krankenkasse
 - 🔗 Im Rahmen des Sofort-Angebots erfolgt der Hinweis auf die spezifischen Angebote der BGW
 - 👥 Beschäftigte in den o. g. Settings
 - 🇩🇪 bundesweit, seit 2019 fortlaufend
-

Autorin:
Stefanie Thees,
Verband der Ersatzkassen e. V.

Herzstück von MEHRWERT:PFLEGE, dem gemeinsamen Angebot der Ersatzkassen zur Förderung der Beschäftigtengesundheit in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und bei ambulanten Pflegediensten, ist eigentlich die Beratung und Begleitung eines nachhaltigen BGM. Eigentlich, denn dann kam die Corona-Pandemie.

Gerade Einrichtungen der Akut- bzw. Langzeitpflege sind in der Pandemie besonders schützenswert und werden gleichzeitig stark von dem Infektionsgeschehen beeinflusst. So veränderten sich u. a. Arbeitsbedingungen und überwiegend auch die Anforderungen an die Beschäftigten. Im April 2020 wurde deshalb ein Corona-Sofortangebot im Rahmen von MEHRWERT:PFLEGE initiiert. So stand und steht auch während Akutsituationen ein schnell verfügbares Beratungsangebot für Führungskräfte und Mitarbeitende in der Pflege bereit. Fokus ist es, die psychische Gesundheit gezielt zu stärken, aber auch Unterstützung bei Themen zur Gestaltung der Organisationsabläufe, Herausforderungen der Führung und Motivation im Team zu bieten. Die spezifischen Beratungsthemen für die virtuellen Kleingruppenformate werden bedarfsbezogen mit den Einrichtungen abgestimmt. In den letzten Monaten haben über 100 Organisationen ihr Interesse am Angebot bekundet bzw. dieses umgesetzt.

Anlass und Beratungsthemen ändern sich über den Zeitverlauf

Zu Beginn der Pandemie galt es für Führungskräfte verstärkt, Arbeitsabläufe anlassbezogen neu zu justieren, diese auf jeweils aktuelle Pandemiebestimmungen auszurichten und so den Prozess der Unsicherheit zu managen. Mit fortwährender Pandemie standen eher Themen wie Führung in angstbesetzten Situationen, Priorisierungsstrategien oder die Arbeitsorganisation in belasteten Teamstrukturen im Fokus.

Folgende Fragestellungen waren u. a. bisher Beratungs- und Unterstützungsanlass:

- Wie schaffe ich es als Führungskraft, meine Mitarbeitenden zu stützen und zu motivieren in der (andauernden) Krisensituation?
- Wie begegne ich den herausfordernden Ansprüchen und Erwartungen und bleibe in den Zeiten der ständigen Veränderung handlungs- und entscheidungsfähig?
- Wie gehen wir im Team mit belastenden Situationen oder Emotionen um?

Unter den Beschäftigten wurden häufig Krankheitsängste besprochen. Im Rahmen des Angebots wird eine Möglichkeit geschaffen, mit der Arbeitsverdichtung bzw. eigenen Belastung umzugehen, den Zusammenhalt im Team zu stärken sowie gesundheitsfördernde Arbeitsweisen in den Mittelpunkt zu rücken. Die Erfahrungen des Corona-Sofortangebots verdeutlichen die Bedeutsamkeit, neue Belastungssituationen zu thematisieren und das Befinden der Beschäftigten im Blick zu behalten, nicht nur in Pandemiezeiten. Daher ist es zudem Ansinnen, die Einrichtungen auch für eine langfristige Umsetzung von BGF-Strategien zu sensibilisieren.

Gesundheitsdialog in Werkstattform – GESUWERK Prävention in ambulanten Pflegeeinrichtungen und in der Service-Assistenz (Kliniken)

Die Ergebnisse der ersten Gesundheitswerkstätten-Workshops (vor Corona) bestätigten die Vermutung aus der **Vorabbefragung¹**, dass in der ambulanten Pflege Befragungsinstrumente zur Gefährdungsbeurteilung in Form von Fragebögen nur bedingt zum Ableiten betriebsspezifischer Verbesserungsmaßnahmen geeignet sind. Diese Workshops konnten in der ursprünglich geplanten Version coronabedingt nicht mehr durchgeführt werden; sie wurden durch (teil-)digitale Angebote ersetzt. Aus der Entwicklung einer Online-Gesundheitswerkstatt resultierte eine Projektverlängerung und die Konzentration auf zunächst weniger beteiligte Betriebe.

Alle Teilnehmenden werden in der Online-Gesundheitswerkstatt durch schriftliche Information in das Projekt eingeführt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden mit dem Ausfüllen eines Kurzfragebogens zur psychischen Belastung eingebunden, der auf Basis von Workshop-Erfahrungen für die spezielle Pflege- bzw. Assistenzsituation zugeschnitten wurde. Anschließend werden online Interviews von Kolleginnen und Kollegen in zwei Stufen durchgeführt. In der ersten Stufe wird in Partnerarbeit mit ausgewählten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Interviewleitfaden durchgearbeitet. Dieser Leitfaden liegt den zu Interviewenden vor. Er ist an den Pflege- bzw. Assistenzbedingungen orientiert. In der zweiten Stufe führen diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einer entsprechenden Einführung selbst Online-Interviews mit ihren Kolleginnen und Kollegen durch. Dieses Vorgehen trägt zur Akzeptanzsicherung bei.

Nach der Auswertung erfolgt eine Rückmeldung an alle Teilnehmenden und an die Leitung. Die gesammelten Verbesserungsvorschläge bilden ein breites Spektrum von Sauberkeit der Fahrzeuge über genauere Informationen zu Bewegungseinschränkungen bei Patientinnen und Patienten bis zu Unterstützung beim Thema Sterben ab. In

- © Gesund leben und arbeiten
- § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung
- 2 Pflegeeinrichtungen in NRW (weitere geplant),
Träger für Service-Assistenz in 2 Kliniken in NRW
- IKK classic
- ambulante Pflegedienste, insbesondere deren Beschäftigte, sowie
Stationsassistentinnen und -assistenten in der vollstationären Pflege
- bundesweit (geplant), 10/2019–09/2021

einem abschließenden Online-Workshop werden mit der Führung gemeinsam Maßnahmen und Treiber zur Umsetzung bestimmt. Zur praktischen Maßnahmenplanung unter Beteiligung Beschäftigter haben sich sowohl die Workshop-Methode als auch die Online-Variante der Gesundheitswerkstatt bewährt.

Auf der Basis der Ergebnisse der Gesundheitswerkstatt werden zielgruppen- und belastungsorientiert weitere Maßnahmen für die Betriebe vorgeschlagen. Hier bietet die Krankenkasse Trainings bzw. Seminare zu Führung, Kommunikation, Kooperation, Ernährung, Stress, Sucht oder Bewegung bedarfsgerecht nach den Präventionsprinzipien gemäß Leitfaden Prävention an.

Nach der Erprobungsphase soll die Gesundheitswerkstatt in der Workshop- oder Online-Variante als Einstieg in die BGF in das Angebot der Krankenkasse übernommen und in weiteren ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden.

Autoren:

Georg Hensel,
IKK classic

Prof. Dr. Lutz Packebusch,
Human Factors Engineering

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

Care4Care – Ein digital unterstützter pflegespezifischer Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung

- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, gesundheitsförderliche Führung
- diverse Pflegeeinrichtungen
- AOK-Bundesverband und Landes-AOKn; Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungspartner (AOK, BGW, BMAS) im Projektbeirat
- Projektpartner der Kranken- bzw. Pflegekassen/Kooperationspartner: gefördert durch alle Landes-AOKn
Kooperation mit folgenden Hochschulen: Beuth Hochschule für Technik Berlin, Leuphana Universität Lüneburg, Technische Hochschule Lübeck, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, Johannes Gutenberg-Universität Mainz (partiell)
- Pflegekräfte und Führungskräfte der Pflegeeinrichtungen (Krankenhaus, stationäre Pflege und ambulante Pflege)
- bundesweit, 2020–2023

Autoren und Autorin:

Dr. Thomas Lennefer, AOK-Bundesverband

Prof. Dr. Antje Ducki, Berliner Hochschule für Technik

Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität Lüneburg

Philipp Barenburg, AOK Nordost

Care4Care¹ verfolgt das Ziel, ein digital unterstütztes BGF-Angebot für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. In Kooperation mit vier Hochschulen werden in diesem Forschungsvorhaben verschiedene verhältnis- und verhaltenspräventive Trainings entwickelt, die gleichermaßen die Bedürfnisse der unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen ansprechen. Das Ziel ist es hierbei, mittels der unterschiedlichen Trainings Pflegekräfte und deren Führungskräfte dabei zu unterstützen, Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und die individuellen gesundheitlichen Ressourcen zu stärken. Als finales Angebot wird eine Plattform mit zahlreichen Trainings entstehen, die es Pflegeeinrichtungen ermöglicht, weitestgehend selbstständig einen BGF-Prozess durchzuführen. Die einzelnen Trainings stehen hierbei in digitaler Form oder in einer Mischform zwischen digital und analog zur Verfügung. Teamfokussierte Vor-Ort-Angebote zur gesundheitsförderlichen Führung komplettieren das Angebot.

Akute Unterstützung während der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat Führungs- und Pflegekräfte mit außergewöhnlichen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert², gleichzeitig konnten vielerorts gesundheitsförderliche Präsenzaktivitäten angesichts der Hygienebestimmungen nicht durchgeführt werden. Aufgrund dessen wurde im Care4Care-Projekt ein zusätzliches Online-Coaching für Führungskräfte angeboten, in dem pandemiebedingte belastende Situationen aufgearbeitet werden konnten und Möglichkeiten der Stärkung der eigenen Gesundheit sowie der Gesundheit der Mitarbeitenden thematisiert wurden. Zusätzlich wurde das digitale Resilienztraining RESIST weiterentwickelt und kurzfristig zur Verfügung gestellt.

Das RESIST-Programm zielt anhand eines sechswöchigen Online-Trainings darauf ab, die psychische Widerstandsfähigkeit von Pflegekräften zu stärken. Zusätzlich unterstützt eine App dabei, die erlernten Techniken in den Alltag zu integrieren, und Pflegekräfte haben die Möglichkeit, sich von Psychologinnen und Psychologen individuell coachen zu lassen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt haben bereits 57 Pflegeeinrichtungen am RESIST-Programm teilgenommen und dadurch die Gesundheit ihrer Pflegekräfte gestärkt. Angesichts der anhaltenden Pandemie steht das Programm weiterhin zur Verfügung.

Während im Jahre 2021 weitere verhältnis- und verhaltenspräventive Trainings in Einrichtungen erprobt wurden, steht im Jahre 2022 das gesamte Angebot auf der Care4Care-Plattform zur Verfügung und wird im Rahmen einer bundesweiten Studie evaluiert.

¹ Weitere Informationen erhalten Sie unter: care4care-projekt.de

² Hower, I. & Winter, W. (2021). Pandemiebedingte Herausforderungen in der Pflege – Ansätze für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H. et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2021. Berlin: Springer. Verfügbar unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/fehlzeiten-report/2021/>

WERTGESCHÄTZT - Eine Initiative von Betriebskrankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

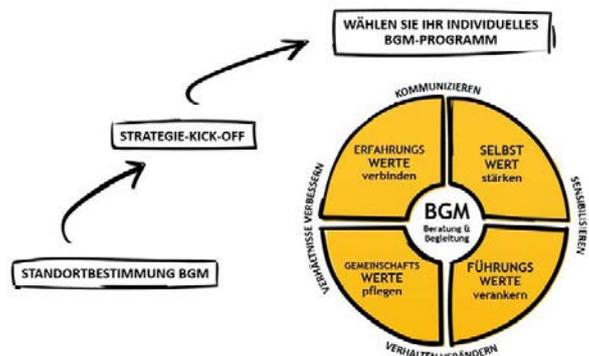
Mitarbeitende in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen haben stets die Gesundheit von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern im Fokus ihrer Arbeit. Die Initiative **WERTGESCHÄTZT**¹, eine Kooperation von 29 Betriebskrankenkassen in Zusammenarbeit mit der Team Gesundheit GmbH stellt explizit die Mitarbeitergesundheit in den Fokus. Die Initiative unterstützt Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der nachhaltigen Implementierung des internen BGM und der Optimierung der individuellen Gesundheitsförderungsprogramme. Sie zielt darauf ab, die nachhaltige Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde und wertschätzende Unternehmenskultur zu fördern.

Jede Einrichtung wird von einer Beraterin bzw. einem Berater durch den WERTGESCHÄTZT-Prozess begleitet und beraten. Das Vorgehen fokussiert Partizipation und Ressourcenstärkung und setzt Maßnahmen bedarfsorientiert um. Zum Einsatz kommen Offline- sowie Online-Angebote: von der digitalen Steuerungsgremium-Sitzung über Projekte zur Führungskräfteentwicklung und digitale Gesundheitswochen inklusive online Lerncampus bis hin zu Arbeitsplatzprogrammen für Mitarbeitende in der Pflege.

In den Jahren 2020 und 2021 wurden vielfältige Aktivitäten umgesetzt, insbesondere zu den Themen „Führung“ und „wertschätzende Kommunikation“, die durch die Pandemie besonders hervortraten. Die Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Einrichtungen wurde durch die Corona-Pandemie stark beeinflusst. Mit Flexibilität und Kreativität gelang es der Initiative, den großen Herausforderungen mit Mut zu begegnen und gemeinsam mit den Einrichtungen erfolgreich neue Wege zu gehen. Besonders gut angenommen wurden hier die neuen digitalen Formate.

Die Initiative WERTGESCHÄTZT wird seit Mitte 2020 durch das Institut für sozialwissenschaft-

- 🕒 **Gesund leben und arbeiten**
- 📖 **§ 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil**
- 🏠 **zurzeit 80 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bundesweit**
- 🔗 **Audi BKK, Bertelsmann BKK, BKK B. Braun Aesculap, BKK Herkules, BKK Mahle, BKK Melitta Plus, BKK Public, BKK Rieker RICOSTA Weisser, BKK RWE, BKK Salzgitter, BKK Scheufelen, BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, BKK Stadt Augsburg, BKK Technoform, BKK VDN, BKK Würth, BMW BKK, Daimler BKK, Debeka BKK, energie BKK, Heimat Krankenkasse, Merck BKK, Mobil Krankenkasse, NOVITAS BKK, BKK Pfalz, Südzucker BKK, TUI BKK, Wieland BKK, WMF BKK**
- 👥 **regionale Partnerinnen und Partner, wie z. B. Kommune, Sportvereine, andere Einrichtungen, IHK**
- 👤 **Berufsgruppen, die in diesen Settings tätig sind**
- 📅 **seit Anfang 2019, mindestens 24 Monate je Einrichtung**



Quelle: WERTGESCHÄTZT

liche Forschung - ISF München - wissenschaftlich evaluiert. Erste Zwischenergebnisse zeigen als Erfolgsfaktoren für die Arbeit des BGM die Unterstützung durch die Geschäftsführung, gute personelle Ressourcen für das BGM sowie die Unterstützung durch die Initiative auf.

Ausblick

WERTGESCHÄTZT wird von dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ geleitet. Um auf das heterogene Bild der BGM-Strukturen und die aktuelle Situation zu reagieren, stehen die nachhaltige Stärkung von bereits vorhandenen Ressourcen und die Schaffung von bedarfsorientierten und individuellen Lösungsansätzen und Angeboten im Mittelpunkt.

Autorinnen:

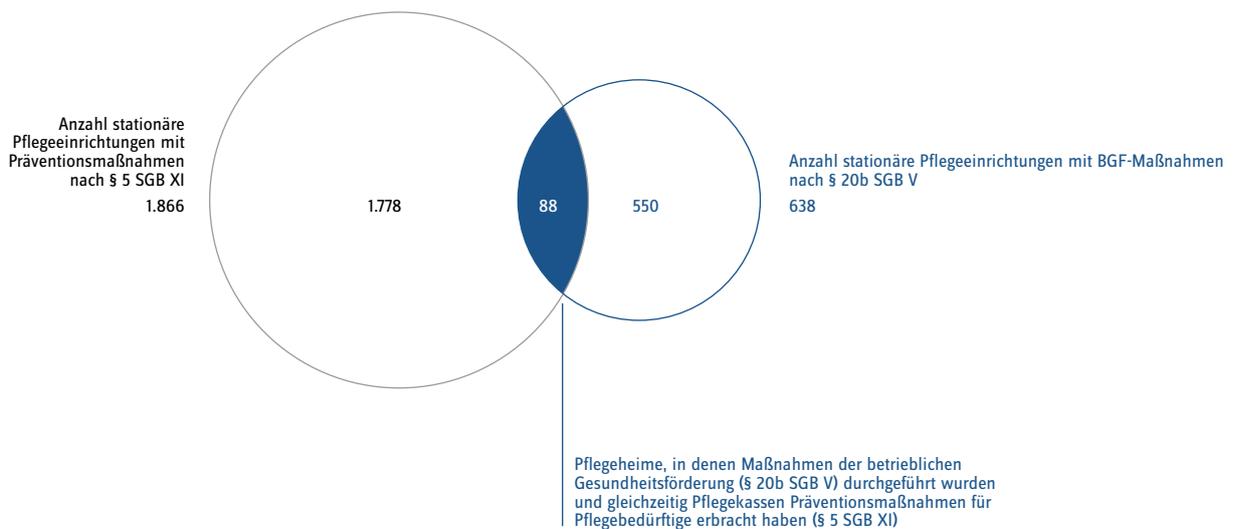
Gyögyi Bereczky-Löchli,
BKK Dachverband

Barbara Pöhlmann,
Novitas BKK

¹ www.bkk-wertgeschaeetzt.de

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

Abb. 68: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen



Im Berichtsjahr 2020 fanden die BGF-Leistungen zu fast einem Viertel in Betrieben aus dem Gesundheits- und Sozialwesen statt (s. Abb. 22). Den größten Anteil machen dabei mit 9 % die Leistungen in Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI aus.

Im Berichtsjahr 2020 erfolgte die Verknüpfung der BGF für beruflich Pflegende mit Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen in 88 Pflegeeinrichtungen. Im Vergleich zum Vorjahr (66) wurde auch hier eine Steigerung verzeichnet. Weiterhin wurde in zwölf Fällen dokumentiert, dass Einrichtungen über die Verzahnung von BGF für Pflegende und Präventionsmaßnahmen für Pflegebedürftige informiert/beraten wurden (Erhebung „Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen“).

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

Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei



Das Projekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ verbindet BGF-Maßnahmen gemäß § 20b SGB V mit Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI.

Initiiert, durchgeführt und wissenschaftlich begleitet von der AGP Sozialforschung Freiburg in Zusammenarbeit mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. und der Hochschule München wird das Projekt von 29 Kranken- und Pflegekassen gefördert. 40 Pflegeheime unterschiedlicher Träger und Größe in ganz Bayern nehmen daran teil.

Inhalt und Ziele

Das Präventionsprogramm rückt die ganzheitlichen Wechselwirkungen von Gewaltvorkommnissen in Pflegeheimen in den Fokus, indem nicht nur Gewaltphänomene von Bewohnerinnen und Bewohnern gegenüber Beschäftigten, sondern auch solche von Mitarbeitenden oder Angehörigen gegenüber Pflegebedürftigen und zwischen Pflegebedürftigen untereinander in den Blick genommen werden. Ziel ist es, bei den Mitarbeitenden ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Gewaltdimensionen und -formen in der Pflege zu schaffen, um sie in Bezug auf den Umgang mit Gewaltpotenzialen und -handlungen zu unterstützen.

Dies kann mithilfe innovativer Konzepte und Methoden gelingen, die helfen, Gewalthandlungen vorzubeugen. Eingebettet in ein gesundheitsförderliches organisatorisches Umfeld sollen die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden verbessert und die subjektive Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner gefördert werden. Die Persönlichkeitsrechte beider Zielgruppen – Pflegebedürftiger und Beschäftigter – werden gestärkt. Unterstützt durch erfahrene Prozessbegleiterinnen und -begleiter und Coaches sollen die Pflegeheime partizipativ und systematisch die für sie passenden Konzepte und Methoden umsetzen und nachhaltig etablieren.

- 🕒 **Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter**
- 📄 **§ 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung; gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil**
- 📄 **§ 5 SGB XI: Prävention von Gewalt**
- 🏠 **40 Pflegeheime**
- 🔗 **AOK Bayern, Ersatzkassen, 20 Betriebskrankenkassen, KNAPPSCHAFT, SVLFG als Pflegekasse**
- 🔗 **AGP Sozialforschung, Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V., Hochschule München**
- 👤 **Beschäftigte sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen**
- 📅 **Bayern, Projektlaufzeit: 3 Jahre**

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Umsetzung

Beginn des Projekts war der 1. Januar 2020. Der Ausbruch der Corona-Pandemie führte im Projekt zu einem erhöhten Koordinations- und Planungsaufwand. So verschob sich der Start in den ersten Einrichtungen aufgrund der Infektionsschutzmaßnahmen in den Herbst 2020. Begleitende Veranstaltungen mussten in Kleingruppen umorganisiert bzw. teilweise verschoben werden. Die Maßnahmen werden überwiegend digital abgehalten, soweit die Einrichtungen über die notwendige technische Ausstattung verfügen und sofern die jeweilige Methode dafür geeignet ist.

Ausblick

Wie sich die Präventionsmaßnahmen auf die Gesunderhaltung, Wertschätzung und die Zufriedenheit der Beschäftigten wie auch der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen auswirken, wird die Begleitevaluation zeigen.

Die Verstetigung und Nachhaltigkeit des Prozesses wird mithilfe einer strukturierten Good-Practice-Sammlung unterstützt, die innerhalb der Projektlaufzeit erarbeitet wird. Ziel ist es, diese allen Pflegeeinrichtungen in Bayern in Form eines Methodenkoffers zur Verfügung zu stellen.

Autorinnen:

Annette Bleher,
Techniker Krankenkasse

Agnes Dabinger,
AOK Bayern

Silvana Dietsch,
BKK Landesverband Bayern

Prozessberatung gibt Halt - gesaPflege in herausfordernden Zeiten

- © Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
- § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- § 5 SGB XI: Organisationsentwicklung, psychosoziale Gesundheit, kognitive Ressourcen, körperliche Aktivität, Prävention von Gewalt
- 7 vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- AOK, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen, Innungskrankenkasse, KNAPPSCHAFT (vollständige Liste unter www.gesapflege.de)
- Team Gesundheit GmbH, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Technische Universität Chemnitz
- Bewohnerinnen und Bewohner sowie Beschäftigte
- Nordrhein-Westfalen, 12/2017-05/2021

Autorinnen:
Marieke Leder,
Team Gesundheit GmbH

Tanja Koch,
BARMER

Anja Marcour,
AOK Rheinland/Hamburg

Das Modellprojekt „gesaPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege“ ist ein Gemeinschaftsprojekt gesetzlicher Krankenkassen nach § 5 SGB XI in Nordrhein-Westfalen. Mit dem Ziel der Erstellung eines Handlungsleitfadens für Pflegeeinrichtungen wurde ein umfassender und nachhaltiger Prozess zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt – auf Ebene der Beschäftigten sowie der Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Umsetzung des Vorhabens erfolgte durch eine interdisziplinäre Projektgemeinschaft an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis. Sie begleitete die Einrichtungen mit einer umfangreichen Prozessberatung durch alle Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses. Die Kombination aus externer Expertise und dem Erfahrungswissen der Pflegeeinrichtungen erwies sich dabei als Erfolgsfaktor insbesondere zu Zeiten der Corona-Pandemie. Die Prozessberatung blieb in gesaPflege nah an den Einrichtungen und konnte so das Projekt weiter voranbringen.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse des Modellprojekts sind in einen Handlungsleitfaden überführt worden und auf der **Projekt-Website**¹ – ebenso wie Kurzvideos zur Vorstellung des Projekts – zugänglich. Adressatinnen und Adressaten des

Handlungsleitfadens sind insbesondere interessierte (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen, welche selbstständig oder mit Unterstützung gesundheitsförderlich aktiv werden möchten und sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten wie auch der Bewohnerinnen und Bewohner einsetzen. Neben grundlegendem (Erfahrungs-) Wissen umfasst der Handlungsleitfaden in Form von Anhängen auch umfangreiche Modulkonzepte für die Bewohnergesundheit, Moderationspläne für Workshop-Verfahren sowie Ideensammlungen und Best-Practice-Beispiele, um die Einrichtungen fit für Gesundheitsförderung zu machen.

Stark eingeschränkte Maßnahmenumsetzung in Pandemiezeiten

Alle im Handlungsleitfaden aufgenommenen Maßnahmen und Konzepte sind im Rahmen des Projekts gesaPflege entstanden und beruhen auf (wissenschaftlich) fundierten Konzepten. Dies betrifft insbesondere die sechs entstandenen Module zur Gesundheitsförderung auf der Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner. Die geplanten Angebote wie z. B. Multiplikatoren-Workshops oder BGF-Maßnahmen waren als Gruppenangebote angelegt und mussten aufgrund der jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zum Infektionsschutz bis Ende 2020 angepasst werden.

Die engmaschige Prozessberatung gab den teilnehmenden Einrichtungen gleichsam Orientierung wie Motivation und versuchte, partizipativ geeignete, realisierbare Lösungen zu finden. Aufgrund der wechselnden Hygienevorgaben wurde in Einrichtungen mit den entsprechenden technischen Voraussetzungen auf digitale Formate gesetzt, welche jedoch z. T. aufgrund der in der Zielgruppe vorhandenen Hemmschwelle zur Nutzung digitaler Medien nur verhalten angenommen wurden. Ab Herbst 2020 konnten mit deutlich reduzierten Gruppengrößen, dafür aber in häufiger Frequenz und/oder im Außenbereich Maßnahmen angeboten werden.

¹ www.gesapflege.de

Die Einrichtungen nahmen die Proaktivität und Flexibilität des Projekts als große Wertschätzung wahr und honorierten sie mit kreativen Lösungen. Dabei stand insbesondere der Wunsch der Einrichtungsleitungen, sich für die eigenen Beschäftigten wie auch die Bewohnerinnen und Bewohner einsetzen zu wollen, im Vordergrund. Stark frequentiert waren Angebote für eine gesunde und wertschätzende Führungskultur sowie Beratungen und Coachings für die Beschäftigten. Ebenso wurde eine digitale einrichtungsübergreifende kollegiale Beratung für Wohnbereichsleitungen angeboten, welche den Beschäftigten in „Sandwich-Positionen“ Orientierung und gesundheitsförderliche Impulse (mit-)geben konnte.

Projektevaluation zeigt gute Ergebnisse

Die Abschlussequation wurde zwischen Februar und April 2021 umgesetzt und aufgrund der Corona-Pandemie den Möglichkeiten und Rahmenbedingungen in den Einrichtungen angepasst. Sie umfasste neben teilstandardisierten Experteninterviews mit den Einrichtungsleitungen verschiedene qualitative Gruppendiskussionsverfahren, um den Verlauf und die angestoßenen (gesundheitsförderlichen) Veränderungen aus Sicht der unterschiedlichen Projektbeteiligten zu erfassen. Die Verfahren wurden vor Ort oder digital durchgeführt.

In der Umsetzung zeigte sich die Heterogenität der Zielgruppe hinsichtlich der Affinität zu digitalen Formaten: Während einige Einrichtungen ihre (internen) Abläufe bereits digitalisiert haben, ist die technische Infrastruktur in anderen Einrichtungen noch ausbaufähig. Auch hier half die enge Verbindung der Prozessberaterinnen und -berater zu den Einrichtungen, um individuelle Lösungen für etwaige Herausforderungen zu finden, sodass nahezu alle geplanten Formate auch in der Praxis umgesetzt werden konnten.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass gesaPflege nachhaltige Impulse in den Einrichtungen setzt. Sowohl die unmittelbar vor Ort umgesetzten

Maßnahmen als auch die Prozessberatung stellten sicher, die Einrichtungen im Pandemieverlauf zu unterstützen und das Thema Gesundheit präsent zu halten. Gleichwohl zeigte sich jedoch der heterogene Durchdringungsgrad des Projekts. Während es manchen Einrichtungen gelang, das Projekt über die gesamte Laufzeit in die Breite ihrer Belegschaft zu tragen, wurden bei anderen Evaluationsteilnehmenden Informationslücken in ihrer Einrichtung deutlich. Es besteht die Vermutung, dass dieser Effekt durch die ansteigende Fluktuation zu Pandemiezeiten der Beschäftigten in der stationären Pflege noch verstärkt wurde.

Die bereits vor der Pandemie aufgebaute vertrauensvolle Zusammenarbeit trug die Projektbeteiligten auch durch herausfordernde Zeiten und stellte sich für die Einrichtungen als großer Mehrwert heraus, welcher in der Evaluation häufig benannt wurde.

Optimierungspotenziale besonders für das Folgeprojekt relevant

gesaPflege mündet Ende 2021 in ein Folgeprojekt für (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Für die Projektplanung und -umsetzung sind auch die seitens der Einrichtungen benannten Optimierungsmöglichkeiten von großem Interesse: Neben einer Verlängerung bzw. Ausdehnung der im Rahmen der individuellen Projektverläufe vorgesehenen Phase der Maßnahmenumsetzung wurde die Bedeutsamkeit der projektinternen und -externen Öffentlichkeitsarbeit benannt.

Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen

- © Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
- § 20b SGB V: gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- § 5 SGB XI: psychosoziale Gesundheit, Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen
- 1 Pflegeeinrichtung in Brandenburg
- BKK-VBU und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) LV Berlin/Brandenburg
- AckerCompany GmbH, Motio GmbH Berlin
- pflegebedürftige Menschen, Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen, Angehörige der pflegebedürftigen Menschen
- Brandenburg, 01.04.2021-31.03.2023



- Autorinnen:
- Rebecca Zeljar, Verband der Ersatzkassen e. V.
 - Iris Scheuberth, Verband der Ersatzkassen e. V.
 - Astrid Salomon, BKK Verkehrsbau Union
 - Babett Stähler-Kirsten, BKK Verkehrsbau Union

Das Projekt „Ein WOHLFÜHLORT für Pflegeeinrichtungen“ wurde im Laufe des Berichtsjahres 2020 kassenartenübergreifend konzipiert. Pandemiebedingt kann der WOHLFÜHLORT erst im Folgejahr in einer Brandenburger Pflegeeinrichtung in Kooperation mit den beteiligten Pflege- und Krankenkassen sowie weiteren Partnern starten. Der WOHLFÜHLORT verzahnt beide Wirkfelder der Gesundheitsförderung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen für das Pflegepersonal und für pflegebedürftige Menschen miteinander.

Die Grundlage für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen bildet die Ermittlung der gesundheitlichen Situation der Einrichtung (Risiken und Potenziale), um gemeinsam analog und digital Vorschläge zu entwickeln, die zur Stärkung der gesundheitlichen Situation

sowie der Ressourcen und Fähigkeiten beitragen. Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie versteht sich die BGF dabei als stetige Hilfe zur Selbsthilfe für alle Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung.

Der Fokus des WOHLFÜHLORT liegt auf der Ausgestaltung der Maßnahmen vor Ort und digital in enger Beziehung mit dem Thema „Gärtnern“. Die geplanten Maßnahmen in den präventiven Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit, kognitive Ressourcen, Ernährung und körperliche Aktivität werden ganzheitlich entlang der Themen „Gärtnern“, „Beete“ und „Natur“ unter Einbeziehung aller Akteurinnen und Akteure vor Ort, insbesondere der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeitenden umgesetzt.

Es ist geplant, mit dem innovativen Projekt Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die im Rahmen der pandemiebedingten Herausforderungen zur Stärkung der Angebote vor Ort beitragen. Mit Hilfe digitaler Kanäle sollen kontaktlos und doch „digital gemeinsam“ Angebote wahrgenommen werden. Als Verbindung der Gesundheitselemente mit der gärtnerischen Komponente wird eine App als motivierendes Element und gleichsam niedrigschwelliger Zugang zum Projekt dienen. Zur Einbindung der Angehörigen, der pflegebedürftigen wie auch der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung sind gemeinsame und partizipative Workshops als analoge und digitale Formate vorgesehen. Die Kick-off-Veranstaltung fand bereits im April 2021 im virtuellen Raum statt. Mittels partizipativer Formate wie z. B. Zukunftswerkstätten oder gemeinsamer Multiplikatorenschulungen werden die Menschen vor Ort dazu befähigt, ihren WOHLFÜHLORT gesundheitsförderlich zu gestalten und auszubauen, um schließlich mittels des Multiplikatoren-Manuals Schritt für Schritt in die Eigeninitiative und Verstetigung des Projekts zu gehen.

Gesunde Pflegeeinrichtung - Prävention in der stationären Pflege

Ziel des Präventionsprogramms „Gesunde Pflegeeinrichtung“ ist die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner und die Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten in der stationären Pflege. Ein Steuerungsgremium ermittelt die individuellen gesundheitsförderlichen Bedarfe auf der Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner und der Mitarbeitenden in der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Präventionsexpertinnen und -experten des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung GmbH begleiten diesen Prozess mit entsprechender Beratung und zugeschnittenen Angeboten – in allen Handlungsfeldern des GKV-Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“. Langfristig wird in den stationären Pflegeeinrichtungen ein Organisationsentwicklungsprozess zum Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen sowie zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen etabliert.

Pandemiebedingt entstanden zwischenzeitlich zahlreiche digitale Angebote wie z. B. die Energietankstelle, ein Moodboard und darüber hinaus diverse Coaching-Angebote.

Evaluation „Gesunde Pflegeeinrichtung“

Die Programmevaluation durch das IGES Institut zeigt durch qualitative und quantitative Befragungen des Personals in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, dass der Prozess zur Stärkung der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Mitarbeitenden in vielen Einrichtungen bereits deutlich weiter vorangeschritten ist als der für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen. Als besonders förderlich und motivierend für das Programm wird die Beratungskompetenz der Präventionsexpertinnen und -experten und ihre fachliche Einschätzung von außen hervorgehoben. Darüber hinaus bewerten die Einrichtungen neben der inhaltlichen Vielfalt des Programms die Möglichkeit der individuellen Anpassungen an die Bedarfslagen des eigenen Hauses als positiv. Im Hinblick auf Nachhaltigkeit und Verstetigung der gesundheitsfördernden Maßnahmen wird der

- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- ☒ § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- ☒ § 5 SGB XI: körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt, gesunde Ernährung
- 🏠 500 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- 🔗 AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
- 🔗 Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
- 👥 Bewohnerinnen und Bewohner sowie Beschäftigte
- 📅 Rheinland, Hamburg, seit 2017 fortlaufend

Multiplikatorenansatz begrüßt, welcher Teilnehmende dazu qualifiziert, selbstständig Maßnahmen durchzuführen und erworbene Kompetenzen an Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben.

Autorinnen:

Silva Bieling,
AOK Rheinland/Hamburg

Manuela Otto,
AOK Rheinland/Hamburg

Anja Marcour,
AOK Rheinland/Hamburg

In einigen Einrichtungen zeigt sich eine Herausforderung durch eine hohe Fluktuation des Personals und damit einhergehender Abwanderung von schon erarbeiteten gesundheitsförderlichen (Programm-)Kenntnissen. Zudem stellen ein großer Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem hohen Pflegebedarf und damit häufig in Verbindung stehenden kurzen Verweildauern herausfordernde Faktoren für eine langfristige Planung und Umsetzung von Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung dar.

Das Programm wird seit 2017 erfolgreich im Rheinland und in Hamburg durch regionale Ansprechpartner verbreitet. 500 (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen haben bisher eine Gesundheitspartnerschaft mit der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen und konnten in der Gesundheitsförderung und Prävention auf Mitarbeiter- und Bewohnerebene sehr gute Effekte erzielen.

Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP)

- © Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- § 20b SGB V: alle Handlungsfelder
- § 5 SGB XI: alle Handlungsfelder
- Projektdurchführung: AOK-Bundesverband, Begleitung durch Pflege- und Krankenkassenverbände, GKV-Spitzenverband und weitere Sozialversicherungspartner etwa im Beirat und im Rahmen regelmäßiger Workshops
- gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Evaluation und Pilotierung mit Praxispartnern, d. h. ausgewählte Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen bzw. (teil- und voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen
- Personen im erwerbsfähigen Alter, tätig in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen; Bewohnerinnen und Bewohner in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen bzw. in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Gäste von Tagespflegeeinrichtungen
- bundesweit, 05/2017-04/2021



Autorinnen und Autor:
Anke Tempelmann,
AOK Bundesverband

Miriam Ströing,
AOK Bundesverband

Christian Hans,
AOK Bundesverband

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt QualiPEP „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ wurde durch den AOK-Bundesverband im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Zeitraum von Mai 2017 bis April 2021 umgesetzt. Im Vordergrund stand die Entwicklung eines Qualitätsrahmens für Prävention, (betriebliche) Gesundheitsförderung und Förderung der Gesundheitskompetenz in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und stationären Pflegeeinrichtungen, damit qualitätsorientierte, wirksame und nachhaltige Maßnahmen im Sinne des Präventionsgesetzes durch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen erbracht werden können. Unter

Berücksichtigung bestehender und erprobter Qualitätskonzepte sowie eigener Forschungsarbeiten konnten in enger Abstimmung mit den Einrichtungen – mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern, Leiterinnen und Leitern – sowie mit Kostenträgern, Wissenschaft, Berufsfachverbänden und Politik spezifische Qualitätskriterien entwickelt und durch partizipative Methoden in Qualitätsinstrumente (Checklisten) überführt werden. Diese wurden in einer fünfmonatigen Pilotierungsphase in zehn Einrichtungen beider Lebenswelten erprobt und evaluiert. Die Evaluation erfolgte in enger Abstimmung mit den Einrichtungen und unter Einhaltung aller notwendigen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen.

Durch die Corona-Pandemie musste die Pilotierung um drei Monate auf August 2020 verschoben werden. Die Kick-off-Veranstaltungen konnten jeweils noch in Präsenz stattfinden. Die Einrichtungen erprobten die Checklisten selbstständig mit Begleitung durch das QualiPEP-Projektteam. Die Implementierungsevaluation erfolgte durch Experteninterviews mittels digitaler Konferenzsysteme. Im Laufe des Jahres waren die Einrichtungen mit Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen sowie mit der Organisation der Impfungen personell stark beansprucht. Die Prozessevaluation konnte wie geplant stattfinden, die Ergebnisevaluation musste wesentlich verkürzt werden. Die Umsetzung geplanter Maßnahmen, insbesondere mit externen Kooperationspartnern, war kaum möglich. Erste wirkungsfördernde und nachhaltigkeitsbezogene Ansätze konnten dennoch erhoben werden. Diese gilt es, in einer breiten Anwendung der Checklisten zu validieren.

Sechs Checklisten

In QualiPEP erfolgte die Entwicklung und Erprobung von Qualitätsinstrumenten in Form von Checklisten für Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie für stationäre Pflegeeinrichtungen mit folgenden Zielen:

- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner

- Förderung der Gesundheitskompetenz
- Weiterentwicklung der BGF

Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- modular aufgebaut einen niedrighschwelligem themenbasierten Einstieg ermöglichen („vom Anschaulichen zum Komplexen“),
- einen einfachen Zugang zu Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bieten,
- auf spezifische Verbesserungen der Struktur-, Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität hinweisen,
- eine systematische Ist-Analyse, Konzeption und Planung von Präventionsansätzen und -maßnahmen ermöglichen,
- Diskussionen und Reflexionen auslösen, Ideen, Impulse und Entscheidungshilfen geben,
- lebenswelt- und zielgruppenspezifische Präventionsansätze und -maßnahmen generieren,
- einen nachhaltigen Koordinations-, Steuerungs- und Strukturaufbau befördern,
- für zusätzliche Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege sensibilisieren (§ 5 SGB XI) und
- partizipativ entwickelte „Empfehlungen von Einrichtungen für Einrichtungen“ darstellen.

Die Checklisten sind in ein nutzerorientiertes Qualitätssicherungskonzept eingebunden und stehen als lebensweltsspezifisch aufbereitete QualiPEP-Handbücher für die Pflege und Eingliederungshilfe zur Verfügung. Sie enthalten weiterführende Anregungen für die Praxis, Literaturhinweise, ein Glossar und eine Beschreibung der wichtigsten Zielgruppen. Die Handbücher stehen für alle Einrichtungen, Kranken- und Pflegekasernen zur weiteren Verwendung auf der [Projekt-Website](#)¹ zur Verfügung.

Zur Verdeutlichung der Anwendbarkeit und des Nutzens der Checklisten wurden zwei Filme im Rahmen der Pilotierung erstellt:

- Praxisbeispiele zur Prävention und Gesundheitsförderung aus den Piloteinrichtungen in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin
- Praxisbeispiel zur Umsetzung der Checkliste „Gesundheitskompetenz in der Pflege“ aus der Piloteinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern

Ein Animationsfilm zur Erklärung des Projekts QualiPEP ist ebenso auf der Projekt-Website abrufbar. Hier finden sich auch verschiedene Publikationen zu dem Projekt und seinen Studien, beispielsweise ein [G+G spezial](#)² oder ein [Studienbericht zu Prävention und Gesundheitsförderung in besonderen Wohnformen der TU München](#)³.

Digitaler Gesundheitskompetenz-Check für die Pflege

Um das innovative und noch wenig etablierte Thema „Förderung der Gesundheitskompetenz“ zugänglich zu gestalten, wurde im Projekt QualiPEP das Selbstbewertungsinstrument Gesundheitskompetenz in der stationären Pflege mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirates von ca. 120 auf 30 Qualitätskriterien reduziert und in einen digitalen „Gesundheitskompetenz-Check für die Pflege“ transferiert. Die Nutzerinnen und Nutzer erhalten so einen ersten Überblick sowie eine Gesamtauswertung und themenbezogene Einzelauswertungen. Alle Auswertungen verweisen auf passende Handlungsempfehlungen und ebnet den Weg zu konkretem Handeln. Das [digitale Tool](#)⁴ liegt aktuell als Prototyp vor und kann getestet werden.

1 www.aok-qualipep.de

2 AOK-Bundesverband. (2021). QualiPEP: Impulse für Eingliederungshilfe und Pflege. Gesundheit und Gesellschaft, 5. G+G Spezial „Inventur der guten Ideen“. Verfügbar unter: Ausgabe 05/2021 | 05/2021 | Gesundheit und Gesellschaft Digital (g-digital.de)

3 Bootz, P. & Wacker, E. (2021). PräGe - Prävention und Gesundheitsförderung in besonderen Wohnformen. Berlin: KomPart.

4 <https://qualipep-gesundheitskompetenz.de>

Starke Pflege stärken - Vernetzung der Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohner

-
- 🕒 Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
 - 📄 § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, überbetriebliche Vernetzung und Beratung
 - 📄 § 5 SGB XI: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen und psychosozialer Gesundheit
 - 🏠 17 Kliniken, 19 Senioreneinrichtungen
 - 🔗 AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
 - 🔗 Marienhaus Kliniken GmbH, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
 - 👥 Führungskräfte, Mitarbeitende und Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen
 - 📅 Rheinland-Pfalz, Saarland und Nordrhein-Westfalen, 2021-2023
-

Autorinnen:
Michaele Münch,
Marienhaus
Unternehmensgruppe

Andrea Tokarski,
Marienhaus
Senioreneinrichtungen
GmbH

Ulla Vogt,
Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)

Anette Steinmetz,
AOK Rheinland-Pfalz/
Saarland

Die Marienhaus Kliniken GmbH und die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse führen seit 2016 mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ein BGF-Projekt durch.

Mittlerweile sind in den Kliniken die Strukturen implementiert. Aktuell werden aus den ermittelten Handlungsbereichen Maßnahmen in Kooperation mit unterschiedlichen Netzwerkpartnern am jeweiligen Standort umgesetzt.

2021 hat die Marienhaus-Gruppe in 19 Senioreneinrichtungen aus Rheinland-Pfalz, Saarland und Nordrhein-Westfalen mit der Implementierung von Strukturen zur BGF bis hin zum BGM begonnen.

Es wurde ein Lenkungskreis implementiert. So wie die Kliniken haben auch alle Pflegeeinrichtungen Steuerkreise, die dem Lenkungskreis zuarbeiten und die Maßnahmen in den Einrichtungen umsetzen.

Die BGW hat 2019 in den Kliniken und auch in den Pflegeeinrichtungen die Mitarbeiterbefragung „Betriebsbarometer“ durchgeführt. Dadurch konnten in den Kliniken die weiteren Handlungs-

bereiche, z. B. Arbeitszeitregelungen und neue Fortbildungsangebote, identifiziert werden.

Ebenso wurden Themen wie z. B. fehlende Pausen, häufige Arbeitsunterbrechungen oder vermehrtes Einspringen für erkrankte Kolleginnen und Kollegen bei den Pflegeeinrichtungen ermittelt.

Aufgrund der Pandemie haben sich auch die Abläufe im BGM verändert. Viele Maßnahmen können nun auch digital durchgeführt werden.

Im Juli 2021 wurde von der Krankenkasse das Online-Seminar „Stark in der Krise“ für die Führungskräfte durchgeführt. Durch die Pandemie kommen die Mitarbeitenden ständig in herausfordernde Situationen und Krisen. Hierzu brauchen sie Strategien, um handlungsfähig zu bleiben und eine Krise gesund und gestärkt zu überstehen.

Das Projekt wird außerdem mit der Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen vernetzt. Dazu bietet die Krankenkasse den Pflegeeinrichtungen Präventionsbausteine aus den Handlungsfeldern Ernährung, Stärkung der körperlichen Aktivität und der kognitiven Ressourcen sowie der psychischen Gesundheit an. Sie richten sich an Pflegedienst- und Sozialdienstleitungen, Pflegefachkräfte, Betreuungsfachkräfte, Leitungen und Fachkräfte in der Hauswirtschaft sowie der Küche, um die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern.

Die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden und der Bewohnerinnen und Bewohner wird gemeinsam implementiert, um den größtmöglichen Nutzen bei beiden Zielgruppen zu erreichen.

Gemeinsam bringen wir Bewegung ins Pflegeheim

Mit einem gemeinsamen Präventionsprojekt für stationäre Pflegeeinrichtungen machen sich seit Dezember 2019 zwei gesetzliche Krankenkassen sowie der Sächsische Behinderten- und Rehabilitationssportverband e. V. (SBV) in Sachsen stark. Ziel des kassenübergreifenden Projekts ist es, die Gesundheit der Bewohnerschaft und der Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen positiv zu beeinflussen. Dabei werden körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit der Älteren und Hochbetagten gefördert. Die Projektumsetzung wird von Beginn an durch einen Steuerkreis aller Beteiligten begleitet. So gelang zu jeder Zeit, auch während der Pandemie, eine sehr gute Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure.

Für die Bewohnerschaft werden im Rahmen des Projekts Bewegungsgruppen kostenfrei vor Ort angeboten. Jede Bewegungsgruppe ist der Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden angepasst und findet fortlaufend zweimal wöchentlich statt. Das Projekt kann in zwei Modellvarianten umgesetzt werden, sodass es auf die jeweiligen, insbesondere personellen Möglichkeiten der Einrichtungen anpassbar ist. In einer Variante führen Übungsleitende eines regionalen SBV-Mitgliedsvereins vor Ort in der Pflegeeinrichtung die Präventionsmaßnahmen durch. In der zweiten Variante qualifiziert der SBV ausgewähltes Personal der Einrichtung zur eigenverantwortlichen Durchführung von bewegungsfördernden Angeboten für die dort Lebenden. Damit wird die eigenständige Umsetzung im Sinne von Nachhaltigkeit und Partizipation nach Projektende gefördert.

Teil des Konzepts ist es, auch die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen gesundheitsfördernd zu unterstützen. Den Beschäftigten werden Workshops angeboten, die deren Gesundheitskompetenz stärken und für Präventionsmöglichkeiten sensibilisieren.

Als weiterer Baustein des Projekts werden in hausinternen Mitarbeiterschulungen die Gesund-

-
- © Gesund im Alter, Gesund leben und arbeiten
 - ☒ § 20b SGB V: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
 - ☒ § 5 SGB XI: Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Stärkung psychosozialer Gesundheit
 - 🏠 Residenz Ambiente Leipzig, Laurentius-Haus Hoyerswerda, Maternus Seniorenzentrum Schönheide
 - 🔗 BARMER Landesvertretung Sachsen, IKK classic Landesdirektion Sachsen
 - 🔗 Sächsischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband e. V., TU Chemnitz, Institut für Gesundheit und Management (ifg)
 - 👤 Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegepersonal
 - 📅 Sachsen, 01.12.2019–30.11.2021
-

heit der Bewohnerschaft sowie der Pflegekräfte aufgegriffen, Handlungsempfehlungen für die alltägliche Arbeit in den Einrichtungen erarbeitet sowie Anstöße für die zukünftige Arbeit gegeben. Darüber hinaus leistet der SBV in Zusammenarbeit mit den zwei kooperierenden Kranken- und Pflegekassen Anschlag für die Schaffung präventiver Strukturen im Alltag der Bewohnerschaft, die auch nach Projektende weiter Bestand haben werden. Der Aufbau regionaler Partnerschaften zwischen Einrichtungen und Sportvereinen zielt auf ein langlebiges partnerschaftliches Netzwerk.

Das zweijährige Präventionsprojekt startete als wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt der TU Chemnitz mit drei sächsischen Pflegeeinrichtungen in Leipzig, Hoyerswerda und Schönheide. Danach ist ein landesweites Ausrollen geplant.

Aufgrund der Pandemie wurden das Präventionsprojekt umgeplant und einzelne Projektbausteine mit aufwendigen Hygienemaßnahmen zeitlich verschoben. Auch die wissenschaftliche Begleitung durch die TU Chemnitz musste neu konzipiert werden. Dank der Anpassung des Studiendesigns und eines erhöhten personellen Aufwands der Beschäftigten und der Projektkoordination war eine Umsetzung des Projekts mit Verzögerungen dennoch in Präsenz möglich.

Autorinnen:
Anett Wagner,
BARMER

Katrin Witt,
IKK classic

Empfehlungen und Ausblick

Die Dokumentation des Kranken- und Pflegekas- senengagements für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2020 sowie die Befragung der Kranken- und Pflegekassen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigen u. a.:

- Die Pandemie hat erwartungsgemäß zu einem Rückgang der Aktivitäten geführt.
- Gesundheitsförderungs- und Präventions- aktivitäten konnten zu einem größeren Teil an die Einschränkungen angepasst und in adaptierter Form umgesetzt werden.
- Veränderte Bedingungen in Lebenswelten und Betrieben erfordern neue und spezifische Gesundheitsförderungsaktivitäten (z. B. gesundheitsgerechtes Führen auf Distanz).
- Etablierte Steuerungsstrukturen und Kontaktpflege der Kooperationspartner sind Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung, Anpassung bzw. Wiederaufnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten.
- Digitale Formate sind wesentliche Schlüssel zur Aufrechterhaltung von Strukturen und zur Erreichung von Zielgruppen unter Pandemie- Bedingungen.
- Die Ausschöpfung digitaler Kommunikationswege ist vielfach noch durch unzureichende Infrastruktur begrenzt.

Die Krankenkassen sollen mit ihren Gesund- heitsförderungs- und Präventionsleistungen auch einen Beitrag zur Reduzierung sozialbedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesund- heitschancen leisten. Der soziale Gradient der Gesundheitschancen zeigt sich nicht nur hinsicht- lich der epidemiologisch bedeutsamen nichtüber- tragbaren Erkrankungen, um deren Vermeidung bzw. Reduzierung es bei den verhältnis- und verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten geht. Die Studienlage deutet auch darauf hin, dass das Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren und schwer zu erkranken, **sozial ungleich verteilt ist.**¹ Dabei sind es zu einem guten Teil dieselben Gruppen, die eine er- höhte Vulnerabilität hinsichtlich ihrer allgemeinen Gesundheit und hinsichtlich einer COVID-19-Infek- tion aufweisen.

Aspekte wie Isolation, Einsamkeit, Zukunftsängste durch z. B. Kurzarbeit oder der eingeschränkte Zugang zu Bewegungsangeboten durch temporäre Schließungen von Sportstätten haben einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bürgerinnen und Bürger. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie z. T. erst mit Verzögerung zeigen werden. Es wird eine gemeinschaftliche Aufgabe sein, diese Themen in den kommenden Jahren zu adressieren.

Die Verantwortung hierfür geht über den Wir- kungsbereich in der Gesundheitsförderung und Prävention der gesetzlichen Krankenkassen hinaus, sie ist als Querschnittsaufgabe in allen gesellschaftlichen Bereichen einschließlich der Zivilgesellschaft zu verorten.

¹ Robert Koch-Institut. (2020). Soziale Ungleichheit und COVID-19. *Journal of Health Monitoring*, 5 (S7).

Um Menschen da zu erreichen, wo sie leben, lernen und arbeiten, sind die Kommunen und die Bundesländer die entscheidenden Gestalter von Lebens- und Gesundheitsbedingungen. Die Krankenkassen sind hier seit Jahren aktiv; sie brauchen aber verantwortliche Akteurinnen und Akteure vor Ort, damit ihr Engagement als Partner in Lebenswelten nachhaltig wirken kann. Die Pandemie hat hier die Schwächen in der finanziellen und personellen Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) offengelegt. Der Pakt für den ÖGD bietet in den nächsten Jahren nun die Möglichkeit, dass der ÖGD die tragende Säule der präventiven Gesundheitsversorgung – nicht nur hinsichtlich übertragbarer Krankheiten – wird und damit als Public-Health-Akteur in Zusammenarbeit mit Krankenkassen und weiteren Verantwortlichen zur Umsetzung des Prinzips „Gesundheit in allen Politikfeldern“ beiträgt und so die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger stärkt.²

Die Kranken- und Pflegekassen sollten auf dem Weg digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention unter Beachtung von Informationssicherheits-, Datenschutz- und Qualitätsaspekten weiter vorangehen. Dies kann alle Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses einschließlich der Bereitstellung zielgruppenspezifischer Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote betreffen. Prozessschrittübergreifend können z. B. digitale Informationsplattformen der kontinuierlichen Sensibilisierung, der Partizipation, dem Empowerment und der internen Öffentlichkeitsarbeit dienen. In der Umsetzungsphase können Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Menschen in der Lebenswelt bzw. für die Beschäftigten z. B. bedarfsbezogen teilweise digital angeboten werden; dabei ist allerdings immer der Gefahr der Ausgrenzung digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“) vorzubeugen, und es sind alternative nicht-digitale Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen.

Die Dokumentation des Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagements der Kranken- und Pflegekassen ermöglicht bisher keine Differenzierung digital unterstützter Vorgehensweisen. Die hierfür notwendige Ergänzung der Erhebungsinstrumente ist in Vorbereitung. Perspektivisch soll dies zu einer transparenten Ausweisung im Präventionsbericht führen.

² Vgl. hierzu GKV-Spitzenverband. (2021). Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode 2021–2025. Berlin. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20210726_Positionspapier-20Legislaturperiode_barrierefrei.pdf

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2018	2019	2020
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	4.155	4.301	3.853
Anzahl der Lebenswelten	42.191	45.077	36.311
Vorjahresvergleich	0 %	+ 7 %	- 19 %
Anzahl direkt erreichter Personen	4.620.807	6.837.280	- ¹
Vorjahresvergleich	+ 4 %	+ 48 %	- ¹
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,18	2,27	1,40 ²
Vorjahresvergleich	+ 3 %	+ 4 %	- 38 %
Summe der Ausgaben (Euro)	158.308.821	165.563.391	102.550.223
Vorjahresvergleich	+ 3 %	+ 5 %	- 38 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.685.490	1.805.889	1.157.305
Vorjahresvergleich	+ 1 %	+ 7 %	- 36 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,94	3,08	2,08
Vorjahresvergleich	+ 2 %	+ 5 %	- 33 %
Summe der Ausgaben (Euro)	214.001.861	225.327.955	152.302.523
Vorjahresvergleich	+ 3 %	+ 5 %	-32 %
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der AU-Dokumentationen	11.195	11.050	8.847
Anzahl der Dokumentationsbögen	9.030	10.170	6.864
Anzahl der Standorte/Betriebe	19.544	23.221	16.742
Vorjahresvergleich	+ 11 %	+ 19 %	- 28 %
Anzahl direkt erreichter Personen	2.152.547	2.280.653	1.951.975
Vorjahresvergleich	+ 16 %	+ 6 %	- 14 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,61 Mio.	0,74 Mio.	0,52 Mio.
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	165	193	149
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe	26.059	13.502	8.733
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,37	3,28	2,18
Vorjahresvergleich	+ 8 %	+ 39 %	- 34 %
Summe der Ausgaben (Euro)	172.165.808	239.911.574	159.407.107
Vorjahresvergleich	+ 9 %	+ 39 %	- 34 %

	2018	2019	2020
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	13.185	14.471	10.717
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individueller Ansatz)	8.458.844	10.923.822	- ³
Ausgaben je Versicherten (Euro)	7,49	8,64	5,65
Vorjahresvergleich	+ 4 %	+ 15 %	- 34 %
Summe der Ausgaben (Euro)	544.476.491	630.802.920	414.259.853
Vorjahresvergleich	+ 5 %	+ 16 %	- 34 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Vorbereitungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	58	49	119
Vorjahresvergleich	+ 115 %	- 16 %	+ 143 %
Vorbereitungsphase: Anzahl informierter/beratener Pflegeeinrichtungen	2.945	3.078	2.576
Vorjahresvergleich	- 82 %	+ 5 %	-16 %
Vorbereitungsphase: Anzahl Pflegeeinrichtungen mit Entscheidung zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess	466	971	847
Vorjahresvergleich	- 68 %	108 %	- 13 %
Umsetzungsphase: Anzahl der Dokumentationsbögen (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	1.281	2.023	1.866
Vorjahresvergleich	+ 78 %	+ 58 %	- 8 %
Umsetzungsphase: Anzahl direkt erreichter Personen	55.370	110.767	86.255
Vorjahresvergleich	+ 283 %	+ 100 %	- 22 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,14	0,24	0,21
Vorjahresvergleich	+ 13 %	+ 77 %	- 13 %
Summe der Ausgaben (Euro)	9.903.045	17.586.661	15.344.376
Vorjahresvergleich	+ 16 %	+ 77 %	- 13 %

1 Auf die Schätzung der direkt erreichten Personen in Lebenswelten wird für das Berichtsjahr 2020 verzichtet, da diese vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu unsicher erscheint. Daher kann auch kein Vorjahresvergleich gemacht werden.

2 2020: Der Beitrag von 0,48 Euro an die BZgA entfiel entsprechend § 20a Abs. 3 Satz 8 SGB V; 2019 beinhalteten die Ausgaben je Versicherten einen Beitrag von 0,48 Euro und 2018 von 0,47 Euro, der an die BZgA nach § 20 Abs. 3 SGB V gerichtet wurde.

3 Der Wert der direkt erreichten Personen in Lebenswelten wird für das Berichtsjahr 2020 nicht ausgewiesen. Daher kann keine Gesamtzahl der erreichten Personen berechnet werden.

Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

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

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

Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

Der vorliegende Bericht folgt für die Leistungen der 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, BGF und individueller verhaltensbezogener Ansatz.

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

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

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

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und BGF festgelegt, im **Leitfaden Prävention**¹. Eine beratende Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2021.

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

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

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

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

² Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens haben die Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt: www.zentrale-pruefstelle-praevention.de.

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs im **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen¹** nach § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt. Der Leitfaden soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Vorschlägen für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt (letzte Überarbeitung im September 2021).

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

Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

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

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

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

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

Für die Angabe zu dem „hohen Anteil an ungelerten“ Beschäftigten wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutsch-

¹ Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes
https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

land mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

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

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

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

Der MDS führt die Datensätze zusammen und bereitet diese zur weiteren Auswertung auf. Die Daten werden routinemäßig Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Insgesamt sind zwölf Prüfroutinen zum Setting-Ansatz und 13 zur BGF programmiert. Wenn sich dadurch Hinweise auf implausible Daten ergeben, werden diese in der Regel in fehlende Werte umgewandelt. In einigen Fällen werden die Krankenkassen über den jeweiligen Bundesverband um Klärung bzw. Korrekturen hierzu gebeten.

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

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

Sobald eine Pflegeeinrichtung mit Unterstützung der Pflegekasse in den Gesundheitsförderungsprozess einsteigt, füllt die Pflegekasse den Dokumentationsbogen P2 „Umsetzungsphase“ aus. In der Umsetzungsphase geht es um die Analyse von Bedürfnissen, Ressourcen 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**¹ ausgewiesene Summe gültiger Angaben aus den Dokumentationsbögen.

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

¹ Verfügbar unter www.mds-ev.de

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

Theresia Kempf,
IKK classic, Bergisch Gladbach

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

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

René Niggemann,
MDS, Essen (bis Februar 2021)

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

Karin Römer,
MDS, Essen (März bis August 2021)

Nadine Schempp,
MDS, Essen

Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Christina Singer,
AOK Bayern, Nürnberg

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen (bis April 2021)

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Merle Wiegand,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Susanne Wilhelmi,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Ruth Zaunbrecher,
AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

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

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband, Berlin

Alice Tesan,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Waltraud Wagner,
IKK e. V., Berlin

René Niggemann,
MDS, Essen (bis Februar 2021)

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

Karin Römer,
MDS, Essen (März bis August 2021)

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen (bis April 2021)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Bedeutung verschiedener Lösungen für die Fortführung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention während der Corona-Pandemie	16
Abb. 2:	Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention	17
Abb. 3:	Operationalisiertes Aufgabenprofil zur Koordination kommunaler Gesundheitsförderung	27
Abb. 4:	Zahlen im Überblick Ausgaben und Leistungen der GKV nach §§ 20, 20a und 20b SGB V	46
Abb. 5:	Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.	48
Abb. 6:	Anzahl der Lebenswelten 2010–2020	51
Abb. 7:	Art und Anzahl der Lebenswelten	52
Abb. 8:	Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“.	54
Abb. 9:	Zielgruppen	55
Abb. 10:	Kooperationspartner.	56
Abb. 11:	Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium.	57
Abb. 12:	Inhalte	59
Abb. 13:	Inhalte	63
Abb. 14:	Ziel 1: Mehr Kommunen mit intersektoral zusammengesetzten Steuerungsgremien unter Beteiligung der Zielgruppen.	66
Abb. 15:	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	66
Abb. 16:	Ziel 4: Mehr Aktivitäten für ältere Menschen	67
Abb. 17:	Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen	67
Abb. 18:	Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Menschen mit Migrationshintergrund	68
Abb. 19:	Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Alleinerziehende	68
Abb. 20:	Ziel 4: Mehr Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien	69
Abb. 21:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte.	71
Abb. 22:	Branchen	73
Abb. 23:	Betriebsgröße	74
Abb. 24:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	75
Abb. 25:	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	76
Abb. 26:	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben	77
Abb. 27:	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung	78
Abb. 28:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	79
Abb. 29:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	80
Abb. 30:	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	81
Abb. 31:	Arbeitsunfähigkeitsanalysen	83
Abb. 32:	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen	85
Abb. 33:	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen.	86
Abb. 34:	Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen	88
Abb. 35:	Organisationen als Kooperationspartner.	89
Abb. 36:	Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße	90
Abb. 37:	Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	91

Abb. 38: Erreichte Betriebe	92
Abb. 39: Ziel 1: Mehr erreichte Betriebe mit Steuerungsgremium unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes und des BEM	94
Abb. 40: Ziel 3: Mehr erreichte Klein- und Kleinstbetriebe durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung	94
Abb. 41: Ziel 4: Mehr Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen eines ganzheitlichen BGF-Prozesses	95
Abb. 42: Ziel 5: Mehr Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung erreichen	95
Abb. 43: Ziel 6: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	96
Abb. 44: Ziel 7: Stärkung psychosozialer Ressourcen und Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit bei Beschäftigten	96
Abb. 45: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	98
Abb. 46: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	99
Abb. 47: Inanspruchnahme nach Alter	100
Abb. 48: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	101
Abb. 49: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhaltenach Geschlecht.	102
Abb. 50: Anforderungen und Prüfprozess – digitale Anwendungen in der Prävention und Gesundheitsförderung	104
Abb. 51: Informationsvermittlung zu den einzelnen Handlungsfeldern	107
Abb. 52: Handlungsfelder, in denen Pflegeeinrichtungen Konzepte zur Zielerreichung umgesetzt haben	110
Abb. 53: Laufzeit der Aktivitäten.	111
Abb. 54: Mitwirkende im Steuerungsgremium	112
Abb. 55: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten.	113
Abb. 56: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase.	115
Abb. 57: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase	116
Abb. 58: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen	117
Abb. 59: Durchgeführte Evaluationen	118
Abb. 60: Erreichte Pflegebedürftige.	119
Abb. 61: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen, Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner.	120
Abb. 62: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium	122
Abb. 63: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten	122
Abb. 64: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität	123
Abb. 65: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen.	123
Abb. 66: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit.	124
Abb. 67: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt.	124
Abb. 68: Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen	130

MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

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

GKV
Spitzenverband

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