



PRÄVENTIONSBERICHT 2019

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2018

Impressum

Autorinnen

Dr. Susanne Bauer
Karin Römer
Laura Geiger
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 2019

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

S. 1 Halfpoint/iStock
S. 2 (3) Olaf Schwickerath
S. 5 Tom Maelsa/tommaelsa.com;
Olaf Schwickerath
S. 14 Christopher Ratter
Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>
S. 18 Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>
S. 24 Joyce Karanfilyan, Herne
Ann-Christin Felmet
Anna Drews
Thilo Klose
Phil Dera
S. 25 Erik Leven
Joachim Müller
S. 27 Claudia Steinau/AOK-Bundesverband
Andrea Katheder
Timo BlöB/KomPart Verlagsgesellschaft
S. 29 Almut Gegenmantel/picture people
Phil Dera
Fotostudio Danny Berndt
S. 31 Foto Star Köln
S. 33 Almut Gegenmantel/picture people
S. 95 (2) Jenny Sieboldt/<http://jenny-sieboldt.de>
S. 97 Fotostudio Babette Lorenz, Oldenburg
S. 100 Almut Gegenmantel/picture people
(2) privat
S. 102 Julia Schüren
Bastian Werner
Till Gläser
S. 104 Vera Ünsal
Guido Kollmeier/www.blende4.de
Henny Anette Grewe
Reiner Zensen



PRÄVENTIONSBERICHT 2019

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2018

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

Im Juni 2019 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) den ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht als einen zentralen Bestandteil der nationalen Präventionsstrategie vorgelegt. Der Bericht enthält eine erste Bestandsaufnahme der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention und zu den Erfahrungen der verantwortlichen Akteure.

Der vorliegende Präventionsbericht gibt nun einen neuen Überblick über das primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungsspektrum der Kranken- und Pflegekassen im Jahr 2018. Darin können wir positiv bilanzieren, wie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre selbst gesetzten Ziele im Zeitraum von 2013 bis 2018 erreicht hat. Der weitere Ausbau des lebens- und arbeitsweltbezogenen Engagements der Krankenkassen und des auf stationäre Pflegeeinrichtungen ausgerichteten Engagements der Pflegekassen ist gelungen. Es wurden mehr Lebenswelten einschließlich stationärer Pflegeeinrichtungen erreicht; im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die verstärkte überbetriebliche Vernetzung und Beratung besonders erfreulich, von der insbesondere Klein- und Kleinstbetriebe profitiert haben.

Aber: Bei aller gesetzlichen Fokussierung auf die Sozialversicherungsträger und hier insbesondere auf die GKV müssen Gesundheitsförderung und Prävention noch stärker als bisher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Hierzu sind insbesondere verhältnisorientierte Regelungen vonseiten der Politik sowie ein Ausbau der Strukturen und Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention auf Ebene der Länder und Kommunen notwendig. Mit dem kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit leistet die GKV in den nächsten Jahren einen substantiellen Beitrag für mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Städten und Landkreisen.

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der Kranken- und Pflegekassen sowie deren Dokumentation und Evaluation werden wir weiterentwickeln und dabei in Hinblick auf den zweiten trägerübergreifenden Präventionsbericht konstruktiv mit den Partnern der NPK zusammenarbeiten.

Entscheidend für die weitere Entwicklung wird sein, welche Schlüsse die Politik aus dem ersten Präventionsbericht der NPK zieht.

Den Fachkräften der Kranken- und der Pflegekassen danken wir für ihr vielfältiges Engagement in Gesundheitsförderung und Prävention, den MDS-Autorinnen danken wir für die Auswertung und Aufbereitung der Daten.



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	10
Themenschwerpunkt: Partnerschaftlich Gesundheit fördern	14
Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz: Was zeigt die Bestandsaufnahme, und wie geht es jetzt weiter?	14
Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit.....	18
Regionale BGF-Koordinierungsstellen: Sozialversicherungsträger übergreifender Austausch auf Landesebene	23
Die Initiative Gesundheit und Arbeit zeigt betriebliche Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	25
Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege - Das Projekt QualiPEP	27
Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflegebranche	29
Kooperation von gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung - ein Beispiel aus der Baubranche	31
Ausgewählte Praxisbeispiele zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung.....	33
Zahlen im Überblick	36
GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGBV).....	38
Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)	39
Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht	40

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	41
Anzahl der Lebenswelten	42
Art der Lebenswelten und Laufzeit	43
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	44
Erreichte Personen	45
Zielgruppen	47
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	48
Koordination und Steuerung	49
Bedarfsermittlung	50
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	51
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	52
Art der Umgestaltung	52
Erfolgskontrollen	53
Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	54
Erreichungsgrad der Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele in Lebenswelten 2013-2018	55
Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt	58
Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen 2018	60
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	61
Betriebliche Gesundheitsförderung	62
Erreichte Betriebe und Laufzeiten der Aktivitäten	63
Branchen	64
Betriebsgröße	65
Erreichte Beschäftigte	66
Zielgruppen	67
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	68
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	69
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	70
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	71
Koordination und Steuerung	72
Bedarfsermittlung	73
Gesundheitszirkel	74
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	74
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	75
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen	76
Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen	77
Erfolgskontrollen	78
Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung	79
Erreichungsgrad der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele 2013-2018	80
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung	89
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe	90
Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation	94

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	95
Themenschwerpunkt Partizipative Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen -	
Prävention in stationärer Langzeitpflege als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung	97
Praxisbeispiel 1: Gesund leben und arbeiten im Pflegeheim -	
unter dem Dachprojekt „SaluPra“ trifft Forschung auf Praxis	100
Praxisbeispiel 2: gesaPflege - gesund alt werden in der stationären Pflege.....	102
Praxisbeispiel 3: Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Gewaltprävention	
im Setting der vollstationären Altenpflege (PEKo)	104
Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen zum Einstieg	
in den Gesundheitsförderungsprozess.....	106
Vorbereitungsphase: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern	107
Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation	108
Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	109
Laufzeit der Aktivitäten	111
Zusammensetzung der Steuerungsgremien	112
Beteiligte Akteure	113
Leistungen in der Umsetzungsphase	114
Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen	117
Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen	118
Präventionsziele in der stationären Pflege.....	119
Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen	120
Individuelle verhaltensbezogene Prävention	124
Inanspruchnahme	125
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	126
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht.....	127
Evaluation - Qualität gemeinsam sichern und steigern.....	131
Empfehlungen und Ausblick	132
Gesundheitsförderung und Prävention der Krankenkassen	132
Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen	133

Anhang.....	134
Wichtige Kennziffern	134
Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen	136
Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	136
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention	137
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention.....	137
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	138
Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen.....	138
Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	139
Tabellenband.....	140
Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht.....	141
Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	141
Abbildungsverzeichnis.....	142

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2019 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und der Pflegekassen in der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Berichtsjahr 2018. Die Zahlen in der Zusammenfassung sind **gerundet**¹.

Themenschwerpunkt: Gesamtgesellschaftliches Engagement der GKV und ihrer Partner

Im Juni 2019 wurde der erste Präventionsbericht der NPK veröffentlicht. Darüber berichtet der erste Beitrag. Anschließend werden ausgewählte Initiativen der GKV und sozialen Pflegeversicherung sowie kooperierender Partner zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorgestellt. Unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden alle Aktivitäten zusammengefasst, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Namen und Auftrag der GKV im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wahrnimmt. Ein Themenschwerpunkt des GKV-Bündnisses für Gesundheit ist das kommunale Förderprogramm, welches im vorliegenden Bericht dargestellt wird. Die von den Krankenkassen in gemeinsamer Initiative etablierten BGF-Koordinierungsstellen stellen Unternehmen Informationen und Beratung für den Einstieg in die BGF zur Verfügung; exemplarisch wird dazu aus drei Bundesländern berichtet. Ein Beitrag rückt die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in den Fokus. Zudem wird der aktuelle Stand der Entwicklung von Qualitätskriterien in den Lebenswelten stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen dargestellt. Der vorletzte Artikel berichtet über die Gelingensfaktoren und Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft. Das Kapitel schließt mit drei Projektbeispielen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen ab.

Zahlen im Überblick

Die Krankenkassen erreichten 2018 mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (nicht-betriebliche Settings) - z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Stadtteilen/Orten - insgesamt 4,6 Mio. Menschen in 42.000 Settings. Dabei konnten 7% mehr Settings und 4% mehr Personen als im Vorjahr erreicht werden. Dafür wurden 158 Mio. Euro ausgegeben; d. h. 2,18 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 2,10 Euro). Mit BGF erreichten die Krankenkassen rund 2,2 Mio. Beschäftigte in 20.000 Betrieben. Dies sind 11% mehr Betriebe und 16% mehr Beschäftigte als 2017. Die Ausgaben für diesen Präventionsbereich beliefen sich auf 172 Mio. Euro; d. h. 2,37 Euro je Versicherten (gesetzliche Vorgabe: 2,10 Euro). In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention förderten die Krankenkassen rund 1,7 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen und damit ebenso viele wie im Vorjahr. Für diese Interventionen wurden 214 Mio. Euro verausgabt.

Die Ausgaben für alle drei oben genannten GKV-Bereiche lagen bei mehr als 544 Mio. Euro; das entspricht 7,49 Euro je Versicherten. Damit wurde der gemäß § 20 Abs. 6 SGBV für das Jahr 2018 vorgesehene Orientierungswert von 7,34 Euro je Versicherten übertroffen.

Der Ausgaben-Richtwert für die Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2018 lag bei 0,31 Euro je Versicherten. Die Pflegekassen gaben 2018 durchschnittlich einen Beitrag von 0,14 Euro je Versicherten aus und investierten insgesamt 9,9 Mio. Euro in die Beratung und Unterstützung von Präventionsaktivitäten in den Einrichtungen. Damit wurden die Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum Vorjahr (8,5 Mio. Euro) erhöht. Dennoch wird deutlich, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, um

¹ Die nicht gerundeten Werte sind dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2019 zu entnehmen. www.mds-ev.de

insbesondere Partner bei den Leistungserbringern zu gewinnen.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Ziel des Engagements der Krankenkassen im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist es, die Verhältnisse im Setting gesundheitsförderlich zu gestalten und durch niedrigschwellige und passgenaue Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln. Insgesamt wurden über den Lebensweltansatz 4,6 Mio. Menschen mit Gesundheitsförderung und Prävention erreicht. 29% der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen wurden in Grundschulen, 31% in Kitas und 24% in weiterführenden Schulen durchgeführt. In sozialen Brennpunkten lagen 21% der erreichten Kitas und 27% der erreichten Grundschulen.

Mit 84% weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf. Häufig sind die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung beteiligt. Neben der Prozess- und Strukturberatung, die im Berichtsjahr 64% der Aktivitäten umfasste, waren 33% der Interventionen speziell darauf bezogen, die Menschen im Setting zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren und anzuleiten. Ein Großteil dieser verhaltensbezogenen Aktivitäten wurde zu den Themen Ernährung und Bewegungsförderung angefragt und umgesetzt.

Die GKV legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele fest. Die für 2018 geltenden Ziele fallen in die Zieleperiode 2013 bis 2018. Im Bericht wird eine Bewertung der Zielerreichung über die gesamte Zieleperiode vorgenommen.

Die modellhafte Erprobung der Zusammenarbeit von Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit und GKV-Bündnis für Gesundheit in der kommunalen

Lebenswelt, um die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu fördern, wird weiter fortgesetzt. Das im Jahr 2018 an 129 Standorten durchgeführte Kooperationsprojekt ist bei mehr als 100 weiteren Jobcentern und Arbeitsagenturen auf Interesse gestoßen, sodass diese in den Jahren 2019 und 2020 sukzessive in die Kooperation aufgenommen werden. Ein gemeinsames örtliches Steuerungsgremium der Arbeitsmarktseite und der GKV ist für die Projektplanung und -umsetzung zentral. Die Zielgruppe hatte ein besonderes Interesse an Maßnahmen zu dem Thema „Stressmanagement“.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen in knapp 20.000 Betrieben 2,2 Mio. Beschäftigte direkt erreichen. Wie 2017 wiesen unter den erreichten Betrieben 10% einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Bei diesen Betrieben ist von einem erhöhten Bedarf an BGF auszugehen.

Bei zwei Drittel der Programme zur BGF verfügten die Betriebe über Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Am häufigsten nutzten Betriebe mit 100 bis unter 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Krankenkassenunterstützung bei der BGF. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Viertel vertreten.

Auch im Berichtsjahr 2018 wurde die Zielerreichung für die geltenden Ziele zur BGF der Zieleperiode 2013 bis 2018 ermittelt. Im Präventionsbericht wird der Erreichungsgrad der Ziele über die gesamte Zieleperiode dargestellt.

Für das Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ dokumentierten die Krankenkassen 2018 ihre Tätigkeiten in 165 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen. 39% der an den Netzwerken beteiligten Betriebe und damit deutlich mehr als in der nicht betriebsübergreifenden BGF waren Klein-

und Kleinstbetriebe. 432 Organisationen waren eingebunden, darunter am häufigsten Kammern. Bei den Aktivitäten standen die Durchführung von Informationsveranstaltungen, die Begleitung des Netzwerks/der Kooperationen sowie die Beratung der Netzwerk-/Kooperationsmitglieder durch die Krankenkasse(n) im Vordergrund, darüber hinaus die Öffentlichkeitsarbeit.

Insgesamt erreichten die Krankenkassen mit den überbetrieblichen Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von BGF 26.000 Betriebe; das sind 11.000 mehr als im Vorjahr.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Seit 2016 setzen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention für Versicherte in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI um. Ausgehend von der ersten Bestandsaufnahme zur Erreichung der Ziele im Präventionsbericht 2018 werden die Ergebnisse in der Vorbereitung und Umsetzung von Leistungen der Pflegekassen für das Berichtsjahr 2018 vorgestellt. Mit der Förderung von präventiven Leistungen durch die Pflegekassen wird anerkannt, dass in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung die Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können. Der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert die Präventionsziele sowie die Voraussetzungen und Kriterien für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Im Berichtsjahr 2018 haben die Pflegekassen knapp 3.000 Pflegeeinrichtungen zu den Möglichkeiten und Inhalten von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. 466 stationäre Pflegeeinrichtungen sind 2018 in Kooperation mit den Pflegekassen in einen Gesundheitsförderungsprozess eingestiegen. Diese 466 Einrichtungen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in der Vorbereitungsphase.

Die Pflegekassen setzten 2018 in 1.280 Pflegeeinrichtungen Präventionsaktivitäten in den fünf Handlungsfeldern Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt um. In allen fünf Handlungsfeldern konnten die Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden. Die Maßnahmen wurden dabei vor allem in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Es wurden im Vergleich zum Vorjahr 55.370 Personen und damit fast viermal so viele Pflegebedürftige erreicht. Darüber hinaus wurden 21.788 weitere Personen erreicht, wie z. B. das Personal der Einrichtung, Angehörige oder gesetzliche Vertreter. Ein Großteil der Aktivitäten bezog sich mit 77% auf die Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität. Dies ist bei Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen angezeigt, da eine moderate körperliche Aktivität und Bewegung die Gesundheit auch bei körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen positiv beeinflussen kann. Auch in den anderen Handlungsfeldern wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich mehr Maßnahmen umgesetzt. 82% der realisierten Maßnahmen waren sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Auf verhältnisbezogene Strukturveränderungen in Pflegeeinrichtungen hinzuwirken ist besonders relevant, da die Förderung der Pflegekassen den Gesundheitsförderungs- und Organisationsentwicklungsprozess in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen anschieben kann. Für eine kontinuierliche Umsetzung tragen die Pflegeeinrichtungen Verantwortung - Pflegekassen können hier beratend unterstützen.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen einzüben und diese langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Von knapp 1,7 Mio. Teilnahmen an Kursmaßnahmen entfiel der Großteil auf Bewegungsangebote (69%). 28% der Kursteilnahmen zielten auf Stressbewältigung ab.

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

Empfehlungen und Ausblick

Die Kranken- und Pflegekassen haben im Jahr 2018 ihr Engagement in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgebaut. Dabei ist überwiegend eine überproportionale Verstärkung des auf die selbst gesetzten Ziele bezogenen Engagements zu konstatieren.

Zukünftig sind die 2018 bei der ersten Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele der NPK verstärkt in den Fokus zu nehmen. Die begrenzten GKV-Mittel sollen dabei vorrangig für Maßnahmen eingesetzt werden, von denen vulnerable Zielgruppen profitieren. Das kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit will hierzu mit seinen Förderangeboten einen entsprechenden Beitrag leisten.

In den nächsten Jahren wird auch die Weiterentwicklung der Dokumentation und Evaluation des Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagements weiter im Fokus der Kranken- und Pflegekassen bleiben.

Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz: Was zeigt die Bestandsaufnahme, und wie geht es jetzt weiter?



Autorinnen:

Dr. Monika Kücking
GKV-Spitzenverband

Dr. Stefanie Liedtke,
GKV-Spitzenverband

Am 25. Juni 2019 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) dem Bundesministerium für Gesundheit ihren ersten **Präventionsbericht¹** übermittelt. Mit dem Bericht liegt erstmals in gebündelter Form ein Überblick über das Engagement der Sozialversicherungsträger, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie weiterer maßgeblicher Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention nach den §§ 20-20g SGB V vor. Wie **gesetzlich intendiert²**, werden die NPK-Träger die Ergebnisse als „Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ nutzen.

Inhalte des Berichts

Im Zentrum des Präventionsberichts steht die von der NPK entwickelte nationale Präventionsstrategie: Es wird ein Überblick über den gesetzlichen und wissenschaftlichen Kontext der Strategie gegeben und aufgezeigt, wie sich das bundesweite Engagement zu ihrer Umsetzung gestaltet. Dabei wird veranschaulicht, welche Aktivitäten im Jahr 2017 durchgeführt wurden, um die in den **Bundesrahmenempfehlungen³** definierten Ziele zu erreichen, und wie hoch die Ausgaben waren. Die Erfahrungen, die die Akteure bei ihrer Zusammenarbeit und mit der Qualitätssicherung gesammelt haben, werden ebenfalls beleuchtet.

Ergänzend zur bundesweiten Betrachtung wird auch die Länderebene in den Blick genommen. So wird beschrieben, welche Ansätze gewählt wurden, um die Bundesrahmenempfehlungen an regionale Bedarfe anzupassen, wie die Akteure die dazu geschlossenen **Landesrahmenvereinbarungen⁴** inhaltlich beurteilen und wie sie die Umsetzung bewerten. Jedes Bundesland beschreibt außerdem, wie es Indikatoren der Gesundheits- und Sozialberichterstattung nutzt, um Aktivitäten

zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen und umzusetzen.

Ergebnisse zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Der Bericht zeigt, dass in den vergangenen vier Jahren vieles auf den Weg gebracht wurde, um die Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes weiterzuentwickeln: In allen Ländern haben die Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Ministerien und weiteren Partnern Vereinbarungen geschlossen, in denen sie gemeinsame Ziele und Handlungsfelder festgelegt und die Koordination von Leistungen geregelt haben. In vielen Kommunen wurden Kooperationsstrukturen weiter ausgebaut oder neu geschaffen, um Gesundheitsförderung und Prävention regional zu koordinieren. Die Sozialversicherungsträger haben außerdem ihre Beratungsangebote für Betriebe ausgeweitet und aufeinander abgestimmt – bestehend aus den regionalen BGF-Koordinierungsstellen der Krankenkassen, dem Firmenservice der Rentenversicherung und den regionalen Präventionsdiensten der Unfallversicherung. Damit ist es gelungen, tragfähige Strukturen und koordinierte Prozesse zu etablieren, die für die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie eine solide Grundlage darstellen.

Ausgabenentwicklung

Der Blick auf die Ausgabenstatistik offenbart, dass insbesondere die Krankenkassen ihr Engagement stark ausgebaut haben: Von den insgesamt 302,8 Mio. Euro, die seitens der Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in den Jahren 2016 und 2017 zusätzlich für die Gesundheitsförderung und Prävention mobilisiert wurden, entfielen 201,5 Mio. Euro (67%) auf die GKV.

1 Download unter: www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht

2 Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, Entwurf des Präventionsgesetzes, Besonderer Teil, S. 37.

3 Download unter: www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen

4 Download unter: www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern

Bei Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche zeigt sich, dass der Anstieg der GKV-Ausgaben jene Leistungen betrifft, für die seit dem Jahr 2015 Mindestausgabenwerte gelten. So stiegen die Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGBV) im Jahr 2016 um 78,1 Mio. Euro (+ 205 %) und für Leistungen zur BGF und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§§ 20b und 20c SGBV) um 70,7 Mio. Euro (+ 93 %). **Im Jahr 2017⁵** beliefen sich die Mehraufwände auf 37,1 Mio. Euro (+ 32 %) bzw. 11,2 Mio. Euro (+ 10 %). Die Ausgabenentwicklung für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGBV) fällt mit einem Zuwachs von 7,6 Mio Euro (+ 3,8 %) im Jahr 2016 deutlich schwächer und für 2017 sogar rückläufig aus (- 3,2 Mio. Euro). Dies reflektiert die Verschiebung des Engagements der GKV zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben.

Die Regelungen des zwischenzeitlich in Kraft getretenen Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) sowie die geltende Kopplung der GKV-Ausgaben an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV stellen sicher, dass die GKV-Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Primärprävention weiter steigen werden.

Inhaltliche Ausrichtung des GKV-Engagements

Nicht nur in finanzieller Hinsicht haben die Krankenkassen ihr Engagement intensiviert. Auch die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit, das Engagement der GKV zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen sowie die sozillagenbezogene Gesundheitsförderung haben deutlich Fahrt aufgenommen. Als Beispiel sei das **GKV-Bündnis für Gesundheit⁶** genannt,

die gemeinsame Initiative der Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Im Rahmen des GKV-Bündnisses wurden insbesondere

- das 2014 begonnene Modellprojekt von GKV und Bundesagentur für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt ausgeweitet,
- die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit mit Mitteln der GKV personell aufgestockt und inhaltlich bzw. qualitativ weiterentwickelt sowie
- ein **Förderprogramm⁷** auf den Weg gebracht, das die kommunale Gesundheitsförderung bundesweit stärken und insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Kommunen einen Strukturaufbauprozess anstoßen soll.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit vergibt außerdem Forschungsaufträge, um wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen und Vorgehensweisen zu generieren, die zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Auf Basis der Ergebnisse werden u. a. bedarfsspezifische Interventionen entwickelt und von den Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit erprobt.

Ausblick

Neben vielen positiven Entwicklungen verdeutlicht der Präventionsbericht gleichzeitig Handlungsbedarfe in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention – beispielsweise in Hinblick auf die Einbeziehung kommunaler Akteure, wie den Öffentlichen Gesundheitsdienst, in die nationale Präventionsstrategie.

Eine zentrale Aufgabe der nächsten Monate wird sein, die im Präventionsbericht abgeleiteten

⁵ zu den Ausgaben der GKV in 2018 s. S. 134/135 (wichtige Kennziffern)

⁶ www.gkv-buendnis.de (Näheres dazu s. S. 17)

⁷ s. auch Beitrag S. 18

Schlussfolgerungen in der NPK zu beraten und sich auf Umsetzungsmaßnahmen zu verständigen. Dabei gilt es gleichzeitig zu diskutieren, in welcher Form die Maßnahmen dokumentiert und evaluiert werden können.

Ziel sollte sein, in der NPK Absprachen zu treffen, die dazu beitragen, bei der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie einem gesamtgesellschaftlichen Vorgehen - im Sinne von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ - Schritt für Schritt näherzukommen. Damit dies gelingt, wird es nicht ausreichen, den Blick weiterhin vor allem auf die GKV zu richten. Vielmehr sind alle NPK-Mitglieder und auch weitere in der Verantwortung stehende Akteure aufgefordert bzw. in die Pflicht zu nehmen, der Gesundheitsförderung Priorität einzuräumen und verbindliche Beiträge zu leisten. Wünschenswert wäre vor allem, dass Bund, Länder und Kommunen ihre Regelungs- und Gesetzgebungskompetenzen noch stärker nutzen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und für Chancengerechtigkeit zu sorgen. Nur so können auch die gesundheitsfördernden Maßnahmen der GKV ihre volle Wirkung entfalten.

Das Portal des GKV-Bündnisses für Gesundheit www.gkv-buendnis.de

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, finanziert aus den GKV-Beitragsgeldern, die gemäß § 20a Abs. 3 SGBV an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung der Krankenkassen zu geben sind.

Das Online-Portal bildet die gemeinsamen Aktivitäten der Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ab. Es bietet darüber hinaus Fachkräften in den Lebenswelten umfangreiche Informationen und Praxishilfen zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsthemen auf Basis der Förder- und Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention.

Hauptinhalte des Portals:

- Im Bereich **Gesunde Lebenswelten** führen mit wissenschaftlicher Expertise erarbeitete Wegweiser – angepasst an die Lebenswelten Kommune, Kita, Schule und stationäre Pflegeeinrichtungen – durch den Gesundheitsförderungsprozess gemäß Leitfaden Prävention mit seinen Phasen Vorbereitung, Nutzung und Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation. Die lebensweltspezifischen Wegweiser enthalten für jede Prozessphase Informationen, Tipps, Checklisten und Empfehlungen für Praktikerinnen und Praktiker vor Ort.
- Ein geeigneter Zugangsweg insbesondere zu **vulnerablen** (=verletzlichen) **Zielgruppen** ist die **Lebenswelt Kommune**. Ausführliche Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Personengruppen arbeitslose Menschen, pflegebedürftige Menschen und Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien sind hier eingestellt. Zu den **Themen** Bewegung und Suchtprävention in Kommunen gibt es wissenschaftlich fundierte Informationen und Handlungsempfehlungen.
- Der Bereich **Förderprogramm** (s. S. 18 ff.) informiert über das breit angelegte Unterstützungsangebot zum **Strukturaufbau** für Kommunen mit besonderen sozialen Problemlagen und die **zielgruppenspezifische Förderung** für alle Kommunen, die das bestehende Engagement der GKV erweitern möchten.
- Unter **Bündnisaktivitäten > Wir in den Ländern** gibt es aufgelistet nach den einzelnen Bundesländern u. a. Informationen zum Engagement krankenkassenübergreifender Gesundheitsförderung. Die Nennung von **Ansprechpartnerinnen und -partnern** der Kranken- und Pflegekassen ermöglicht eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme für interessierte Fachkräfte der Lebenswelten.
- In der Kategorie **Publikationen** werden Ergebnisberichte zur Evidenz der Gesundheitsförderung und Prävention für verschiedene vulnerable Zielgruppen, wie z. B. Kinder aus psychisch belasteten Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund, sowie wissenschaftlich abgeleitete **Handlungsempfehlungen** veröffentlicht.



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

Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit



Autor:
Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband

Der erste **Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK)**¹ zeigt, dass Gesundheitsförderung und Prävention bundesweit an Bedeutung gewonnen haben.

Dies gilt auch für die kommunale Gesundheitsförderung. In vielen Kommunen wurden Kooperationsstrukturen ausgebaut oder neu geschaffen, z. B. in Form von Gesundheits- oder Präventionskonferenzen, um Gesundheitsförderung und Prävention regional zu koordinieren. Auch Zusammenschlüsse wie das Gesunde Städte Netzwerk oder der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zeigen die Bedeutung und das Interesse für das Thema. Eine der Kommunen, die neben einigen anderen bundesweit zu Recht als ein **Beispiel guter Praxis**² gilt, ist der Landkreis Marburg-Biedenkopf. Gemeinsam mit den maßgeblichen Akteuren wurden hier die notwendigen Strukturen aufgebaut und eine integrierte Handlungsstrategie entwickelt, die im Mai 2019 als Präventionsplan „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ veröffentlicht wurde.

Der NPK-Präventionsbericht zeigt jedoch auch, dass die Einbindung der Kommunen in die nationale Präventionsstrategie und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in vielen Kommunen noch besser gestaltet werden können.

Insbesondere sozioökonomisch benachteiligten Kommunen fehlen die finanziellen Ressourcen, um verbindliche Arbeitsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort zu schaffen und diese auch langfristig aufrechtzuerhalten. Solche Strukturen sind aber notwendig, damit Maßnahmen bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden können und nachhaltige Wirkung entfalten. Dadurch können auch sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen ohne Stigmatisierung erreicht werden, die bisher eher selten von Präventionsangeboten profitieren.

Kommunale Strukturen für Gesundheit

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat Anfang 2019 ein befristetes bundesweites kommunales Förderprogramm gestartet, das genau an dieser Stelle ansetzt und Kommunen mit gezielten Förderangeboten unterstützt. Das erste von zwei Förderangeboten für Kommunen adressiert ausschließlich sozioökonomisch benachteiligte Kommunen (vgl. Abb. 1) auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Das Ziel dieser Förderung ist der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen in Kommunen. Diese Strukturen sind die Voraussetzung, um zukünftig bedarfsgerechte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen, umzusetzen und durch Verfahren der Qualitätssicherung zu überprüfen. Vernetzungsprozesse und der Aufbau von kommunalen Koordinierungsgremien sollen also unmittelbar der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger dienen. Sie sollen insbesondere vulnerablen Personengruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen oder Kindern und Jugendlichen aus sucht- und psychisch belasteten Familien zugutekommen.

Bei der Entscheidung, welche Kommunen als benachteiligt einzustufen sind und eine Förderung bekommen sollen, hat sich das GKV-Bündnis für Gesundheit auf einen wissenschaftlichen Index des Robert Koch-Instituts, den German Index of Socioeconomic Deprivation, gestützt. Dieser setzt sich aus acht Indikatoren aus den drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zusammen und gibt in geeigneter Weise Auskunft über die soziale Lage der Bevölkerung. Für die Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie die Stadt Bremen bestehen Sonderregelungen; hier werden ausgewählte sozioökonomisch benachteiligte Bezirke gefördert.

¹ s. Beitrag Kücking/Liedtke, S. 14

² www.marburg-biedenkopf.de/gesundheit/2019-05_Praeventionsplan_final.pdf

Je Kommune stehen für die gesamte Förderphase (maximal fünf Jahre) bis zu 250.000 Euro zur Verfügung. Inbegriffen ist dabei explizit die Förderung von Personalressourcen in der Kommunalverwaltung, um gesundheitsfördernde Maßnahmen vor Ort zu koordinieren und einzelne Akteure zu vernetzen. Das Förderprogramm sieht neben den GKV-Mitteln auch einen Eigenanteil der Kommunen vor. Dieser steigt im Zeitverlauf an, während der GKV-Anteil abnimmt. Nach dem Ende des Förderprogramms sollen die auf- und ausgebauten Strukturen dann von den Kommunen alleine getragen werden. Die finanzielle Unterstützung des GKV-Bündnisses für Gesundheit ist somit als eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung zu verstehen.

Neben der finanziellen Unterstützung stellt das GKV-Bündnis für Gesundheit auch eine externe Prozessbegleitung durch ausgewiesene Expertinnen und Experten in der kommunalen Gesundheitsförderung sowie verschiedene Qualifizierungsformate bereit. Ziel ist es, mit diesen Angeboten die Ressourcen zu stärken sowie Wissen und Fähigkeiten vor Ort aufzubauen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt darauf, die geschaffenen Ressourcen über den Förderzeitraum hinaus zu verstetigen und andere Fördermittel (beispielsweise vom Land oder von Stiftungen) zu akquirieren.

Die **Antragstellung**³ erfolgt beim Projektträger Jülich (PtJ). Alle benötigten Informationen sowie konkrete Unterstützung bei der Antragstellung sowohl in formaler als auch in inhaltlicher Hinsicht erhalten Kommunen ebenfalls beim PtJ.

Vulnerable Personengruppen im Fokus

Während sich das Förderangebot für den kommunalen Strukturaufbau an ausgewählte Kommunen bundesweit richtet, können alle interessierten Kommunen - unabhängig von ihrer sozialen Lage - seit Juli 2019 auch eine Projektförderung

für die Planung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention beantragen. Durch bedarfsbezogene Interventionen sollen Personengruppen, die als besonders vulnerabel (verletzlich) in Bezug auf ihre gesundheitliche und soziale Lage gelten, stärker als bisher von gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren. Zu diesen Personengruppen zählen u. a. Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Steuerung des geplanten Vorhabens liegt dabei in kommunaler Verantwortung; die Umsetzung kann bedarfsbezogen mit einem Kooperationspartner erfolgen. Jeder Kommune stehen für die Förderphase von maximal vier Jahren bis zu insgesamt 110.000 Euro zur Verfügung. Der überwiegende Anteil der Fördersumme - mindestens 60 % - soll dabei in die Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen fließen. Darüber hinaus können auch Personalressourcen in den Kommunalverwaltungen (maximal 40 % der Fördersumme) beispielsweise für die Koordination des Vorhabens beantragt werden.

Zentrale Anlaufstellen für Kommunen bei Fragen rund um dieses Förderangebot sind die Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den jeweiligen Bundesländern, die in der Regel bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem Krankenkassenverband angesiedelt sind. Die gesetzlichen Krankenkassen des Bundeslandes entscheiden über die förderwürdigen Verfahren. Die Programmbüros begleiten das Förderprogramm fachlich-inhaltlich. Sie beraten zu Förder Voraussetzungen und -kriterien und unterstützen bei der Skizzierung des Vorhabens. Die Programmbüros bilden auch die Schnittstellen zu den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden im jeweiligen Bundesland.

³ www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunaler-strukturaufbau/

„Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Förderangebot zum Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Kommunen mit den gesetzlichen Krankenkassen als Partner ist ein bedarfsorientiertes Angebot, welches wir gerne nutzen, um die Lebensbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger in unseren Landkreisen zu verbessern.“

Martin Lucas,
Geschäftsführer des Saarländischen Landkreistages

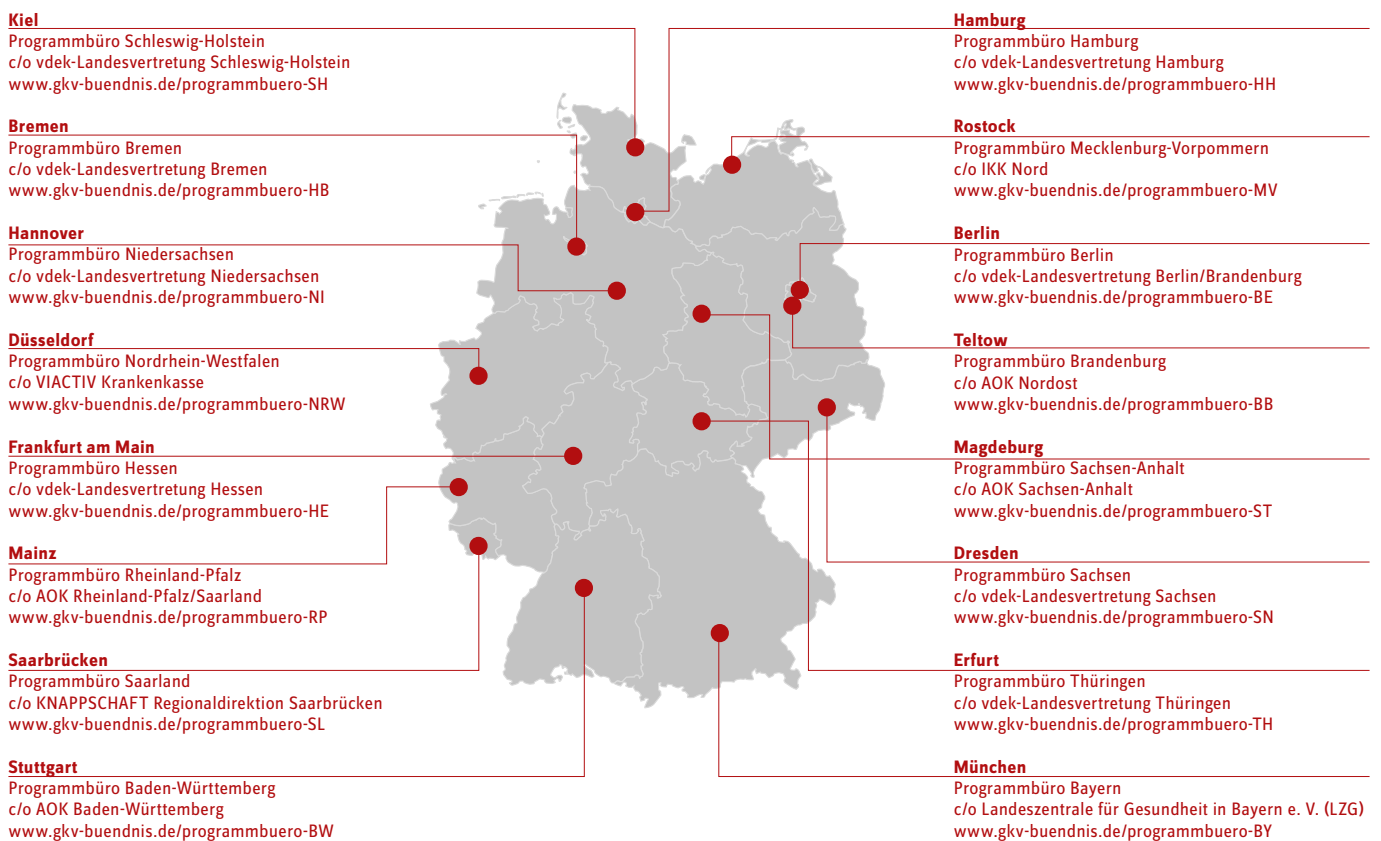
Der Regionalverband Saarbrücken und der Landkreis Saarlouis sind bundesweit die ersten beiden Kreise, die eine Förderung des kommunalen Strukturaufbaus durch das GKV-Bündnis für Gesundheit erhalten.

Abb. 1: Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

	Förderprogramm zum kommunalen Strukturaufbau	Projektförderung für vulnerable Zielgruppen
Antragsberechtigigt	 <p>Kommunale Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte¹, deren Sozialstruktur sozioökonomisch niedrigere Werte² aufweist.</p> <p>Antragstellung durch die oberste Amts- bzw. Verwaltungsleitung.</p>	 <p>Kommunale Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte¹ unabhängig von deren Sozialstruktur.</p> <p>Antragstellung durch die oberste Amts- bzw. Verwaltungsleitung.</p>
Fördersumme	max. 210.000 € bzw. 250.000 €	max. 110.000 €
Förderzeitraum	<p>5 Jahre degressive Förderung zur Nachhaltigkeitssicherung</p>  <p>1 2 3 4 5 Jahr</p>	<p>4 Jahre degressiv im 4. Jahr zur Nachhaltigkeitssicherung</p>  <p>1 2 3 4 Jahr</p>
Antragsverfahren	einstufig	zweistufig
Kontakt	Projektträger Jülich (Ptj)	Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Bundesland

1 In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie in der Stadt Bremen erfolgt eine Förderung auf der Bezirksebene.
2 Grundlage für die Auswahl der Kommunen ist der German Index of Socioeconomic Deprivation des Robert Koch-Instituts.

Abb. 2: Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit



Perspektiven

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen in den nächsten fünf Jahren insgesamt 90 Mio. Euro für das kommunale Förderprogramm bereit. Die GKV will damit die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention flächendeckend voranbringen und institutionalisieren. Durch die begleitende Evaluation des Förderprogramms, mit der ein externes Forschungsinstitut beauftragt wird, sollen zugleich neue Erkenntnisse zu kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention gewonnen

werden. Damit soll auch die Evidenzlage insgesamt verbessert werden (vgl. Infokasten auf der nächsten Seite).

Die GKV kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn ihr Unterstützungsangebot auch angenommen wird: Dies bedeutet, dass Kommunen den Themen Gesundheitsförderung und Prävention Priorität einräumen und dafür auch dauerhaft eigene Ressourcen einbringen müssen.

Evidenzlage kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention: Analyseergebnisse zeigen Empfehlungen und Entwicklungsbedarf auf

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat die Evidenzlage kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention untersuchen lassen. Das von Quilling und Kruse 2018 vorgelegte Rapid Review (www.gkv-buendnis.de > Publikationen) hat Strategien und Maßnahmen kommunal verankerter Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evidenz systematisch erhoben und ausgewertet. Dabei wurden Zielgruppen, Interventionen, Zugangswege und Wirksamkeit betrachtet.

Es wurden 15 überwiegend europäische und davon mehrheitlich deutsche Publikationen gefunden und ausgewertet. Nur in sieben wurden etablierte Praxisprojekte beschrieben, bei den anderen handelte es sich um Forschungsansätze mit Praxisanteilen, die nicht unbedingt gelebte kommunale Gesundheitsförderung repräsentieren.

Es zeigte sich eine große Heterogenität der Maßnahmen. Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention im Sinne des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (englisch „Health in All Policies“) ist dabei kein Standard; teilweise diente die Kommune nur als Zugangsweg für verhaltenspräventive Maßnahmen.

Zwar werden in den analysierten Studien teilweise positive Effekte von Maßnahmen beschrieben, nicht aber eindeutige Gesundheitswirkungen auf die Zielgruppen. Dies ist auch der Komplexität der miteinander verwobenen Faktoren geschuldet, die in der Lebenswelt Kommune auf die Einwohnerinnen und Einwohner einwirken. Dennoch konnten aus den Studien zahlreiche Hinweise auf Faktoren für das Gelingen kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention extrahiert werden, welche in acht Empfehlungen mündeten:

- Planungsprozesse der Stadt- und Quartiersentwicklung für mehr gesundheitliche Chancengleichheit anregen und erleichtern
- Bildung und Erhalt strategischer Allianzen stärken und unterstützen
- Partizipation gewährleisten
- Niedrigschwellige Zugänge zur Gesundheitsförderung in der Kommune erschließen und lokale Partner systematisch einbinden
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in kommunal vorhandenen Strukturen verankern
- Theorieentwicklung und Forschung forcieren
- Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention auf Nachhaltigkeit ausrichten.
- Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung programmatisch neu ausrichten

Regionale BGF-Koordinierungsstellen: Sozialversicherungsträger übergreifender Austausch auf Landesebene

Die von den Krankenkassen initiierten regionalen BGF-Koordinierungsstellen gem. § 20 b SGB V haben sich in allen 16 Bundesländern etabliert. Anhand von drei Beispielen wird aufgezeigt, wie die gesetzlichen Krankenkassen ihren Zusammenschluss unter dem Dach der BGF-Koordinierungsstellen konkret nutzen, um mit Unternehmen zum Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ins Gespräch zu kommen. Basierend auf den Bedarfen von kleinen und mittleren Unternehmen an

- branchenspezifischen Informationen zu Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung,
- einem schnellen Zugang zu qualitätsgesicherten, mit dem Leitfaden Prävention konformen BGF-Leistungen und
- Beratung zu den Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Sozialversicherungszweige „aus einer Hand“

werden in den Bundesländern verschiedene Kommunikationsmedien sowie Ansprache- und Veranstaltungsformate genutzt.

Bayern: Die BGF-Koordinierungsstelle als Impulsgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Der demografische Wandel der Gesellschaft führt zu einer steigenden Zahl von Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. Der Bedarf an professionell Pflegenden wird deshalb weiter wachsen. Um die Attraktivität des Berufs, die Motivation und Resilienz von Pflegekräften zu steigern, hat die regionale BGF-Koordinierungsstelle in Bayern zusammen mit dem bpa Landesverband Bayern (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.) eine Fachveranstaltung für Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Praxisberichte und Forschungsergebnisse rund um die physische und psychische Gesundheit der Pflegekräfte wurden ca. 100 Führungskräften aus der Pflege vorgestellt. Dabei wurde insbesondere die Bedeutung eines gesundheitsfördernden Führungsverhaltens herausgestellt, das stark dazu beiträgt, die Arbeitsfähigkeit und Motivation der Mitarbeitenden zu fördern.

In der Podiumsdiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern von bpa, Pflegeunternehmen sowie der gesetzlichen Krankenkassen wurde deutlich, dass sich nachhaltige Gesundheitsförderung langfristig auszahlt und hier die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen können.

Hamburg: Die BGF-Koordinierungsstelle als Lotse in der Angebotsfülle des zweiten Gesundheitsmarktes

Die regionale BGF-Koordinierungsstelle Hamburg nutzt verschiedene bestehende Veranstaltungsformate, um auf Angebotsspektrum, -inhalte und Trägerschaft der BGF-Koordinierungsstellen aufmerksam zu machen und auf zentralen Treffen der Hamburger Wirtschaft mit Unternehmen zu BGF ins Gespräch zu kommen. Ein Beispiel hierfür ist der jährliche „Gesundheitstag der Hamburger Wirtschaft“ – ausgerichtet von der Handelskammer Hamburg –, der regelmäßig von ca. 1.000 Unternehmensvertretungen, Gesundheitsdienstleistern und weiteren Akteuren besucht wird. Derartige Veranstaltungsformate bieten die Möglichkeit, im direkten Austausch die Bedarfe seitens der Unternehmen an die Koordinierungsstellen zu erheben und aufzugreifen: So wünschen sich die Unternehmen beispielsweise die regionale BGF-Koordinierungsstelle als Lotse im schnell wachsenden Markt der Gesundheitswirtschaft und -dienstleistungen. Unternehmen identifizieren dabei die empfundene Unübersichtlichkeit des Marktes als einen hemmenden Faktor für ihr Engagement in Sachen BGF. Eine zentrale Stelle, die unabhängig informiert, jederzeit verfügbar ist und auf betriebsindividuelle Herausforderungen eingeht, ist für Unternehmen ohne Erfahrung in der BGF eine große Unterstützung.

Um den Bekanntheitsgrad, die Akzeptanz und die Vernetzung der regionalen BGF-Koordinierungsstellen weiter zu steigern, hat sich die regionale BGF-Koordinierungsstelle in Hamburg auch bei den lokalen Vernetzungsstellen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei den Akteuren mit Zuständigkeit für die Steuerung der

Autorinnen und Autoren:

Claus Bockermann,
KNAPPSCHAFT
Ute Erdenberger,
Techniker Krankenkasse

Michael Schulz,
Techniker Krankenkasse
Werner Winter,
AOK Bayern

im Namen der Regionalen
BGF-Koordinierungsstellen
Bayern, Hamburg und NRW

Dr. Julia Schröder,
BKK Dachverband e. V.

im Namen der
Kooperationsgemeinschaft
BGF-Koordinierungsstellen
auf Bundesebene





kommunalen Gesundheitsförderung vorgestellt. Die stadtteilbezogenen Gesundheitsförderer und -akteure sind geeignete Partner, um das Angebot der regionalen BGF-Koordinierungsstellen und die Informationen zielgerichtet an Unternehmen weiterzugeben.

**Nordrhein-Westfalen (NRW):
Die BGF-Koordinierungsstelle
als Vernetzungsplattform aller
Sozialversicherungsträger (SV)**

In zwei trägerübergreifenden BGF-Veranstaltungen der Partner der Landesrahmenvereinbarung (LRV) NRW erhielten die Unternehmensorganisationen als zentrale Multiplikatoren Informationen sowohl über den niederschweligen Zugangsweg über die BGF-Koordinierungsstelle NRW als auch über mögliche Unterstützungsleistungen aller Partner der LRV NRW. Dabei wurde deutlich: Unternehmen wünschen sich ein abgestimmtes trägerübergreifendes Agieren in Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Eine solche Zusammenarbeit in der BGF setzt insbesondere auf der Berater Ebene die gegenseitige Kenntnis über das Leistungsspektrum aller Beteiligten sowie deren Verknüpfungsmöglichkeiten voraus. Um dem nachzukommen und das Wissen und die Zusammenarbeit auf Berater Ebene zu stärken, haben die Partner der BGF-Koordinierungsstelle und LRV NRW ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einem zentralen **SV-Beratertag**¹ zusammengebracht. Ziele der Veranstaltung waren der gegenseitige persönliche Kontakt sowie das Kennenlernen der unterschiedlichen Herangehensweisen, Rahmenbedingungen und Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungsträger.

Fazit des Beratertages: Die Teilnehmenden wünschen sich nach dem gelungenen Auftakt eine verstetigte und vertiefende Zusammenarbeit auf regionaler Ebene. Über intensivere dezentrale Austauschformate und die erschlossenen kurzen, allen Verantwortlichen bekannten Wege soll dem

Wunsch nach Wissenstransfer und Vernetzung Rechnung getragen werden. Erste Anlaufstelle in Sachen BGF sind häufig die Krankenkassen. So können die Beraterinnen und Berater der GKV in der Beratungssituation eine Lotsenfunktion ausüben.

Auch in anderen Bundesländern werden ähnliche Austauschformate mit Unternehmen, Unternehmensorganisationen und Partnern der LRV durchgeführt, um erfolgreich erprobte Informations- und Veranstaltungsformate bei den anderen BGF-Koordinierungsstellen bekannt zu machen und so bewährte Ansätze bundesweit auszurollen.



¹ Inhalte s. Veranstaltungsdokumentation auf www.bgf-koordinierungsstelle.de/nordrhein-westfalen/veranstaltungen/

Die Initiative Gesundheit und Arbeit zeigt betriebliche Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Zusammenarbeit der Kranken- und Unfallversicherung

Seit nahezu zwei Jahrzehnten arbeiten in der **Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)**¹ der BKK Dachverband e. V., die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., der AOK-Bundesverband sowie der Verband der Ersatzkassen e. V. zusammen. Das Ziel von iga ist es, Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsleben zu unterstützen. Dazu beleuchtet iga aktuelle Entwicklungen in der Arbeitswelt, macht Erkenntnisse für die Praxis nutzbar und entwickelt erfolgreiche Vorgehensweisen weiter mit dem Fokus, Fachberaterinnen und -berater der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sowie Betriebe in ihrer praktischen Tätigkeit zu unterstützen.

In vier Themenfeldern – Arbeit im Wandel, Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung, Gestaltung gesunder Arbeit sowie Kooperation und Vernetzung – führt iga Projekte durch. Dazu kommen fachbezogene Kernteams zusammen, besetzt aus beiden Sozialversicherungszweigen, und bereiten aktuelle Erkenntnisse auf. Die Expertise der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger fließt dabei ein. Projektbezogen findet ebenfalls eine Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung statt. Die Aufbereitungsformen der Projektinhalte reichen von praxisnahen Broschüren (iga.Wegweiser) über kompakte Darstellungen von Themenschwerpunkten (iga.Fakten) bis hin zu umfangreichen wissenschaftlichen Berichten (iga.Reporte). Auch gibt es eine digitale Wissensaufbereitung in Form von Podcasts.

Die Zusammenarbeit der Initiative zeichnet sich vor allem durch ein inhaltliches Engagement aus. Dazu kooperiert iga themenbezogen mit der Wissenschaft und leistet im Sinne eines Wissenstransfers einen wertvollen Brückenschlag zur Praxis.

Pflege im Fokus

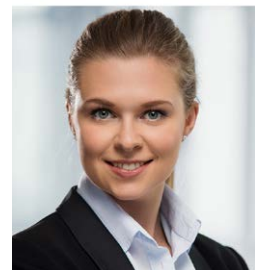
Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einem Anstieg des Durchschnittsalters in der Bevölkerung. Damit einher geht die Zunahme an pflegebedürftigen Menschen. Prognostiziert wird für Deutschland ein **Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen**² an der Gesamtbevölkerung von 3,5 % im Jahr 2015 auf 4,6 % im Jahr 2030. In einem Zeitraum von 15 Jahren kommen somit 761.000 pflegebedürftige Menschen hinzu. Die wachsende Anzahl sorgt dafür, dass das Thema Pflege auch für Betriebe und Einrichtungen an Bedeutung gewinnt und zu einem relevanten Schwerpunkt für die Prävention und BGF wird. Die Relevanz drückt sich im betrieblichen Kontext in unterschiedlichsten Facetten aus. Die iga hat das Thema deshalb in einem mehrjährigen Projekt aus zwei Perspektiven betrachtet.

Mit dem Wegweiser **„Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag“**³ wurden bestehende Maßnahmen und Strategien der Prävention und BGF für Pflegeberufe praxisnah aufbereitet. Die Broschüre stellt Ideen vor, wie die Arbeit von Pflegekräften in Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gesund und sicher gestaltet werden kann.

In einem zweiten Schritt wurde der Fokus auf die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege gelegt. Ins Zentrum rückt dabei die Herausforderung, wie Unternehmen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung ihrer Beschäftigten unterstützen können.

Beruf und Pflegeverantwortung

Manche Beschäftigte verbringen neben der Berufstätigkeit mehrere Stunden am Tag mit pflegerischen oder organisatorischen Aktivitäten zum Wohle eines Angehörigen. Dazu zählt auch die Betreuung eines pflegebedürftigen Kindes oder



Autorinnen:
Diana Eichhorn,
Verband der Ersatzkassen e. V.
Violetta Aust,
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e. V.
im Namen der Initiative
Gesundheit und Arbeit

1 www.iga-info.de

2 Demografieportal des Bundes und der Länder (2018). Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html

3 <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igawegweiser-co/wegweiser-pflegekraefte/>

Fürsorge innerhalb einer Ehe- bzw. Lebenspartnerschaft. Der Versuch, den Anforderungen der Lebensbereiche Berufstätigkeit und der privaten Situation gerecht zu werden, kann sich als Doppelbelastung negativ auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten auswirken. Die Vereinbarkeit dieser beiden Bereiche ist daher für die pflegenden Erwerbstätigen selbst, aber auch für Arbeitgeber dieser Personen von großer Bedeutung. Für Unternehmen wird es aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend wichtig, qualifizierte Beschäftigte, die auch ein Familienmitglied betreuen, im Unternehmen zu halten. Denn aufgrund von mangelnder Vereinbarkeit ist die Arbeitszeitreduktion oder Kündigung eine häufige Folge.

Im Auftrag von iga haben Frau Prof. Dr. Haubold und ihr Team von der Hochschule für Wirtschaft und Technik in Dresden das Thema Berufstätigkeit und Pflege eines Familienmitglieds bearbeitet. Ziel des Projekts war es, eine Antwort auf die Frage zu geben, wie Unternehmen betroffene Beschäftigte unterstützen können. Entstanden ist die Broschüre **„Beruf und Pflegeverantwortung“⁴** in einem praxisnahen Format (iga.Wegweiser). Im Mittelpunkt der Broschüre stehen Ansatzpunkte

für die Entwicklung einer pflegebewussten Personalpolitik. Eine pflegebewusste Personalpolitik geht über einzelne Maßnahmen und Angebote des Arbeitgebers hinaus, vielmehr integriert sie Aspekte wie Kommunikation und Führungskultur unter einem Vereinbarkeitskonzept.

Acht Schritte zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Die Wissenschaftlerinnen entwickelten acht prozessbildende Ansatzpunkte im Unternehmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Sie können innerhalb des Unternehmens ablaufen und benötigen keinerlei Ressourcen von außen. Checklisten und Gesprächsleitfäden helfen bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit sowie der Entwicklung einer pflegebewussten Personalpolitik. Eine solche existiert dann, wenn auf Basis eines Konzepts mindestens zwei Prozesse stattfinden: Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird regelmäßig von Führungskräften mit den Beschäftigten besprochen und bei auftretenden Bedarfsfällen werden entsprechende Lösungen (Einzelmaßnahmen) gefunden.

4 www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igawegweiser-co/wegweiser-beruf-und-pflege/

Acht Schritte zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

1. Strategische Entscheidung für ein Vereinbarkeitskonzept im Unternehmen fällen
2. Kriterien festlegen, was als private Verpflichtung berücksichtigt wird
3. Grundlagen einer vereinbarkeitssensiblen Führungskultur im Unternehmen entwickeln
4. Maßnahmenprogramm innerhalb des Vereinbarkeitskonzepts entwickeln
5. Maßnahmenprogramm kommunizieren und Führungskräfte schulen
6. Konkrete Vereinbarkeitslösungen für den Einzelfall finden und umsetzen
7. Vereinbarkeitssensible Führungskultur im Unternehmen weiterentwickeln
8. Vereinbarkeitskonzept in der Außendarstellung des Unternehmens nutzen

Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege – Das Projekt QualiPEP

Seit Mai 2017 führt der AOK-Bundesverband das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP) durch. Mit dem vierjährigen Projekt werden in den Lebenswelten stationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen) und Pflege drei Ziele verfolgt, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zukünftiger Maßnahmen zu verbessern:

1. Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätssicherungskonzepts zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von setting-spezifischen, lebensweltübergreifenden und handlungsfeldorientierten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege
2. Für die drei Ebenen der Bewohnerinnen und Bewohner, der Beschäftigten sowie auf Organisationsebene der beiden Lebenswelten soll ein Rahmenkonzept zur Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz entwickelt und pilotiert werden
3. Zum Ausbau der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen in den beiden Lebenswelten sollen Ansätze zu einer nachhaltigen BGF qualitätsgesichert weiterentwickelt werden.

Auf diese Weise wird eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über alle Bereiche hinweg angestrebt. Dabei sollen bestehende Qualitätskonzepte in der Pflege und Eingliederungshilfe berücksichtigt und ggf. genutzt werden.

Partizipativer Ansatz in QualiPEP

Mit einem partizipativen Ansatz werden alle relevanten Akteure (u. a. Vertretungen der relevanten Wissenschaftsdisziplinen, Kostenträger, Leistungserbringer und Zielgruppen) einbezogen, z. B. über den wissenschaftlichen Beirat des Projekts und regelmäßige Workshops mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Hierdurch

sollen Transparenz über die inhaltliche Ausrichtung hergestellt, die Akzeptanz der Einrichtungen und ihrer Träger gefördert und theoriegestützte sowie praxisnahe, umsetzbare Strategien generiert sowie Doppelstrukturen und -finanzierungen vermieden werden.

Das Projekt QualiPEP befindet sich aktuell in der dritten Projektphase. In der ersten Projektphase wurde eine Status-quo-Erhebung durchgeführt. Um die bisherigen Erkenntnisse zu den Zielgruppen zu erweitern, wurde in der zweiten Projektphase eine umfangreiche Bedarfsanalyse durchgeführt. In dem Zuge wurden mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) Routedaten der AOK-Versicherten ausgewertet und der Gesundheitszustand von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beschäftigten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege quantitativ untersucht. Für tiefergehende Informationen, z. B. hinsichtlich fördernder und hemmender Rahmenbedingungen für die Durchführung von individuellen Maßnahmen, einer lebenswelt-spezifischen Ausrichtung der Konzepte sowie einer gesundheitsförderlichen Umgebung, wurden mehrere qualitative Zielgruppenbefragungen – mit Leitungspersonen, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beschäftigten in beiden Lebenswelten – durchgeführt. Anhand der Ergebnisse aus der Status-quo-Erhebung und insbesondere der Be-



Autorinnen und Autor:

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband
Miriam Ströing,
AOK-Bundesverband
Christian Hans,
AOK-Bundesverband

Abb. 3: Partizipativer Ansatz

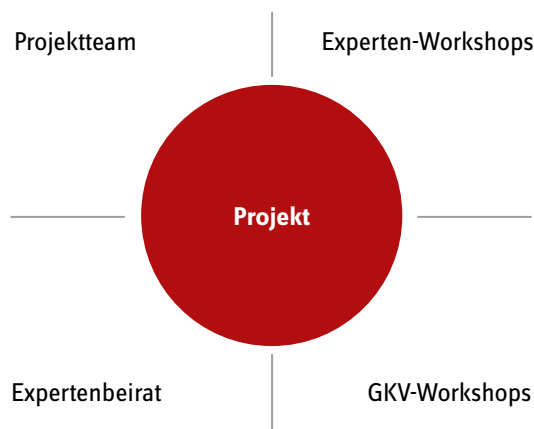
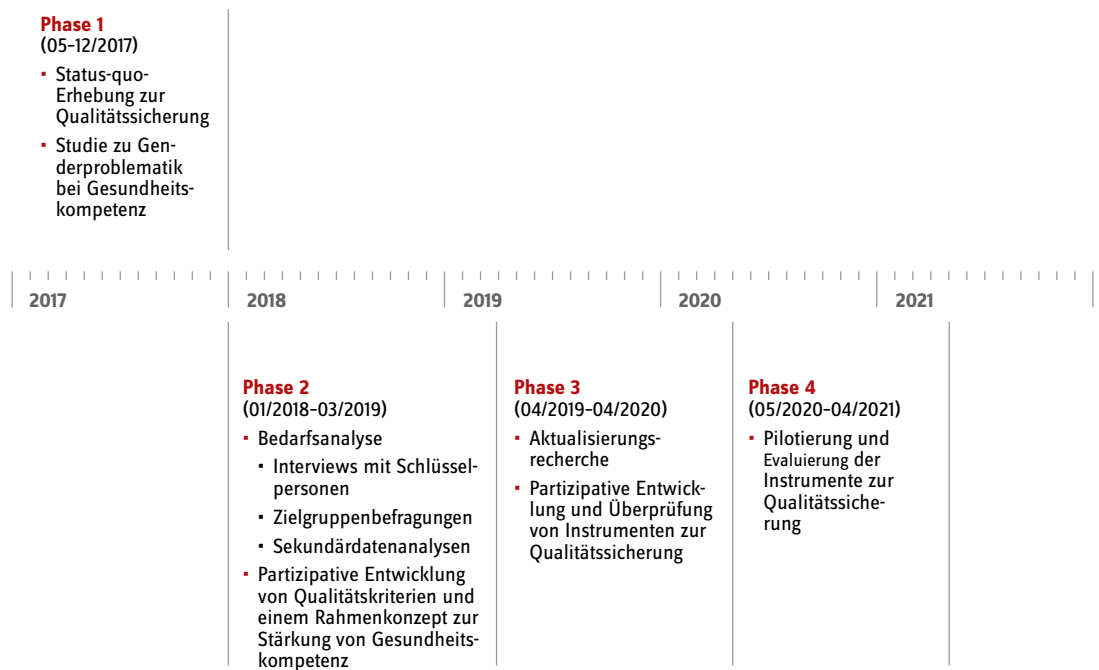


Abb. 4: QualiPEP-Projektphasen



darfsanalyse wurden in der zweiten Arbeitsphase Qualitätskriterien für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und mit Expertinnen und Experten sowie Betroffenen (-verbänden/-vertretungen) abgestimmt. In der aktuellen, dritten Projektphase werden auf Basis der Qualitätskriterien sowie mit Hilfe bereits vorliegender Konzepte Qualitätssicherungsinstrumente partizipativ (weiter-)entwickelt und in mehreren Fokusgruppen mit Einrichtungen beider Lebenswelten abgestimmt. In der vierten Projektphase werden die so entstandenen Qualitätssicherungsinstrumente gemeinsam mit Einrichtungen beider Lebenswelten pilotiert und evaluiert.

die sowohl fundiert als auch praxisnah und handhabbar sind. Die Orientierung an bestehenden Qualitätsinstrumenten zeigt Synergien auf, schafft Akzeptanz und kann die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit zukünftiger präventiver Maßnahmen stärken. Neben dem Ziel einer gesteigerten Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner wie auch der Beschäftigten in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und in Pflegeeinrichtungen sowie der Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz soll auch die Versorgungsqualität in den Einrichtungen von einer qualitätsorientierten Prävention und Gesundheitsförderung profitieren.

Ziel des Projekts **QualiPEP¹** ist es, Qualitätssicherungsinstrumente und -konzepte zu entwickeln,

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

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflegebranche

Seit vielen Jahren zählt die BGF zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem seit dem 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wird dieser Auftrag noch einmal bestärkt und erstmals ein branchenspezifischer Fokus vorgenommen. So sollen vermehrt Aktivitäten zur Förderung der Beschäftigtengesundheit in Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch die gesetzlichen Krankenkassen initiiert werden. Bereits vor dem PpSG haben die Krankenkassen Leistungen zur BGF im Pflegesektor realisiert und gehen dies nun noch verstärkt mit passgenauen und bedarfsspezifischen Angeboten an. Ziel ist es, die Beschäftigten in ihren Gesundheitsressourcen zu stärken, gesundheitliche Belastungen abzubauen und dadurch die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Dies kommt letztlich auch den Organisationen zugute. Sie profitieren von einer gesunden Belegschaft und zeigen sich als attraktiver Arbeitgeber im Wettbewerb um gutes Personal. Nachfolgend werden exemplarisch drei Ansätze der krankenkassengestützten bedarfsspezifischen BGF vorgestellt.

Mitarbeitergesundheit im Fokus: ausgewählte Unterstützungsangebote der Krankenkassen

MEHRWERT:PFLEGE

MEHRWERT:PFLEGE

Ein Angebot der Ersatzkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Mit „**MEHRWERT:PFLEGE**“¹ haben die sechs Ersatzkassen gemeinsam ein Unterstützungsangebot zur Einführung oder Weiterentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für Akutkrankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste entwickelt. Dazu werden die Organisationen in einem ganzheitlichen Prozess beraten. Dieser besteht aus einer mit der Organisation abgestimmten Analyse der Ist-Situation, die in eine passgenaue Maßnahmenentwicklung mündet. Dafür steht ein Gesundheitsbaukasten zur Verfügung, aus dem je nach Bedarf verschiedene Maßnahmen ausgewählt und individuell auf die Gegebenheiten des Krankenhauses, der Pflegeeinrichtung oder des Pflegedienstes abgestimmt werden. Das Beratungsportfolio umfasst Maßnahmen für Beschäftigte zu verschiedenen Handlungsfeldern wie u. a. teamorientierte Kommunikation, zielgerichteter Führungsstil, Stressmanagement, Pausenkultur, Interaktionsarbeit und gesunde Unternehmenskultur. Im nächsten Schritt gilt es, den Erfolg der Maßnahmen zu kontrollieren, um so Rückschlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen.

Um das BGM für den Pflegesektor weiterzuentwickeln und den Ansprüchen der Praxis zu entsprechen, werden im Rahmen von MEHRWERT:PFLEGE zudem Forschungsaktivitäten initiiert. Sie helfen, den beschriebenen Gesundheitsbaukasten weiter branchenspezifisch auszubauen und bereichern die Prozessberatung in den Einrichtungen. Zudem liefern sie neue Erkenntnisse, z. B. zu digitalen Ansätzen in der ambulanten Pflege.



Autorinnen:
Ulrike Pernack,
Verband der Ersatzkassen e. V.
Dr. Julia Schröder,
BKK Dachverband
Susann Kupzok,
AOK Sachsen-Anhalt

WERTGESCHÄTZT

WERT GESCHÄTZT

Eine weitere Initiative, die unter dem Namen **WERTGESCHÄTZT**² gemeinsam von 27 Betriebskrankenkassen bundesweit getragen wird, fokussiert die BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und widmet sich hier insbesondere der Steigerung von Wertschätzung in der Pflege und allen weiteren Berufsgruppen in dem Setting. Ziel ist es, die Gesundheitsförderungsprogramme in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auszubauen und dabei gleichermaßen verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen zu berücksichtigen. Das Thema Wertschätzung steht im engen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit, Motivation und Gesundheit und bietet daher den inhaltlichen Anknüpfungspunkt für die Maßnahmen, die u. a. auf mehr Bewusstsein im Alltag der Beschäftigten, in der Führung oder der Unternehmenskultur abzielen.

Eine kompetente Beratung zur Förderung des internen Gesundheitsmanagements bildet den Rahmen der speziell auf die Bedarfe der verschiedenen Berufsgruppen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ausgerichteten Maßnahmen. Als Auftakt der Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Pflegeeinrichtung bzw. Krankenhaus wird der aktuelle BGM-Stand erfasst, analysiert und in das neue Konzept unter dem Aspekt der Wertschätzung eingebettet. Anschließend stimmt ein Steuerungskreis individuelle Maßnahmen zur Durchführung und Umsetzung in den Einrichtungen ab. Diese führen sowohl zur Steigerung der Identifikation der Beschäftigten mit ihrem Arbeitgeber als auch zur Darstellung der Arbeitgeberattraktivität von Krankenhaus und Pflegeeinrichtung nach innen und nach außen.

NETZWERK ZUKUNFT PFLEGE



Das „Netzwerk Zukunft Pflege“ ist eine Initiative der AOK Sachsen-Anhalt und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen der Pflegebranche und der große Bedarf an Personal- und Organisationsentwicklung waren und sind für die Krankenkasse und die Berufsgenossenschaft genug Gründe, um ein Netzwerk zu initiieren.

Um eine praxisnahe Organisation und Gestaltung der Netzwerkarbeit zu gewährleisten, wurde ein Beirat mit regionalen Vertreterinnen und Vertretern der Pflegeeinrichtungen sowie der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft berufen. Die Koordinierung der Netzwerkarbeit durch den interdisziplinär besetzten Beirat hat sich mit Blick auf die Auswahl der Themen und Referentinnen und Referenten für die Netzwerktreffen bewährt. Die Praxisnähe und die Vielzahl der „gesunden“ Impulse für die Pflegeeinrichtungen sind inzwischen anerkannt.

Jährlich bringen sich über 300 Pflegeeinrichtungen in dieses Netzwerk ein. Im Rahmen des Netzwerkes werden jährlich mindestens drei themenidentische Veranstaltungen an verschiedenen Standorten in Sachsen-Anhalt abgehalten.

Was als kleines Pilotprojekt im Jahr 2008 begann, ist inzwischen über die Landesgrenzen hinausgewachsen. So gibt es inzwischen auch das „Netzwerk Zukunft Pflege in Niedersachsen“, initiiert durch die AOK Niedersachsen und die BGW.

² <https://bkk-wertgeschaetzt.de>

Kooperation von gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung – ein Beispiel aus der Baubranche

Mit der neuen Fassung der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) im August 2018 haben sich die Sozialversicherungsträger auf die Förderung koordinierter und abgestimmter Vorgehensweisen und zur **Verbesserung der gegenseitigen Anschlussfähigkeit¹** ihrer Angebote und Konzepte im Rahmen eines arbeitsweltbezogenen Prozessziels verpflichtet. Darauf aufbauend haben die gesetzlichen Krankenkassen den Austausch zu Berufsgenossenschaften (BGen), der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, den staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie der Deutschen Rentenversicherung mit dem Fokus auf eine kooperative Herangehensweise deutlich intensiviert. Exemplarisch für diese Intensivierung und Realisierung des Prozessziels wird nachfolgend ein Kooperationsbeispiel der IKK classic mit der BG BAU vorgestellt.

Allgemeine Kooperationsfelder der Zusammenarbeit

Als Ergebnis des Austauschs mit den BGen wurden folgende allgemeine Kooperationsfelder erschlossen:

1. Anerkennung von Maßnahmen

Wechselseitige Anerkennung von abgestimmten Maßnahmen (Analysen, Maßnahmenpläne mit Wirkungskontrolle, Evaluation, Leitmerkmalmethode)

2. Vereinbarungen

Schriftliche Vereinbarungen zu Kooperationen (z. B. im Rahmen von „Komm mit Mensch“, „Vision Zero“ ...)

3. Problemlösung durch Vernetzung

Konkrete Beteiligung von Präventionsexperten der BG und deren Maßnahmen in den BGM-Prozess der Krankenkasse

4. Projekte

Datensynthese BG - IKK classic (z. B. Identifizierung von Belastungsschwerpunkten/ Krankenbiografien)
Kampagnen (z. B.: Hautschutz, Sturzprophylaxe ...)

5. Seminare/Workshops/Webinare

Vermittlung der BGF-Themen (z. B. im Rahmen der Meisterausbildung, der Hygieneschulung, der Hautschutzschulung, der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Ergonomie-Schulung ...)

6. Öffentlichkeitsarbeit

gemeinsame Medien, gemeinsame Veranstaltungen/Auftritte (Messen, Vorträge, Veröffentlichungen, Newsletter ...)

7. Kommunikation

Wechselseitige Empfehlung, wechselseitige Vorstellung von Angeboten

Fast alle Institutionen zeigten sich nach Abwägung der jeweiligen Präventions- und Unternehmensziele in den Gesprächen aufgeschlossen – Vorbehalte und Bedenken konnten teils zügig reduziert, Wissen gemehrt und eine konstruktiv-pragmatische Einstellung befördert werden. Großes Potenzial wird in der bedarfsgerechten Datensynthese gesehen, vor allem aber in der Entwicklung von zielgerichtet abgestimmten Präventionsmaßnahmen, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen (KMU).

Kooperation konkret

Aufbauend auf den bestehenden und neu gewonnenen Erkenntnissen haben die Krankenkasse und die BG BAU auf Basis eines vertrauensvollen Austauschs folgende Kooperationen geplant bzw. auf den Weg gebracht:

- Schriftliche Vereinbarung zum Thema „Sicherheit und Gesundheit“ im Betrieb; Ziel ist es, durch die Einbeziehung aller Mitgliedskassen des IKK e. V. den Fokus auf KMU bundesweit zu legen.
- Regionale Vernetzung zur Förderung koordinierter und abgestimmter Vorgehensweisen zur Verbesserung der gegenseitigen Anschlussfähigkeit der Angebote; Veranstaltungen mit wechselseitiger Vorstellung der Konzepte und Angebote auf der Führungs- und Arbeitsebene in den



Autor und Autorin:

Georg Hensel,
IKK classic

Dr. Ute Pohrt,
BG BAU –
Berufsgenossenschaft
der Bauwirtschaft

¹ s. GKV/MDS Präventionsbericht 2018, S. 15 ff.

19 Präventionsbezirken der BG BAU gemeinsam mit den Mitgliedskassen des IKK e. V.

- Unterstützung bei Präventionskampagnen, insbesondere des Präventionsprogramms **„Bau auf Sicherheit. Bau auf Dich“²** der BG BAU
- Gemeinsame Schulungen der Krankenkassen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter und der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu ausgewählten Angeboten der BG BAU (Ergonomie, Prämienvverfahren u. a.); Beispiel: gemeinsamer Workshop der Gesundheitsmanager der Krankenkasse und Mitarbeiter der BG BAU im Praxiszentrum der BG BAU in Nürnberg mit den Themen neue ergonomische Hilfen für das Bau- und Reinigungshandwerk, Unterstützung der Firmen innerhalb der BGM-Maßnahmen der IKK classic durch das Prämiensystem der BG BAU und Dokumentation von Belastungsänderungen anhand der Leitmerkalmethode
- Gemeinsame Konzeption und Durchführung von Webinaren und Workshops zum Hautschutz
- Gemeinsame Erstellung von handwerkspezifischen Informationen über Präventionsleistungen – tätigkeitsspezifische Infoblätter
- Gemeinsame Erstellung von Medien (u. a. Videos, webbasierte Infos)
- Gemeinsame Veröffentlichungen
- Gemeinsame Veranstaltungen/Gesundheitstage in Betrieben und Handwerksorganisationen; Beispiel: **Gesundheitstag mit dem Dachdeckerverband Nordrhein in Goch³**. Die Krankenkasse hat verschiedene Angebote wie den Stress-Check, Lungenfunktionstest, den Rückencheck und verschiedene Workshops durchgeführt. Darauf abgestimmt hat die BG BAU dieses Angebot durch einen Haut-Check, Rücken-Beratungen sowie Hör- und Sehtests ergänzt.

systemischen Verbund mit allen Innungskrankenkassen weiterzuentwickeln. Basis ist stets die koordinierte Vorgehensweise vor Ort. Dazu wurden auch bereits erste Absprachen mit den Akteuren der Rentenversicherung (Firmenservice) getroffen.

Ausblick

Die Ergebnisse stimmen die Beteiligten sehr optimistisch. Die Krankenkasse plant nun, die Kooperationen mit den UV-Trägern verstärkt im

² <https://www.bau-auf-sicherheit.de/index.php?id=57>

³ Video Gesundheitstag: <https://www.youtube.com/watch?v=LX9dIJD74PM>

Ausgewählte Praxisbeispiele zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung

In allen Bundesländern existieren Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zur landesspezifischen Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie. Vereinbarte Zielsetzung der LRV-Partner ist es, durch eine Intensivierung von Kooperationen und geeignete Verzahnung von Leistungsangeboten die Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erhöhen, den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen zu stärken und vor allem die Menschen gemeinschaftlich in ihren Lebenswelten zu erreichen. Die nachfolgenden Beispiele sind Teil einer strategischen Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung auf der Landesebene und zeigen auszugsweise das kassen- sowie trägerübergreifende Engagement zur Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort und in den Regionen mit ausgewählten Partnern, Akteuren und den Zielgruppen selbst.

Hessen

Treffpunkt Bewegung - in Ihrem Stadtteil

- **Projektpartner der Krankenkassen/GKV:** Sportamt Kassel (federführend); Stadtteilpartner: Sportvereine, Quartierszentren, Bildungs- und Begegnungsstätten, Altenheime; Universität Kassel; Sportkreis Kassel/Landessportbund Hessen; Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport (HMdIS) im Rahmen von „Task - Transfer- und Anwendungszentrum Sport in Kassel“
- **Stadt/Stadtteil/Kommune/Institution:** Stadt Kassel, Stadtteile: Bad Wilhelmshöhe, Vorderer Westen, Rothenditmold, Bettenhausen/Forstfeld, Niederrzwehren, Süsterfeld/Hellböhn, Wesertor, Nord (Holland), Südstadt, Waldau
- **Zielgruppe(n):** Ältere Menschen
- **Zielbereich(e):** Gesund im Alter
- **Handlungsfeld(er):** Bewegungsförderung
- **Projektlaufzeit:** April 2019 bis April 2022

Kurzbeschreibung des Projekts: „Treffpunkt Bewegung - in Ihrem Stadtteil“ ist ein innovatives flächendeckendes Bewegungsangebot für ältere

Menschen in Hessen. In zehn ausgewählten Kasseler Stadtteilen werden wöchentliche Stadtspaziergänge mit speziellen Übungen angeboten. Ziel des Projekts ist es, „bewegungsarme“ Kasseler Bürgerinnen und Bürger ab 65 Jahren zu mehr und regelmäßiger Bewegung an der frischen Luft in ihrem eigenen Stadtteil zu motivieren. Der ca. eineinhalbstündige Spaziergang wird von qualifizierten und geschulten Übungsleiterinnen und Übungsleitern begleitet, die individuell auf die Gruppe zugeschnittene Gleichgewichts-, Kräftigungs- und Koordinationsübungen zusammenstellen. Das Projekt geht über die reine Bewegung hinaus und zielt zudem darauf ab, Kontakte und Netzwerke zwischen den Teilnehmenden in den Quartieren anzubahnen und auf bestehende Stadtteilangebote zur Gesundheitsförderung hinzuweisen. Es werden themenspezifische Veranstaltungs-/Gesprächsformate angeboten. Darüber soll auch die gesundheitsfördernde Strukturausprägung in den Stadtteilen angestoßen werden. Das Angebot wird vom Sportamt Kassel (federführend), verschiedenen Stadtteilpartnern wie Sportvereinen, Quartierszentren, Bildungs- und Begegnungsstätten sowie Altenheimen, dem Sportkreis Kassel/Landessportbund Hessen und dem Hessischen Ministerium des Inneren und für Sport im Rahmen von „Task - Transfer- und Anwendungszentrum Sport in Kassel“ bis Ende 2022 durchgeführt und unterstützt. Die Universität Kassel evaluiert das Projekt.

Niedersachsen

Gesund und sicher im Dichterviertel - GSD

- **Projektpartner der Krankenkassen/GKV:** Kreisvolkshochschule Ammerland, Beteiligung des „Arbeitskreises Gesundheitsförderung im Ammerland“ des Landkreises Ammerland
- **Stadt/Stadtteil/Kommune/Institution:** Quartierstreff im Dichterviertel/Rastede
- **Zielgruppe(n):** Mädchen und Frauen im Dichterviertel
- **Zielbereich(e):** Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten



Autorin:
Ulrike Pernack,
Verband der Ersatzkassen e. V.
im Namen der
GKV-seitigen LRV-Partner
in den vorgestellten
Bundesländern



- **Handlungsfeld(er):** Gesundheitskompetenz, Resilienzstärkung
- **Projektlaufzeit:** Januar 2019 bis Dezember 2020

Kurzbeschreibung des Projekts: Das Projekt „Gesund und sicher im Dichterviertel – GSD“ verfolgt als übergeordnete Zielsetzung die Stärkung der Resilienz und des selbstbestimmten Umgangs mit der eigenen Gesundheit von sozial benachteiligten Frauen und Mädchen (ab sechs Jahren). Ausgehend von einem bereits etablierten Stadtteiltreff in einem sozial benachteiligten Stadtgebiet und aufbauend auf den Ergebnissen von Stadtteilbegehungen, Einzelinterviews und Planungswerkstätten sollen isolierte Mädchen und Frauen durch (Informations-) Veranstaltungen und gemeinsame Aktionen (z. B. Aufbau eines Gartens der Kulturen als Ort der Begegnung, Frühstückstreff) für gesundheitsförderliche Themen sensibilisiert und Peers bedürfnisgeleitet zu Kompetenzträgern angeleitet werden. Neben der sozioökonomischen Situation wird auch die zum Teil städtebaulich bedingte Isolation von Sozialkontakten außerhalb des Dichterviertels in dem Projekt berücksichtigt. Dies aufgreifend zielt das zweijährige Projekt auf verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen ab: Im Dichterviertel sollen gemeinsame Aktivitäten umgesetzt werden, die neben dem gesundheitsbezogenen Verhalten auch die Wahrnehmung des Viertels verändern.

Thüringen bewegte Kinder = gesündere Kinder

- **Projektpartner der Krankenkassen/GKV:** Landessportbund Thüringen, Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (TMBJS); Thüringer Institut für Lehrer, Fortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM); Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU Jena), Unfallkasse Thüringen, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Sektion Thüringen

- **Stadt/Stadtteil/Kommune/Institution:** Schulen innerhalb sozioökonomisch benachteiligter Quartiere in Thüringen
- **Zielgruppe(n):** Schülerinnen und Schüler der 3. Klasse
- **Zielbereich(e):** Gesund aufwachsen
- **Handlungsfeld(er):** Bewegungsförderung
- **Projektlaufzeit:** Juli 2017 bis Juni 2020, anschließend ist eine Berücksichtigung des Projekts im Landeshaushalt anvisiert

Kurzbeschreibung des Projekts: Das Projekt „bewegte Kinder = gesündere Kinder“ verfolgt das Ziel, den Status quo der (senso-)motorischen Fähigkeiten, die Alltagsbewegungen und das Ernährungsverhalten von Kindern der dritten Klasse an Thüringer Grundschulen systematisch zu erfassen und zu monitoren. Der Analyse liegt ein Bewegungsscheck zugrunde, der verschiedene Testaufgaben wie Sternlauf, Einbeinstand, Standweitsprung beinhaltet. Der Bewegungsscheck wird im Rahmen des Sportunterrichts durchgeführt. Hierdurch ist ein breiter Zugang zu der Zielgruppe sichergestellt. Die Datenanalyse erfolgt durch den Lehrstuhl für Sportmedizin und Gesundheitsförderung der Friedrich-Schiller-Universität Jena und berücksichtigt auch Einflussfaktoren auf das motorische Leistungsniveau. Auf der Grundlage der Analyseergebnisse werden individuelle und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Zielgruppe Eltern und Kinder gegeben, um zu mehr Bewegung und einer gesunden Lebensweise in der Familie, aber auch im Quartier/Stadtteil zu motivieren. Auch sollen Eltern sowie Pädagoginnen und Pädagogen als Motivatoren für regelmäßigen Sport gewonnen und somit Gesundheitsempfinden und -förderung für Kinder erlebbar werden. Die Kinder erhalten nach Absolvierung des Tests einen Fitnesspass und eine Urkunde. Aus den Ergebnissen werden gleichermaßen auch Handlungsempfehlungen für die Sportförderung in Schulen, kommunalen Bildungslandschaften, Sportvereinen sowie zum Ausbau der Förderstruktur an den Schulen gegeben. Durch die breite Netzwerkstruktur der Projektkooperierenden wird

ein nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in den Schul- und Vereinssport sichergestellt. Im Schuljahr 2018/2019 haben sich an dem Programm „bewegte Kinder = gesündere Kinder“ 233 Thüringer Grundschulen aus allen Landkreisen beteiligt, d. h. 7.262 Kinder. Für das Schuljahr 2019/2020 haben sich mit Stand August 2019 bereits 191 Schulen gemeldet.

Baden-Württemberg Gesundheitslotsen für Migrantinnen und Migranten

- **Projektpartner der Krankenkassen/GKV:** Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt Stuttgart; Sachgebiet strategische Gesundheitsförderung, Kommunale Gesundheitskonferenzen, Unfallkasse Baden-Württemberg
- **Stadt/Stadtteil/Kommune/:** Stuttgart
- **Zielgruppe(n):** Menschen mit Migrationshintergrund
- **Zielbereich(e):** Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter
- **Handlungsfeld(er):** Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Sucht
- **Projektlaufzeit:** 2018 bis 2022

Kurzbeschreibung des Projekts: Das auf vier Jahre bis 2022 angelegte Projekt beruht auf den Erkenntnissen der partizipativen Gesundheitsforschung und legt das Verständnis zugrunde, dass die Vermittlung von Gesundheitsthemen am besten gelingt, wenn sie durch Personen erfolgt, die sowohl die gleiche Sprache sprechen als auch den gleichen kulturellen Hintergrund haben. Im Rahmen des Projekts werden deshalb engagierte und integrierte Menschen mit Migrationshintergrund zu Gesundheitslotsen ausgebildet, die als interkulturelle Brückenbauer fungieren sollen. Die Gesundheitslotsen schlagen einerseits die Brücke insbesondere zu Migrantinnen und Migranten, die sonst eher schlecht zu erreichen sind, und andererseits zwischen den öffentlichen Institutionen und der Zielgruppe. Aufgabe der Gesundheitslotsen ist neben der Vermittlung von Gesundheitsthemen

sowie von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für individuelle Gesundheitsfragen auch, Netzwerke zu eruieren bzw. auf- und auszubauen. Im Sinne der partizipativen Gesundheitsförderung sind sowohl die Gesundheitslotsen als auch die Zielgruppe in die Entwicklung des Projekts eingebunden. Dies bedeutet, dass die Konzeption der Schulungen und Entwicklung der Materialien sowie die Auswahl der relevanten Themen zusammen mit der Zielgruppe erfolgen. Die Ergebnisse werden fortlaufend im Prozess angepasst, um im höchsten Maß den individuellen Bedürfnissen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu entsprechen. Die Durchführung des Projekts setzt auch auf die Zusammenarbeit mit den für die Zielgruppe relevanten Ämtern und Institutionen, wie beispielsweise der Abteilung Integrationspolitik der Stadt und etablierten Migrantenvereinen. Zudem soll das bereits bestehende Netzwerk „Bündnis für Integration“ gemeinsam mit den am Projekt Beteiligten weiterentwickelt werden und somit zu einer stetigen Verbesserung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund beitragen und Gesundheitsthemen noch intensiver in der Integrationspolitik in Stuttgart verankern. Perspektivisch soll das Konzept der „Gesundheitslotsen“ ein fester Bestandteil des Gesundheitskonzepts der Stadt Stuttgart werden.

Zahlen im Überblick

In diesem Kapitel werden grundlegende Kennziffern inkl. der **Ausgaben¹** für Primärprävention und BGF gemäß § 20 Abs. 4 SGBV sowie für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI dargestellt.

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

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2018. Die Prozentzahlen zur Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2019 entnommen werden. Eine Tabelle mit den wichtigsten Kennziffern findet sich im Anhang.

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 158.308.821 Euro; das entspricht 2,18 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 3% angestiegen. Damit wurde die gemäß § 20 Abs. 6 SGBV vorgesehene Ausgabenhöhe von mindestens 2,10 Euro je Versicherten überschritten.

Abb. 5:

Zahlen im Überblick



Nach § 20a Abs. 3 SGBV beauftragt der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Hierfür erhielt die BZgA 2018 eine Pauschale in Höhe von 0,47 Euro je Versicherten aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten. In den oben genannten Ausgaben in Höhe von 2,18 Euro je Versicherten sind diese enthalten.

Die Zahl der erreichten Settings stieg im Vergleich zum Vorjahr um 7%, die Zahl der erreichten Personen um 4%. Die Krankenkassen bauten ihr gesundheitsförderliches Engagement gemeinsam mit den für die Lebenswelten verantwortlichen Kooperationspartnern im Vergleich zum Vorjahr nochmals aus.

¹ www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_internet.pdf

172 Mio. €

Betriebliche
Gesundheitsförderung

2.152.547

Menschen

19.544 Betriebe



32 % verarbeitendes Gewerbe
17 % weitere Dienstleistungen

Mit Maßnahmen der BGF konnten 2018 im Vergleich zum Vorjahr 11 % mehr Betriebe und 16 % mehr Beschäftigte erreicht werden.

2018 gaben die Krankenkassen 172.165.808 Euro für die BGF aus. Das entspricht 2,37 Euro je Versicherten. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 8 %.

Insgesamt hat die GKV damit das Ausgaben Soll gemäß § 20 Abs. 6 SGB V von 2,10 Euro je Versicherten im Jahr 2018 deutlich überschritten.

214 Mio. €

Individuelle
Präventionsangebote

1.685.490

Kursteilnahmen



69 % Bewegung
28 % Stressbewältigung

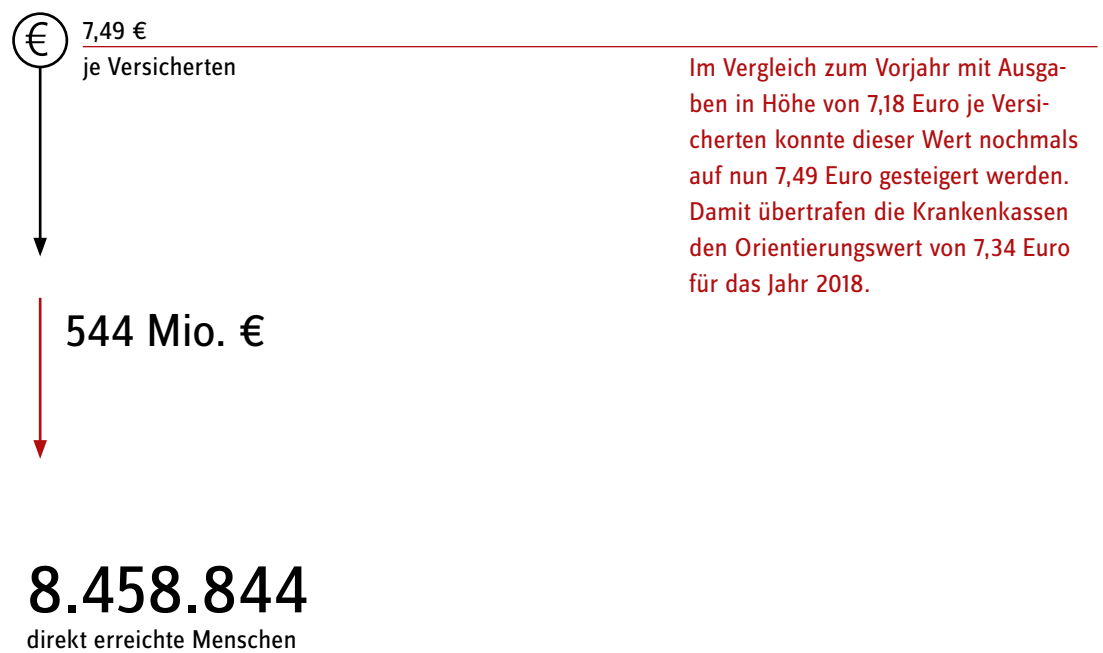
In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuweisen, wie sie das Erlernte im Alltag umsetzen können.

2018 förderten die Krankenkassen 1.685.490 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Anzahl der Kursteilnahmen im Vergleich zu 2017 leicht angestiegen.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 214.001.861 Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 3 % im Vergleich zum Vorjahr.

GKV-Ausgaben gesamt (§§ 20 ff. SGB V)

Abb. 6: GKV-Ausgaben 2018



Die Ausgaben der Krankenkassen für die Aufgaben nach den §§ 20a-c SGB V sollen im Jahr 2018 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Gesamtbetrag in Höhe von 7,34 Euro umfassen. Für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben sind davon jeweils mindestens 2,10 Euro je Versicherten zu verausgaben. Insgesamt gaben die Krankenkassen für die drei Bereiche - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und individuelle verhaltensbezogene Prävention - 7,49 Euro je Versicherten aus.

Sie haben damit 2018 ihre Gesamtausgaben für primäre Prävention und Gesundheitsförderung um rund 5% auf insgesamt 544.476.491 Euro gesteigert. Dadurch leisteten sie einen erheblichen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Gesundheitsförderung und Prävention.

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

Abb. 7: Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen



direkt erreichte Menschen in 1.281 stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen sind verpflichtet, für die Wahrnehmung ihrer Gesundheitsförderungs- und Präventionsaufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2018 für jede und jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,31 Euro auszugeben (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Das entspricht bei einer Anzahl von ca. 72,3 Mio. bei Pflegekassen Versicherten einer Summe von ca. 22,4 Mio. Euro. In die Beratung und Umsetzung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen investierten die Pflegekassen insgesamt **9.903.045 Euro**¹. Die Pflegekassen konnten ihre Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr damit um 16,4% steigern. Bezogen auf den Sollwert pro Versicherten wurden 0,14 Euro ausgegeben. Damit konnte eine Steigerung der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (0,12 Euro) erreicht werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekassen den systematischen Einstieg in die Themen Gesundheitsförderung und Prävention weiter ausbauen konnten. Sie leisten einen kontinuierlichen Beitrag, in Pflegeeinrichtungen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren. Die Ergebnisse zeigen aber auch die Notwendigkeit, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um Pflegeeinrichtungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen zu gewinnen. Stationäre Pflegeeinrichtungen entscheiden selbst über ihren Einstieg in einen von den Pflegekassen geförderten Gesundheitsförderungsprozess. Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, das Thema Gesundheitsförderung im Unternehmen strukturell zu verankern und im Sinne einer Anschubfinanzierung Leistungen zur Verfügung stellen.

¹ Der Berechnung der Ausgaben liegt die PJ1-Statistik 2018 der Pflegekassen zugrunde.

Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nach Geschlecht

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

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

Mit den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können Männer und Frauen in etwa zu gleichen Teilen erreicht werden. 52% der Teilnehmenden sind Mädchen und Frauen, **48%** Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind Schulen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

In der BGF werden hingegen mit **61%** deutlich mehr Männer erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In den Branchen des verarbeitenden Gewerbes gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Insgesamt wurden in den drei oben genannten Bereichen 4.591.447 (54 %) Frauen und 3.856.951 (46 %) Männer erreicht. Es wurden hier nur Dokumentationsbögen einbezogen, die Angaben zum Geschlecht enthielten. Bei 10.446 Teilnahmen an Maßnahmen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention fehlen diese.

Aufsummiert ergibt sich eine Gesamtzahl von 8.458.844 Personen, was der Summe direkt erreichter Menschen aus Abb. 6 entspricht.

Abb. 8:

Erreichte Personen nach Geschlecht



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Im SGBV werden Lebenswelten als abgrenzbare soziale Systeme definiert, die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind (s. Wortlaut des § 20a Abs. 1 auf dieser Seite). Diese können beispielsweise durch Institutionen wie Kindertagesstätten oder Schulen formal festgelegt oder durch einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug - z. B. einen Stadtteil - sowie eine gemeinsame Lebenslage definiert sein. „**Lebenswelten**“¹ bzw. „Settings“ haben sich als Interventionsebenen für Gesundheitsförderung und Primärprävention bewährt.

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

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

Zur Erreichung sozial benachteiligter Menschen wird bei der Datenerhebung der Krankenkassen hilfsweise der Indikator der Beteiligung von Menschen in sogenannten sozialen Brennpunkten herangezogen (s. S. 44). Der Begriff „sozialer Brennpunkt“ ist nicht legal definiert, die

§ 20a Absatz 1 SGB V

„Lebenswelten [...] sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern [...] mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie [...] die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]“

Krankenkassen haben sich an der Begriffsdefinition des Deutschen Städtetags von 1979 orientiert und bilden damit ab, dass in den sogenannten sozialen Brennpunkten verschiedene Faktoren wirken, die die Lebens-, Entwicklungs- und Sozialisationsbedingungen negativ beeinflussen.

Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sind die Kriterien für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten festgelegt. Dem Präventionsbericht liegt der Leitfaden in der jeweils zur Zeit der Leistungserbringung gültigen Fassung zugrunde.

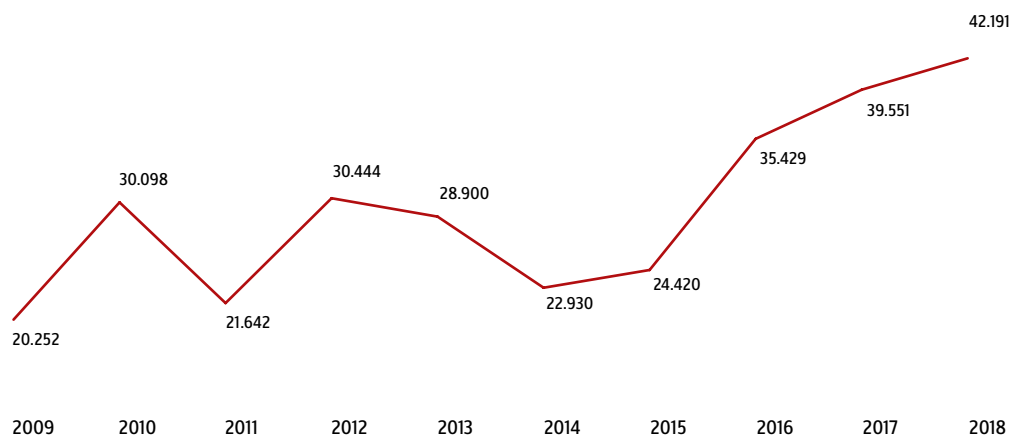
Insgesamt wurden 4.155 Dokumentationsbögen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgewertet. Die Arbeitswelt bildet ein Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 62 ff. „Betriebliche Gesundheitsförderung“).

Nachfolgend werden die im Jahr 2018 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen die folgenden Grafiken große Konstanz bei leicht angestiegenen Fallzahlen.

¹ www.gkv-buendnis.de > Gesunde Lebenswelten

Anzahl der Lebenswelten

Abb. 9: Anzahl der Lebenswelten 2009–2018



Krankenkassengeforderte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen Menschen in verschiedenen Lebenswelten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, sowohl die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten als auch niedrigschwellige verhaltensbezogene Angebote zu etablieren, damit die Menschen Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil erwerben. Als besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune werden im **Leitfaden Prävention¹** beispielhaft junge Familien und Alleinerziehende, ältere/alte Menschen, arbeitslose Menschen sowie Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtblasteten oder psychisch belasteten Familien beschrieben; auch Lebenswelten der

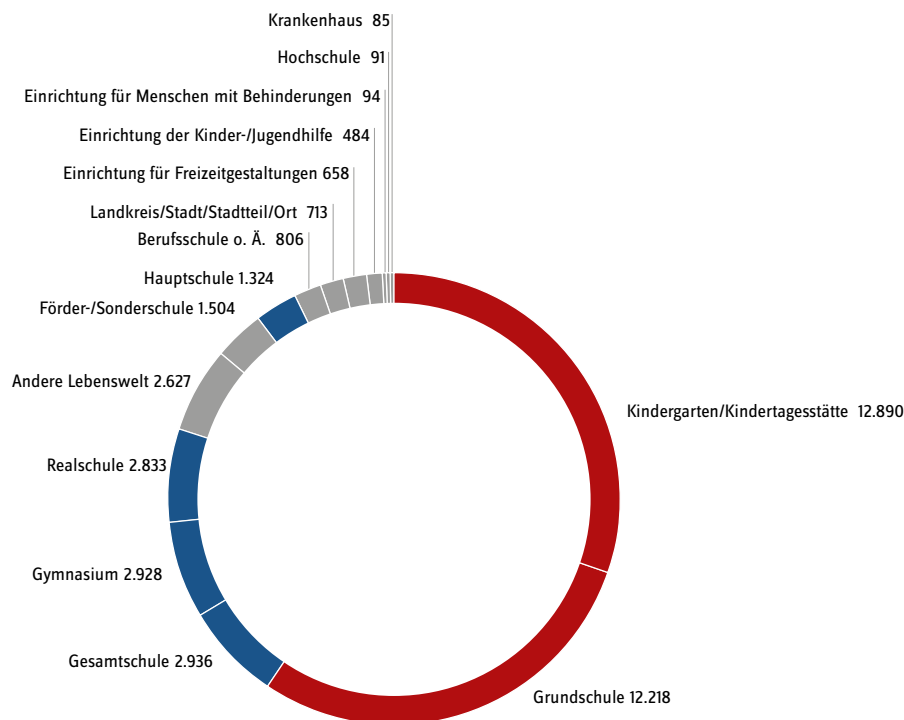
Freizeitgestaltung wie z. B. Sportvereine eignen sich zur niedrigschwelligen Ansprache und als Zugangsweg verschiedener Zielgruppen.

2018 konnte die **Anzahl der erreichten Lebenswelten²** im Vergleich zum Vorjahr um 7% gesteigert werden: von 39.551 im Jahr 2017 auf 42.191 im Jahr 2018. Damit wurde auch die Zahl direkt erreichter Personen gesteigert, nämlich von 4.452.092 auf 4.620.807. Dies spiegelt sich 2018 auch in einer Ausgabensteigerung wider: Im Berichtsjahr wurden je Versicherten 2,18 Euro statt 2,12 Euro im Jahr 2017 ausgegeben; damit wurde die vorgegebene Ausgabenhöhe von 2,10 Euro je Versicherten übertroffen.

¹ Leitfaden Prävention Kap. 4.5.4
² s. Anhang, „Wichtige Kennziffern“

Art der Lebenswelten und Laufzeit

Abb. 10: Art und Anzahl der Lebenswelten



Die Auswertung der von Krankenkassen unterstützten Aktivitäten nach Art und Anzahl der Lebenswelten zeigt, dass diese 2018 – wie in den Vorjahren – am häufigsten in **Kitas¹** (31%), Grundschulen (29%) und weiterführenden Schulen (24%) stattfanden.

Laufzeit

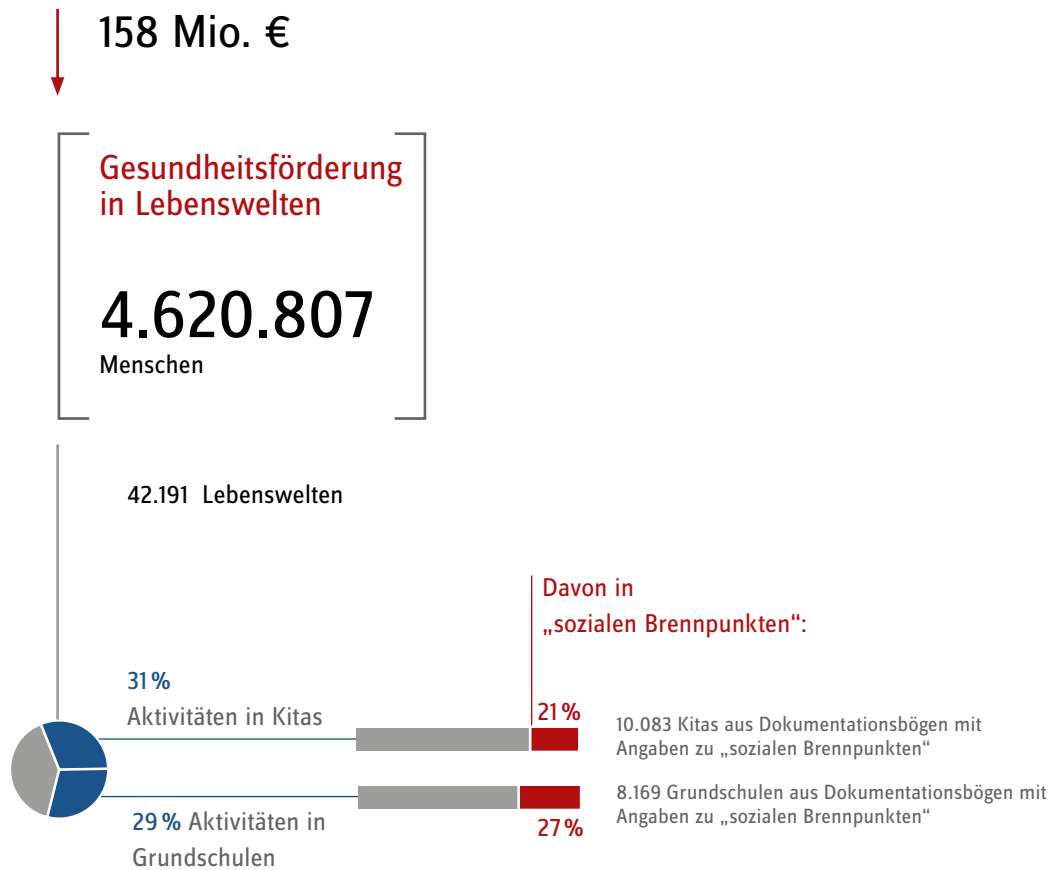
Die mittlere Laufzeit aller Projekte betrug bis zum 31. Dezember 2018 ein Jahr und vier Monate, die der abgeschlossenen Aktivitäten neun Monate. Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, hatten bis Jahresende eine Laufzeit von 20 Monaten.

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

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

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“

Abb. 11: Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“



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

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

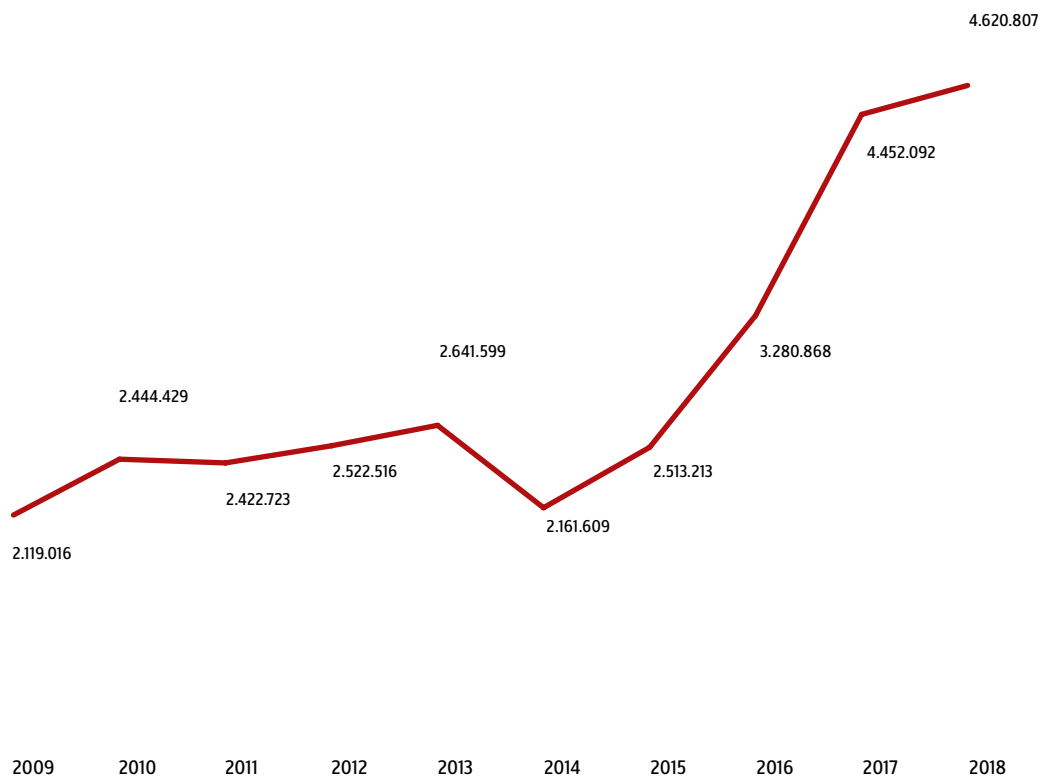
blemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „benachteiligter Stadtteil“ verwendet.

In sozialen Brennpunkten lagen 21% der erreichten Kitas und 27% der erreichten Grundschulen.

¹ Deutscher Städtetag (Hrsg.), Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten, Köln 1987, S. 15. www.land.nrw.de/pressemitteilung

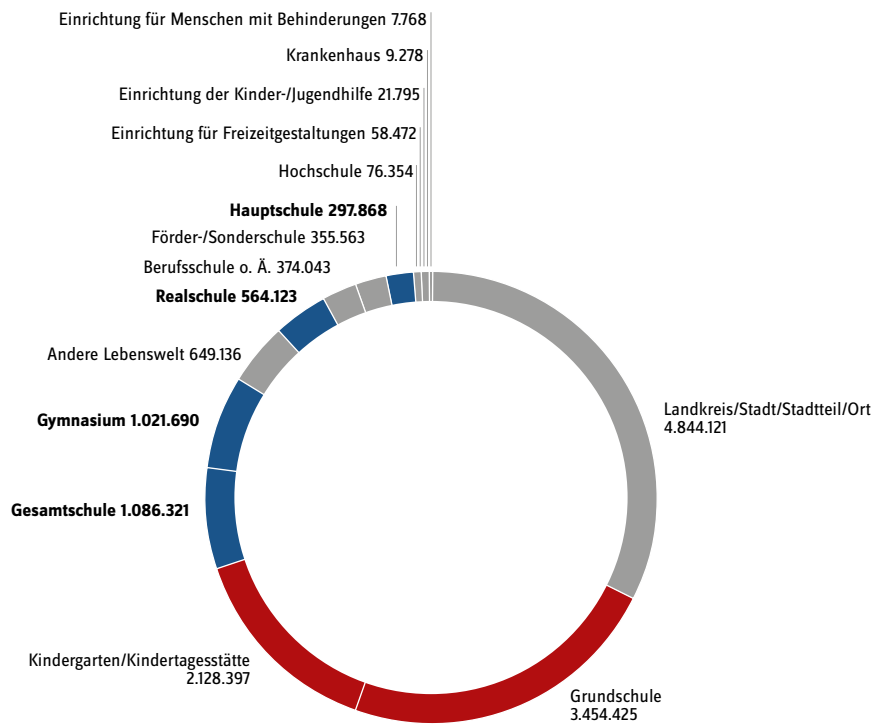
Erreichte Personen

Abb. 12: Direkt erreichte Personen 2009-2018



Mit der Ausweitung der Maßnahmen auf weitere Lebenswelten konnte auch die Anzahl der in allen Lebenswelten direkt erreichten Personen weiter gesteigert werden (+4%).

Abb. 13: Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten



Besonders stark engagieren sich die Krankenkassen in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Schulen, da dort früh Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt werden können. Hier konnten 2.774.902 Personen direkt erreicht werden.

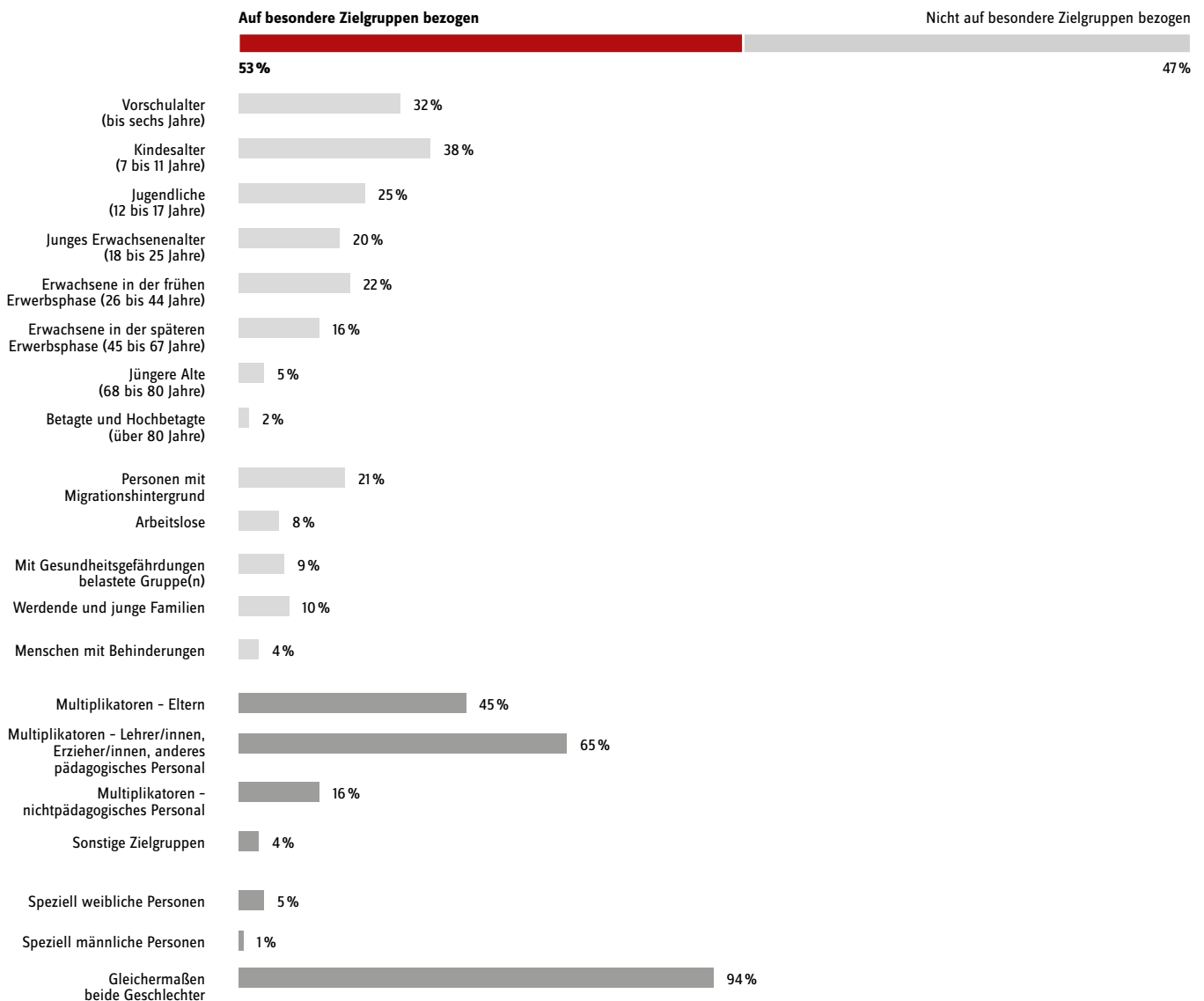
Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, sozial-emotionaler

Kompetenzen und Resilienz umfassen. In Schulen zielt die inhaltliche Ausrichtung der Projekte darauf ab, gesundheitsbezogenes Verantwortungsbewusstsein zu fördern, Netzwerke zu initiieren, alle Schülerinnen und Schüler zu befähigen, ihr Potenzial auszuschöpfen, einen gesundheitsförderlichen Umgang miteinander zu pflegen und ein gesundheitsförderliches Arbeits- und Lernklima zu schaffen. Außerdem soll ein gesundheitsgerechter Umgang mit elektronischen Medien erreicht werden.

Zielgruppen

Abb. 14:

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



47% der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten richteten sich an alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt, 53% an bestimmte Zielgruppen im Setting.

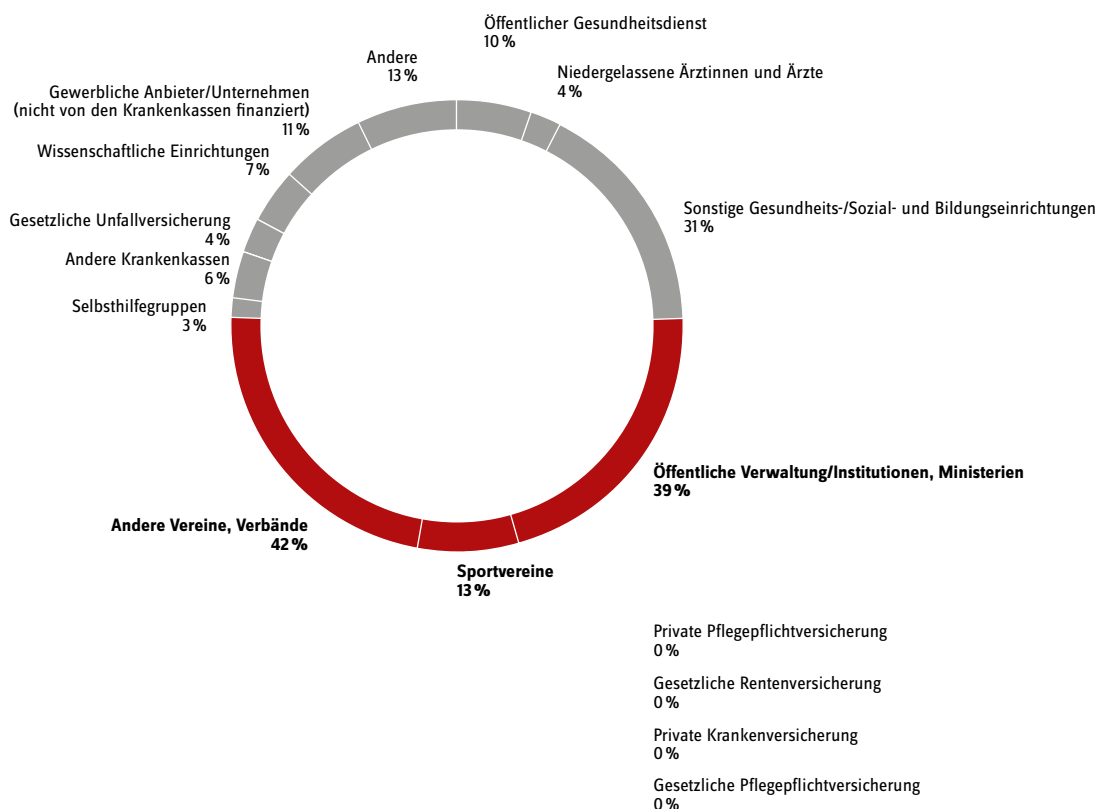
65% der Aktivitäten, die auf bestimmte Zielgruppen fokussierten, richteten sich an Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf

deren Gesundheit. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vermitteln sie Kenntnisse und Fertigkeiten.

Fast alle Maßnahmen (94%) adressierten gleichermaßen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer. Die Prozentangaben in den Abbildungen 14 bis 19 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 15: Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



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

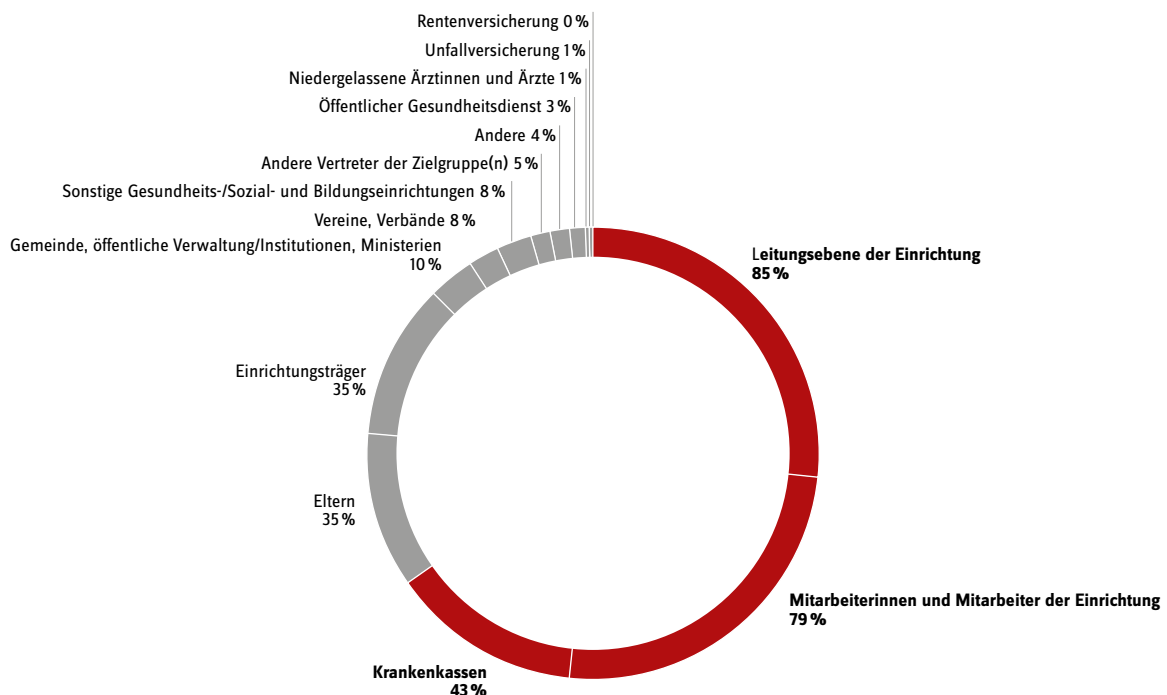
53 % der Dokumentationsbögen weisen aus, dass **weitere Akteure¹** als Kooperationspartner Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht haben. Am häufigsten waren Vereine, Verbände und öffent-

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

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

Koordination und Steuerung

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



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

Mit 84 % weist ein Großteil der Programme in Lebenswelten eine solche Entscheidungs- und

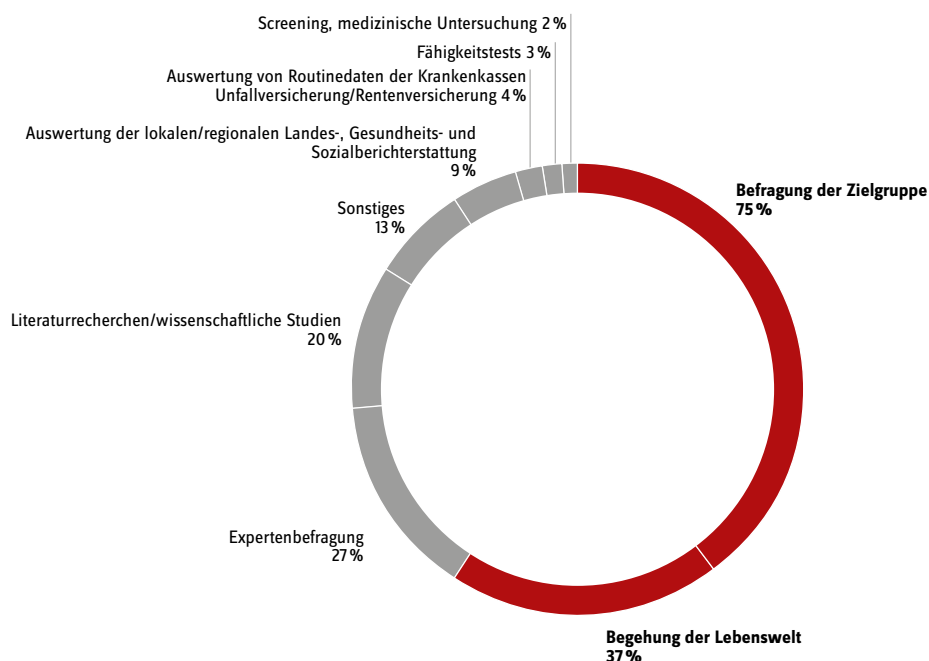
Steuerungsstruktur auf. Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu 13.

An den meisten Steuerungsgremien sind die Leitungsebene und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung beteiligt. In fast der Hälfte der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium, nämlich in 43 %, sind Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen beteiligt.

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

Bedarfsermittlung

Abb. 17: Methoden der Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen möglichst bedarfsorientiert und praxisgerecht auszurichten, werden in der jeweiligen Lebenswelt verschiedene Methoden zur Erkennung von Risiken und Potenzialen für die Gesundheit angewandt. So wird bei 75 % der Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention die Zielgruppe befragt, um deren Bedürfnisse und die Probleme in der Lebenswelt zu ermitteln. Bei 37 % der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting ermittelt. Bei 27 % der Maßnahmen werden Expertenbefragungen und bei 20 % Literaturrecherchen durchgeführt. Bei den Programmen wurden bis zu acht **verschiedene Instrumente**

der Bedarfsermittlung¹ kombiniert, im Schnitt 1,9.

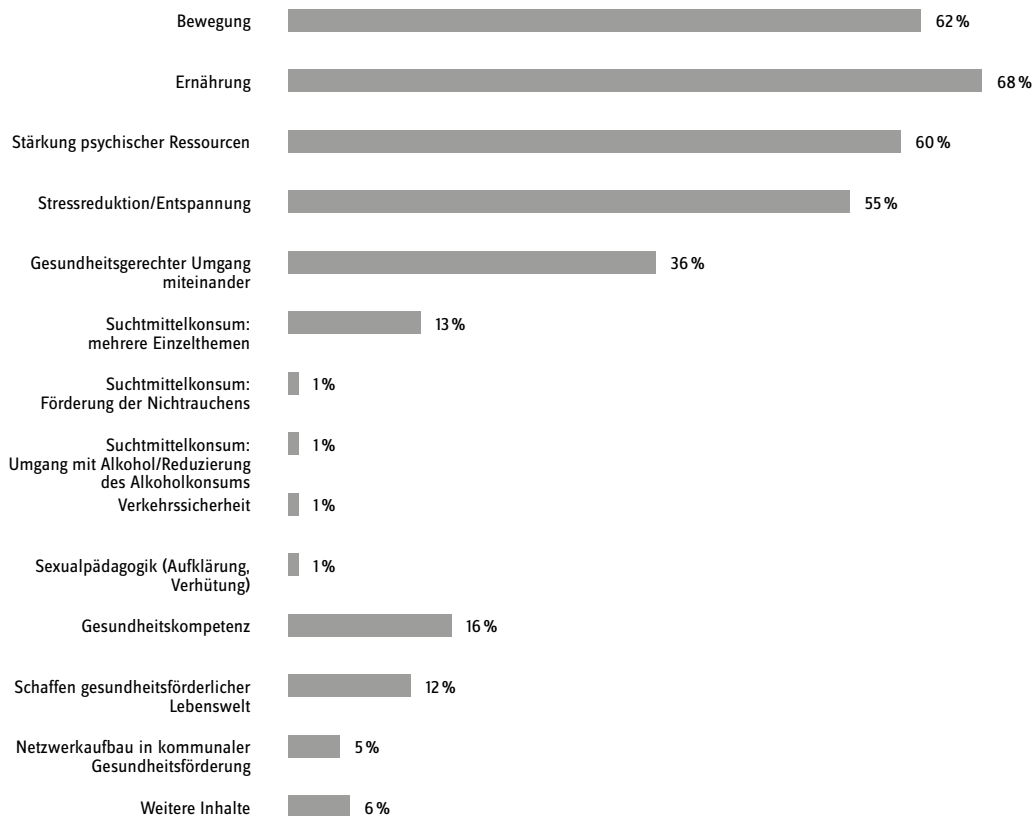
Bei 8 % der Programme wurden Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt; dieses Instrument ist im Vergleich zur BGF (s. S. 74) deutlich weniger verbreitet. Zukunftswerkstätten kamen bei 5 % der Programme zur Anwendung.

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

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 18:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Der inhaltliche Schwerpunkt der Interventionen richtet sich nach dem Bedarf in der jeweiligen Lebenswelt und kann, wie im **Leitfaden Prävention¹** beschrieben, verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen enthalten.

Ein Großteil dieser verhältnis- und verhaltenspräventiven Aktivitäten in Lebenswelten wird zu den Themen Ernährung und Bewegung nachgefragt. In über der Hälfte der Maßnahmen sind die Stärkung psychischer Ressourcen und die Stressreduktion/Entspannung Inhalte der Aktivitäten. In der Regel werden mehrere Themen bedarfsbezogen kombiniert.

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

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in der jeweiligen Lebenswelt und gleichzeitig auf die Motivierung zu und das Erlernen von gesundheitsförderlichen Lebensgewohnheiten (Verhalten) beziehen. Im Berichtsjahr 2018 waren 64 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet.

33 % der Interventionen waren speziell darauf ausgerichtet, die Menschen im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

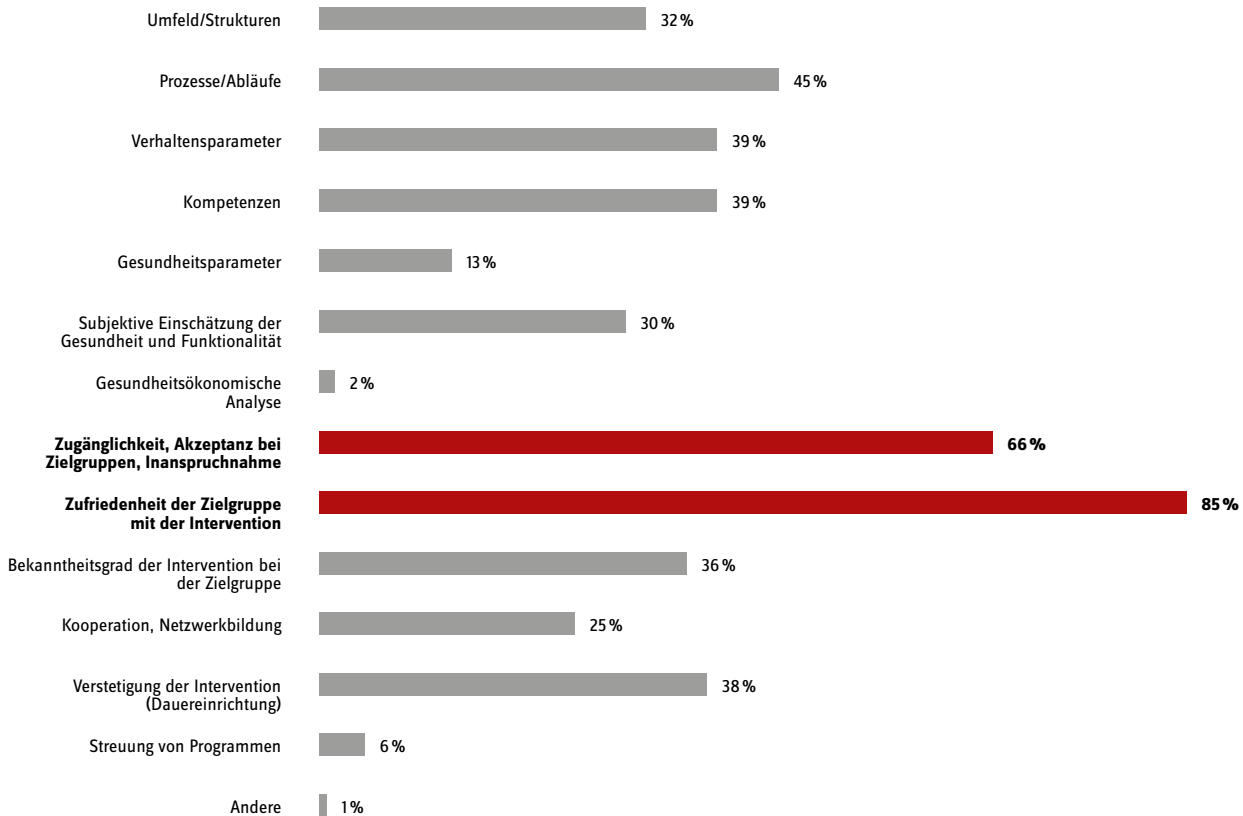
Art der Umgestaltung

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

In der Regel werden mehrere Arten der Umgestaltung miteinander kombiniert. Im Durchschnitt integrieren die Interventionen zwei verschiedene Aspekte. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen insgesamt (59 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (57 %) zu verbessern.

Erfolgskontrollen

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



Der Gesundheitsförderungsprozess sieht auch eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation erfolgter Maßnahmen vor. Diese wurden bei 74 % der Gesundheitsförderungsprogramme durchgeführt bzw. waren geplant.

Die Grafik zeigt, mit welchen Parametern der Erfolg von Maßnahmen gemessen wurde. Vorrangig wurde die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention erfasst; diese lag 2018 bei 85 %. Für 66 % der Maßnahmen wurden Zugänglichkeit, Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Zielgruppe eruiert. Bei 45 % der Maßnahmen wurden die Abläufe im Setting ermittelt. Im Schnitt wurden rund fünf Erfolgsindikatoren je Programm erfasst.

Ziele der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Seit dem Berichtsjahr 2008 setzt sich die GKV auf freiwilliger Basis Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2013–2018 findet sich im **Leitfaden Prävention 2014¹**.

Für Lebenswelten wurden sowohl an der Rangordnung der Krankheitsgruppen orientierte Präventions- als auch auf die Stärkung allgemeiner gesundheitlicher Ressourcen ausgerichtete Gesundheitsförderungsziele definiert. Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich im GKV-Präventions-

bericht dokumentiert und transparent gemacht. Basisjahr für die 2018 abgeschlossene Zieleperiode ist 2012.

Im vorliegenden Präventionsbericht wird ein Fazit über die Zielerreichung in der gesamten Periode gezogen. Gemäß der Zielformulierung gelten Ziele als erreicht, wenn sich innerhalb des Gesamtzeitraums Zahl und Anteil der Aktivitäten/erreichten Personen erhöht haben. Auf den nachfolgenden Seiten wird die Zielerreichung hinsichtlich der beiden im Präventionsbericht evaluierten Ziele für Lebenswelten differenziert dargestellt.

¹ Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der Fassung vom 10.12.2014

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013–2018 und ihre Erreichung

Oberziel lebensweltbezogene Prävention: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

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

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

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

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

¹ Das Teilziel, auf das sich die GKV bereits zu Beginn ihrer freiwilligen Selbstverpflichtung auf Ziele seit 2008 verständigt hat, ist in der jährlichen Dokumentation des lebensweltbezogenen Engagements nicht abbildbar. Insofern waren in allen Jahren keine Aussagen über die Zahl der kommunalen Gremien möglich, in denen auch Krankenkassen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention mitwirken. Die große Bedeutung, die die GKV der kommunalen Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention beimisst, wird jetzt durch das kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zur Unterstützung des Strukturaufbaus in entsprechend ausgewählten Kommunen belegt.

✓ Ziel erreicht

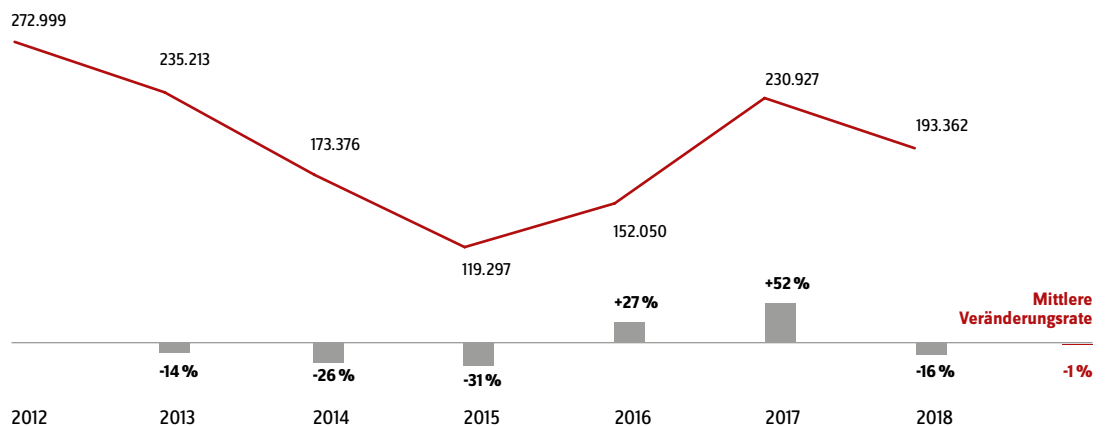
✗ Ziel nicht erreicht

Erreichungsgrad der Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele in Lebenswelten 2013-2018

Abb. 20:

Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen

Über multifaktoriell ausgerichtete verhaltens- und verhältnispräventive Aktivitäten erreichte Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen



Um die Prävention hinsichtlich des Oberziels „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“ bereits von Kindheit an sowohl mittels verhaltens- als auch verhältnispräventiver Maßnahmen anzugehen, sollen entsprechende Maßnahmen bereits in der Schule etabliert werden. Haupt-, Förder- und Berufsschulen nehmen im Vergleich zu anderen Schulformen unterdurchschnittlich an primärpräventiven Maßnahmen teil (s. S. 46). Gleichzeitig ist in diesen Schulformen von einem erhöhten Präventionsbedarf auszugehen.

Die GKV hat sich daher das Ziel gesetzt, in diesen Lebenswelten die Gesundheitschancen der Schülerinnen und Schüler mit „multifaktoriellen“ Präventionsaktivitäten zu stärken. Diese Aktivitäten sind sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv ausgerichtet und kombinieren mindestens zwei Themen, z. B. Bewegung und Ernährung.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Die Anzahl der mit multifaktoriell, d. h. auf mindestens zwei Handlungsfelder ausgerichteten, sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiven

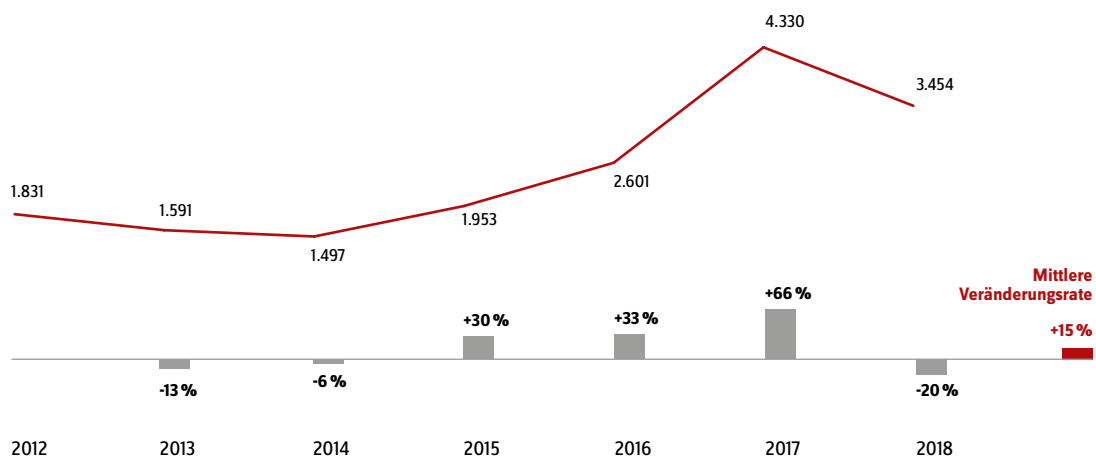
Maßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in den drei Schularten unterliegt erheblichen Schwankungen. Im Gesamtzeitraum konnte das Präventionsziel nicht erreicht werden, was sich am Mittelwert der Veränderungsrate - minus 1% - ablesen lässt.

Hinter dem Gesamtergebnis zu diesem Ziel verbergen sich divergierende Teilentwicklungen: Während die Zahl der an Förder- und Berufsschulen erreichten Kinder und Jugendlichen angestiegen ist, wurde dies in der Summe durch die sinkenden Zahlen an Hauptschulen überkompensiert. Unter methodischen Gesichtspunkten ist hierbei allerdings zu beachten: Die Reform im Bildungswesen mit Umbenennungen der Schularten, insbesondere der Schulform Hauptschule, in verschiedenen Bundesländern wird im Dokumentationsbogen nicht abgebildet. Anhand der Daten des statistischen Bundesamtes lässt sich zeigen, dass sich die **Schülerzahlen an Hauptschulen während der Zieleperiode in ganz Deutschland fast halbiert haben**¹.

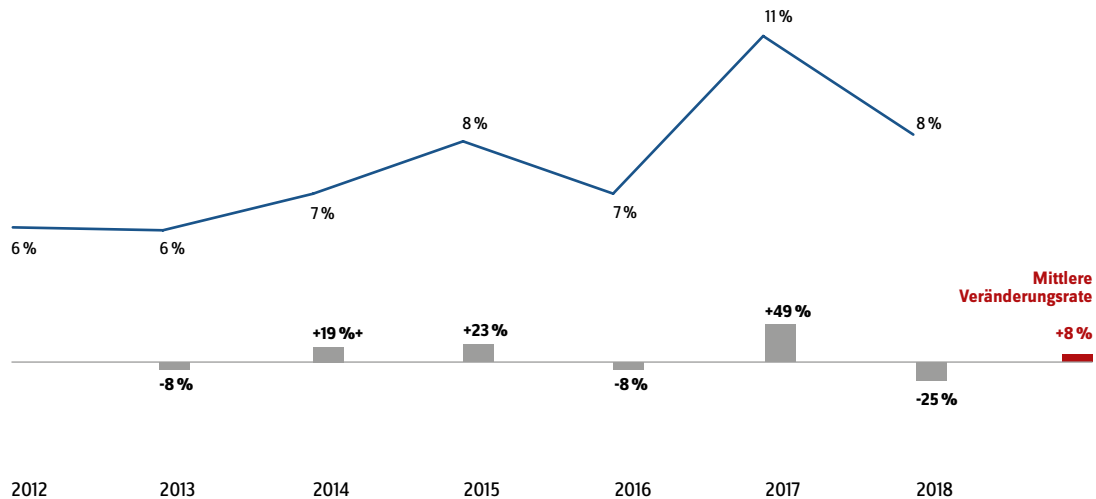
¹ Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Fachserie 11, Reihe 1, Schuljahr 2017/18.

Abb. 21: Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsremien

Anzahl der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsremien für Gesundheitsförderung



Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsremien für Gesundheitsförderung



Steuerungsgremien sind ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen und für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar. Die Steuerungsgremien planen gesundheitsförderliche Aktivitäten auf Basis einer Bedarfsermittlung, stellen die Weichen für die Umsetzung und bewerten diese.

Daher richtet sich mit diesem Gesundheitsförderungsziel der Fokus auf den Aufbau von Steuerungsgremien in den bislang unterdurchschnittlich erreichten Schulformen Haupt-, Förder- und Berufsschulen.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

In der Zieleperiode 2013-2018 gelang es den Krankenkassen, in mehr Haupt-, Förder- und Berufsschulen die Gesundheitsförderung durch Steuerungsgremien zu unterstützen. Die mittlere Steigerungsrate der Anzahl der von Krankenkassen unterstützten Schulen mit Steuerungsgremium zur Gesundheitsförderung betrug 15 %.

Ebenso konnte der Anteil von Haupt-, Förder- und Berufsschulen an allen Schulen mit Steuerungsgremium über die Jahre 2013-2018 ausgebaut werden.

Demnach wurde das Gesundheitsförderungsziel über den Gesamtzeitraum hinweg erreicht. Vor dem Hintergrund der vorstehend beschriebenen Umstrukturierung der Schullandschaft ist festzustellen, dass die Krankenkassen einen maßgeblichen Beitrag zur strukturellen Verankerung der Gesundheitsförderung an Schulformen geleistet haben, in denen auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche unterrichtet werden.

Fazit zur Erreichung der beiden lebensweltbezogenen Ziele

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass über die gesamte Zieleperiode gesehen eines der beiden Ziele - Erreichen von Kindern/Jugendlichen mit spezifischen Aktivitäten - nicht erreicht werden konnte, das andere - Etablieren von mehr Steuerungsgremien an bestimmten Schulformen - jedoch erreicht werden konnte.

Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt

Im November 2018 lag die **Arbeitslosenquote bei 4,8 %, dies entspricht 2,2 Mio. Menschen in Deutschland¹**. Arbeitslosigkeit ist für die betroffenen Menschen ein kritisches Lebensereignis mit möglichen gesundheitlichen Auswirkungen. Auch für die Gesellschaft ist Arbeitslosigkeit nicht nur eine soziale, sondern aufgrund der Wechselwirkungen mit Gesundheit gleichzeitig eine gesundheitliche Herausforderung. Arbeitslose Menschen stellen eine vulnerable Zielgruppe dar, da ihre Gesundheit – mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit – besonders belastet und häufig eingeschränkt ist. Ein Überblick über die Häufigkeit relevanter Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie über die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands und weitere Gesundheitsparameter bei arbeitslosen Menschen findet sich auf Basis aktueller empirischer Daten im trägerübergreifenden **Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz²**. Hieraus lässt sich ein besonderer Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf für die Zielgruppe ableiten. Eine Zusammenstellung und **Bewertung von Gesundheitsförderungsprojekten³** bei arbeitslosen Menschen hinsichtlich ihrer Evidenz ist 2017 im Auftrag des GKV-Bündnisses für Gesundheit erstellt worden.

Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen steht nicht erst seit der Nennung der Zielgruppe sowie der Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den kommunalen Grundsicherungsträgern in § 20a Abs. 1 SGBV auf der Tagesordnung der Krankenkassen. Das Projekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt geht zurück auf eine Kooperationsempfehlung der GKV mit der BA von 2012 und ein 2014/2015 an sechs Standorten erprobtes Modellprojekt des GKV-Spitzenverbandes

und der BA. Aufbauend auf den dabei **gewonnenen Erfahrungen⁴** wird der Ansatz seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit kontinuierlich gemeinsam mit der BA und – für die kommunalen Träger der Grundsicherung – mit dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag weiterentwickelt.

Das Projekt wird von den Krankenkassen gemeinsam als GKV-Bündnis für Gesundheit sowie von den Jobcentern und Arbeitsagenturen entsprechend der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeit finanziert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übernimmt im Rahmen der Beauftragung durch den GKV-Spitzenverband die bundesweite Koordination des Programmes und betreut die umfangreiche Begleitevaluation. Die GKV-Mittel für das Programm werden aus dem Budget getragen, das die Krankenkassen der BZgA gemäß § 20a Abs. 3 SGBV für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zur Verfügung stellen.

Die Zusammenarbeit von Jobcenter bzw. Arbeitsagentur und GKV-Federführung erfolgt entlang dem Gesundheitsförderungsprozess gemäß Leitfaden Prävention: Es gibt ein Steuerungsgremium, in dem neben den beiden hauptverantwortlichen Partnern möglichst weitere Akteure in der Kommune einschließlich einer Vertretung der Zielgruppe selbst mitarbeiten sollen. Auf Basis einer Bedarfsermittlung – z. B. aus der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur sowie aus der regionalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung – werden Maßnahmen geplant und umgesetzt. Dabei hat das Jobcenter bzw. die Arbeitsagentur insbesondere die Aufgabe, arbeitslose Menschen unter dem Gebot der Freiwilligkeit für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und die Nutzung präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote

1 Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.). (2018): Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung und gemeldetes Stellenangebot – Die aktuellen Entwicklungen in Kürze. November 2018. Nürnberg.

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

3 Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungsprojekten bei arbeitslosen Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Download: <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikationen-uebersicht/>

4 vgl. Präventionsbericht 2015, S. 16 ff. und Evaluationsbericht zum Download: www.gkv-spitzenverband.de

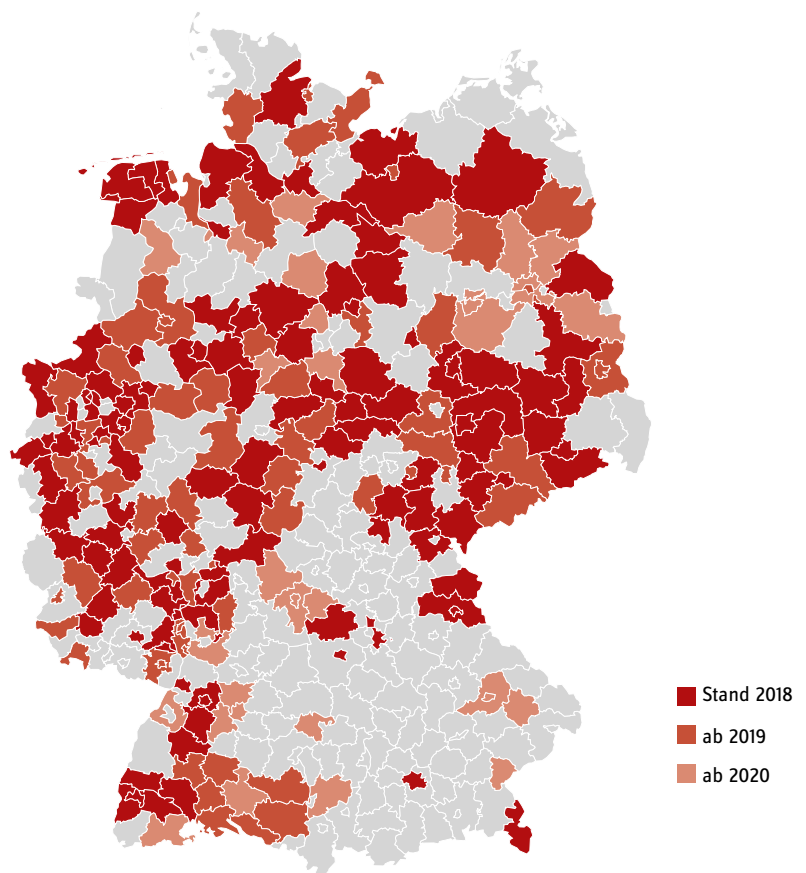
des GKV-Bündnisses anzuregen. Das GKV-Bündnis stellt diese Angebote niedrigschwellig zur Verfügung. Gemeinsam arbeiten die Partner daran, verhältnisbezogen die gesundheitlichen Rahmenbedingungen für die Menschen zu verbessern (z. B. Schulung der Fachkräfte zu gesundheitsorientierter Gesprächsführung und weiteren Gesundheitsthemen in den Jobcentern und Arbeitsagenturen, Ermöglichung von Begegnungsräumen für die Menschen, um das Empowerment nachhaltig zu stärken usw.), und beziehen dabei weitere wichtige Partner ein. Die Prozesse zur Zusammenarbeit sowie die Ergebnisse werden evaluiert (s. nebenstehenden Infokasten). Der Ergebnisbericht hierzu wird 2020 erwartet.

Das im Jahr 2018 an 129 Standorten durchgeführte Kooperationsprojekt ist bei mehr als 100 weiteren Jobcentern und Arbeitsagenturen auf Interesse gestoßen, sodass diese in den Jahren 2019 und 2020 sukzessive in die Erprobung aufgenommen werden. Damit werden dann 2020 mehr als die Hälfte aller Jobcenter/Arbeitsagenturen im Projekt aktiv sein.

Drei Säulen der Evaluation:

- Qualitative Fallstudien an 15 Standorten: 90 Gespräche mit den Projektdurchführenden vor Ort
- Standardisierte Online-Befragung von Akteuren aller teilnehmenden Standorte in zwei Wellen
- Telefonbefragung der Zielgruppe in zwei Wellen: Wirkung auf Gesundheit, Erwerbstätigkeit und soziale Teilhabe der Erwerbslosen

Abb. 22: Projektregionen



Quelle: www.gkv-buendnis.de

Lebensweltbezogene Aktivitäten für arbeitslose Menschen 2018

Zu den lebensweltbezogenen Kooperationsprojekten für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen im Rahmen der vorstehend beschriebenen bundesweiten Modellerprobung liegen 113 mit einer spezifischen Kennung versehene Dokumentationsbögen für 2018 vor. 13.246 Personen konnten direkt erreicht werden.

Projektorganisation

In 84 % der Projekte für Erwerbslose wurde ein Einrichtungs- und Steuerungsgremium etabliert. Die regionalen Steuerungsgruppen sind der Motor, um die Kooperationsprojekte am jeweiligen Standort zu etablieren, und damit zentral für das Gelingen der Kooperation von Jobcentern, Krankenkassen und weiteren Partnern. Sie koordinieren den gesamten Prozess vor Ort inkl. Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung.

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

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

In den Kooperationsprojekten waren 59 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten ausgerichtet.

22 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu motivieren und anzuleiten. 19 % der Aktivitäten konzentrierten sich 2018 auf die Verhältnisprävention. Inhaltlich zielten diese Aktivitäten z. B. auf Umgestaltung der Informations- und Kommunikationsstrukturen, Erweiterung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie Veränderungen der Organisation in der jeweiligen Lebenswelt.

Erfolgskontrollen

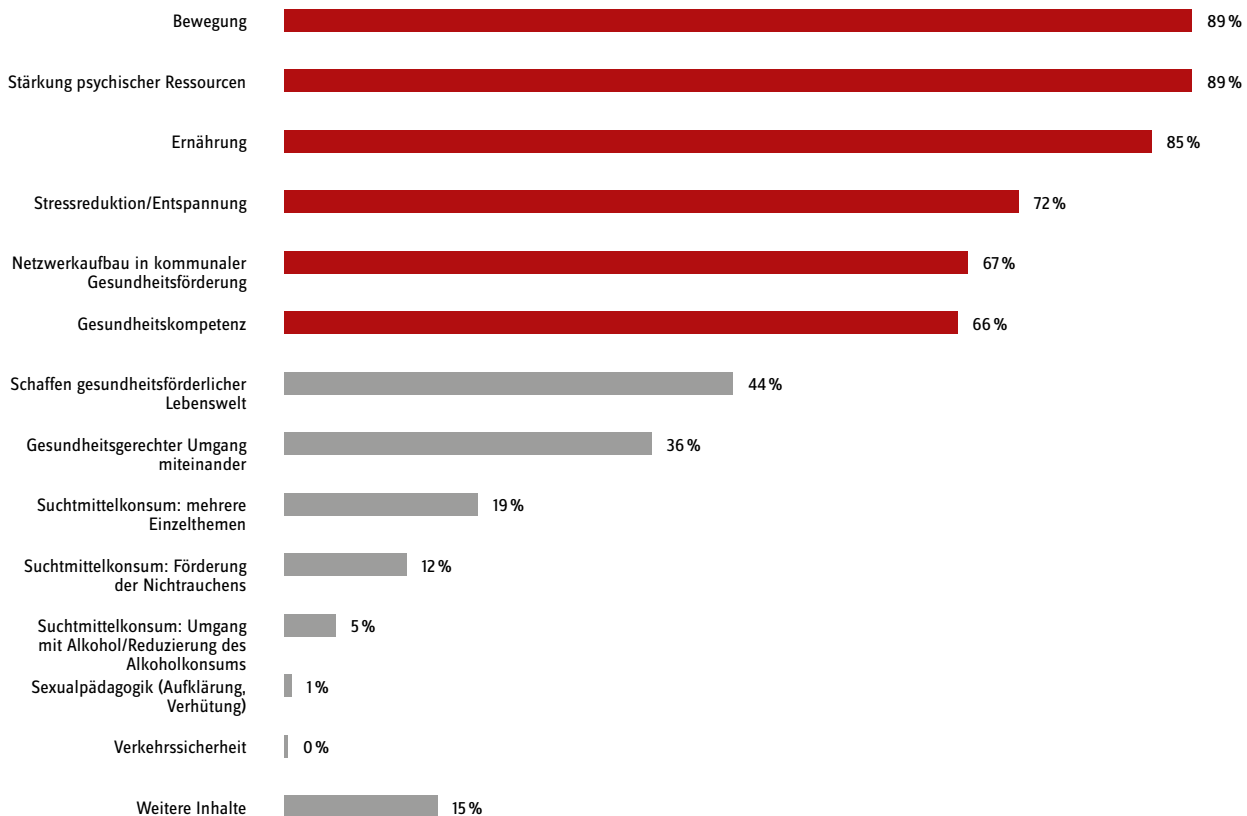
Für 70 der 113 Standorte erfolgten 2018 Erfolgskontrollen als qualitätssichernde Maßnahmen. Häufig erfragte Parameter der Erfolgskontrolle waren Zugänglichkeit und Akzeptanz, Zufriedenheit der Teilnehmenden sowie auch Prozesse/Abläufe im Projekt.

Im Jahr 2020 werden die Ergebnisse der externen wissenschaftlichen Begleitevaluation (siehe Kasten auf Vorseite) sowohl hinsichtlich der Akteurskooperation als auch hinsichtlich wahrgenommener Effekte bei der Zielgruppe vorliegen.

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Abb. 23:

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen haben sich im Vergleich zum Vorjahr etwas verschoben. 2018 waren Stärkung psychischer Ressourcen, Bewegung und Ernährung die häufigsten Themen; gefolgt von Stressreduktion/Entspannung und Gesundheitskompetenz. Der Netzwerkaufbau in kommunaler Gesundheitsförderung wurde etwa doppelt so häufig benannt wie 2017.

Im Bereich der Verhaltensprävention finden u. a. spezifisch für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen entwickelte und evaluierte multimodale Programme mit einem Schwerpunkt auf psychische Gesundheit bzw. das Handlungsfeld Stressmanagement Anwendung. An einzelnen Standorten werden auch **arbeitslose Menschen als geschulte Peers¹** in Kursmaßnahmen eingesetzt.

¹ <https://www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019/menschen-in-arbeitslosigkeit>

Betriebliche Gesundheitsförderung

Der **Leitfaden Prävention**¹ definiert das Ziel BGF als „die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten“. Große wie kleine Unternehmen erleben die Herausforderungen einer sich wandelnden Arbeitswelt. Um diesen Anforderungen zu begegnen, braucht es eine gesunde und motivierte Belegschaft. Mit BGF kann die **wirtschaftliche Leistungsfähigkeit**² der Unternehmen gesteigert werden, durch „größere Mitarbeiterzufriedenheit und Identifikation, höhere Leistungsfähigkeit und Motivation oder ein besseres Betriebsklima und mehr kollegialen Zusammenhalt.“

Die gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen auf diesem Feld findet sich in § 20b SGB V, der damit ein wesentliches Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) darstellt. Für dieses Segment der Präventionsleistungen wendeten die Krankenkassen 2018 **172.165.808 Euro**³ auf, was 2,37 Euro je Versicherten entspricht. Dieser Betrag lag sowohl höher als im Vorjahr (2,19 Euro) als auch über dem für 2018 geltenden Orientierungswert von 2,10 Euro.

Die Krankenkassen begleiten und unterstützen Unternehmen im BGF-Prozess, beginnend mit Informationen zur BGF, Unterstützung der Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb und Maßnahmenumsetzung bis zur Evaluation. In allen Prozessphasen ist es entscheidend, dass die Verantwortlichen im Betrieb das Thema vorantreiben und die Beschäftigten in den BGF-Prozess einbezogen werden. In Kapitel 6 des Leitfadens Prävention werden Leistungsarten und Förderkriterien der BGF festgelegt.

„Zentrales Anliegen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen ist es, durch ihre Zusammenarbeit die Arbeitgeber in der Durchführung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den Betrieben zu unterstützen und deren Effektivität und Effizienz zu steigern.“

Diese bereits seit den 2000er Jahren in einer **Rahmenvereinbarung**⁴ zwischen den Bundesverbänden der Unfallversicherungsträger und der GKV freiwillig geregelte Zusammenarbeit bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist seit 2015 durch die Etablierung der **Nationalen Präventionskonferenz (NPK)**⁵ noch verbindlicher geregelt. Im Folgenden werden zunächst die Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in den Betrieben in 2018 dargestellt.

Danach werden die Aktivitäten zur Unterstützung überbetrieblicher Vernetzung und Kooperationen sowie die überbetrieblichen Informations- und Beratungsleistungen zur Sensibilisierung der Betriebe für BGF-Maßnahmen beschrieben.

Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband zum Präventionsbericht**⁶ 2019.

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

Leitfaden Prävention. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

2 www.bgf-koordinierungsstelle.de/bgf-das-erfolgsmodell/nutzen

3 s. „Zahlen im Überblick“, S. 36

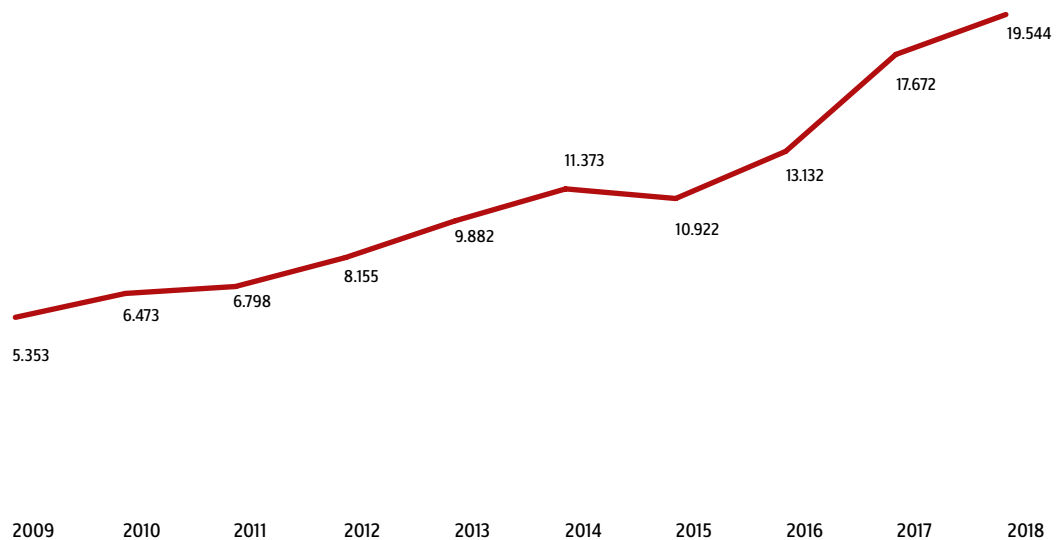
4 <https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/netzwerke/krankenkassen/rahmenvereinbarung.pdf>

5 www.npk-info.org

6 www.mds-ev.de

Erreichte Betriebe und Laufzeiten der Aktivitäten

Abb. 24: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



In den letzten zehn Jahren weiteten die Krankenkassen ihr Engagement für Gesundheitsförderung und Prävention stark aus. 2018 konnten 19.544 Betriebe direkt erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung um 11 % im Vergleich zum Vorjahr.

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

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

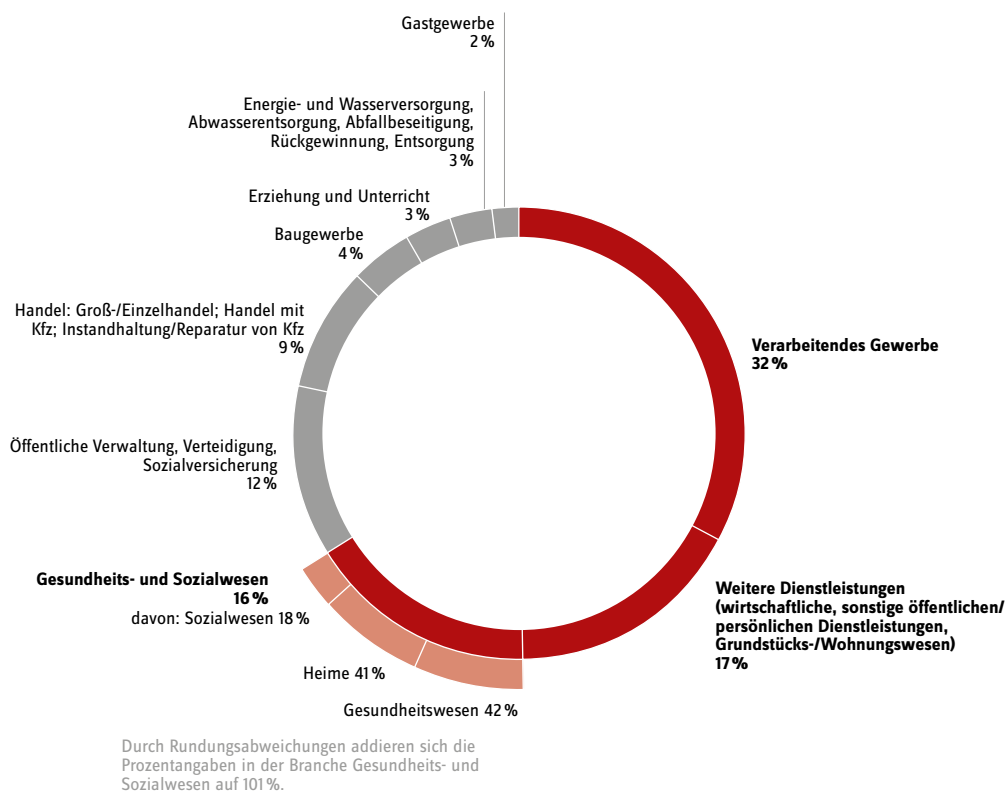
Laufzeiten der Aktivitäten

Die mittlere Laufzeit aller Projekte betrug bis zum 31. Dezember 2018 zwei Jahre, die der abgeschlossenen Aktivitäten in den Betrieben sieben Monate. Projekte, die noch nicht abgeschlossen waren, hatten bis Jahresende eine Laufzeit von 32 Monaten.

Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen dazu befähigt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF in eigener Verantwortung weiterzuführen.

Branchen

Abb. 25: Branchen



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

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

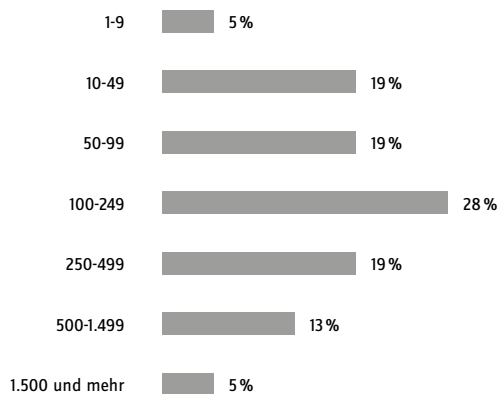
Auch im Dienstleistungsgewerbe und im Gesundheits- und Sozialwesen besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Betriebe und Krankenkassen für die Gesundheitsförderung,

denn die Arbeitsplätze dieser Branche sind durch erhebliche physische und psychische Belastungen charakterisiert.

Die früher zusammengefasste Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ wurde in Anlehnung an die Statistik zu den Wirtschaftszweigen (WZ 2008) des Statistischen Bundesamts auch im aktualisierten Dokumentationsbogen entsprechend aufgeteilt. Aus den Bögen, die diese Änderung bereits berücksichtigen, ist zu entnehmen, dass sich die Branche wie folgt auf die neue Aufgliederung verteilt: Gesundheitswesen 42 %, Heime 41 % und Sozialwesen 18 %. Zum Gesundheitswesen gehören beispielsweise Krankenhäuser; die Pflegeeinrichtungen zählen zu den Heimen, und im Sozialwesen finden sich soziale Betreuungsangebote, ambulante Dienste sowie die Betreuung Älterer und Behinderter wieder.

Betriebsgröße

Abb. 26: Betriebsgröße
(Anzahl der Beschäftigten)



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

Am häufigsten wurden Betriebe mit 100 bis unter 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Viertel vertreten. Große Unternehmen mit über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind zu rund einem Sechstel beteiligt. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr eine Verschiebung zugunsten kleinerer Betriebe ergeben.

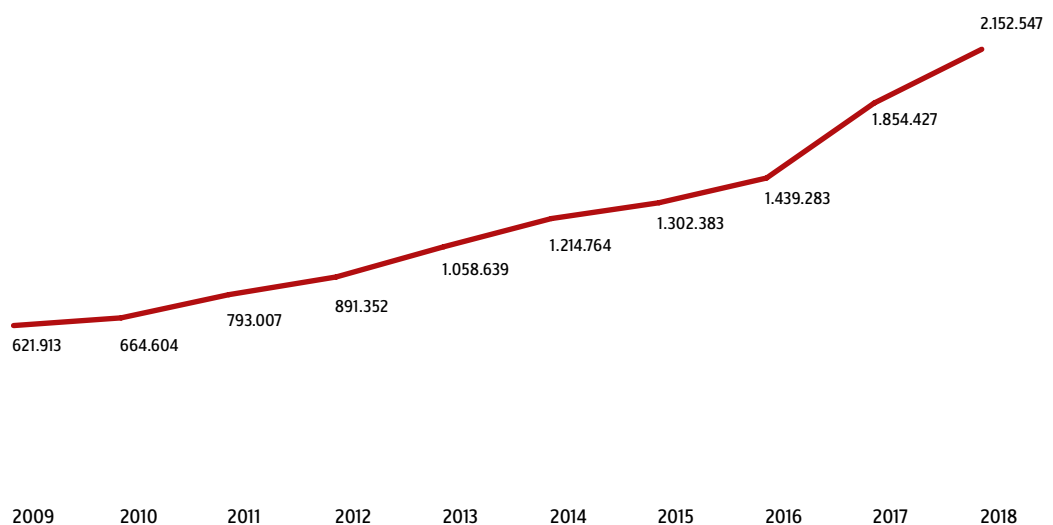
Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Unter den erreichten Betrieben wiesen 2018 10 % einen hohen Anteil an „**ungelernten**“ **Beschäftigten**¹ auf. Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben.

¹ s. „Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen“, S. 140

Erreichte Beschäftigte

Abb. 27: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



2018 ist wie in den Vorjahren ein Anstieg der durch BGF-Maßnahmen erreichten Personen zu verzeichnen. 2.152.547 Beschäftigte konnten direkt und weitere 612.183 Beschäftigte indirekt erreicht werden. Dabei zählen zu den indirekt erreichten Personen alle Beschäftigten, die zwar nicht an einer Maßnahme beteiligt waren, die aber z. B. durch die Informationsweitergabe durch Kolleginnen und Kollegen oder durch die Umgestaltung hin zu gesundheitsförderlicheren Arbeitsbedingungen erreicht wurden. Ein Beispiel für eine solche Maßnahme ist die Schulung von Führungskräften zur gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dazu bietet das Projekt **„psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“**, kurz: **psyGA**¹ verschiedene Handlungshilfen und

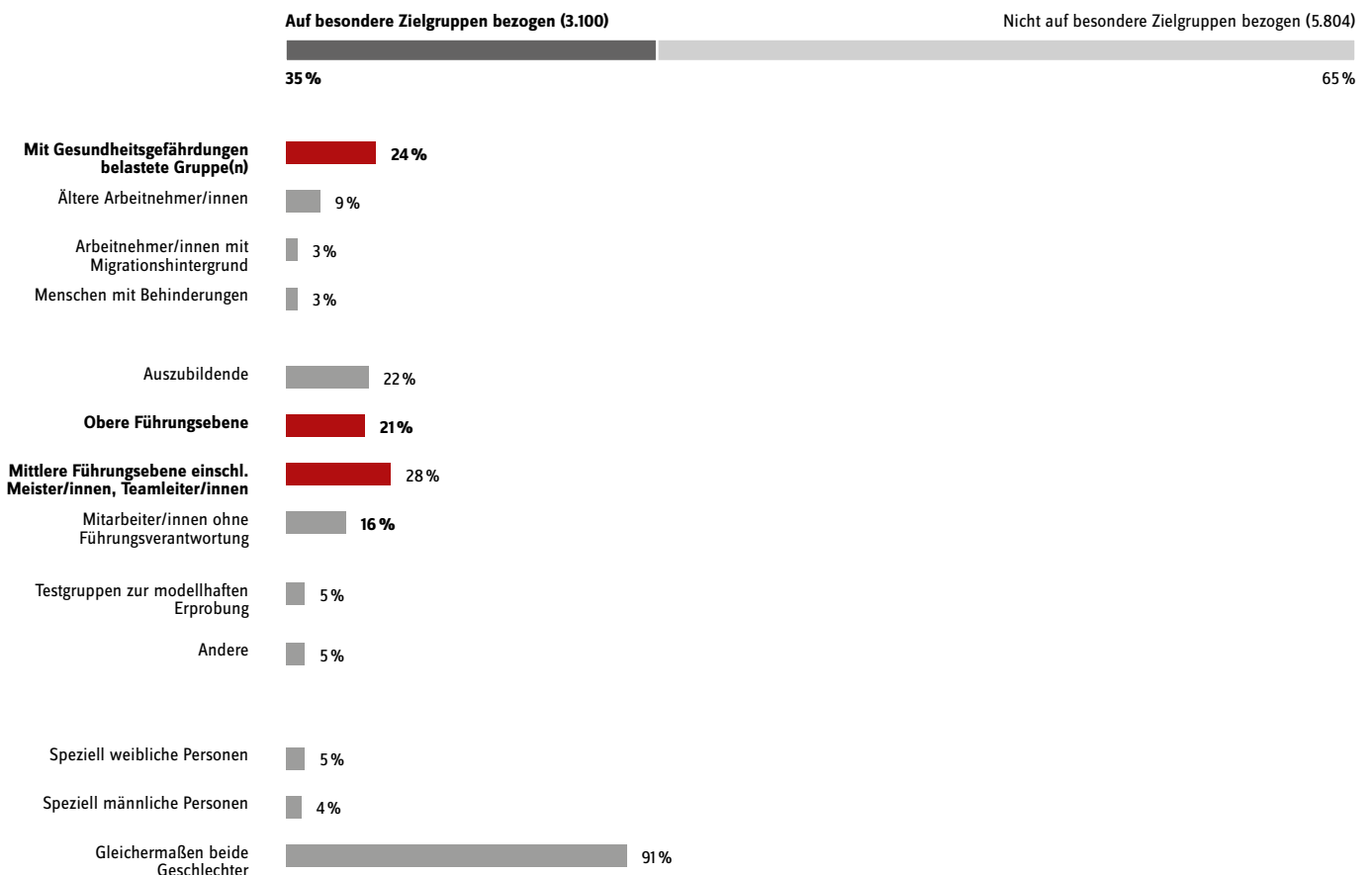
Praxisinstrumente für Führungskräfte, Beschäftigte, Inhaberinnen und Inhaber von Betrieben, Betriebs- und Personalräte oder Fachkräfte für das BGM an. Auch die sozialversicherungsträgerübergreifende Initiative Gesundheit und Arbeit, kurz: iga, setzt sich mit dem Themenfeld „Führung und psychische Gesundheit“ auseinander, wie beispielsweise der iga.Report 29 **„Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern“**².

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

² <https://www.iga-info.de>

Zielgruppen

Abb. 28: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



65 % der Maßnahmen waren gleichermaßen an alle Beschäftigten gerichtet, 35 % waren auf spezifische Zielgruppen der Beschäftigten bezogen.

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

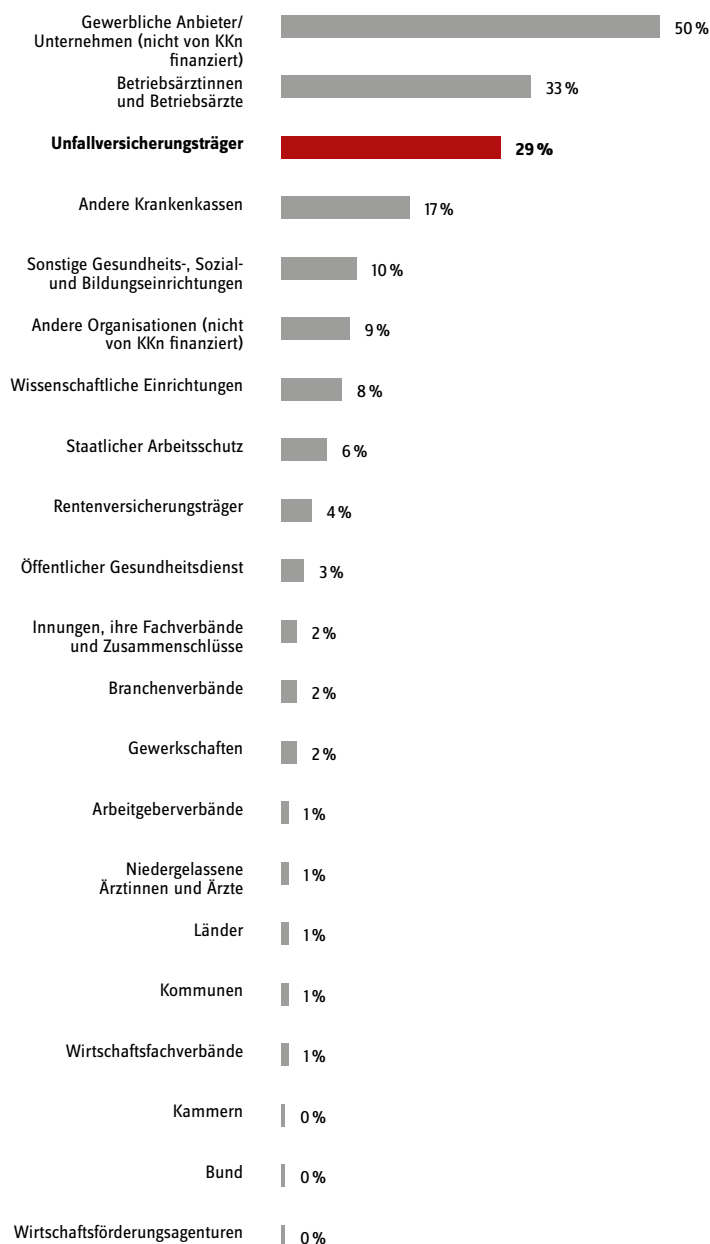
24 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich direkt an Beschäftigte, die Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. Belastungen

können beispielsweise bei der Verrichtung körperlich anstrengender Tätigkeiten wie schwerem Heben oder Tragen entstehen, aber auch Arbeiten unter Zeitdruck stellt eine häufig anzutreffende Arbeitsbelastung dar.

Die meisten BGF-Maßnahmen richteten sich an beide Geschlechter, nur wenige richteten sich speziell an Frauen (5 %) oder speziell an Männer (4 %). Allerdings findet die krankenkassengefördernde BGF verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt, sodass insgesamt mehr Männer erreicht werden.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 29: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben (Mehrfachnennungen möglich)

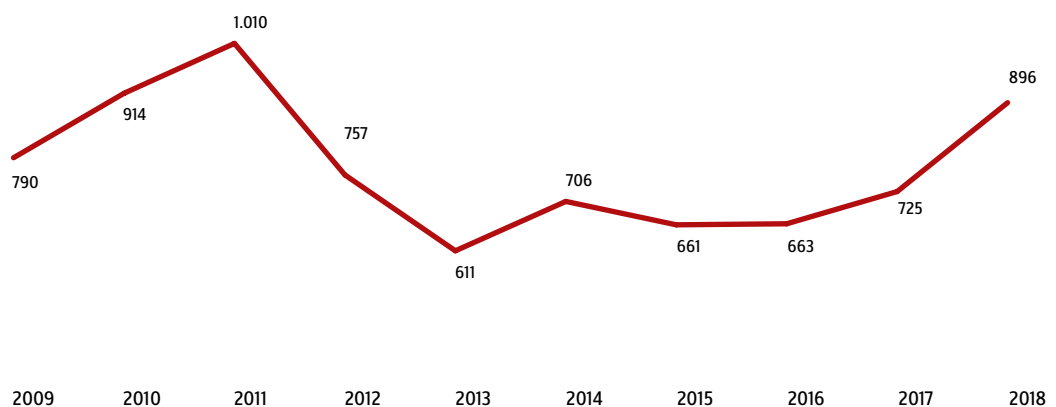


Bei 37% der von den Krankenkassen geförderten BGF-Aktivitäten waren - neben den Betrieben selbst und den Krankenkassen - weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

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

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

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 30: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung

Das Zusammenwirken der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Sinne eines koordinierten Vorgehens und einer abgestimmten Erbringung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sehen sowohl der Leitfaden Prävention als auch die **Bundesrahmenempfehlungen der NPK¹** vor.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten gemäß SGBV für die gesetzlichen Krankenkassen und SGB VII für die Unfallversicherung bestehen 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. Bei der Einbindung des jeweils anderen Partners mit seinen betrieblichen Leistungen gilt es, sich am Bedarf des Betriebes zu orientieren. Das Einbringen von Ressourcen seitens der Unfallversicherungsträger in die krankenkassenunterstützte BGF bietet sich besonders bei denjenigen Themen an, bei denen Schnittmengen zum Aufgabenspektrum der

Unfallversicherungsträger bestehen, insbesondere bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

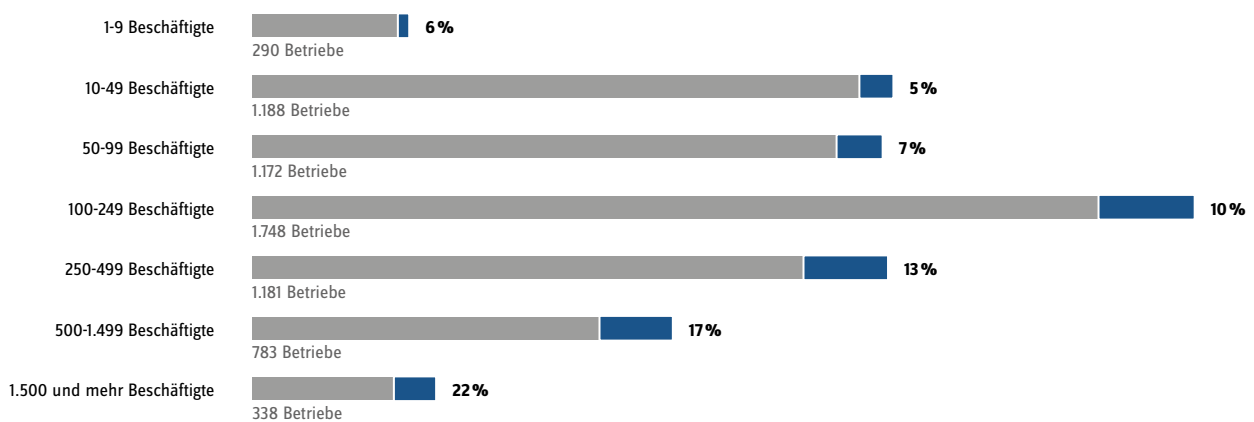
So brachte die Unfallversicherung 2018 bei 29% aller Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner mitwirkten, Ressourcen ein. Die Beteiligung der Unfallversicherung ergibt sich aus den Bedarfen und Handlungserfordernissen im Betrieb. So bestehen neben fachlichen Schnittstellen auch eine Vielzahl an Themen wie beispielsweise die Betriebsverpflegung oder Aktivitäten im Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, bei denen nicht zwangsläufig der Bedarf einer Ressourceneinbringung durch die Unfallversicherung besteht.

Ein Beispiel der geeigneten Verzahnung der Leistungsangebote und anlassbezogenen trägerübergreifenden Zusammenarbeit wird exemplarisch für die Baubranche im Themenschwerpunkt auf S. 31 dargestellt.

¹ www.gkv-spitzenverband.de

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 31: **Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße**
(Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße)

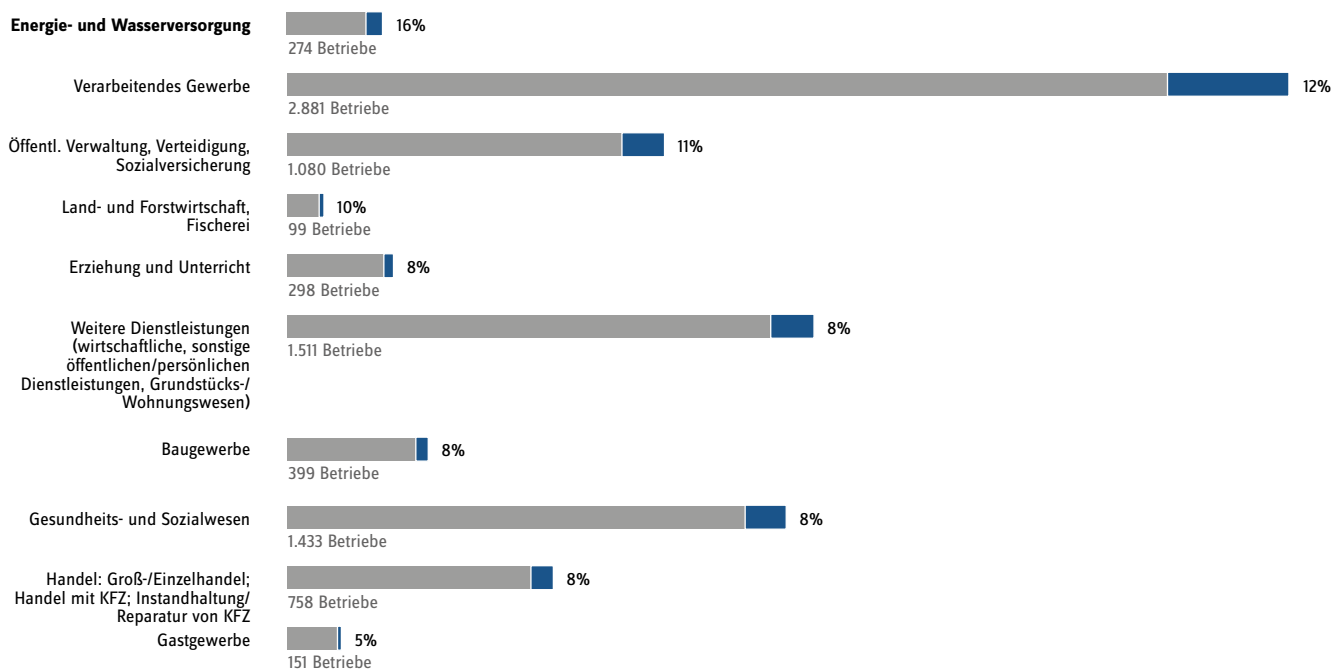


Bei mittleren und größeren Betrieben ab 100 Beschäftigten ist die Unfallversicherung häufiger als Kooperationspartner eingebunden als bei kleineren Betrieben. Auch in sehr großen Betrieben mit 1.500 oder mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wirkt die Unfallversicherung oft als Kooperationspartner mit.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 32: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen
(Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche)

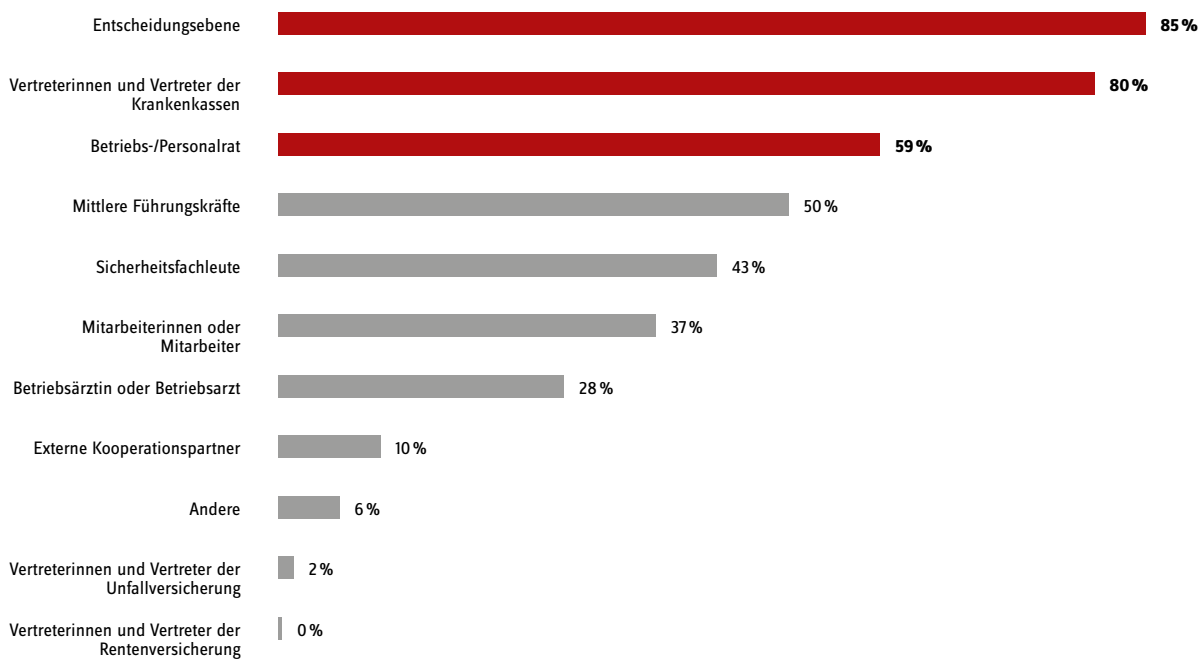
Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.881 Dokumentationsbögen, davon 333 mit Beteiligung der Unfallversicherung; das entspricht 12 % der Grundgesamtheit. Die Balkenlänge stellt diesen Prozentanteil dar.



Bei Betrachtung der unterschiedlichen Branchen zeigt sich, dass die Unfallversicherung ihre Ressourcen in die meisten Branchen gleichmäßig, nämlich mit ca. 10 %, eingebracht hat. Im Bereich Energie- und Wasserversorgung liegt der Anteil mit 16 % über dem Durchschnitt. Für den Bergbau ist die Grundgesamtheit aller Dokumentationsbögen mit Angaben zur Branche so klein, dass die resultierende Prozentzahl für den Unfallversicherungsanteil nicht belastbar erscheint; dies wird in der Grafik nicht dargestellt.

Koordination und Steuerung

Abb. 33: Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (Mehrfachnennungen möglich)



Bei zwei Drittel (65 %) der Programme zur BGF wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eingerichtet. Diese dienen dazu, die BGF-Aktivitäten, unter Einbeziehung der relevanten Akteure, zu planen und zu koordinieren. Langfristiges Ziel ist es, die Maßnahmen in das **BGM**¹ zu überführen, sodass „die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als strategischer Faktor in das Leitbild und in die Kultur sowie in die Strukturen und Prozesse der Organisation einbezogen werden“. Damit wird BGM zu einer Managementaufgabe.

Am häufigsten waren die Entscheidungsebene des Betriebs (85 %), Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (80 %) sowie Betriebs- und

Personalräte (59 %) in den Gremien vertreten. Führungskräfte der mittleren Ebene (50 %) waren an der Hälfte der Gremien beteiligt (s. dazu auch Darstellung zu Teilziel 3.2 auf S. 86).

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

Bedarfsermittlung

Abb. 34: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



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

Am häufigsten werden zur Bedarfsermittlung Routinedaten der Krankenkassen, der Unfallversicherung und der Rentenversicherung herangezogen (insgesamt 45 %). Zu 44 % erfolgte zur Ermittlung des Bedarfs eine Begehung des Betriebs bzw. Arbeitsplatzes, zu 41 % wurde eine Befragung der Zielgruppe durchgeführt.

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

Gesundheitszirkel

Arbeitssituationsanalysen oder betriebliche Gesundheitszirkel sind beteiligungsorientierte Analyseinstrumente der BGF und können einen Beitrag zur Unterstützung des betrieblichen Arbeitsschutzes z. B. bei der Identifikation und Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten.

Gesundheitszirkel¹ ermöglichen den Beschäftigten die Teilhabe an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen der BGF. Eine solche Arbeitsgruppe hat das Ziel, Problembeschreibungen aufzuzeigen und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Das Erfahrungswissen der Beschäftigten über die eigene Arbeitssituation wird somit einbezogen und findet Berücksichtigung bei der weiteren Planung und Ausgestaltung von Interventionen. Durch die direkte Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann die Gesundheitszirkelarbeit oft sehr effizient die Optimierung von Prozessen unterstützen und die interne Kommunikation verbessern.

Bei 25 % der Programme wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. Diese umfassen mindestens ein Treffen. Bei 63 % der durchgeführten Gesundheitszirkel gab es mehrere Sitzungen.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

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

Im Jahr 2018 erstellten die Krankenkassen 11.195 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte; das waren etwas weniger als im Vorjahr. Über die Erstellung des AU-Profils und die entstandene Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb kommt es in vielen Fällen zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und Prävention.

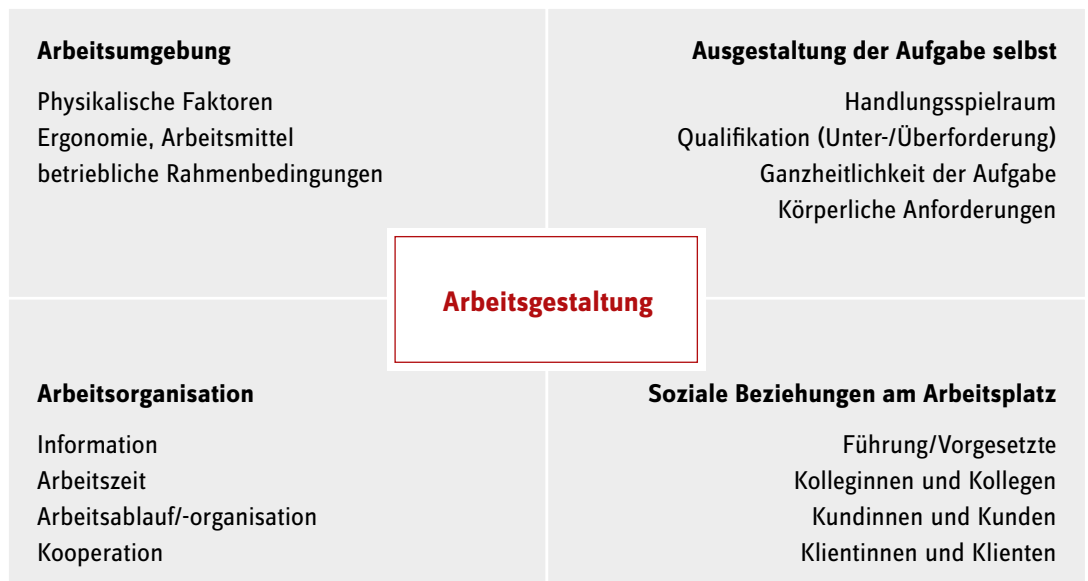
Der **iga.Report 28**² zu „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention“ zeigt, dass Fehlzeiten dank BGF um durchschnittlich ein Viertel sinken.

¹ Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co.

In: Faller, G. (Hrsg.). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag, S. 243-252.

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

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Abb. 35: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

Quelle: Leitfaden Prävention 2018, S. 106

Gesundheitsförderung kann auf die Optimierung der Arbeitsverhältnisse fokussiert sein. Das Arbeitsumfeld sowie die Abläufe und Kommunikationsstrukturen im Betrieb werden dabei so umgestaltet, dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert wird. Außer auf die Strukturen im Betrieb können die Maßnahmen auch auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet sein. **Im Idealfall werden beide Ansätze miteinander kombiniert¹.** Bei Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung sprechen Studien dafür, dass kombinierte Interventionen, die das Verhalten und die Verhältnisse adressieren, rein verhältnispräventiven Maßnahmen überlegen sind.

Etwas weniger als die Hälfte (47%) der Maßnahmen weist eine solche Kombination der beiden Ansätze auf.

Rein verhältnisbezogen waren 7% der Aktivitäten. Prozesse zur Umsetzung von BGF-Maßnahmen

sind in der Regel umfangreich und müssen von der Unternehmensleitung getragen werden. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei den einzelnen Schritten der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten. Der Leitfaden Prävention zeigt die zu berücksichtigende Themenvielfalt (s. Grafik oben).

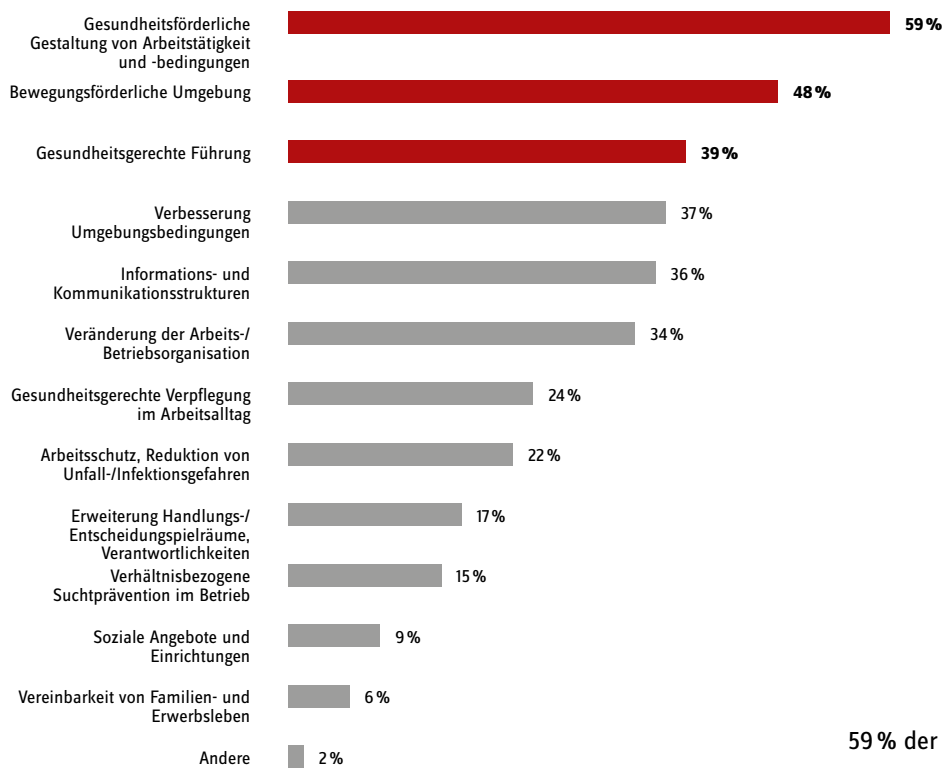
47% der Maßnahmen unterstützten ausschließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren.

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

¹ Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.). (2019). iga.Report 40, S. 250. www.iga-info.de

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen

Abb. 36: Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)

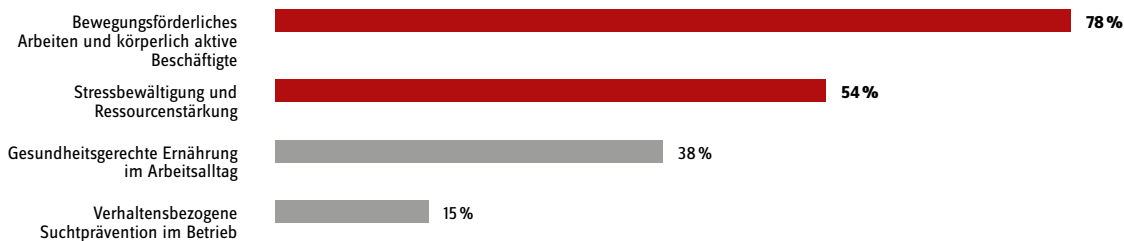


59 % der verhältnisbezogenen Interventionen waren auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen gerichtet. Aber auch die Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen hin zu einer bewegungsförderlichen Umgebung (48 %) sowie die gesundheitsgerechte Führung (39 %) waren häufig inhaltliche Schwerpunkte der verhältnisbezogenen Maßnahmen.

Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 37:

Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Über drei Viertel der verhaltensbezogenen Interventionen waren darauf ausgerichtet, die Bewegung der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu fördern. 54 % der Maßnahmen zielten darauf ab, die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Stress zu stärken. 38 % hatten die gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag zum Schwerpunkt.

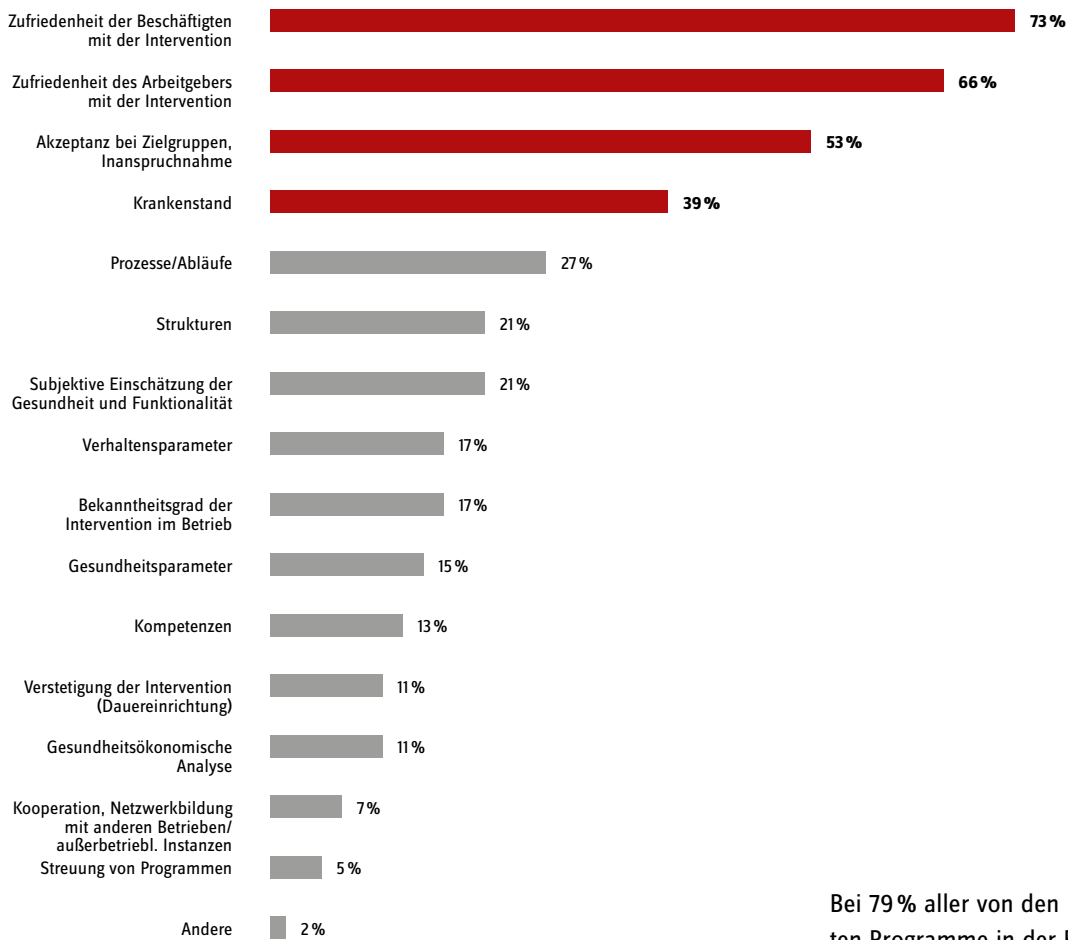
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention richten sich an einzelne Versicherte bzw. Beschäftigte oder Führungskräfte. Sie sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, d. h. Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen. Das Ziel der individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsleistungen ist es, die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass derartige Erkrankungen überhaupt auftreten. Dies kann erreicht werden durch Senkung der ihnen zugrun-

deliegenden verhaltensbedingten Risikofaktoren, wie beispielsweise Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel oder übermäßige Stressbelastung, und gleichzeitig durch Stärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Ressourcen). Die verhaltensbezogene Qualifizierung von **Führungskräften¹** als wesentliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Betrieb kann die Wirkung verhältnisbezogener Maßnahmen verstärken und sinnvoll ergänzen, z. B. indem Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden, den psychophysischen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibilisiert werden. Führungskräfte sollen in ihrer Selbstreflexions- und Introspektionsfähigkeit gefördert und in der Entwicklung eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstils geschult werden.

¹ s. Leitfaden Prävention, S. 113

Erfolgskontrollen

Abb. 38: **Inhalte der Erfolgskontrollen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei 79 % aller von den Krankenkassen unterstützten Programme in der BGF wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder sind geplant. Um den Erfolg umfassend ermitteln zu können, werden in der Regel vier Indikatoren miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten sowie die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt (73 % und 66 %). Aber auch der Krankenstand der Beschäftigten (39 %) und die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppen (53 %) werden häufig als Parameter analysiert.

Ziele der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele für die Jahre 2013–2018 und ihre Erreichung

Auch für die BGF wurden Ziele formuliert. Näheres zur Methodik der Zielauswahl für die Zieleperiode 2013–2018 findet sich im Leitfaden Prävention 2014. Basisjahr für diesen Zeitraum ist 2012. Auf den Folgeseiten wird analog zur Bewertung der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in nichtbetrieblichen Lebenswelten (s. S. 54) dargestellt, inwieweit die Ziele erreicht werden konnten.

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1: Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

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

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen

- ✓ Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht
- ✓ Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht
- ✓ Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung: Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

- ✓ Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit BGF-Aktivitäten erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht
- ✓ Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem BGF-Steuerungsgremium unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht
- ✓ Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht
- ✓ Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht

✓ Ziel erreicht

✗ Ziel nicht erreicht

Erreichungsgrad der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele 2013-2018

Bedingung für das Erreichen des hier betrachteten Ziels ist, dass Anzahl und Anteil der Betriebe, die Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates durchführen, erhöht wurden; die Maßnahmen mussten sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv angelegt sein.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Vor dem Hintergrund einer insgesamt steigenden Zahl an mit BGF-Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betrieben stieg auch die Zahl der auf das o. g. Präventionsziel ausgerichteten Maßnahmen in der Zieleperiode um 15 %.

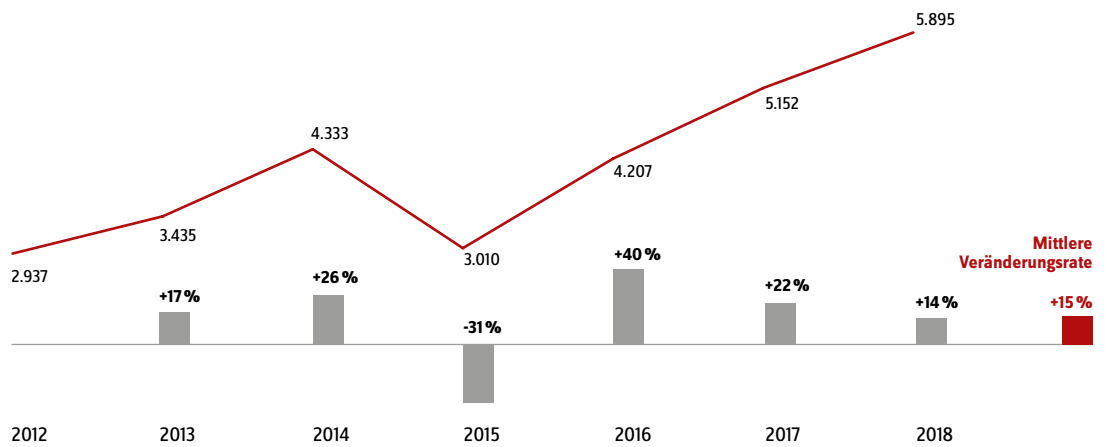
Gleichzeitig gelang es nicht, auch den Anteil der Betriebe, die mit diesen Maßnahmen erreicht wurden, zu steigern. Das Präventionsziel konnte insofern nur teilweise erreicht werden.

Mögliche Erklärungen für das Verfehlen des relativen Steigerungsziels bezüglich Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sind - unter der Annahme, dass BGF-Maßnahmen immer entsprechend dem ermittelten Bedarf angeboten werden - ein in den vergangenen Jahren rückläufiger Bedarf an diesen Maßnahmen, welche die Krankenkassen bereits seit vielen Jahren vorhalten und eine Verschiebung in Richtung auf Maßnahmen zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen.

Abb. 39:

**Präventionsziel:
Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparats vorbeugen**

Anzahl erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate

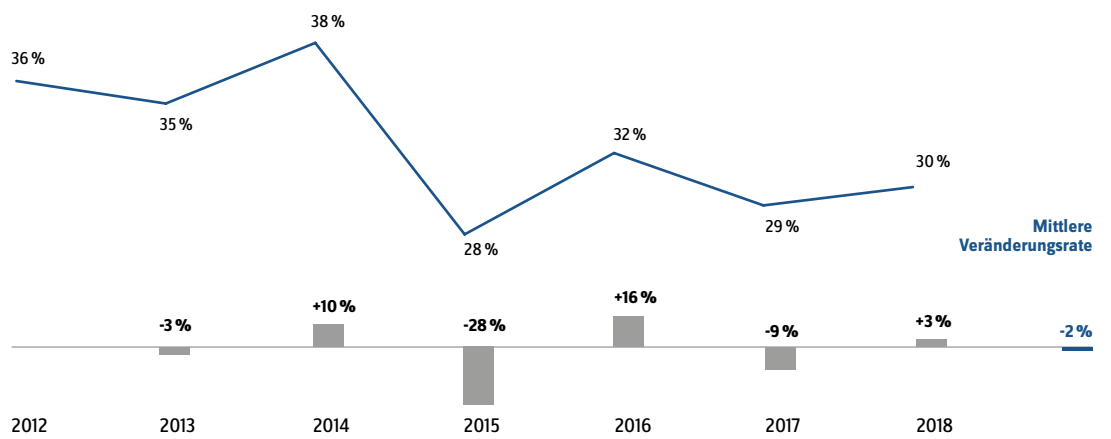
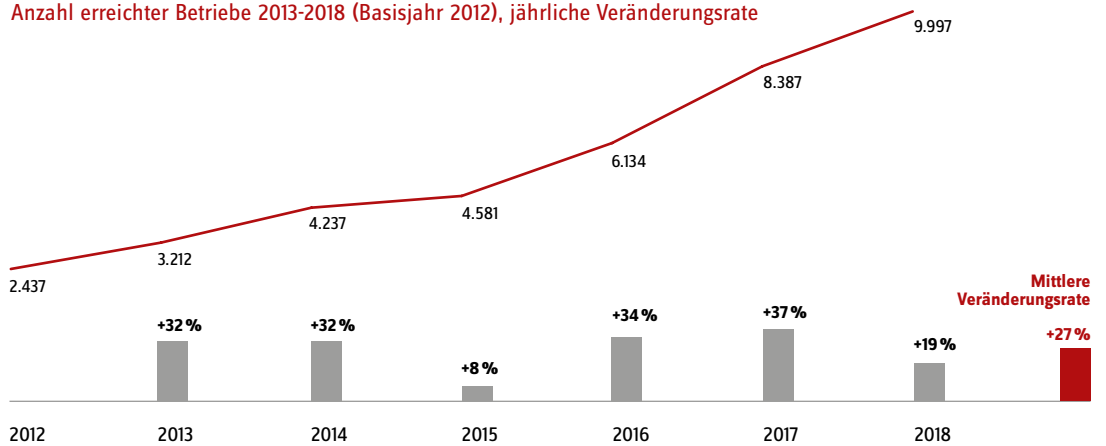


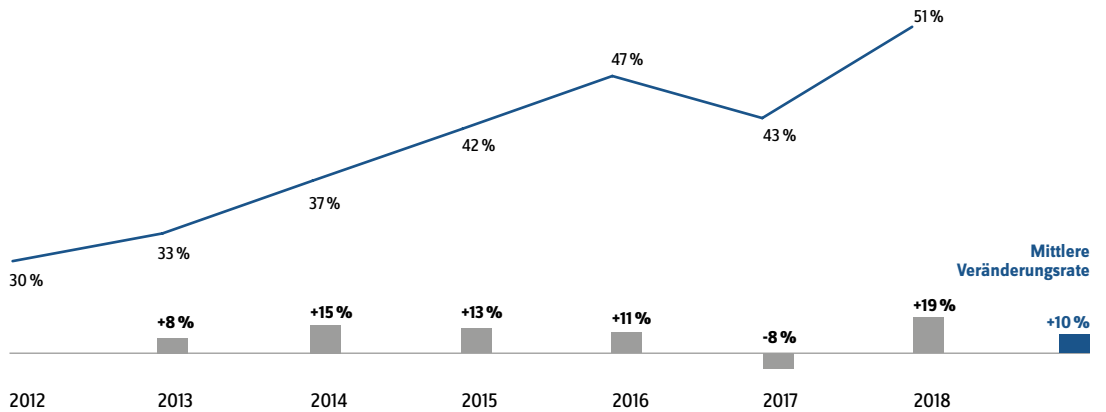
Abb. 40:

**Präventionsziel:
Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen**

Anzahl erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Das zweite Oberziel arbeitsweltbezogener Prävention thematisiert die Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen anhand dreier Teilziele.

Teilziel 2.1 erfasst Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen. Dazu zählen insbesondere bedarfsgerechte Angebote zur Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation (einschließlich Arbeitszeitgestaltung), der Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie der Informations- und Kommunikationskultur.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

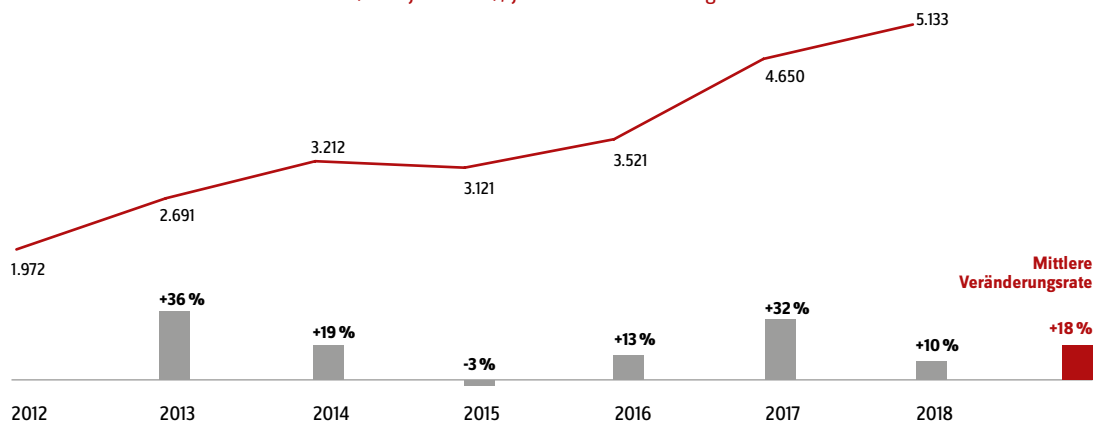
Das Präventionsziel, Zahl und Anteil der Betriebe zu steigern, in denen die Krankenkassen verhältnispräventive Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen fördern, konnte erreicht werden.

Es zeigt sich, dass die in der Wissenschaft und Presse vielfältig beschriebenen belastenden Arbeitsbedingungen dem Bedarf entsprechend verstärkt von den Krankenkassen aufgegriffen wurden und mittlerweile einen hohen Stellenwert im GKV-Engagement haben.

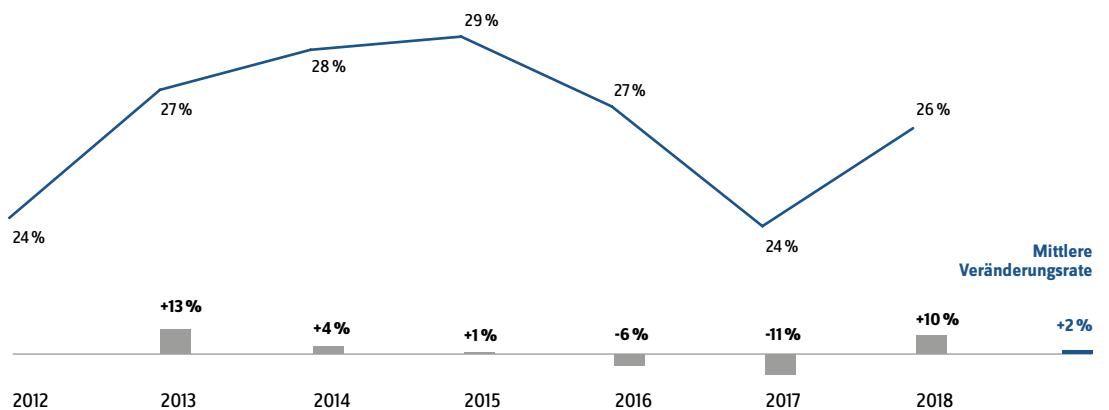
Abb. 41:

Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern

Anzahl erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Teilziel 2.2 erfasst Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Dazu zählen z. B. Seminare zum Konfliktmanagement oder zum Führungsverständnis.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Die absolute Anzahl der erreichten Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ konnte in fünf einzelnen Jahren der Zieleperiode und insgesamt deutlich erhöht werden. Der Anteil dieser Betriebe an allen erreichten Betrieben stieg mit einer mittleren Veränderungsrate von 2 %. Insgesamt

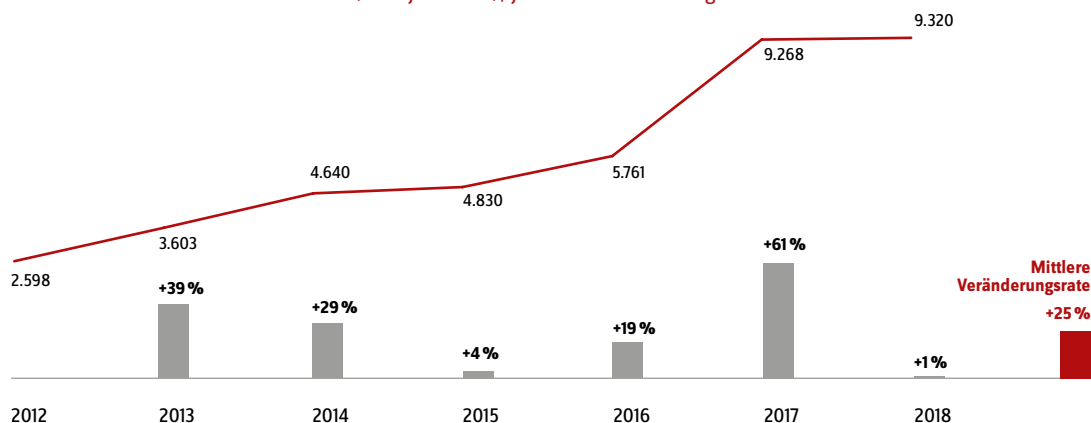
gelang es den Krankenkassen, das Präventionsziel zu erreichen.

Die Führungskräfte, die selbst erheblichen gesundheitlichen Herausforderungen ausgesetzt sind, z. B. durch Verwischung der Grenzen zwischen Arbeit und Privatsphäre, können Gesundheit und Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeitenden stark beeinflussen. Dadurch, dass die Krankenkassen den Führungskräften bedarfsbezogenen Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung anbieten, tragen sie indirekt auch zur Gesundheit aller Beschäftigten bei.

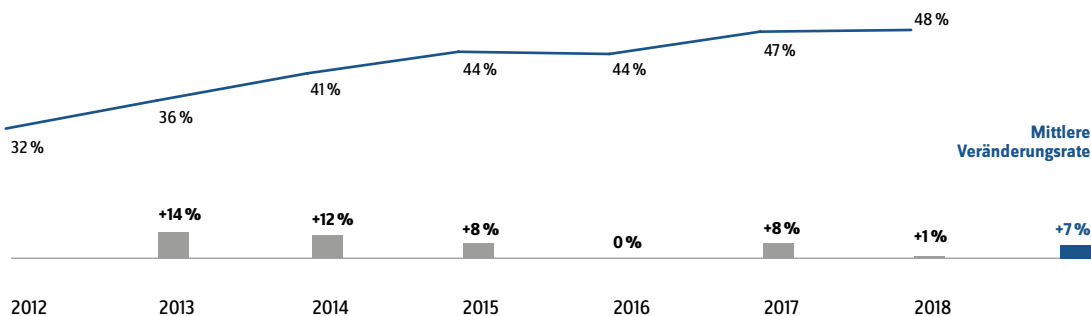
Abb. 42:

Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Anzahl erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betriebe 2013-2018 (Basisjahr 2012), jährliche Veränderungsrate



Teilziel 2.3 erfasst Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

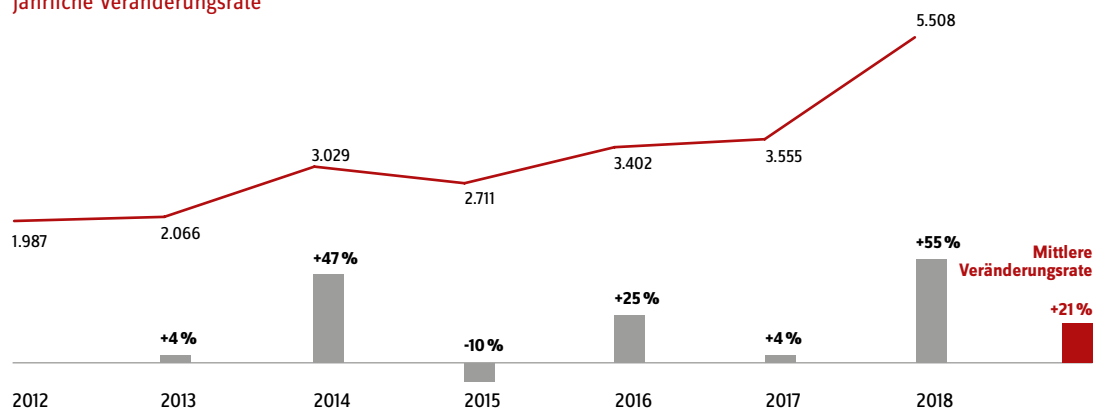
Sowohl die absolute Anzahl als auch der Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Stressbewältigung konnten stetig gesteigert werden. Somit wurde das Präventionsziel vollständig realisiert.

Die Teilziele 2.1 bis 2.3, die sich die GKV für die vergangene Zieleperiode gesetzt und die sie erreicht hat, korrespondieren inhaltlich. Sie sind in der Zusammenschau ein Unterstützungsbeitrag der Krankenkassen für mehr Mitarbeitergesundheit, damit auch für die Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt und für den Erhalt der Produktivität der Unternehmen. Die langfristige Stabilisierung des Wirtschaftsstandorts Deutschland ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der die GKV ihren Beitrag leistet.

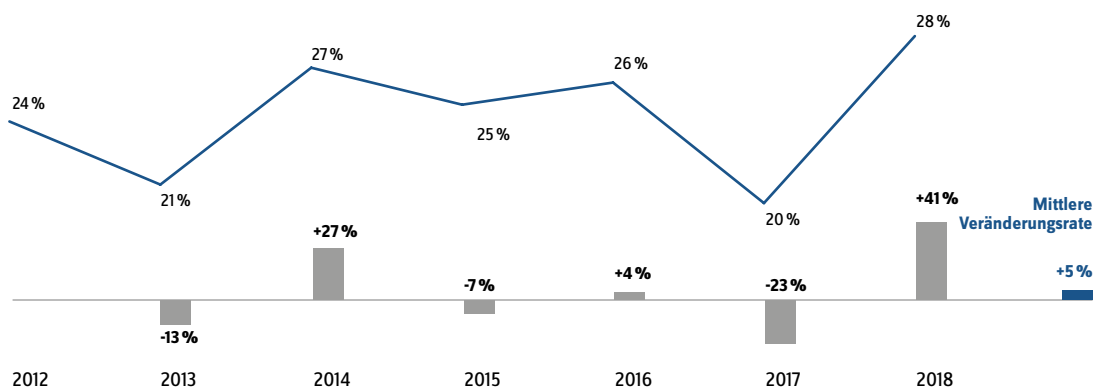
Abb. 43:

Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen

Anzahl erreichter Betriebe (bis 99 Beschäftigte) 2013-2018 (Basisjahr 2012),
jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betriebe (bis 99 Beschäftigte) 2013-2018 (Basisjahr 2012),
jährliche Veränderungsrate



Das dritte Oberziel arbeitsweltbezogener Prävention thematisiert die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale in vier Teilzielen. Teilziel 3.1 erfasst kleinere Betriebe mit BGF-Aktivitäten.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

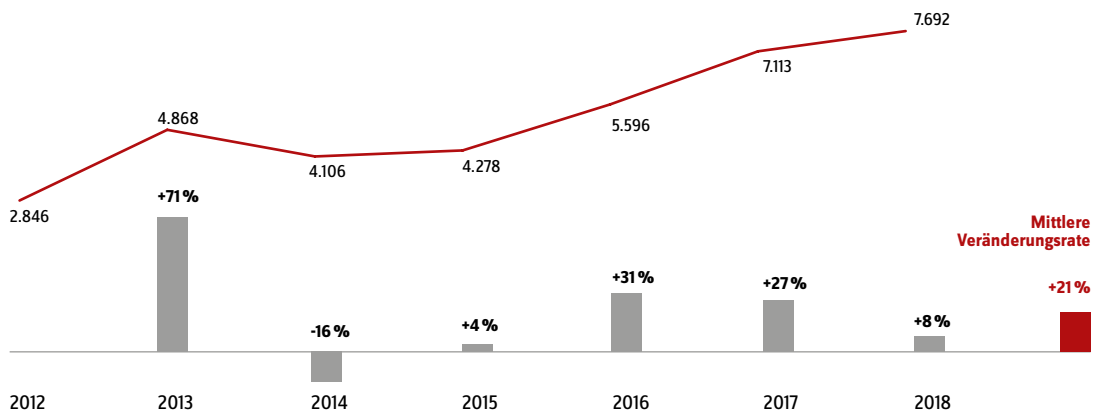
Die Anzahl der erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten konnte von 2013 bis 2018 insgesamt gesteigert werden; die mittlere Veränderungsrate lag bei 21%. Auch der Anteil von Betrieben dieser Größenklasse an allen erreichten Betrieben konnte ausgebaut werden. Das Präventionsziel wurde somit realisiert.

Die erfolgreich ausgebaute Präventionsarbeit in kleineren Betrieben bedeutet für die Krankenkassen eine besondere Herausforderung aufgrund des oft höheren Ressourceneinsatzes als bei größeren Unternehmen, welche schon über eigene Gesundheitsförderungsstrukturen verfügen. Da es sich bei der großen Mehrzahl der Betriebe in Deutschland um Kleinbetriebe handelt, ist ein Erreichen dieser auch durch überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen (s. S. 89) eine sinnvolle, bereits seit Jahren entwickelte Ergänzung, die die GKV auch durch die Aktivitäten der regionalen BGF-Koordinierungsstellen (vgl. Beitrag S. 23) zunehmend verstärkt.

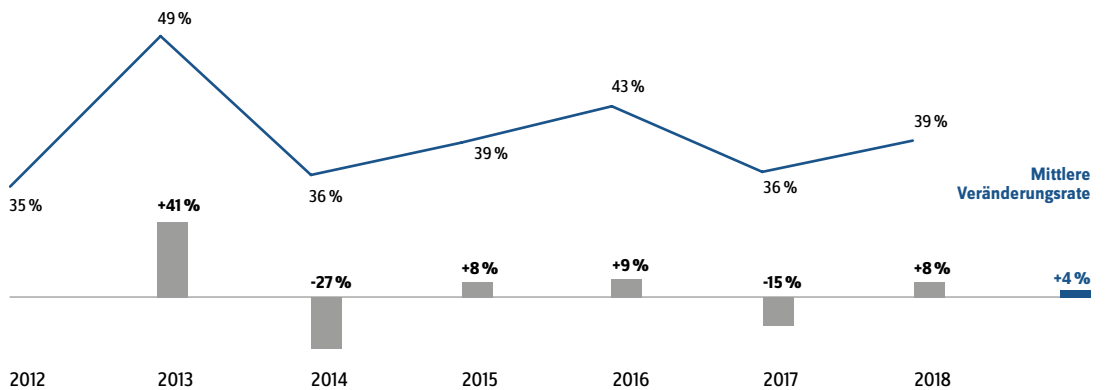
Abb. 44:

**Gesundheitsförderungsziel:
Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes**

Anzahl erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Teilziel 3.2 erfasst Betriebe mit einem Steuerungsgremium. Es handelt sich also um einen Parameter zur Strukturqualität. Inhaltlich war zu beachten, dass die für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure eingebunden werden sollten.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Das Präventionsziel, die Entwicklung von Steuerungsgremien unter der Beteiligung des Arbeitsschutzes zu fördern, konnte erreicht werden: Die absolute Zahl stieg in jedem Jahr der Zieleperiode und insgesamt mit einer mittleren Veränderungsrate von 21%. Der Anteil erreichter Betriebe mit

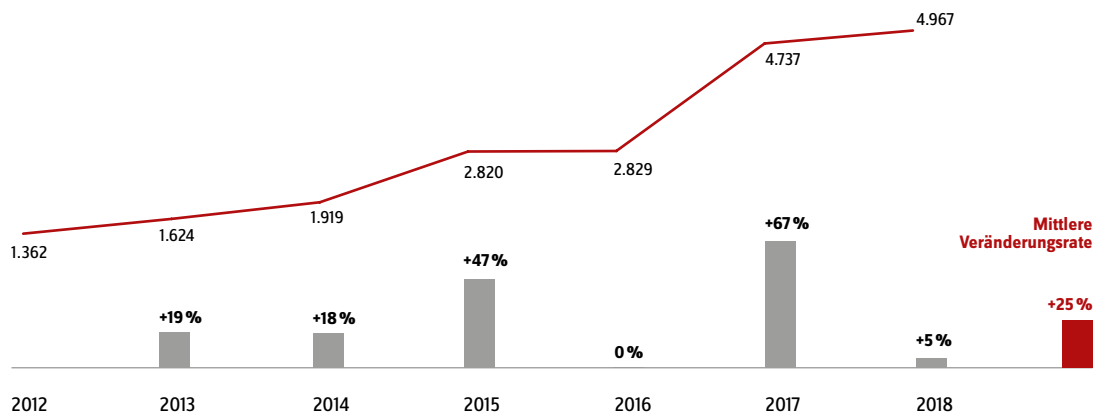
einem Steuerungsgremium für Gesundheitsförderung konnte ebenfalls erhöht werden.

Die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern ist bereits in den 2000er Jahren in einer Rahmenvereinbarung verankert worden, welche mittlerweile in den weiterentwickelten Bundesrahmenempfehlungen der NPK von 2018 aufgegangen ist. Diese Zusammenarbeit ist nicht nur auf Bundes- und Länderebene, sondern bedarfsorientiert auch vor Ort in den Betrieben zur Erzielung von Synergieeffekten sinnvoll.

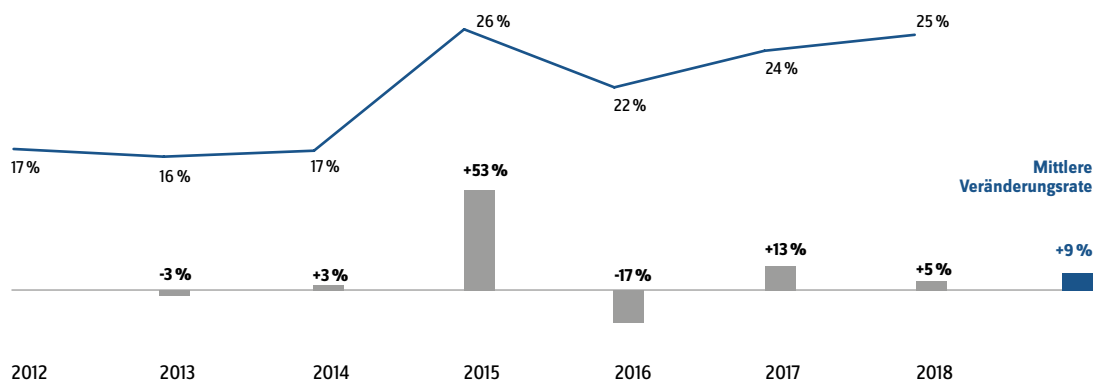
Abb. 45:

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb

Anzahl erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Teilziel 3.3 erfasst Betriebe mit Gesundheitszirkel. Es handelt sich ebenfalls um einen Parameter der Strukturqualität.

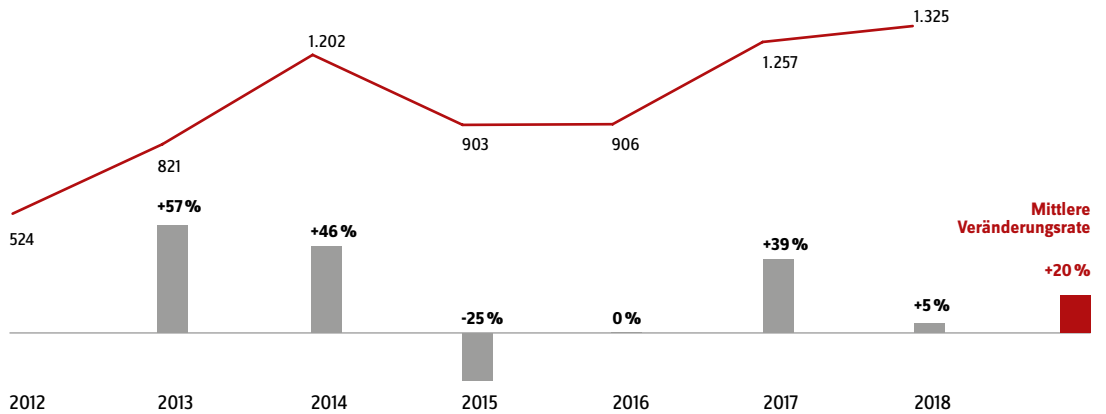
Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Das Gesundheitsförderungsziel konnte über die Zieleperiode erreicht werden: Die Anzahl der Betriebe mit eingerichtetem Gesundheitszirkel stieg stetig, ihr Anteil in vier der betrachteten sechs Jahre.

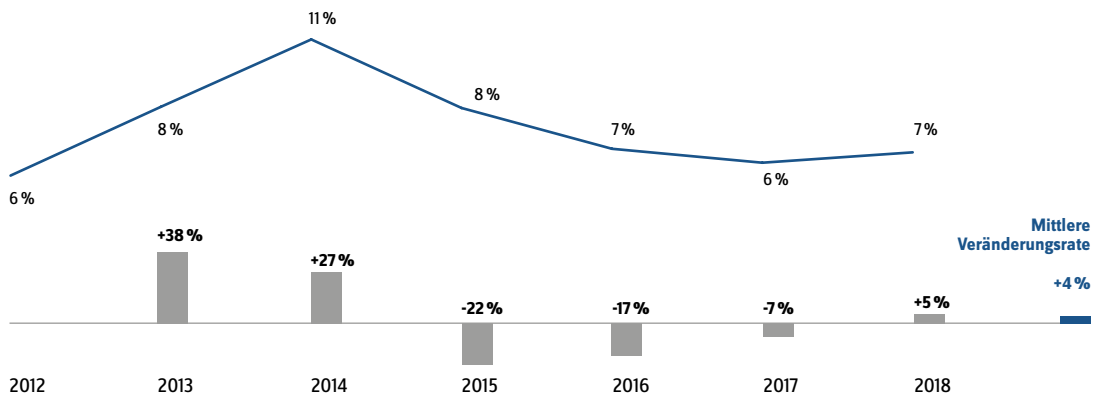
Abb. 46:

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

Anzahl erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Anteil erreichter Betrieb für die Jahre 2012-2018, jährliche Veränderungsrate



Teilziel 3.4 erfasst Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten, um Familien- und Erwerbsleben besser miteinander zu vereinbaren. Hier sind z. B. arbeitsbezogene zeitliche Regelungen wie die Flexibilisierung von Arbeitszeiten oder arbeitsorganisatorische Regelungen wie die Ermöglichung von Telearbeit (Homeoffice) anzustreben. Ein Beitrag im diesjährigen Themenschwerpunkt (s. S. 25) befasst sich mit dem iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung“. Dieser zeigt betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten für die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege auf.

Bewertung der Zielerreichung 2013-2018

Die Anzahl der erreichten Betriebe mit Angeboten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben ist über die betrachteten Jahre fast stetig gestiegen; ihr Anteil wurde ausgebaut. Das Gesundheitsförderungsziel konnte insgesamt erreicht werden.

Fazit zur Erreichung der acht arbeitsweltbezogenen Ziele

Sieben von acht Zielen wurden erreicht. Einzig das Ziel, den Anteil der Betriebe mit Maßnahmen zur Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen an allen Präventionsaktivitäten zu steigern (Teilziel 1.1), konnte nicht erreicht werden.

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

BGF-Maßnahmen zu verwirklichen, fällt kleineren Betrieben aufgrund fehlender Ressourcen oft nicht leicht. Zunehmend übernehmen es die Krankenkassen, insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen in überbetriebliche Netzwerke einzubinden und sie dadurch **beim Etablieren der BGF¹** zu unterstützen.

„Überbetriebliche Netzwerke“: Zusammenarbeit mit mindestens zwei Betrieben

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

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

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

Kooperationen verfolgen ebenfalls das Ziel, gemeinsame Informationsveranstaltungen und Maß-

nahmen durchzuführen, um BGF in kleinen und mittleren Betrieben zu verbreiten und zu implementieren. Auch Themen des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements 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.

In drittmittelgeförderten Projekten konnte die regionale Netzwerkbildung zwischen Krankenkassen und Unternehmensorganisationen erfolgreich initiiert und nachhaltig verankert werden. Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Gemeinschaftsprojekt von AOK, BKK und IKK „Gesund. Stark. Erfolgreich. – Der **Gesundheitsplan³** für Ihren Betrieb“ unterstützt seit 2014 den dauerhaften träger- und kassenartenübergreifenden Aufbau von Gesundheitsnetzwerken mit regionalen Partnern, um durch eine gemeinsame Strategie die Verbreitung und Implementierung von BGM in kleinen und mittelständischen Betrieben zu befördern. Das Projekt wird aktuell mit einem Schwerpunkt zum Thema regionale BGM-Netzwerke fortgesetzt.

1 Wagner, R. (2016). Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In: MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Präventionsbericht. Essen. S. 47-48. www.mds-ev.de
 2 GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 6.7.3 „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de
 3 www.der-gesundheitsplan.de

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 47: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Krankenkassen haben sich 2018 in 165 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen für betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt.

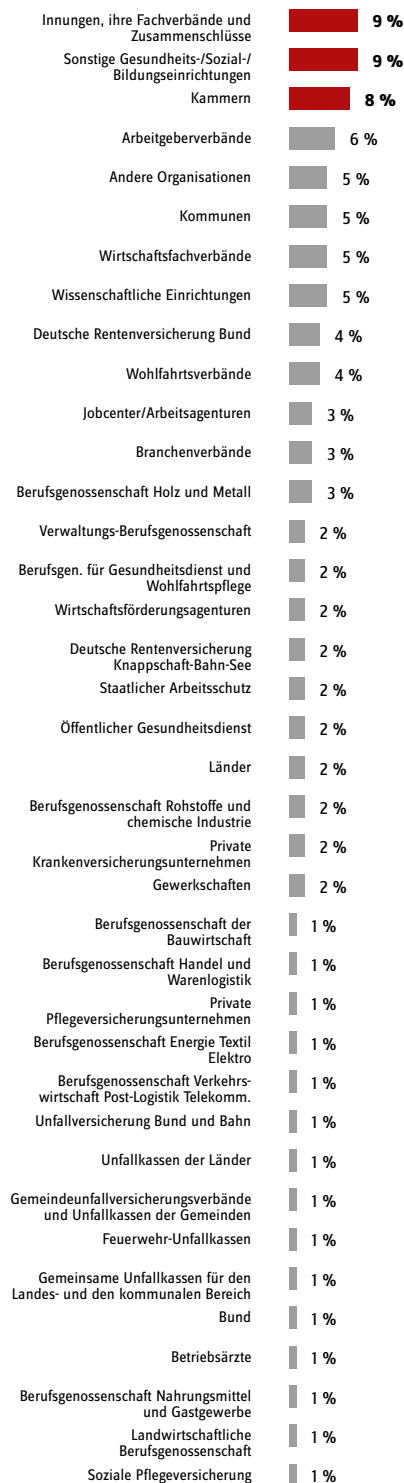
Unter diesen verfügten 39 (24%) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner.

5.567 Betriebe beteiligten sich direkt als Netzwerkmitglieder. Darunter befanden sich 73 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die Netzwerke erreichten darüber hinaus weitere 20.492 Betriebe. Diese Betriebe befinden sich noch in einer Phase der Informationsgewinnung und der Entscheidungsfindung, wie BGF im eigenen Betrieb eingeführt werden kann. Insgesamt erreichten die Krankenkassen also 26.059 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung

und Implementierung von BGF. Das sind 11.148 Betriebe mehr als im Vorjahr.

Oft sind Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen der Auftakt für BGF: Wie auf S. 63 unter „Erreichte Betriebe“ dargestellt, haben im Berichtsjahr 19.544 Betriebe mit der Unterstützung der Krankenkassen BGF aktiv umgesetzt.

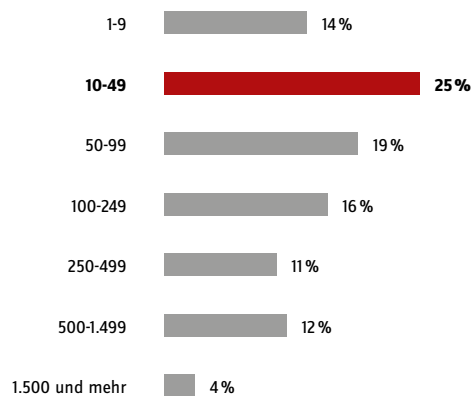
Abb. 48: Organisationen als Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



An erster Stelle arbeiteten die Krankenkassen mit Innungen, sonstigen Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und Kammern zusammen, um BGF zu verbreiten und zu implementieren.

Ansonsten war eine große Vielfalt an Organisationen im Netzwerk beteiligt, am häufigsten Arbeitgeberverbände, wissenschaftliche Einrichtungen und Wirtschaftsfachverbände.

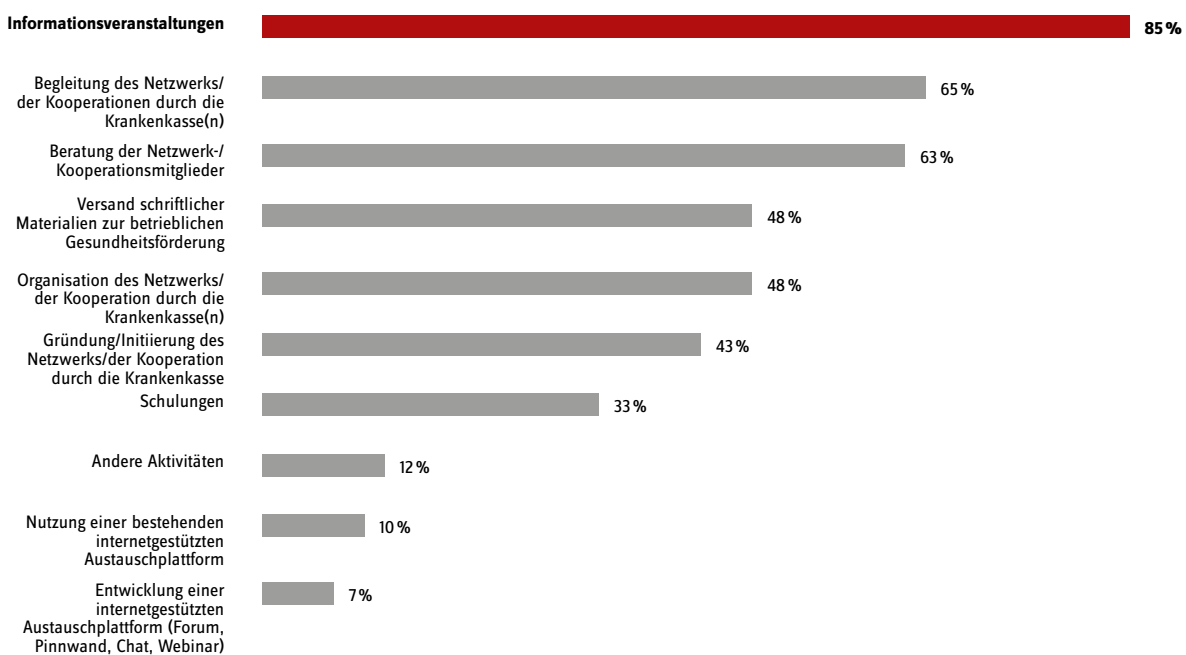
Abb. 49: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße (Mehrfachnennungen möglich)



Der Vergleich der durch die überbetrieblichen Netzwerke erreichten Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) mit dem Anteil, den diese bei der **BGF**¹ einnehmen, zeigt einen deutlichen Unterschied: Während im betrieblich ausgerichteten Engagement der Krankenkassen der Anteil der Klein- und Kleinstbetriebe rund 24 % ausmacht, haben Betriebe dieser Größe in den überbetrieblichen Netzwerken einen Anteil von rund 39 %.

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

**Abb. 50: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder
(Mehrfachnennungen möglich)**



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

Zu den Mitgliedern zählten im Jahr 2018 - wie oben berichtet - vor allem über 5.500 Betriebe und über 400 Organisationen, z. B. Innungen, sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und Kammern.

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

Als weitere Aktivitäten führten 63 % der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit durch. 7 % setzten Wissenstransferprojekte im Berichtsjahr um oder planten welche. Weitere 2 % führten Forschungsprojekte durch oder planten sie.

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

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

Wie der **Tabellenband¹** zeigt, erreichten sie dabei insgesamt 20.492 Betriebe, d. h. mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr.

Insgesamt wurden

- in 118 Betrieben Schulungen durchgeführt,
- 3.020 Betriebe beraten,
- 2.592 Betriebe mit Informationsveranstaltungen erreicht und
- 16.225 Betrieben schriftliche Informationen zur BGF übermittelt.

Evaluation

22 % der Netzwerke/Kooperationen führten im Berichtsjahr 2018 eine Evaluation durch. 16 % planten eine Evaluation für die Zukunft.

¹ <https://www.mds-ev.de/>

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Jahr 2015 hat der Gesetzgeber die Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen in der Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich eingeführt (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention; Präventionsgesetz - **PrävG**¹). Für pflegebedürftige Menschen werden Angebote zur verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit den Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege entwickelt und ausgebaut. Dieser Prozess wird durch einen **Leitfaden**² unterstützt, den der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene und in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) regelmäßig unter Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert und veröffentlicht. Der Leitfaden definiert die Kriterien, Ziele und Handlungsfelder für gesundheitsfördernde und präventive Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Mit Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention sollen auch pflegebedürftige Menschen erreicht werden. In Deutschland leben ca. **780.000 Pflegebedürftige**³ in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Weitere 103.000 Personen werden in teilstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Über **764.000 Beschäftigte**⁴ stellen in etwa 14.500 stationären Einrichtungen die Pflege, Versorgung und Betreuung sicher. Auch wenn es sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Gästen von Tagespflegeeinrichtungen oft um hochaltrige Personen handelt, deren **gesundheitliche Lage**⁵ in der Regel eingeschränkt ist, haben diese Men-

schen Bedarfe und Wünsche in Bezug auf gesundheitsfördernde Angebote. Diese müssen erkannt und in den Pflegeeinrichtungen über passende Maßnahmen organisatorisch und in guter Qualität umgesetzt werden.

Partizipative Organisationsentwicklung - Ein Ansatz für die gesundheitsfördernde Pflegeeinrichtung

Die Lebenswelt der Pflegeeinrichtung bietet gute Voraussetzungen, um verhaltens- und verhältnisorientierte organisatorische Maßnahmen langfristig in den Pflegealltag zu implementieren. Der Ansatz der partizipativen Organisationsentwicklung spielt dabei eine herausragende Rolle. Die Beteiligung (Partizipation) pflegebedürftiger Menschen und deren Vertreterinnen und Vertreter ist hierfür wichtig und wird explizit im Leitfaden Prävention benannt. Beteiligung meint nicht nur die Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen, die sich anhand der Handlungsfelder ergeben. Sie meint auch ein aktives Mitwirken der Zielgruppe an den zentralen Entscheidungsprozessen von Anfang an. Dieses Vorgehen wirkt sich positiv auf die Motivation aller beteiligten Akteure aus und erhöht die Chance auf eine nachhaltige Umsetzung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Zunächst gilt es jedoch, die Pflegeeinrichtungen für das Thema der partizipativen Organisationsentwicklung zu sensibilisieren und die Chancen und Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung im Beratungsprozess aufzuzeigen. Die Pflegekassen können aktiv unterstützen, indem sie in den Handlungsfeldern z. B. zur Stärkung der körperlichen Aktivität in Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen und unter Beteiligung der Pflegebedürftigen Angebote zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation fördern. Angebote und Maßnahmen sollen dabei



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

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

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

3 Amtliche Statistik PG2 2018/12, für teilstationär: PG1 2018/12

4 Statistisches Bundesamt (Destatis). (2019). Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. www.destatis.de

5 Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGBV NPK-Bericht, S. 60 ff.

immer auf die Verhältnisprävention - also den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen - und auf Maßnahmen für Verhaltensprävention hinwirken. Vor diesem Hintergrund ist das Thema Organisationsentwicklung zentral für eine nachhaltige und erfolgreiche Implementierung gesundheitsfördernder Leistungen. Angebote sollen möglichst dauerhaft etabliert und kontinuierlich an sich verändernde Bedarfslagen angepasst werden.

Damit die Etablierung einer partizipativen Organisationsentwicklung und somit der Gesundheitsförderungsprozess in den Einrichtungen greifen kann, sind passgenaue Maßnahmen und Beratungsstandards erforderlich. Um hierzu Erkenntnisse und Erfahrungen zu sammeln, führen die Pflegekassen gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen auch Forschungs- und Entwicklungsprojekte mit kooperierenden Bildungseinrichtungen durch. In der folgenden Darstellung wird anhand eines wissenschaftlichen Beitrages aufgezeigt, welche organisatorischen Rahmenbedingungen eine erfolgreiche Implementierung gesundheitsfördernder Angebote in Pflegeeinrichtungen ermöglichen können. Danach werden drei Projekte exemplarisch vorgestellt, die z. B. zum Thema Gewaltprävention in stationären Pflegeeinrichtungen gesundheitsfördernde Angebote mit wissenschaftlicher Unterstützung etablieren. Mit Blick auf eine nachhaltige Wirkung und einen ganzheitlichen Ansatz beziehen diese Angebote auch das Pflegepersonal und weitere Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen ein.

Ab S. 106 werden die Zahlen aus der bundesweiten Dokumentation der Aktivitäten der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt. Sie belegen anschaulich den Anstieg umgesetzter Präventionsmaßnahmen in allen fünf Handlungsfeldern.

Themenschwerpunkt Partizipative Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen

Prävention in stationärer Langzeitpflege als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung

Mit der Einführung von § 5 SGB XI sowie der Publikation des **Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes¹** wird den Pflegekassen eine Verpflichtung auferlegt, Leistungen zur Prävention in stationärer Langzeitpflege möglichst mit organisationsentwickelnden Ansätzen in der Implementation zu unterstützen und zu fördern. Damit ist insbesondere der Auftrag verbunden, durch Einbindung von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen mit Hilfe partizipativer und beratender Vorgehensweisen dieser gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen und den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in den Pflegeeinrichtungen zu befördern.

In der Konsequenz ergibt sich aus diesen Grundlagen für die Pflegekassen eine beratende Funktion zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen gesetzlichen Auftrag wie **Hasseler, Gellert & Reupke (2018a)²** als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung zu verstehen bietet den Vorteil, dass Gesundheit synergetisch für Bewohnende und Beschäftigte wirkt. Gesundheit wird damit zu einer Unternehmensstrategie, die die ganze Organisation berücksichtigt und Maßstab für alle Ebenen, Entscheidungen und Systemwirkungen wird.

Gemäß **Faller (2017)³** wird unter gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung verstanden, dass Veränderungen in der Organisation auf Neuerungen in den Prozessen und Strukturen abzielen, die unter der Prämisse Gesundheit und auf der Grundlage eines breiten sowie diskursiven Prozesses beruhen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Organisationen

Auf die Pflegeeinrichtungen übertragen bedeutet dies, dass die Prozesse und Strukturen so zu gestalten sind, dass nicht nur die Gesundheit der Pflegebedürftigen, sondern auch der Beschäftigten so gut wie möglich erhalten sowie eine Verschlechterung möglichst verhindert wird.

Insbesondere wird damit aber auch der Ansatz realisiert, „Top-down“ mit „Bottom-up“ zu verbinden. Es bedarf also struktureller Anpassungsprozesse, angemessener Motivierungs- und Partizipationskonzepte sowie transparenter und bedarfsgerechter Kommunikation. Als eine relevante zukünftige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementation von gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtungen in Zeiten eines von hohem Zeitdruck und Pflegefachpersonal-mangel geprägten Arbeitsalltages gilt es also, eine angemessene Kommunikation zwischen Managementebene, Personal und Pflegebedürftigen und deren sozialem Umfeld zu gestalten und sie in alle Entwicklungen und Entscheidungen für eine gesundheitsfördernde Pflegeeinrichtung partizipativ einzubinden.

Gemäß Hasseler, Gellert & Reupke (2018a) sind Pflegeeinrichtungen somit angeregt, im Sinne des betrieblichen Bedarfs zu definieren, worauf der Fokus der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung gerichtet werden soll. Das impliziert in einem ersten Schritt, dass jede Einrichtung für sich definiert, was Gesundheit im organisationsbezogenen Kontext umfasst. Dabei sind alle Beteiligten einzubinden.

Diese Prämisse steht im Kontext des Verständnisses, dass eine Organisation nur gesundheitsförderlich und präventiv gestaltet werden kann,



Autorin:

Prof. Dr. habil.
Martina Hasseler,
Ostfalia Hochschule
für angewandte
Wissenschaften, Fakultät
Gesundheitswesen

1 GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 3 „Der Gesundheitsförderungsprozess“). Berlin. Stand: Juni 2018. www.gkv-spitzenverband.de
2 Hasseler, M., Gellert, A., Reupke, C. (2018a). Maßnahmenentwicklung zur Erreichung gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung in Einrichtungen der stationären Pflege ausgehend von den Handlungsfeldern Ernährung, Körperliche Aktivitäten, Prävention von Gewalt. Projektbericht im Auftrag des vdek - die Ersatzkassen. Unveröffentlichter Projektbericht.
3 Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag. S. 29.

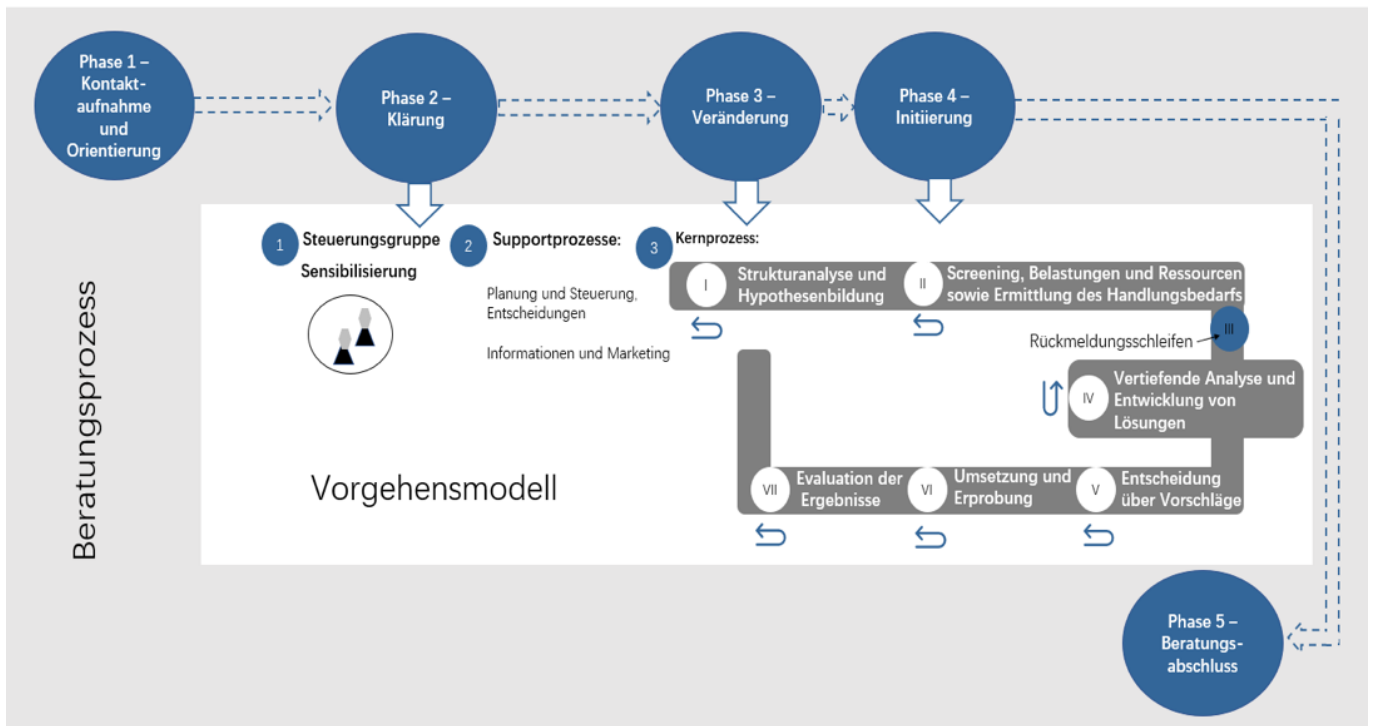
wenn die angestrebte Veränderung fixiert ist und in ein gemeinsames Verständnis mündet. Zudem sind die Berücksichtigung der etablierten Strukturen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen und die Identifikation der innerbetrieblichen Tendenzen wesentlich, um auf dieser Grundlage den potenziellen Entwicklungsprozess hin zu einer gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung abzustimmen und in ein Interventions- und Veränderungsdesign zu übersetzen.

Eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung wird sich infolgedessen nur dann erfolgreich entwickeln, wenn der Handlungsrahmen von den Pflegeeinrichtungen selbst geschaffen wird.

Organisationslotsen als Steuerungsinstanz

Die Verknüpfung der gesundheitsfördernden Prozessberatung der Pflegekassen mit dem Vorgehensmodell einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung nach **Pieck (2017)**⁴ bietet eine geeignete Möglichkeit, um Gesundheitsförderungsprozesse in Pflegeeinrichtungen mit Hilfe der einzelnen Beratungsphasen zu initiieren und kontinuierlich fortzusetzen. Dabei ist es ähnlich wie bei der BGF wichtig, dass eine Person in der stationären Pflegeeinrichtung als sogenannter Organisationslotse fungiert. Der Organisationslotse ist mit dem Verständnis der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung vertraut und steuert die einrichtungsbezogene Umsetzung der Veränderungsprozesse.

Abb. 51: Phasen des Beratungsprozesses⁵



4 Pieck, N. (2017). Betriebliche Gesundheitsförderung umsetzen - ein Überblick. In: Faller, G. (Hrsg.). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag. S. 179-188
 5 Hasseler, M., Gellert, A., Reupke, C. (2018 b). Handreichung für Beratende für Pflegeeinrichtungen im Bereich der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung. Beratende als Organisationslotsen auf dem Weg zu gesunden Pflegeeinrichtungen stationärer Pflege. Projektbericht im Auftrag des vdek - die ersatzkassen. Unveröffentlichter Projektbericht.

Mit dieser Vorgehensweise und diesem Verständnis wird die stationäre Pflegeeinrichtung als Organisation zum Ausgangspunkt aller Veränderungen. Der Organisationslotse übernimmt gemeinsam mit allen Beteiligten in der Pflegeeinrichtung die Verantwortung für ein einheitliches Verständnis zur Förderung von organisationsbezogener Gesundheit und damit auch von Prävention. Dieser gesundheitsfördernde Organisationsentwicklungsansatz geht davon aus, dass nicht allein die Förderung von solitären Präventionsinterventionen erfolgreich sein wird, sondern eine Initiierung von Maßnahmen erforderlich ist, die die verschiedenen Ebenen (Managementebene, Mitarbeitende, Pflegebedürftige und deren soziales Umfeld usw.) der Pflegeeinrichtung auf Systemlevel adressieren, um Gesundheitsförderungs- und Präventionsprozesse auf Einrichtungsebene zu aktivieren.

Die Aufgaben der Organisationslotsen sind dabei u. a., mit Hilfe des Empowermentansatzes den individuellen Bedarf von Pflegeeinrichtungen zu analysieren sowie gemeinsam mit den Akteuren der Organisation mögliche Themen und Hemmnisse zu eruieren und Lösungsstrategien zu entwickeln. Organisationslotsen gelten hierbei als einrichtungsinterne Wissensvermittelnde und Impulsgebende sowie als diejenigen, die Handlungsmöglichkeiten auf dem Weg zu einer gesunden Organisation aufzeigen und koordinieren.

Mit diesem Ansatz wird Prävention in Pflegeeinrichtungen neu gedacht, nämlich als gesunde bzw. als gesundheitsfördernde Einrichtung, die das Potenzial hat, alle Systemebenen und -prozesse im Sinne der Förderung von Gesundheit, Prävention und Qualität zu beeinflussen.

Gesund leben und arbeiten im Pflegeheim - unter dem Dachprojekt „SaluPra“ trifft Forschung auf Praxis



Angesichts der Tatsache, dass bislang keine bis wenige Erfahrungen zur systematischen Implementierung von Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegeheimbewohnende vorliegen, die einerseits geeignete Interventionen und andererseits auch die Verhältnisprävention adressieren, wurde das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „**SaluPra**“ initiiert. SaluPra rekuriert auf lateinisch „salus“: Gesundheit/Wohlbefinden sowie „*praevenire*“: vorbeugen.



Belastungssituation in der Pflege und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen

Der Projektanspruch von „SaluPra“ ist es, die in der Pflege lebenden und arbeitenden Menschen bei Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Prävention in dem besonderen Setting „Pflegeeinrichtung“ gleichermaßen zu berücksichtigen und bei Interventionen zu adressieren. Dazu muss sich Gesundheitsförderung und Prävention nicht als singuläres Projekt verstehen, sondern zu einer Unternehmensstrategie werden und die Unternehmenslogik, -normen und -werte ebenso berücksichtigen wie die vielfältigen gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Unter dem Dachprojekt „SaluPra“ werden unter der vorgenannten Prämisse verschiedene Projekte und Ansätze zur Implementierung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich bewertet, praktisch erprobt und entsprechend den Einrichtungsbedarfen (weiter-)entwickelt.



Autorinnen und Autor:
Ulrike Pernack,
Verband der Ersatzkassen e. V.
Sina Matthies,
Verband der Ersatzkassen e. V.
Frederik Pettelkau,
Verband der Ersatzkassen e. V.

Gesundheitsförderung und Prävention als partizipative Organisationsentwicklung: das Teilprojekt ICE-PfleGesund

Langfristige Erfolge der Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich über die Verhältnisprävention, also die Adressierung von Lebens- und Arbeitsbedingungen, erreichen. Partizipative Organisationsentwicklung wird somit zum Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention.

Das dreijährige Modellprojekt „ICE-PfleGesund“ wird im Rahmen des Dachprojekts „SaluPra“ umgesetzt und untersucht die Implementierung von Gesundheitsförderung und Prävention über die Qualitätsmanagementsysteme (QM). Bundesweit konnten für die Pilotierung zunächst 25 stationäre Pflegeeinrichtungen mit unterschiedlicher Einrichtungsgröße, Träger- und Bewohnerstruktur gewonnen werden. Der Name ICE steht für Implementation, Coaching und Entwicklung. Zielsetzung des Modellvorhabens ist die Entwicklung eines Organisations- und QM-Konzepts zur Einbindung der Gesundheitsförderung und Prävention in die Prozesse und Strukturen der Einrichtungen, das auf alle existierenden QM-Modelle anpassbar ist.

Vertraute Instrumente wie die interne Pflegedokumentation oder das Neue Begutachtungsassessment (NBA) werden beispielsweise im Gesundheitsförderungsprozess in der Analysephase zur Erhebung der einrichtungsspezifischen Bedarfe genutzt. Über einen Fragebogen werden Art und Anzahl bestehender gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Einrichtung erfasst. Auf Basis des NBA wird zudem eine Ressourcenabfrage zu den individuellen Fähigkeiten/Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt.

Maßnahmen entsprechen den gesundheitsspezifischen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner

Über die Nutzung der vorliegenden Daten zu den Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner kombiniert mit der Erhebung der spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe werden passgenaue verhaltens- und verhältnisspezifische Maßnahmen entwickelt und in den Einrichtungen umgesetzt. Im Vorfeld werden die Maßnahmen gemeinsam im Steuerungsgremium der Einrichtung konsentiert. Im Rahmen einer internen Evaluation werden die implementierten Maßnahmen anhand verschiedener Fragebögen im Anschluss an die Maßnahmenplanung bewertet. Dabei gilt es, den Erfolg der Maßnahmen zu kontrollieren, um so Rückschlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen. Erfolgreiche Maßnahmen werden anschließend in die Einrichtungsstrukturen integriert, um nachhaltig und eigenständig umgesetzt zu werden und Bestandteil des Tagesablaufs zu werden.

Handbuch: Gesundheitsförderliches Qualitätsmanagementkonzept

Mit der Nutzung von QM zur Implementierung von Gesundheitsförderung und Prävention werden bekannte Prozesse und Instrumente genutzt, um die Einrichtung auf allen Organisationsebenen (Führungsprozesse bei der Geschäftsführungs-/Managementinstanz, Ausführungsprozesse auf der Ebene der Mitarbeitenden sowie Unterstützungsprozesse auf der organisatorischen Ebene, z. B. Bestellwesen, Hilfsmittel usw.) gesundheitsförderlich aufzustellen. Gesundheitsförderung und Prävention werden somit im Managementsystem der Einrichtungen verankert.

Die Projektergebnisse werden zu einem Muster-Handbuch zusammengefasst und können somit für die Beratungsprozesse zur Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen genutzt werden. Das Handbuch stellt exemplarisch dar, wie die Realisierung einer verhaltens- und verhältnisorientierten Prävention und Gesundheitsförderung auf der Grundlage des QM und ausgerichtet

an den bestehenden Bedarfen der Einrichtung gelingen kann.

Ausblick

Es ist von Bedeutung, die persönlichen Bedarfe und Gesundheitsvorstellungen mittels geeigneter Instrumente zu identifizieren und auf diese Bedarfe zugeschnittene Maßnahmen anzubieten. Schließlich ist dies als systematischer Ansatz in den Pflege- und Betreuungsalltag zu integrieren, der keinen zusätzlichen Aufwand verursacht. Die Verbindung dieser Anforderungen leistet das Forschungs- und Praxisprojekt „SaluPra“ durch die Initiierung verschiedener Projektansätze und Akteure. Die Projektergebnisse liegen im ersten Halbjahr 2020 vor.

gesaPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege



Im Auftrag von 18 Kranken- und Pflegekassen bzw. ihrer Verbände in Nordrhein-Westfalen (NRW) setzt die Team Gesundheit GmbH als Projektleitung gemeinsam mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, einer Tochter der AOK Rheinland/Hamburg, und der Technischen Universität Chemnitz das innovative dreijährige Projekt zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen um. Das Projekt, welches Ende 2017 gestartet ist, befindet sich aktuell in der Maßnahmenplanung und -umsetzung in den stationären Pflegeeinrichtungen.



Im Fokus des **Projekts „gesaPflege – gesund alt werden in der stationären Pflege“¹** stehen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen und Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen.



Für das Projekt konnten acht Einrichtungen gewonnen werden, die hinsichtlich ihrer Größe, der regionalen Verteilung sowie ihrer Trägerschaft einem Querschnitt der Einrichtungslandschaft in NRW entsprechen. Diese Vielfalt ermöglicht es, die gewonnenen Erkenntnisse nach Abschluss des Projekts anderen Einrichtungen passgenau zur Verfügung zu stellen.

Autorinnen:

Marieke Leder,
Team Gesundheit GmbH

Ronja Christofczik,
Team Gesundheit GmbH

Anja Marcour,
AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse

Die Kranken- und Pflegekassen NRW sowie die Einrichtungsleitungen, die Pflegebedürftigen und die Beschäftigten der Einrichtungen sind in die Methodenentwicklung und Konzeption eingebunden. In den regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Steuerungsgremien haben sie darüber hinaus die Gelegenheit, sich über den Projektstand zu informieren, den weiteren Projektverlauf mitzugestalten und die projektbegleitende Evaluation zu verfolgen.

Maßnahmen

Auf Grundlage einer Analyse einrichtungsspezifischer gesundheitsrelevanter Dokumente werden eine Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter sowie ein Interviewleitfaden für die Pflegebedürftigen konzipiert. In Strategieworkshops werden – für die Bewohnerebene in Anlehnung an die Präventionsziele aus dem **Leitfaden Prävention²** – individuelle Ziele für die jeweiligen Handlungsfelder in den Einrichtungen definiert, die zur Erhöhung der Lebensqualität beitragen. Mögliche Ziele umfassen dabei beispielsweise die Stärkung der sozialen Teilhabe und damit auch der Lebensqualität der Pflegebedürftigen durch Angebote aus dem Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit oder auch die Senkung der arbeitsbezogenen Belastung aufseiten der Mitarbeitenden zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit. Gleichsam wird versucht, Fragen beispielsweise nach dem Zusammenhang arbeitsbezogener Belastungen der Beschäftigten und der Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu beantworten.

Die im Rahmen des Projekts umgesetzten Maßnahmen sollen sowohl das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten als auch die Ressourcen der Pflegebedürftigen in den Fokus rücken und stärken. Auf Basis der Befragungsergebnisse werden zielgruppen- und einrichtungsspezifische Maßnahmen auf verhaltens- und auf verhältnispräventiver Ebene geplant und umgesetzt. Beispielhaft ist hier die Anpassung bereits bestehender (Präventions-)Konzepte und damit einhergehend die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Einrichtungen zu nennen, um diese zur Umsetzung neuer Gesundheitsförderungsangebote auf Ebene der Pflegebedürftigen zu befähigen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden u. a. auf Gesundheitstagen mit Hilfe von unterschiedlichen Screenings und Gesundheitsaktionen für das Thema Gesundheit sensibilisiert und darüber hinaus durch Seminar- und Workshopangebote aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern des **Leitfadens Prävention³** beispielsweise zu einer

1 www.gesapflege.de

2 GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin.

3 GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGBV zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGBV. Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGBV. Berlin.

ergonomischen und/oder stressreduzierten Gestaltung des Arbeitsalltags befähigt.

Der Fokus der im Projekt geplanten Maßnahmen liegt insbesondere auf der Nachhaltigkeit, indem die implementierten Strukturen auch nach Projektende weiter in den Einrichtungen genutzt werden können.

Parallel zu den auf Pflegebedürftigen- und Mitarbeitererebene umgesetzten zielgruppenspezifischen Maßnahmen werden die Einrichtungen im Projektverlauf dabei unterstützt, ihre eigenen Arbeitsabläufe (gesundheitsförderlich) weiterzuentwickeln. Dabei werden auch Schnittstellen, Lernprozesse und spezifische Aspekte der Organisationskultur berücksichtigt. Das Ziel der Organisationsentwicklung besteht in einer gleichzeitigen Verbesserung dreier Faktoren: 1. der Leistungsfähigkeit und Effektivität der Organisation, 2. der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und 3. der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten innerhalb der Organisation.

Erste Ergebnisse

Die im Projekt in den Fokus gerückte Beziehung zwischen den Beschäftigten und den Pflegebedürftigen stellte sich als bedeutsamer Faktor in der Gewinnung der Einrichtungen für das Projekt heraus. Die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen auf beiden Ebenen wurde von allen Einrichtungen begrüßt und als Alleinstellungsmerkmal wahrgenommen.

Die Zwischenergebnisse des Projekts unterstreichen die Bedeutsamkeit einer partizipativen Arbeits- und Herangehensweise in den Einrichtungen. Die vom Projektteam geplanten Umsetzungsschritte werden gemeinsam mit den Mitgliedern der Steuerungsgremien an die individuellen Voraussetzungen und Kommunikationsstrukturen der jeweiligen Einrichtung angepasst und realisiert.

Was trägt zum Gelingen des Projekts bei?

Das Projekt lebt von der interdisziplinären Zusammensetzung des Projektteams. Das Wissen der

Kranken- und Pflegekassen NRW wird ergänzt durch Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, die in enger Verzahnung mit den Einrichtungen arbeiten. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse Einzug in das Projekt erhalten, diese jedoch gleichzeitig auf ihre Praxistauglichkeit überprüft und vor der Umsetzung angepasst werden.

Perspektiven

Die Ergebnisse des Gesamtprojekts sowie die entwickelten Analyseinstrumente und -verfahren werden in einen Handlungsleitfaden überführt, der einrichtungsübergreifend zur Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege genutzt werden kann. Der Handlungsleitfaden transportiert alle gewonnenen Erkenntnisse aus dem Projekt und wird nach Projektabschluss digital veröffentlicht.

Zusätzlich ist zur Transfersicherung die Durchführung einer Abschlussveranstaltung im Januar 2021 geplant, die sich schwerpunktmäßig an Kranken- und Pflegekassen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Einrichtungen wendet. Im Rahmen der Veranstaltung werden die Projekterfahrungen, die Interventionen für die Handlungsfelder sowie der erarbeitete Handlungsleitfaden für die Pflegeeinrichtungen vorgestellt.

Abb. 52: Die Beziehungsschleife als zentrales Element der Projektarbeit in gesaPflege



Copyright: Team Gesundheit GmbH, Kranken- und Pflegekassen NRW

Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Gewaltprävention im Setting der vollstationären Altenpflege (PEKo)



Autorinnen und Autoren:
Thomas Holm,
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Sascha Köpke,
Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Beate Blättner,
Hochschule Fulda

Prof. Dr. Gabriele Meyer,
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ bezeichnet Gewalt gegenüber alten bzw. pflegebedürftigen Menschen auf Basis der **WHO-Definition**¹ als „einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen“ (WHO 2002). Dazu gehören neben körperlicher Gewalt auch emotionale und sexualisierte Gewalt sowie Vernachlässigung. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich Gewalt gegen und durch Pflegebedürftige wechselseitig bedingen (**Hirsch 2017**)². Aktuelle Erhebungen aus Deutschland sowie Zwischenergebnisse des Gewaltpräventionsprojekts PEKo zeigen, dass Gewaltereignisse im Pflegekontext zum Alltag gehören.

Ziel und Methodik

PEKo will Pflegende und andere Beschäftigte in der stationären Altenpflege für das Thema Gewalt sensibilisieren und gemeinsam mit allen Beteiligten Interventionen entwickeln, um mehr Handlungssicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen zu erlangen und somit Gewaltvorfälle zu vermeiden. Durch den partizipativen, d. h. auf die Erfahrungen und Bedarfe der Mitarbeitenden fokussierenden Ansatz, entstehen passgenaue Präventionskonzepte, die nachhaltig in den teilnehmenden Einrichtungen verankert werden. Derzeit nehmen 40 Einrichtungen deutschlandweit am Gewaltpräventionsprojekt PEKo teil. Projektpartner sind, neben der Universität zu Lübeck, die Hochschule Fulda sowie die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Die Projektlaufzeit beträgt in den Einrichtungen jeweils ein Jahr.

Interventionen

Dem Projekt liegen fünf Interventionsbausteine zugrunde, welche in den Einrichtungen individuell ergänzt und ausgestaltet werden: (1) Bestimmung eines PEKo-Beauftragten sowie (2) eines multiprofessionell zusammengesetzten PEKo-Teams,

welches sich einrichtungsintern alle vier bis sechs Wochen unter Begleitung der Studienzentren trifft. Im partizipativen Prozess werden gewaltpräventive Maßnahmen zur (3) Sensibilisierung sowie zum Erstellen von (4) Handlungsleitlinien und einem (5) Meldewesen herausgebildet. Zusätzlich finden übergreifende Treffen statt, um den Austausch zwischen den Einrichtungen zu fördern.

Erste Ergebnisse

PEKo wird unter Einbindung quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden zum Abschluss der Projektlaufzeit evaluiert (Dezember 2020). Die bisherigen Interventionen in den teilnehmenden Einrichtungen fokussieren auf die Felder Sensibilisierung aller an der Versorgung der Pflegebedürftigen Beteiligten, Erlangen von Handlungssicherheit durch Wissenszuwachs und Unterstützungsstrukturen sowie deren Konzeptualisierung und Verstetigung zur nachhaltigen Verankerung. Beispielhaft seien hier genannt: das gemeinsame Erstellen von Plakaten und Infobroschüren, das Erarbeiten von Schulungsformaten (z. B. Rollentauschtag, Erstellen von Fallbeispielvideos), die Installation von Vertrauenspersonen oder die Entwicklung eines Meldewesens für Gewaltereignisse sowie entsprechender Handlungsleitlinien, Leitbilder und individueller Gewaltpräventionskonzepte.

Nachhaltigkeit und Kulturveränderung

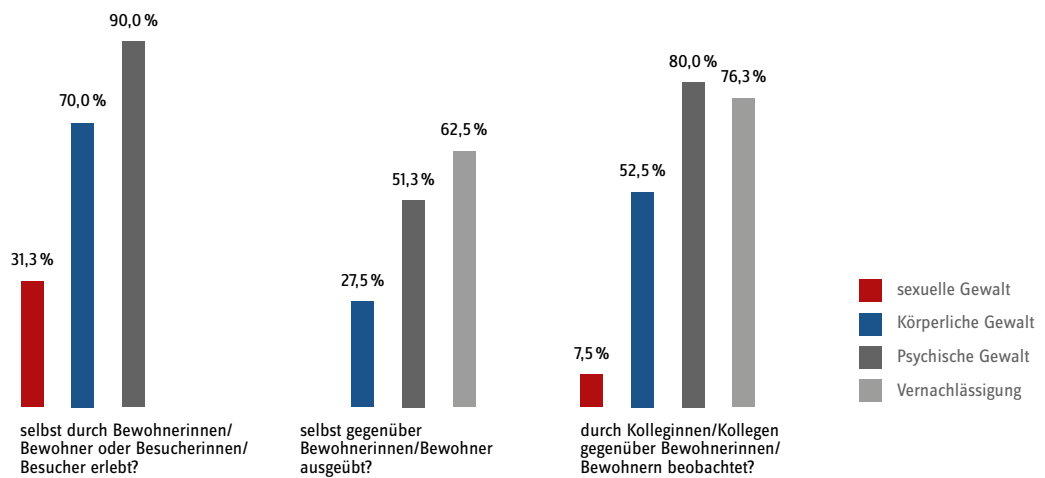
Mit seiner partizipativen Grundstruktur im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes setzt das Gewaltpräventionsprojekt PEKo auf nachhaltige Strukturen. Durch die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsstrategien in den einzelnen Einrichtungen werden Veränderungen im Verhalten der Beschäftigten und in den Verhältnissen im Sinne einer Kulturveränderung in den teilnehmenden Einrichtungen bewirkt. Zusätzlich zur Erstellung eines Konzepts wird auf Basis der Erfahrungen aus dem Projekt ein Leitfaden entwickelt, der z. B. eine Toolbox möglicher Interventionskomponenten enthält.

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

² Hirsch, R. (2017). Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe. Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Wiesbaden: Springer VS. S. 67-88.

Abb. 53: Prävalenz von Gewaltereignissen im PEKo-Projekt

Wie viele Pflegekräfte haben in den letzten 3 Monaten mindestens einmal ...



Befragung von Mitarbeiter/innen der beteiligten Einrichtungen (n=80; unveröffentlichte eigene Daten)

Abb. 54: Interventionen im PEKo-Projekt



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

Nachfolgend werden die von den Pflegekassen erbrachten Leistungen in der Vorbereitung und der **Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen¹** dargestellt.

Am Anfang des Gesundheitsförderungsprozesses in der stationären Pflege steht die Vorbereitungsphase, die mit der Kontaktaufnahme zur Pflegeeinrichtung beginnt. Daraufhin erfolgt ein Austausch zwischen den Pflegekassen und den verantwortlichen Akteuren in der Pflegeeinrichtung. Die in der Pflegeeinrichtung verantwortlichen Personen werden medial und/oder persönlich informiert und für das Thema sensibilisiert. Ziel ist es, die Pflegeeinrichtungen zu einer Zusammenarbeit zu motivieren. Am Ende der Vorbereitungsphase steht dann die Entscheidung der Pflegeeinrichtung, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten. Sodann erfolgt eine Klärung der Auftrags- und Zielsetzung.

Leistungen in der Vorbereitungsphase

In Deutschland gab es im Dezember 2017 rund **14.500²** nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen.

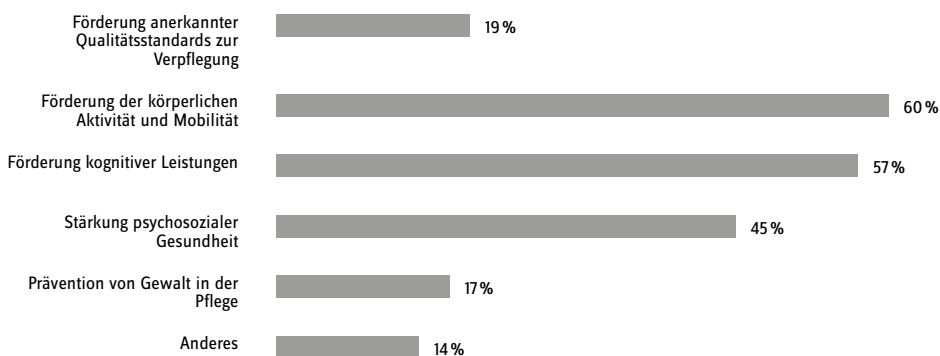
Im Berichtsjahr 2018 haben die Pflegekassen in 2.945 Fällen Pflegeeinrichtungen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert und beraten. Im Berichtsjahr trafen 466 Einrichtungen den Entschluss zum Einstieg in den Gesundheitsförderungsprozess.

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

2 Statistisches Bundesamt. (2019). Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. www.destatis.de

Vorbereitungsphase: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern

Abb. 55: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern (Mehrfachnennungen möglich)



In der Vorbereitungsphase gehen die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtung aufeinander zu. Es erfolgt ein erster Austausch der Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen über die im Leitfaden definierten Handlungsfelder und die Kriterien zur Förderung von Leistungen. Pflegeeinrichtungen haben oft konkrete Vorstellungen und legen Konzepte zu gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Pflegebedürftigen vor. Umgekehrt unterbreiten Pflegekassen den Pflegeeinrichtungen Konzepte bzw. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Pflegeeinrichtungen können Informationen über präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aktiv bei den Pflegekassen nachfragen.

Die Pflegekassen haben den Pflegeeinrichtungen in allen Handlungsfeldern Anregungen und Konzepte vermittelt, vor allem in den Bereichen der Förderung körperlicher Aktivität und Mobilität, Förderung kognitiver Leistungen und Stärkung psychosozialer Gesundheit.

Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation

Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses in stationären Pflegeeinrichtungen analysieren die Pflegekassen die Bedürfnisse, Ressourcen und Strukturen der Pflegeeinrichtungen und führen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung eine Maßnahmenplanung durch. Danach erfolgen deren Umsetzung sowie eine Evaluation. Die Aktivitäten der Umsetzungsphase werden im Folgenden dargestellt. Hinzu kommen Informationen zu strukturellen Faktoren, z. B. zur Laufzeit der Aktivitäten, zu beteiligten Akteuren und erreichten Personen, zur Größe der Einrichtung sowie zum Erreichen der Präventionsziele.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Die Pflegekassen berichten mit je einem **Dokumentationsbogen¹** über die Aktivitäten in je einer Pflegeeinrichtung.

Im Berichtsjahr 2018 erbrachten die Pflegekassen in 1.281 Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im Vergleich zum Vorjahr, in dem in 721 Pflegeeinrichtungen Maßnahmen umgesetzt wurden, bedeutet dies eine beachtliche Steigerung. Mit Blick auf die etwa 14.500 Pflegeeinrichtungen in Deutschland handelt es sich 2018 um 9 % aller Einrichtungen, die 2018 Maßnahmen in der Umsetzungsphase erbringen.

¹ s. „Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, S. 141

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden für die Pflegekassen die folgenden fünf Handlungsfelder definiert: Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit sowie Prävention von Gewalt in der Pflege.

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Ernährung

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

Körperliche Aktivität

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

Stärkung kognitiver Ressourcen

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

Psychosoziale Gesundheit

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

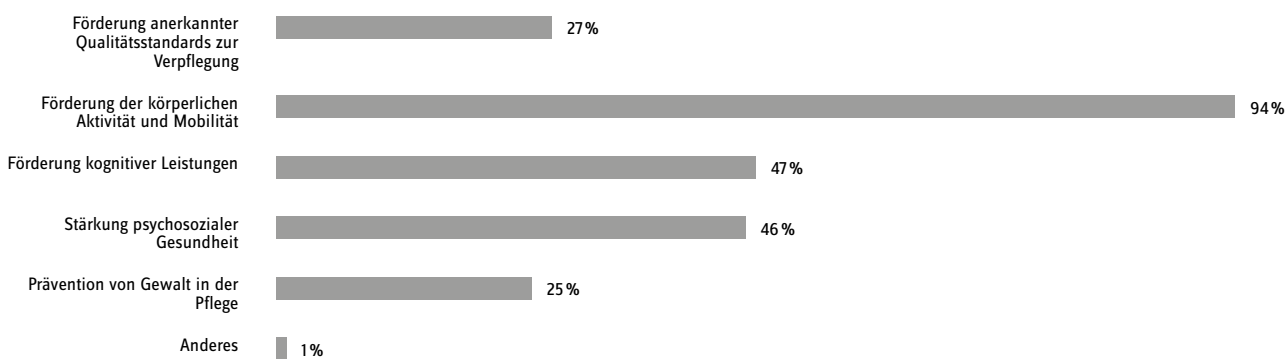
Prävention von Gewalt in der Pflege

Die **WHO**¹ (2002) definiert Gewalt in der Pflege als einmalige und wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den betroffenen Personen zu Schaden und Leid führen. Dies umfasst körperlichen, seelischen oder finanziellen Schaden sowie den Eingriff in die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen.

Um Gewaltereignisse in Pflegebeziehungen und gesundheitliche Folgen für Pflegebedürftige zu vermeiden, sollen von allen Beteiligten 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. 56: Handlungsfelder, in denen die Pflegeversicherung ein Konzept vorgeschlagen hat (Mehrfachnennungen möglich)



Das Interesse der jeweiligen Einrichtungen an den verschiedenen Handlungsfeldern ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Ausgerichtet an der zuvor durchgeführten Analyse und Maßnahmenplanung werden Konzepte gemeinsam mit der Einrichtungsleitung ausgewählt und im Bedarfsfall an die jeweilige Einrichtung angepasst. Im Berichtsjahr 2018 lag das Interesse der Pflegeeinrichtungen am häufigsten bei Konzepten zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Darauf folgten Konzepte zum Handlungsfeld Förderung kognitiver Leistungen, sowie Konzepte zum Handlungsfeld Stärkung der psychosozialen Gesundheit.

Laufzeit der Aktivitäten

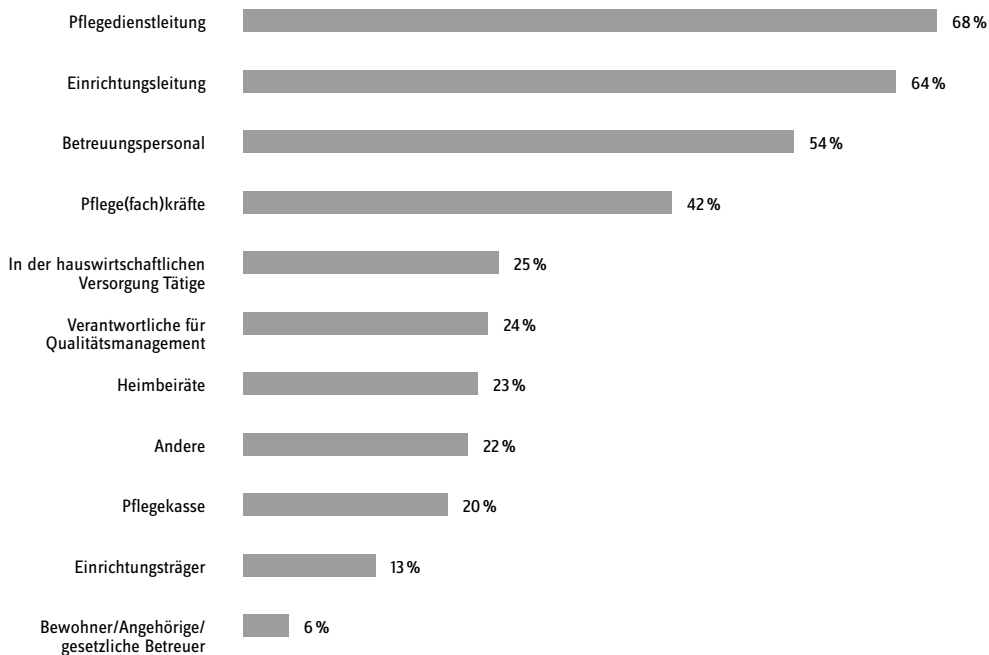
Pflegekassen unterstützen die Pflegeeinrichtungen bei der Etablierung des Gesundheitsförderungsprozesses in ihrer Einrichtung, beim Strukturaufbau und der ersten Erprobung von Maßnahmen. Das Unterstützungsangebot der Pflegekassen ist auf **Nachhaltigkeit und Verstetigung**¹ in der Einrichtung ausgelegt und somit immer zeitlich und finanziell begrenzt.

Im Berichtsjahr 2018 schlossen die Pflegekassen 42 % der geförderten Projekte ab. In 58 % der geförderten Projekte wurden die Aktivitäten über das Berichtsjahr hinaus weitergeführt. Bei der Hälfte der abgeschlossenen Aktivitäten betrug die Projektlaufzeit 12 Monate.

¹ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Kap. 4 „Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Zusammensetzung der Steuerungsgremien

Abb. 57: **Mitwirkende im Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Der partizipative gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozess beginnt mit der Etablierung eines Steuerungsgremiums. Das Steuerungsgremium ist maßgeblich für einen nachhaltigen Strukturaufbau und damit für den Organisationsentwicklungsprozess in der stationären Pflegeeinrichtung zuständig. Es koordiniert die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Evaluation.

Bei der Implementierung des Steuerungsgremiums empfiehlt es sich, die vorhandenen Strukturen in der Einrichtung zu nutzen. Dies können bereits bestehende Gremien oder der Heimbeirat sein. Im Steuerungsgremium nimmt die Einrichtungsleitung eine wichtige Rolle ein, da ihre Entscheidung für die nachhaltige Umsetzung der Gesundheitsförde-

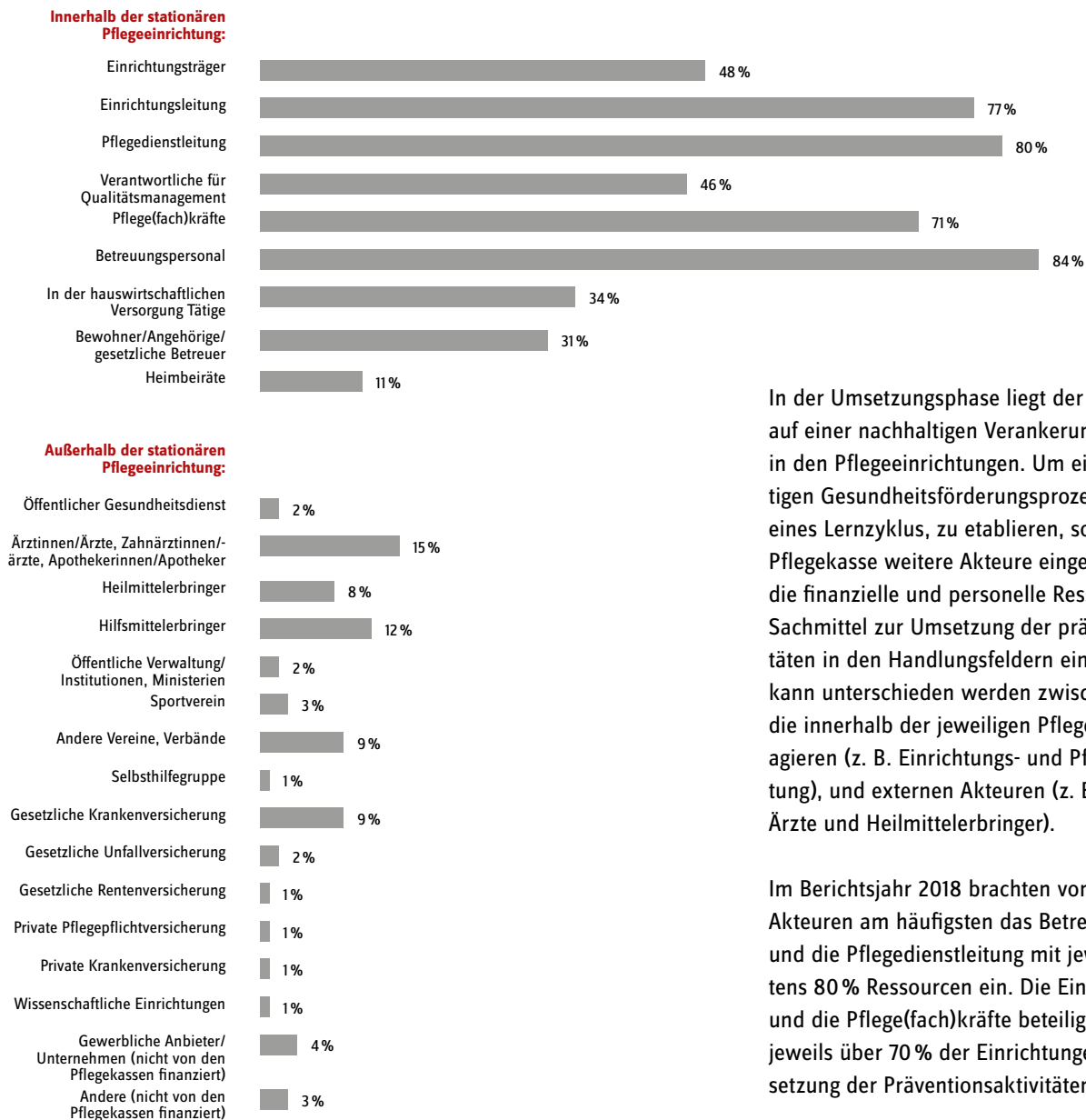
rungsmaßnahmen erforderlich ist. Erstrebenswert ist daneben die Beteiligung der Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Ebenfalls sind Pflege- und Betreuungskräfte sowie Pflegebedürftige und deren Angehörige aktiv **einzubinden**¹.

Ein Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Pflegebedürftigen befasst, wurde in 74 % der Pflegeeinrichtungen eingerichtet (s. Tabellenband). In den Steuerungsgremien waren am häufigsten die Pflegedienstleitung und die Einrichtungsleitung vertreten. Das Betreuungspersonal war in über der Hälfte der eingerichteten Steuerungsgremien vertreten.

¹ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. S. 7. www.gkv-spitzenverband.de

Beteiligte Akteure

Abb. 58: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



In der Umsetzungsphase liegt der Schwerpunkt auf einer nachhaltigen Verankerung der Konzepte in den Pflegeeinrichtungen. Um einen nachhaltigen Gesundheitsförderungsprozess, im Sinne eines Lernzyklus, zu etablieren, sollten neben der Pflegekasse weitere Akteure eingebunden werden, die finanzielle und personelle Ressourcen oder Sachmittel zur Umsetzung der präventiven Aktivitäten in den Handlungsfeldern einbringen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Akteuren, die innerhalb der jeweiligen Pflegeeinrichtung agieren (z. B. Einrichtungs- und Pflegedienstleitung), und externen Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzte und Heilmittelerbringer).

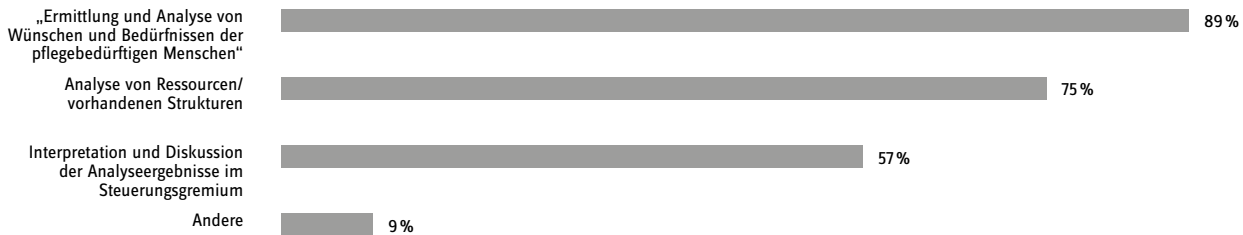
Im Berichtsjahr 2018 brachten von den internen Akteuren am häufigsten das Betreuungspersonal und die Pflegedienstleitung mit jeweils mindestens 80 % Ressourcen ein. Die Einrichtungsleitung und die Pflege(fach)kräfte beteiligten sich zu jeweils über 70 % der Einrichtungen an der Umsetzung der Präventionsaktivitäten.

Beiträge, die von außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung zur Umsetzung der präventiven Aktivitäten eingebracht wurden, spielten eine geringere Rolle. Am häufigsten wurden von ärztlicher und zahnärztlicher Seite, vonseiten der Apotheken, von Heil- und Hilfsmittelerbringern sowie von Vereinen und Verbänden Ressourcen eingebracht.

Leistungen in der Umsetzungsphase

Abb. 59:

Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



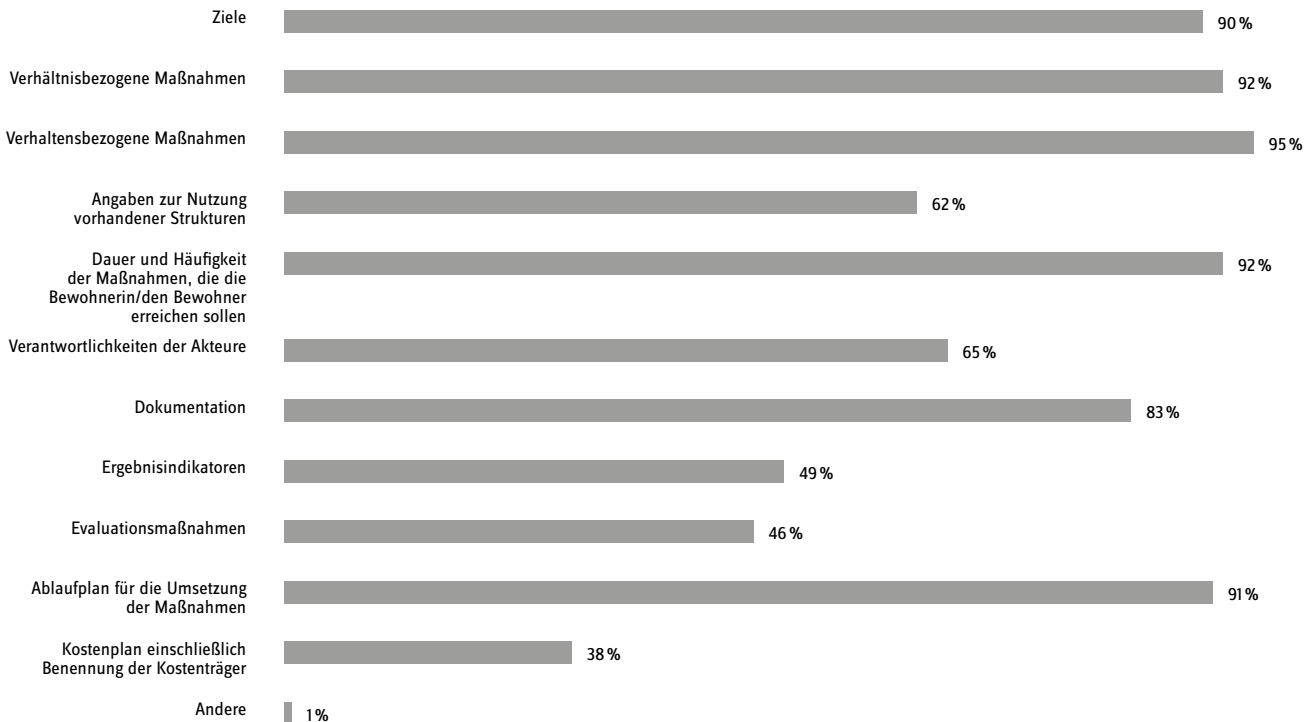
In der Umsetzungsphase gliedert sich der Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess in die folgenden Schritte:

- Analyse
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung
- Evaluation

Analyse

Die Pflegekassen führten im Berichtsjahr in 65 % der 1.281 erreichten Pflegeeinrichtungen eine Analyse durch. Die Ermittlung der Bedarfe und Wünsche der pflegebedürftigen Menschen war dabei am häufigsten Bestandteil der Analyse. Mit Blick auf die gewünschte und erforderliche Partizipation und Teilnahme der Pflegebedürftigen an der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist dieser Anteil weiterhin auszubauen. Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sind auch in Bezug auf die Gesundheitsförderung heterogen, und sie unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung. Eine Analyse dieser Bedürfnisse und Wünsche sowie der strukturellen Voraussetzungen für deren Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen stellt daher die Grundlage für jede Maßnahmenplanung und Umsetzung dar.

Abb. 60: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase (Mehrfachnennungen möglich)



Maßnahmenplanung

Die Maßnahmenplanung in der jeweiligen Pflegeeinrichtung richtet sich nach der individuellen Zielsetzung, der Dringlichkeit sowie den verfügbaren Ressourcen. Der Maßnahmenplan sollte auf das gesundheitsfördernde Verhalten sowie auf die Bedarfe der Pflegebedürftigen ausgerichtet und ebenso an die individuellen Rahmenbedingungen der stationären Einrichtung angepasst sein. Im Maßnahmenplan werden neben den Zielen die Verantwortlichkeiten der Akteure und Kooperationspartner, Routinen für die Dokumentation, der Zeitplan sowie die Bewertungsmaßstäbe von Interventionen festgelegt. Ebenso sollten wichtige Meilensteine im Maßnahmenplan aufgeführt sein, da diese sich besonders zur Kontrolle des Verlaufs und Erfolgs des geplanten Vorhabens eignen.

In 94 % der Pflegeeinrichtungen wurde ein solcher Maßnahmenplan erarbeitet. Ein hoher Anteil von über 90 % der entwickelten Maßnahmenpläne enthielt Angaben zu verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen, Angaben zu Dauer und Häufigkeit der Interventionen sowie einen Ablaufplan für die Umsetzung der Maßnahmen.

Abb. 61: **Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Durch Rundungsfehler lassen sich die Prozentangaben in der Grafik nur auf 99 % addieren.

Umsetzung

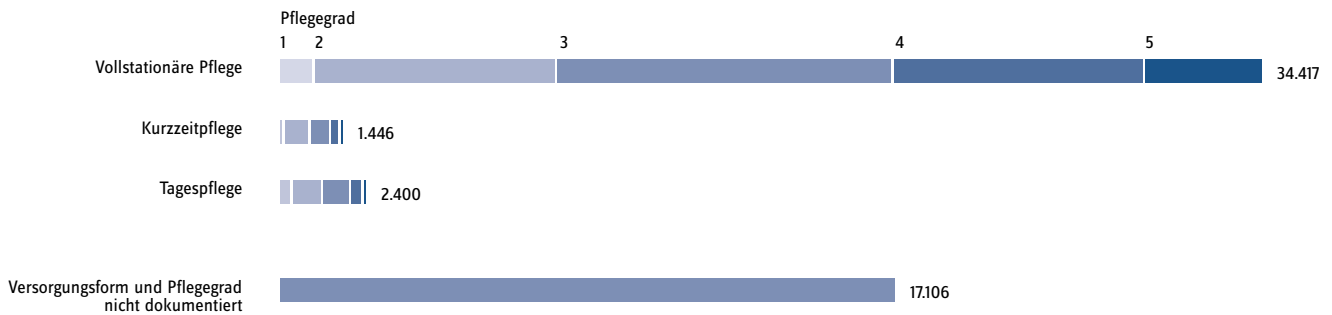
Die Pflegekassen unterstützten im Berichtsjahr 91 % der erreichten Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen. Davon waren 82 % der Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert. Ausschließlich verhältnisorientiert waren 9 % der Aktivitäten und ausschließlich verhaltensorientiert 7 %.

Evaluation

Es empfiehlt sich, im Rahmen der Evaluation mindestens den Grad der Umsetzung der Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. Im Berichtsjahr 2018 wurde in 60 % der Einrichtungen (s. Tabellenband) eine Evaluation der Maßnahmen durchgeführt. Dabei waren das Erreichen der Pflegebedürftigen und die Zielerreichung die Hauptparameter der Evaluation. Anzustreben ist, dass der Anteil evaluierter Projekte zunimmt und zukünftig auch Aussagen zur Wirkung der Maßnahmen getroffen werden können. Auf dieser Grundlage kann eine stärkere Erfolgskontrolle erfolgen und die Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses angepasst sowie weiterentwickelt werden.

Erreichte Pflegebedürftige und weitere Personen

Abb. 62: Erreichte Pflegebedürftige



Im Berichtsjahr 2018 wurden insgesamt 55.369 Pflegebedürftige mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht.

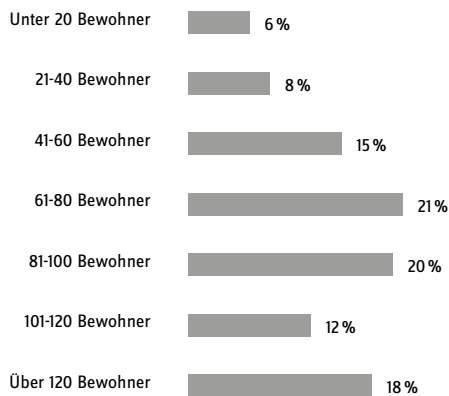
Von diesen Pflegebedürftigen waren bei 38.264 (69%) die Art der Pflegeeinrichtung (Versorgungsform) und teilweise auch der Pflegegrad dokumentiert. 90% dieser erreichten Pflegebedürftigen befanden sich in vollstationärer Pflege, 4% in Kurzzeitpflege und 6% in Tagespflege. Von den insgesamt 55.369 erreichten Pflegebedürftigen lagen bei 17.106 (31%) keine Angaben zu Versorgungsform und Pflegegrad vor.

Neben den Pflegebedürftigen wurden darüber hinaus 21.788 weitere Personen mit Präventionsmaßnahmen erreicht. Darunter waren 15.425

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen sowie 6.363 weitere Personen, z. B. Angehörige und gesetzliche Vertreter (s. Tabellenband).

Charakteristika der erreichten Pflegeeinrichtungen

Abb. 63: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen



Im Berichtsjahr 2018 hatten mehr als die Hälfte (56 %) der Pflegeeinrichtungen, die von den Pflegekassen bei präventiven Aktivitäten unterstützt wurden, eine mittlere Größe. In diesen Einrichtungen werden zwischen 41 und 100 Pflegebedürftige versorgt. 30 % der erfassten Pflegeeinrichtungen versorgen mehr als 100, 14 % versorgen weniger als 40 Pflegebedürftige (dazu gehören Tagespflegeeinrichtungen).

Die von den Pflegekassen unterstützten Pflegeeinrichtungen waren zum größten Teil in freigemeinnütziger Trägerschaft (45 %). In 30 % der Einrichtungen war der Träger privat und in 25 % der Einrichtungen öffentlich.

Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Pflegekassen haben sich für die Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen **Präventionsziele¹** gesetzt.

Oberziel ist danach die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Umsetzung wird empfohlen, ein Steuerungsgremium einzusetzen, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention befasst (Teilziel 1).

Die zwischen Pflegekasse und stationärer Einrichtung vereinbarten Maßnahmen sollten sich auf die Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt beziehen (Teilziele 2.1 bis 2.5). Ziel ist es, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die Maßnahmen des Konzepts in den jeweiligen Handlungsfeldern umsetzen, zu erhöhen.

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

Ziele der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Oberziel der Prävention in der stationären Pflege:

Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

Teilziel 1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention der Bewohnerinnen und Bewohner befasst, ist erhöht.

Teilziele 2.1 bis 2.5 der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder:

Teilziel 2.1 (Ernährung)

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

Teilziel 2.2 (Körperliche Aktivität)

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

Teilziel 2.3 (Stärkung kognitiver Ressourcen)

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

Teilziel 2.4 (Psychosoziale Gesundheit)

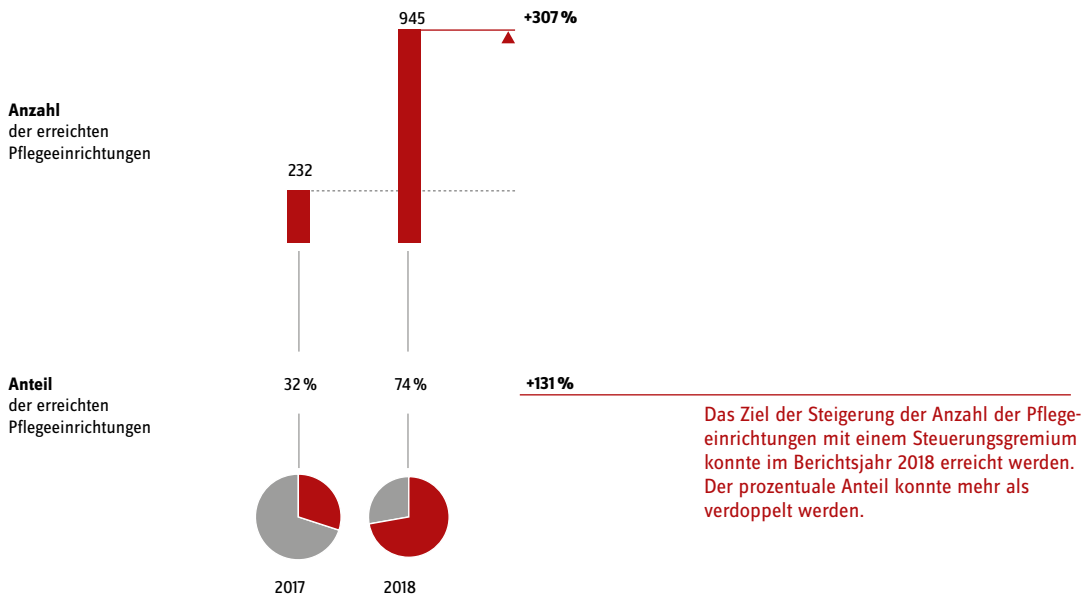
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt)

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

Erreichungsgrad der Präventionsziele in stationären Pflegeeinrichtungen

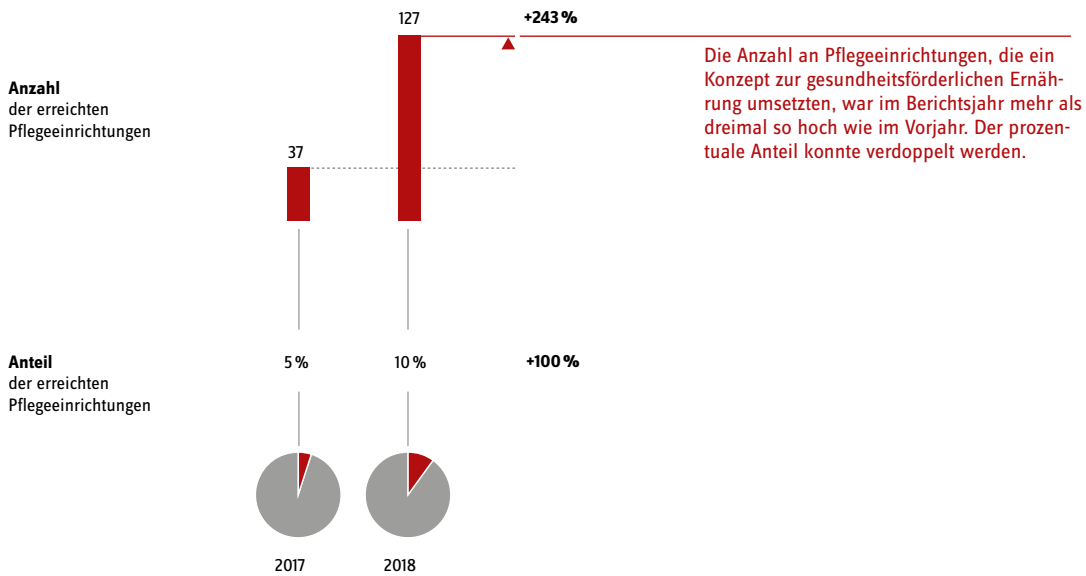
Abb. 64: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium



Um präventive und gesundheitsfördernde Leistungen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern, sollen mehr Pflegeeinrichtungen ein Steuerungsgremium etablieren (Teilziel 1). Das Steuerungsgremium kann sich dafür einsetzen, dass Gesundheitsförderung und Prävention als ein kontinuierliches und nachhaltiges Angebot in den Pflege- und Versorgungsalltag von Pflegeeinrichtungen integriert wird. Es kann Verantwortung dafür übernehmen, Erfahrungen in der Umsetzung von Aktivitäten zu reflektieren und neue Vorhaben in die Umsetzung zu bringen.

Abb. 65:

Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten



Die Teilziele 2.1 bis 2.5 beziehen sich auf die Umsetzung von Maßnahmen in den fünf Handlungsfeldern. Je nach Teilziel konnte eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet werden. In allen Handlungsfeldern erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl der Einrichtungen, die ein Konzept zu dem jeweiligen Handlungsfeld umgesetzt haben.

Abb. 66:

Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität

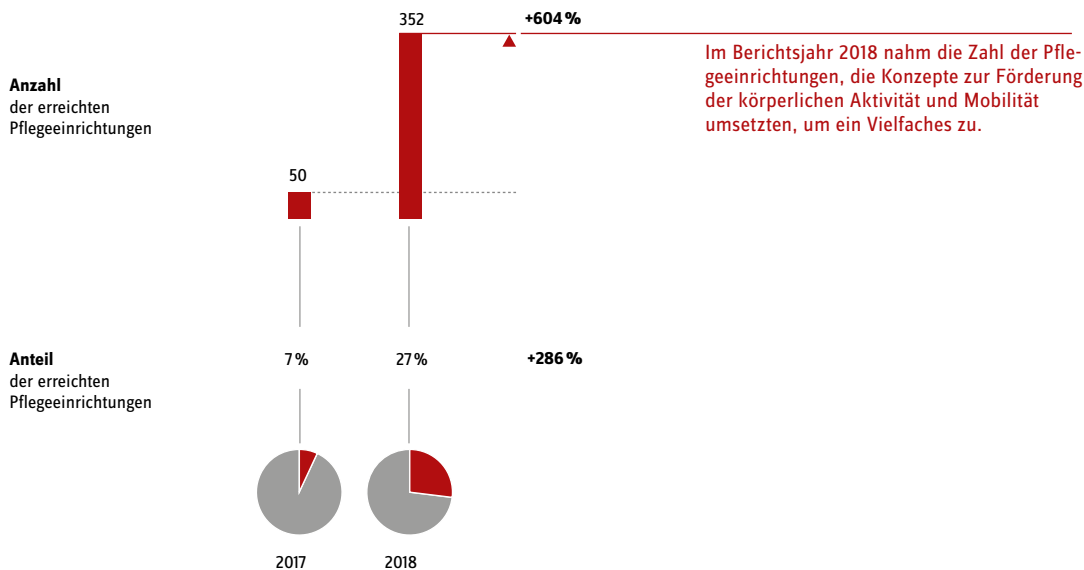


Abb. 67:

Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen

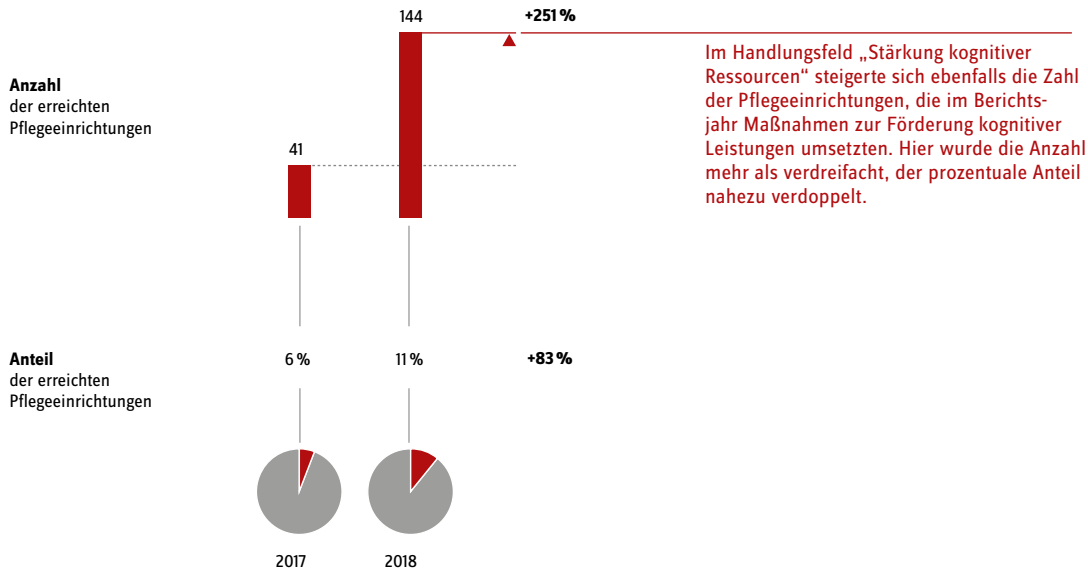


Abb. 68:

Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit

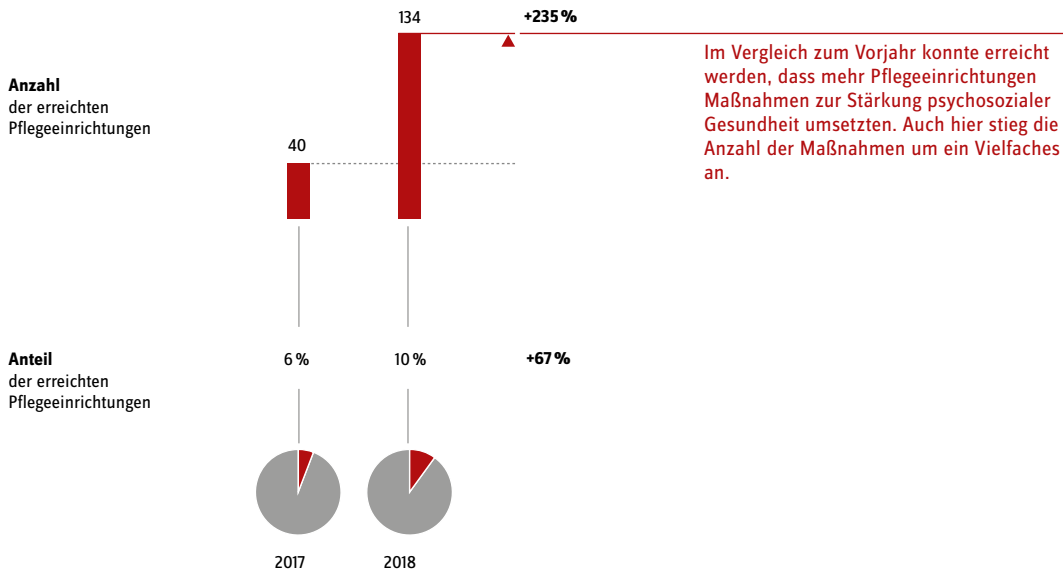
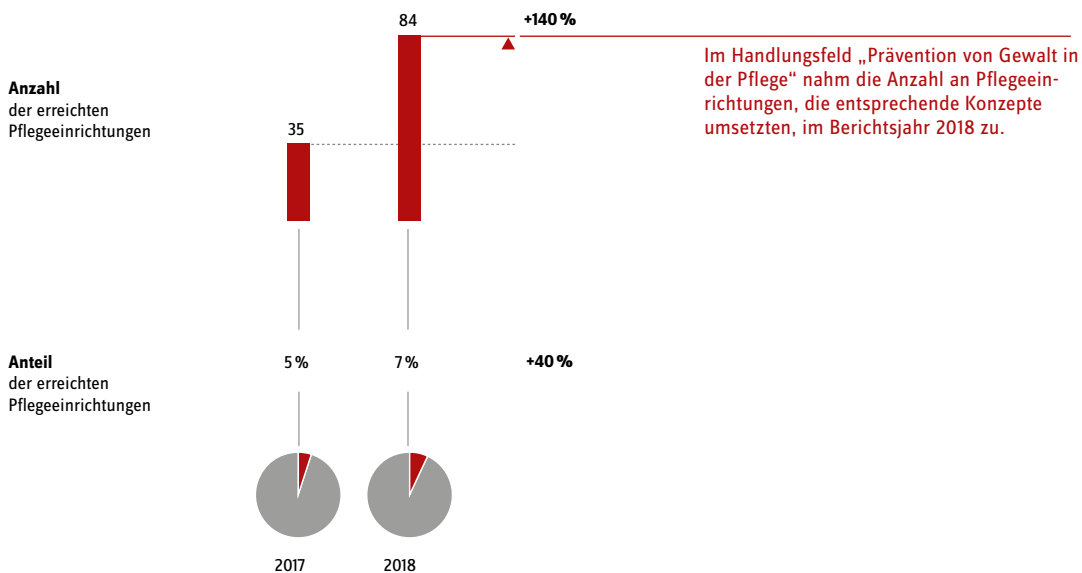


Abb. 69:

Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt



Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention richten sich an einzelne Versicherte. Sie haben im Sinne von **§ 1 SGB V**¹ zum Ziel, die Versicherten zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren und zu befähigen.

Grundsätzlich finden diese Maßnahmen in Gruppen mit sechs bis 15 Personen statt. In diesen Gruppenkursen werden den Versicherten Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie erlernte Verhaltensweisen dauerhaft in ihren Alltag integrieren können. Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum bieten die Krankenkassen den Versicherten die Chance, ihre Gesundheit zu verbessern bzw. möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen.

Die Kriterien für individuelle verhaltensbezogene Kursangebote des GKV-Spitzenverbandes sind im **Leitfaden Prävention**² veröffentlicht. Die Übereinstimmung von Kursmaßnahmen mit den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention lässt die Mehrzahl der Krankenkassen durch die **Zentrale Prüfstelle Prävention**³ prüfen. Voraussetzung einer individuellen verhaltenspräventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich ihre Wirksamkeit in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.

Nachfolgend werden die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen dargestellt. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband**⁴.

Im Berichtsjahr 2018 wurden insgesamt 1.685.490 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert. Darin sind auch sogenannte IKT-Angebote enthalten. Das sind informations- und kommunikationstechnologie-basierte Selbstlernprogramme, die denselben inhaltlichen Anforderungen des Leitfadens Prävention unterliegen wie alle anderen Angebote. Sie müssen u. a. auch einen wechselseitigen Austausch zwischen den das Programm Nutzenden und dem E-Kursleitenden bzw. E-Coach ermöglichen.

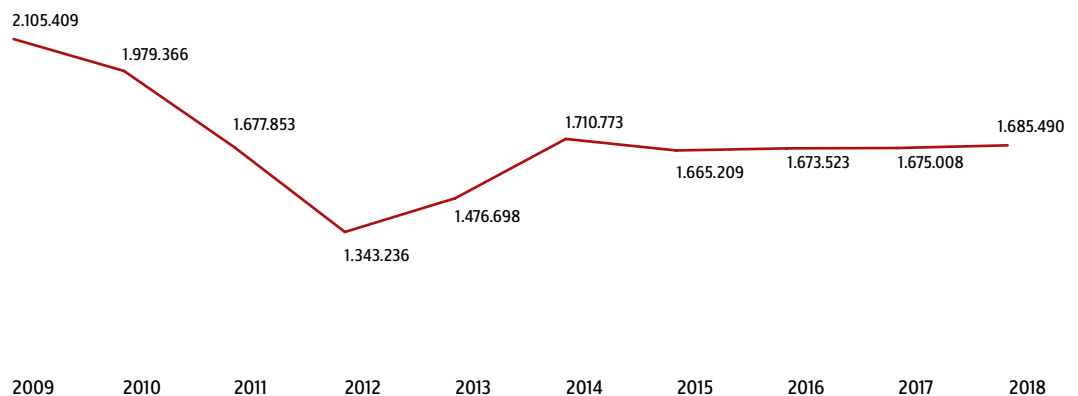
¹ Satz 2: „Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ www.gesetze-im-internet.de

² GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

³ www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

⁴ www.mds-ev.de

Inanspruchnahme

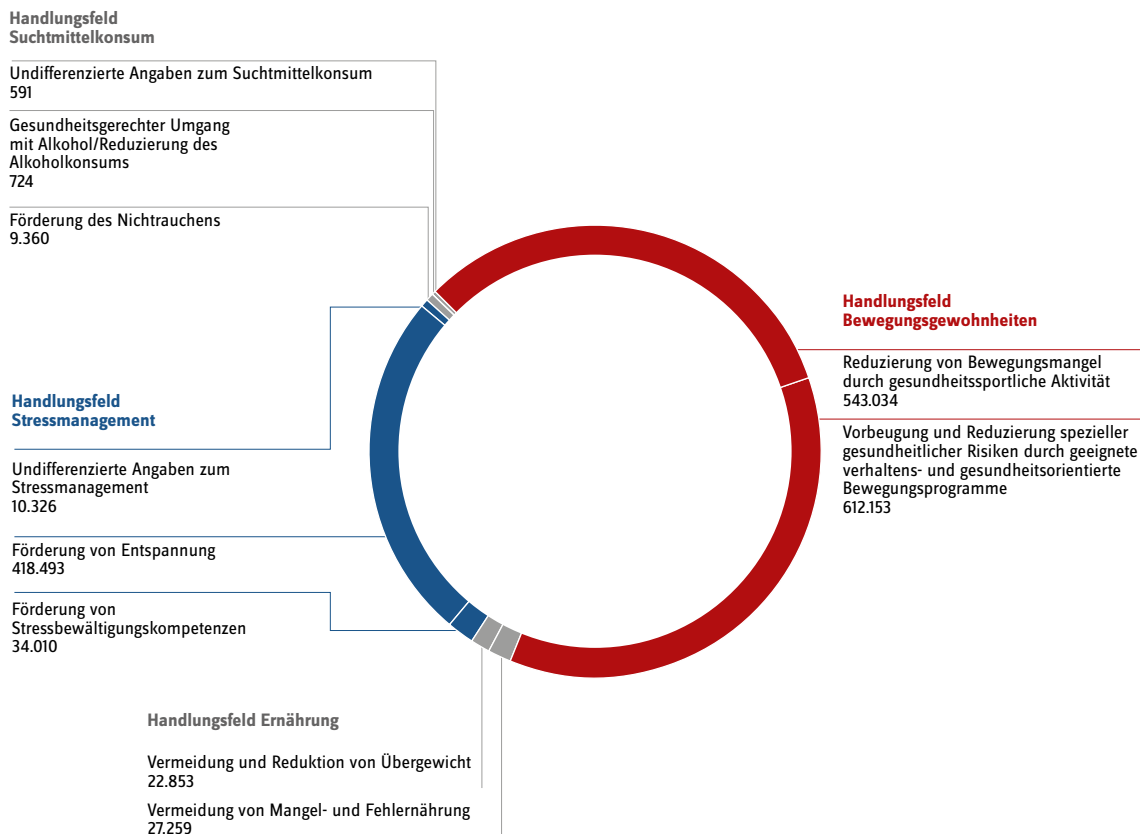
Abb. 70: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt

Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auszuüben bzw. Krankheitsrisiken zu reduzieren. Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen; die Kurse sollen als Initialangebot fungieren und den Versicherten die Chance bieten, die erworbenen Kenntnisse im Alltag langfristig fortzuführen.

Von 2014 bis 2018 sind die Kursteilnahmen relativ konstant geblieben. Der Anstieg der Kursteilnahmen in den Jahren 2013 und 2014 nach einem Rückgang in den beiden Jahren zuvor war darauf zurückzuführen, dass eine in den Jahren 2011 und 2012 geltende Restriktion hinsichtlich der Wiederholung gleicher Kurse aufgehoben worden war.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 71: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



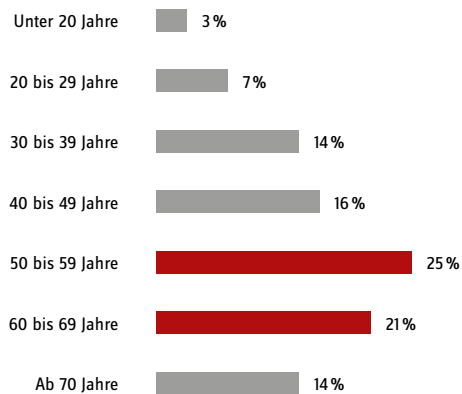
Die im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfelder adressieren die Prävention zentraler Gesundheitsprobleme wie z. B. körperliche Inaktivität.

Der Präventionsbericht belegt, dass Bewegungsangebote von den Versicherten am häufigsten nachgefragt werden. 69 % der Teilnahmen konzentrierten sich auf Kurse zum Thema Bewegung. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ kann weiter aufgegliedert werden nach den Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Kurse in diesen Präventionsprinzipien wurden etwa gleich häufig nachgefragt.

28 % der Kursteilnahmen erfolgten zum Thema Stressmanagement. Die Kursangebote lassen sich thematisch weiter untergliedern nach Kursen zur „Förderung von Stressbewältigungskompetenzen“ und Angeboten zur „Förderung von Entspannung“. Dabei werden mit 90 % überwiegend letztere nachgefragt – gemäß Leitfaden Prävention sind das Progressive Relaxation nach Jacobson, Autogenes Training Grundstufe nach Schultz, Hatha Yoga, Tai-Chi und Qigong.

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

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 72: Inanspruchnahme nach Alter

Die Prozentangaben in den Abbildungen 72 bis 75 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.685.490 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert. Angaben sind gerundet.

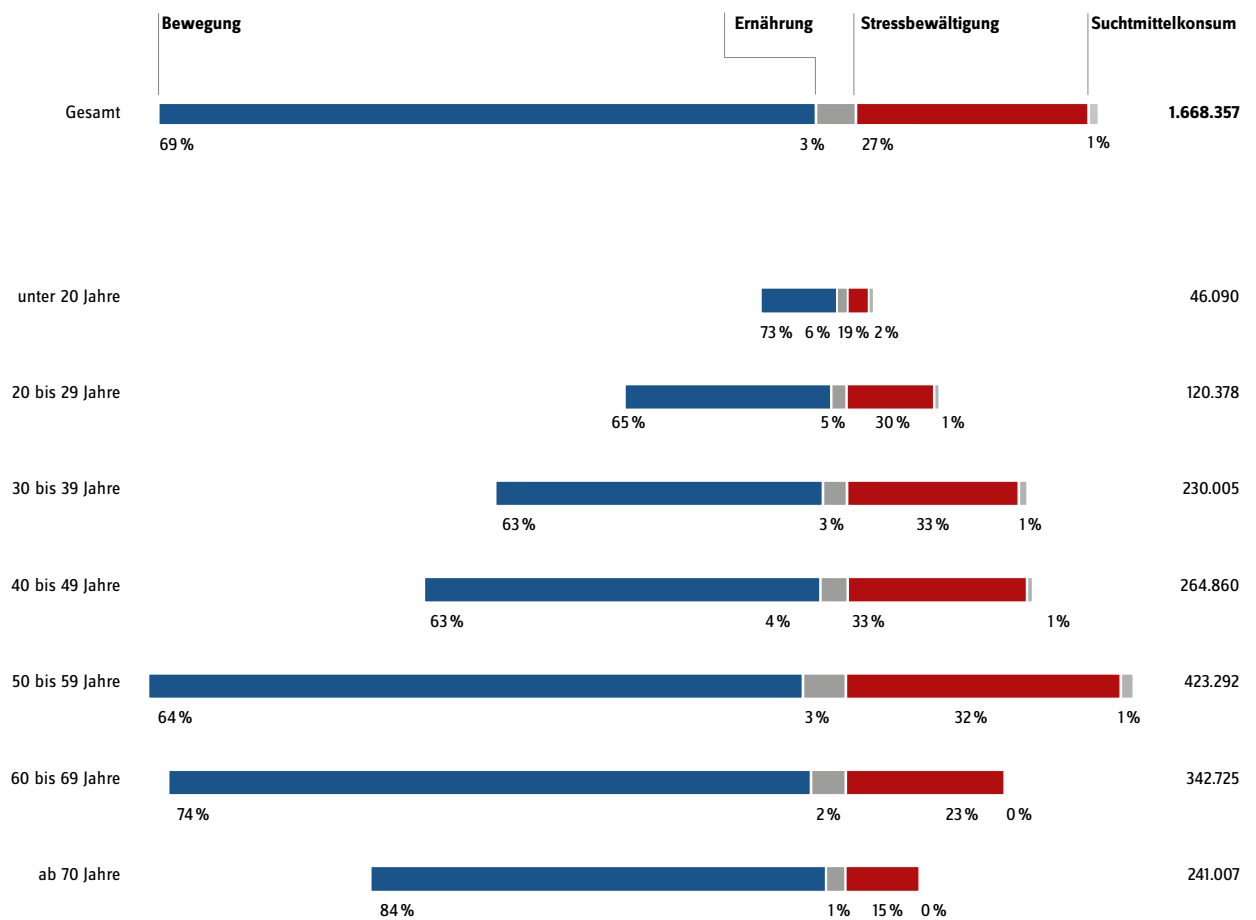
Die Inanspruchnahme der Kurse ist je nach Alter unterschiedlich stark ausgeprägt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich auch die **prozentualen Anteile der verschiedenen Altersgruppen¹** an der Gesamtbevölkerung unterscheiden. So beanspruchen die unter Zwanzigjährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 19 % die krankenkassengeförderten Angebote der Verhaltensprävention kaum; sie machen nur 3 % der Kursteilnahmen aus. 21 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Dabei entspricht die Nachfrage nach individuellen Kursangeboten in dieser Altersgruppe fast ihrem Bevölkerungsanteil von 25 %. Deutlich überproportional nehmen 40- bis 60-Jährige gesundheitsförderliche Kursangebote in Anspruch. 41 %

der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer befinden sich in dieser Altersgruppe. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist mit 30 % deutlich niedriger.

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

¹ Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt. 2017. Fachserie 1 Reihe 4.1. www.destatis.de

Abb. 73: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter



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

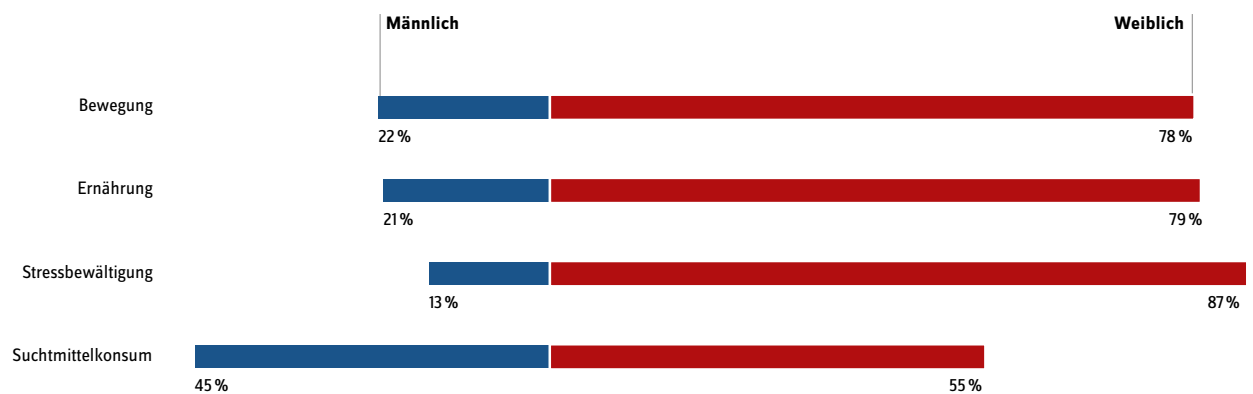
Kursangebote zur Bewegung werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Durchschnitt zu 69%. Die 60- bis 69-jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren nehmen mit 74% und 84% überdurchschnittlich häufig an Bewegungskursen teil.

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

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

Abb. 74:

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht

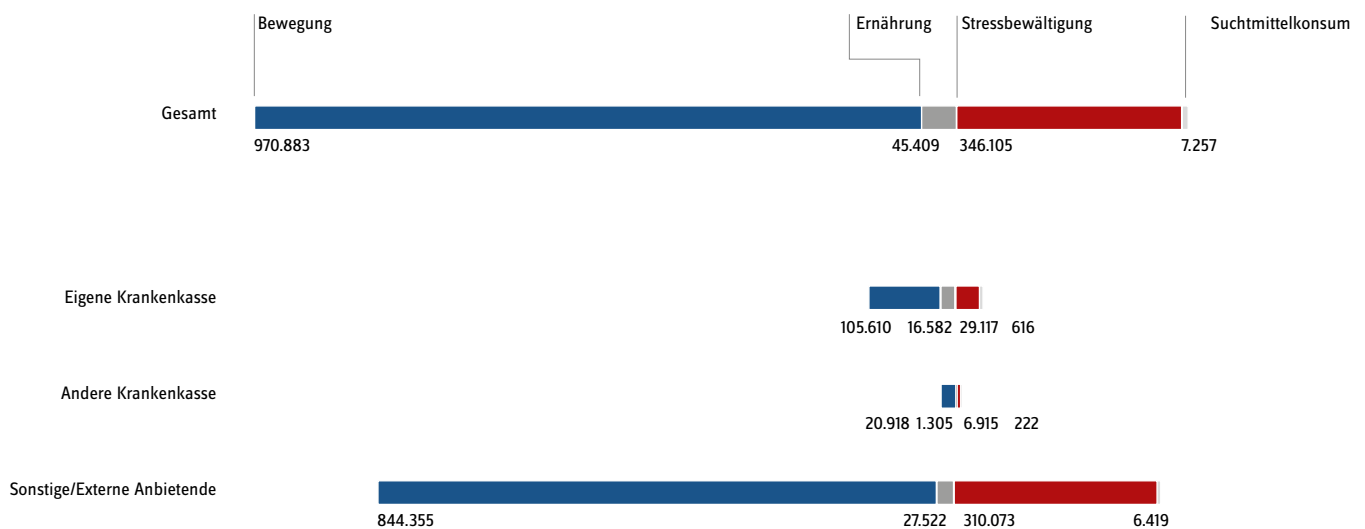


Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeld zeigt sich, dass bei den Themen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung und Stressmanagement die Teilnehmenden zu einem Großteil weiblich sind. Bei Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum sind Männer - die mit 27 % eine höhere **Raucherquote**¹ aufweisen als Frauen mit 20 % - und Frauen fast zu gleichen Teilen vertreten.

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

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

Abb. 75: Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden



Krankenkassen führen die **individuellen Präventionskurse**¹ entweder selbst durch, oder sie bezuschussen für ihre Versicherten Maßnahmen anderer Krankenkassen oder externer Anbieter.

Krankenkasseneigene Ernährungskurse machen gut ein Drittel der in diesem Handlungsfeld erbrachten Leistungen aus. Eine Kostenbeteiligung

an den Kursen anderer Krankenkassen spielt insgesamt eine geringe Rolle.

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

¹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018). Leitfaden Prävention (Kap. 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“). Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Evaluation - Qualität gemeinsam sichern und steigern

Mit der Etablierung eines krankenkassenübergreifend einheitlichen Zertifizierungsprozesses von Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention wurde bereits eine wesentliche Voraussetzung zur Sicherstellung einer hohen Qualität der Maßnahmen umgesetzt.

Gemäß § 20 Abs. 2 SGBV hat der GKV-Spitzenverband den Auftrag, unter Einbeziehung der **Beratenden Kommission**¹ Kriterien zur Zertifizierung dieser Maßnahmen festzulegen. Die Beratende Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung besteht seit dem Jahr 2000 und begleitet und unterstützt durch unabhängigen Sachverstand.

Darüber hinaus wurde dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe übertragen, verbindliche **Kriterien zur wissenschaftlichen Evaluation und zur Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele**² zu entwickeln. Hierbei geht es darum, festzustellen, inwieweit die Kursmaßnahmen dauerhafte gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen bewirken können. In einem nächsten Schritt gilt es also, bereits zertifizierte Maßnahmen ebenfalls krankenkassenübergreifend mittels einheitlichen Vorgehens wissenschaftlich zu evaluieren und insbesondere hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Denn so ist auch im Routinebetrieb – nach erfolgreicher Zertifizierung, für die bereits die generelle Wirksamkeit der Konzepte nachgewiesen sein muss – eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -steigerung möglich. Dafür wird unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Standards ein umfassendes Evaluationskonzept einschließlich der Evaluationsmethoden und -instrumente entwickelt. Es ist geplant, diese ab 2020 in repräsentativen Stichproben von Kursmaßnahmen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern bzw. Präventionsprinzipien anzuwenden.

Gemäß **Leitfaden Prävention**³ müssen sich Anbietende von Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention bereits jetzt im Rahmen der Zertifizierung bereit erklären, sich an den zukünftigen Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Die Ergebnisse dieser Evaluationen sollen als Grundlage für einen Qualitätsdialog zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Beratenden Kommission und den Fach- und Anbieterverbänden dienen mit dem Ziel, die Maßnahmen in den verschiedenen Handlungsfeldern bzw. Präventionsprinzipien in ihrer Verhaltenswirkung zu verbessern.

1 s. Leitfaden Prävention 2018, Kap. 2.2 Übergreifende Qualitätssicherung

2 Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 11.03.2015. Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, S. 33.

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

Empfehlungen und Ausblick

Gesundheitsförderung und Prävention der Krankenkassen

Die Krankenkassen haben im Jahr 2018 ihr Engagement in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowohl quantitativ über die gesetzlichen Richtwerte hinaus als auch qualitativ, insbesondere mit der Verstärkung der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung, ausgebaut.

Die mittlerweile über zwei jeweils mehrjährige Perioden praktizierte Orientierung der Krankenkassen an aus den hauptsächlichen epidemiologischen Herausforderungen abgeleiteten und auf Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungszielen hat sich **bewährt**¹: Es ist überwiegend eine überproportionale Verstärkung des jeweils zielebezogenen GKV-Engagements zu konstatieren.

Zukünftig sind als GKV-Beitrag zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie die 2018 bei der ersten Weiterentwicklung der Bundesrahmempfehlungen formulierten Ziele der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) verstärkt in den Fokus zu nehmen. Diese Ziele hat der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung der Expertise seiner Beratenden Kommission gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für die GKV **operationalisiert**²; sie sind bis 2024 Orientierung für eine Priorisierung des gesundheitsförderlichen und präventiven Handelns der Krankenkassen in dem vom Leitfaden Prävention gesteckten Rahmen.

Dabei sollten Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten noch stärker in Form strukturierter und übergreifender Kooperation der Akteure erfolgen. Entsprechend den im ersten NPK-Präventionsbericht aus der umfassenden

Bestandsaufnahme zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland abgeleiteten Empfehlungen ist hierbei u. a. ein Ausbau der Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Kinder- und Jugendhilfe sinnvoll. Die Zusammenarbeit kann über die partnerschaftliche GKV-Unterstützung von Kommunen erfolgen, die ihrerseits ihren gesundheitsförderlichen Auftrag aus der Daseinsvorsorge erfüllen. Die begrenzten GKV-Mittel sollten dabei vorrangig für Maßnahmen eingesetzt werden, von denen vulnerable Zielgruppen profitieren. Hier wird sich die GKV u. a. der Zielgruppe **Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien**³ widmen und einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen leisten.

Zielgruppenorientierte Maßnahmen können besonders dann nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie eingebettet sind in übergreifende lebensweltbezogene und insbesondere kommunale Steuerungsstrukturen. Zum Auf- und Ausbau solcher Strukturen und zur Etablierung bzw. Verstärkung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung in Kommunen kann und will das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den nächsten Jahren einen Beitrag leisten (s. S. 18).

Weiterentwickelt werden sollten die Dokumentation und Evaluation des Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagements sowohl der GKV als auch der anderen NPK-Akteure. Optimierungsbedarfe der Dokumentation ihrer Leistungen wird die GKV prüfen. Im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention setzt die GKV 2020 ein Routine-Evaluationssystem auf. Für komplexe lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprogramme bietet das GKV-Bündnis für Gesundheit bereits seit 2019 die Möglichkeit von Begleit- und Ergebnisevaluationen.

1 Zielerreichung s. S. 54 ff. und S 79 ff.

2 GKV-Leitfaden Prävention Kapitel 3

3 s. hierzu auch: <https://www.ag-kpke.de/>

Die GKV erprobt mit den Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit gemeinsam mit Partnern weitere lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsansätze. Denn: Eine noch stärkere Qualitätsorientierung z. B. durch (Weiter-)Entwicklung und Verbreitung wirksamer Interventionen und Ansätze ermöglicht bei begrenzten Ressourcen größtmögliche gesundheitliche Effekte.

Dennoch: Das quantitative und qualitative GKV-Engagement ist ein Baustein in der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu gestalten und die Gesundheit der Menschen zu stärken. Erfolgreich sind die verantwortlichen Partner gemeinsam!

Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen konnten die gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum vorigen Berichtsjahr ausbauen. Die Ausgaben für präventive Leistungen wurden erhöht, und es wurden mehr Pflegeeinrichtungen informiert, beraten und in der Umsetzung von Maßnahmen auf Grundlage des **Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI⁴** unterstützt. In allen Handlungsfeldern konnten im Vergleich zum Vorjahr (dem ersten Berichtsjahr) mehr Konzepte umgesetzt werden. Die Pflegekassen werden sich weiterhin dafür einsetzen, eine größere Anzahl an Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Hierfür sind sie auf das Mitwirken und die Bereitschaft der Einrichtungen angewiesen, denn diese entscheiden darüber, ob sie sich – mit Unterstützung und Fördermitteln der Pflegekassen – auf den Weg zu einer gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung begeben.

Bei der Umsetzung von Maßnahmen ist die partizipative Beteiligung aller Akteure in den

Einrichtungen und insbesondere der Zielgruppe der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen auszubauen. Der Fokus muss weiterhin auf der Verstärkung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Organisationsablauf der Pflegeeinrichtungen liegen, um eine nachhaltige Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen sicherzustellen.

Im vorliegenden Bericht werden beispielhaft wissenschaftlich fundierte Ansätze zur Förderung und Evaluation von Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt. Der Anteil evaluierter Projekte ist auszubauen; in eine systematische Evaluation der Angebote und Maßnahmen ist zu investieren. Dies ist mit dem Ziel verbunden, weitere Erkenntnisse über die Wirkung von Maßnahmen und die Beteiligung der Pflegebedürftigen und des Personals zu gewinnen und diese in die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen einfließen zu lassen.

Die mit dem **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz⁵** festgelegte Erhöhung und Festschreibung von Mindestausgaben für BGF in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern und die in der **Konzertierten Aktion Pflege⁶** beschlossenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen werden dem Thema einen zusätzlichen Schub geben. Es ist sinnvoll, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege nach § 5 SGB XI mit BGF-Maßnahmen nach § 20b SGBV für die Pflegekräfte zu verknüpfen, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen und Synergien beispielweise in der Gewinnung von Pflegeeinrichtungen zu nutzen. Der nächste Präventionsbericht wird diesen Themenschwerpunkt aufnehmen und zu den dokumentierten Leistungen und vorliegenden Erfahrungen aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen berichten.

⁴ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. (2018).

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

⁵ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) v. 14.12.2018. BGBl. I. S. 2394.

⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2016	2017	2018
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	2.838	4.426	4.155
Anzahl der Lebenswelten	35.429	39.551	42.191
Anzahl direkt erreichter Personen	3.280.868	4.452.092	4.620.807
Vorjahresvergleich	+ 31 %	+ 36 %	+ 4 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	6,6 Mio.	9,0 Mio.	10,3 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	1,63	2,12*	2,18*
Vorjahresvergleich	+ 201 %	+ 30 %	+ 3 %
Summe der Ausgaben (Euro)	116.183.903	153.258.190	158.308.821
Vorjahresvergleich	+ 205 %	+ 32 %	+ 3 %
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.673.523	1.675.008	1.685.490
Vorjahresvergleich	0 %	0 %	+ 1 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,95	2,87	2,94
Vorjahresvergleich	+ 3 %	- 3 %	+ 2 %
Summe der Ausgaben (Euro)	210.819.530	207.630.505	214.001.861
Vorjahresvergleich	+ 4 %	- 2 %	+ 3 %
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der Dokumentationsbögen	6.438	8.120	9.030
Anzahl der Standorte/Betriebe	13.132	17.672	19.544
Vorjahresvergleich	+ 20 %	+ 35 %	+ 11 %
Anzahl direkt erreichter Personen	1.439.283	1.854.427	2.152.547
Vorjahresvergleich	+ 11 %	+ 29 %	+ 16 %
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,53 Mio.	0,54 Mio.	0,61 Mio.
Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsprofile/betrieblichen Gesundheitsberichte	9.130	12.104	11.195
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen	142	158	165
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe	13.758	14.911	26.059
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,06	2,19	2,37
Vorjahresvergleich	+ 90 %	+ 6 %	+ 8 %
Summe der Ausgaben (Euro)	146.901.330	158.123.580	172.165.808
Vorjahresvergleich	+ 93 %	+ 8 %	+ 9 %

	2016	2017	2018
Gesamt			
Anzahl der Dokumentationsbögen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	9.276	12.546	13.185
Anzahl der Lebenswelten	35.429	39.551	42.191
Anzahl der Standorte/Betriebe	13.132	17.672	19.544
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, individueller Ansatz, betriebliche Gesundheitsförderung)	6.393.674	7.981.527	8.458.844
Anzahl indirekt erreichter Personen (Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung)	7,1 Mio.	9,6 Mio.	10,9 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	6,64	7,18	7,49
Vorjahresvergleich	+ 48 %	+ 8 %	+ 4 %
Summe der Ausgaben (Euro)	473.904.764	519.012.275	544.476.491
Vorjahresvergleich	+ 49 %	+ 10 %	+ 5 %
Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Anzahl der Dokumentationsbögen P1 (Vorbereitungsphase: Information/Beratung von Pflegeeinrichtungen)	-	27	58
Anzahl der Dokumentationsbögen P2 (Anzahl der Pflegeeinrichtungen in der Umsetzungsphase: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation)	-	721	1.281
Anzahl direkt erreichter Personen	-	14.439	55.370
Vorjahresvergleich	-		+ 283 %
Ausgaben je Versicherten (Euro)	-	0,12	0,14
Vorjahresvergleich	-	-	+ 17 %
Summe der Ausgaben (Euro)	4.356.354	8.507.272	9.903.045
Vorjahresvergleich	-	+ 95 %	+ 16 %

* einschließlich 0,47 Euro Ausgaben entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V

Gesetzliche Grundlagen der GKV-Leistungen

Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und BGF sind auf der Website [gesetzte-im-internet¹](http://www.gesetze-im-internet.de) wiedergegeben. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGBV). Es handelt sich um

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

Gesetzliche Grundlage für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

¹ www.gesetze-im-internet.de

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

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

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

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

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

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfadens Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und BGF verfasst: den **Leitfadens Prävention**². Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfadens weiterzuentwickeln. Die letzte Aktualisierung erfolgte 2018.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien**³ des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmedurchführung), und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

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

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

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

³ Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt. www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs im **Leitfaden Prävention⁴** in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt. Der Leitfaden soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Vorschlägen für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt (aktuelle Fassung: Juni 2018).

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

Erhebungsmethode und Auswertung der GKV-Leistungen

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

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

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

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

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

⁴ GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de

Erhebungsmethode und Auswertung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

land mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

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

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

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

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

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

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

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

Tabellenband

Alle Aussagen zu Grundgesamtheiten im Präventionsbericht beziehen sich auf die im **Tabellenband**⁵ ausgewiesene Summe gültiger Angaben aus den Dokumentationsbögen. Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können ebenfalls dem Tabellenband entnommen werden.

⁵ www.mds-ev.de

Arbeitsgruppe GKV-Präventionsbericht

Dr. Susanne Bauer,
MDS, Essen

Laura Geiger,
MDS, Essen (ab Mai 2019)

Theresia Kempf,
IKK classic, Bergisch Gladbach

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

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

Claudia Isabelle Menze,
KNAPPSCHAFT, Bochum

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

Karin Römer,
MDS, Essen (bis Mai 2019)

Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband, Berlin

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

Christina Singer,
AOK Bayern, Nürnberg

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen

Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Ruth Zaunbrecher,
AOK-Bundesverband, Berlin

Arbeitsgruppe Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Yvonne Ehmen,
AOK-Bundesverband, Berlin

Daniel Fuchs,
BKK Dachverband e. V., Berlin

Laura Geiger,
MDS, Essen (ab Mai 2019)

Dr. Andrea Kimmel,
MDS, Essen

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

Walburga Milles,
KNAPPSCHAFT, Bochum

Jörg Müller,
IKK classic, Münster

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

Karin Römer,
MDS, Essen (bis Mai 2019)

Jörg Schemann,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Gabriela Seibt-Lucius,
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Harald Strippel MSc,
MDS, Essen

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit	20
Abb. 2:	Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit	21
Abb. 3:	Partizipativer Ansatz	27
Abb. 4:	QualiPEP-Projektphasen	28
Abb. 5:	Zahlen im Überblick	36
Abb. 6:	GKV-Ausgaben 2018	38
Abb. 7:	Ausgaben für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	39
Abb. 8:	Erreichte Personen nach Geschlecht	40
Abb. 9:	Anzahl der Lebenswelten 2009-2018	42
Abb. 10:	Art und Anzahl der Lebenswelten	43
Abb. 11:	Betreuungsgrad in „sozialen Brennpunkten“	44
Abb. 12:	Direkt erreichte Personen 2009-2018	45
Abb. 13:	Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten	46
Abb. 14:	Zielgruppen	47
Abb. 15:	Kooperationspartner	48
Abb. 16:	Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	49
Abb. 17:	Methoden der Bedarfsermittlung	50
Abb. 18:	Inhalte	51
Abb. 19:	Inhalte der Erfolgskontrollen	53
Abb. 20:	Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen	55
Abb. 21:	Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien	56
Abb. 22:	Projektregionen	59
Abb. 23:	Inhalte	61
Abb. 24:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	63
Abb. 25:	Branchen	64
Abb. 26:	Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)	65
Abb. 27:	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	66
Abb. 28:	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	67
Abb. 29:	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht haben	68
Abb. 30:	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung	69
Abb. 31:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	70
Abb. 32:	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	71
Abb. 33:	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	72
Abb. 34:	Bedarfsermittlung	73
Abb. 35:	Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung	75
Abb. 36:	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen	76
Abb. 37:	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen	77
Abb. 38:	Inhalte der Erfolgskontrollen	78
Abb. 39:	Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparats vorbeugen	81
Abb. 40:	Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen	82
Abb. 41:	Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern	83
Abb. 42:	Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	84
Abb. 43:	Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen	85

Abb. 44: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes	86
Abb. 45: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb	87
Abb. 46: Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben	88
Abb. 47: Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen	90
Abb. 48: Organisationen als Kooperationspartner	91
Abb. 49: Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße	92
Abb. 50: Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	93
Abb. 51: Phasen des Beratungsprozesses	98
Abb. 52: Die Beziehungsschleife als zentrales Element der Projektarbeit in gesaPfleger	103
Abb. 53: Prävalenz von Gewaltereignissen im PEKo-Projekt	105
Abb. 54: Interventionen im PEKo-Projekt	105
Abb. 55: Informationen zu Maßnahmen in den einzelnen Handlungsfeldern	107
Abb. 56: Handlungsfelder, in denen die Pflegeversicherung ein Konzept vorgeschlagen hat	110
Abb. 57: Mitwirkende im Steuerungsgremium	112
Abb. 58: Beteiligte Akteure, die Ressourcen einbrachten	113
Abb. 59: Analysemaßnahmen der Pflegekassen in der Umsetzungsphase	114
Abb. 60: Maßnahmenplanung der Pflegekassen in der Umsetzungsphase	115
Abb. 61: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen	116
Abb. 62: Erreichte Pflegebedürftige	117
Abb. 63: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen	118
Abb. 64: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Steuerungsgremium	120
Abb. 65: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Ernährungskonzepten	121
Abb. 66: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit umgesetzten Konzepten zur körperlichen Aktivität	122
Abb. 67: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungen	122
Abb. 68: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Gesundheit	123
Abb. 69: Präventionsziel: Mehr Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen zur Prävention von Gewalt ...	123
Abb. 70: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	125
Abb. 71: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	126
Abb. 72: Inanspruchnahme nach Alter	127
Abb. 73: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	128
Abb. 74: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	129
Abb. 75: Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden	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