

Die Nationale Präventionskonferenz



Zweiter Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



Impressum

Herausgeber

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz:

GKV-Spitzenverband

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Telefon: 0561 9359-0
E-Mail: poststelle@svlfg.de
Internet: www.svlfg.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Telefon: 030 865-0
E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

sowie als stimmberechtigtes NPK-Mitglied:

Verband der Privaten Krankenversicherung

Heidestraße 40
10557 Berlin
Telefon: 030 204589-0
E-Mail: kontakt@pkv.de
Internet: www.pkv.de



Stand: Juni 2023

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) wurde mit dem am 25.07.2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) eingeführt. Ihre Aufgabe ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (§§ 20d und 20e SGB V). Träger der NPK sind die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung, vertreten durch ihre Spitzenorganisationen: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie Deutsche Rentenversicherung Bund. Sie bilden die NPK als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X.

Internet: www.npk-info.de



Die Nationale Präventionskonferenz



Zweiter Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



Vorwort

Der zweite Präventionsbericht schafft Transparenz über das Engagement der Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zur Prävention und Förderung der Gesundheit sowie der Sicherheit und Teilhabe in Lebenswelten wie Kommunen, Betrieben, Bildungs- oder Pflegeeinrichtungen.

Der Bericht illustriert, wie sich die stimmberechtigten Mitglieder für eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit und ein koordiniertes Vorgehen an den Schnittstellen ihrer Leistungsbereiche einsetzen. Zudem veranschaulicht er, dass mit den Bundesrahmenempfehlungen die Grundlage für eine qualitätsgesicherte und zielgerichtete Stärkung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gelegt wurde. Die Bundesrahmenempfehlungen fördern das Ausrichten von Aktivitäten auf gemeinsame Ziele, tragen zu einer verbesserten Koordination und Abstimmung bei und schaffen Synergien. Außerdem wurden tragfähige Strukturen und Kooperationen auf Landesebene unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarungen ausgeweitet. Es wird deutlich, dass sich diese Strukturen unter den veränderten Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie bewährt haben. Im Zusammenspiel mit dem großen Engagement der verantwortlichen Akteure in den Lebens- und Arbeitswelten konnten vielerorts praktikable und kreative Lösungen zur Fortsetzung der Aktivitäten entwickelt werden.

Auf Initiative der stimmberechtigten NPK-Mitglieder wurde der Bericht um ein wissenschaftliches Gastkapitel zur lebenswelt- und sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie ergänzt. Außerdem berichtet die NPK über ihr Vorhaben, in den Jahren 2021 bis 2026 die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit bei den Themen „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ und „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“ im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie modellhaft zu erproben. Im dritten Präventionsbericht sollen dann Evaluationsergebnisse dieser Erprobung berichtet werden. Im Ergebnis liegt mit dem zweiten Präventionsbericht erneut ein umfangreiches Instrument vor, das als Grundlage zur Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie dient.

Was bereits bei der Einführung des Präventionsgesetzes und im ersten Präventionsbericht betont worden ist, wird im vorliegenden Bericht – insbesondere durch die Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie – noch nachdrücklicher formuliert: Zum einen sind Gesundheit und damit auch Gesundheitsförderung und Prävention eng mit so-

zialen Rahmenbedingungen wie Bildung, Teilhabemöglichkeiten sowie einer gesunden, bewegungsförderlichen Umwelt verknüpft. Für diese Rahmenbedingungen tragen Bund, Länder und Kommunen die Verantwortung. Zum anderen fallen Prävention sowie die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in den Aufgabebereich vieler unterschiedlicher Akteure über die Sozialversicherungsträger hinaus und sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Es ist eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Zuständigen und Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen erforderlich. Die Ausgestaltung des auf Bundesebene von der NPK gesteckten Rahmens für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention obliegt den Akteuren in den Ländern und Kommunen. Gesundheitsförderung und Prävention müssen daher als Pflichtaufgaben der Kommunen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzlich verankert und ausreichend durch Steuermittel finanziert werden, um tragfähige Strukturen zu ermöglichen, die auch in Krisen bedarfsbezogen und verlässlich Aktivitäten der kommunalen Gesundheitsförderung steuern und anbieten können.

Neben den weitreichenden Folgen der COVID-19-Pandemie werden wir als Gesellschaft zukünftig weiteren Herausforderungen für die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe begegnen müssen. Unter diesen stellt der Klimawandel eine besonders bedeutsame Bedrohung für die Gesundheit dar. Die NPK möchte in den kommenden Jahren mit ihrem Engagement dazu beitragen, den mit dem Klimawandel einhergehenden gesundheitlichen Risiken durch lebensweltbezogene Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention zu begegnen. Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK erwarten jedoch auch ein gemeinsames Engagement von Bund, Ländern und Kommunen, die maßgeblich Verantwortung für die Gestaltung der Lebensbedingungen vor Ort tragen und damit die Rahmenbedingungen für lebensweltbezogene Aktivitäten unter Berücksichtigung des Klimawandels setzen.

An der Erstellung des Präventionsberichtes haben erneut viele Akteure mitgewirkt, denen wir an dieser Stelle ausdrücklich danken. Neben den in der NPK vertretenen Organisationen einschließlich ihrer nachgeordneten Stellen und Mitgliedsorganisationen war auch ein wissenschaftlicher Beirat beteiligt. Die Beiträge der unterschiedlichen Akteure, die gemeinsamen Beratungen und schriftliche Hinweise haben es ermöglicht, im Bericht viele verschiedene Perspektiven abzubilden. Das IGES Institut unterstützte die NPK bei der Finalisierung des Berichtskonzepts, setzte das Konzept um und erstellte den Gesamtbericht.

Unser Dank gilt zudem den Autorinnen und Autoren des Gastkapitels, deren Analysen und Schlussfolgerungen den Präventionsbericht vervollständigen und für die

weitere Ausgestaltung der Aktivitäten vieler Akteure im Bereich der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung von Relevanz sind.

Wir wünschen eine informative Lektüre.



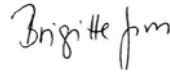
Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband



Dr. Stefan Hussy
DGUV



Arnd Spahn
SVLFG

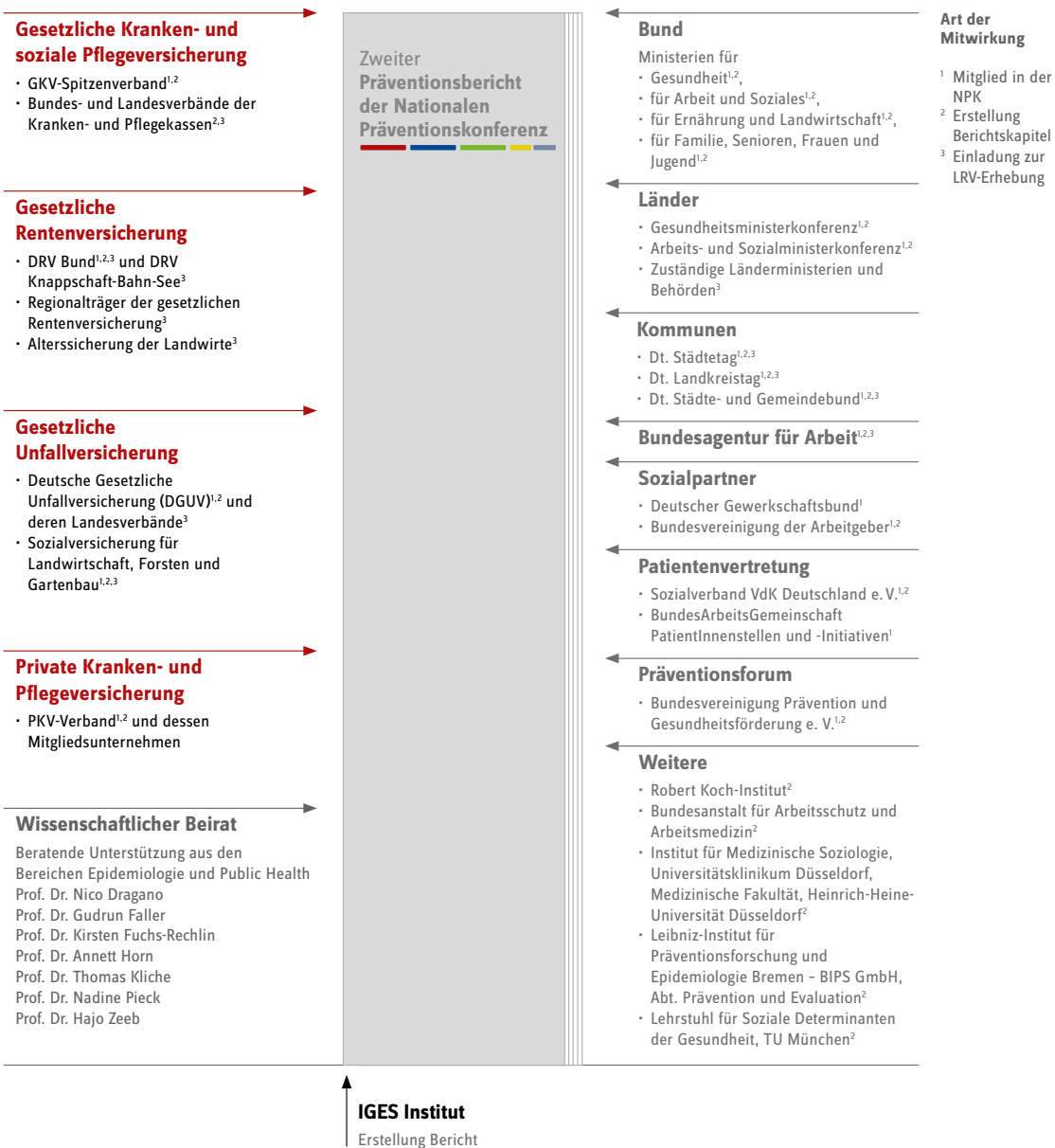


Brigitte Gross
DRV Bund



Dr. Timm Genett
PKV-Verband

Mitwirkende



Inhalt

Vorwort.....	4
Mitwirkende	7
1 Einleitung	10
1.1 Ausgangslage der Berichterstellung.....	10
1.2 Ziele des zweiten NPK-Präventionsberichts.....	12
1.3 Berichtszeitraum und Bezugnahme auf die COVID-19-Pandemie	13
1.4 Methodik der Berichterstellung.....	16
2 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen	22
2.1 Gesetzliche Sozialversicherung sowie private Kranken- und Pflegeversicherung	23
2.2 Bund, Länder und Kommunen.....	70
2.3 Zivilgesellschaft und weitere Akteure.....	92
2.4 Steuerungsstrukturen auf kommunaler Ebene.....	99
3 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen	106
3.1 Novellierungen und Änderungen der Zusammensetzung der Beteiligten.....	107
3.2 Ziele und Handlungsfelder.....	108
3.3 Gremien zur Steuerung und Koordination.....	111
3.4 Zuständigkeiten und Schnittstellen	115
3.5 Aktivitäten unter dem Dach der LRV	118
3.6 Kooperation mit kommunalen Akteuren und Akteuren der Arbeitswelt	120
3.7 Erfolgsfaktoren und Handlungsbedarfe.....	122
3.8 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.....	124
4 NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit	126
4.1 Hintergrund und Ziele des NPK-Vorhabens	126
4.2 Gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.....	135
4.3 Gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zum Thema Psychische Gesundheit im familiären Kontext	146
4.4 Evaluationskonzept	154
4.5 Weiteres Vorgehen	160
5 Weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes	161
5.1 Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung.....	161
5.2 Individuelle verhaltensbezogene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	163
5.3 Ärztliche Präventionsempfehlungen	165
5.4 Weiterentwicklung des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	167
6 Ausgaben.....	169
6.1 Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes.....	169
6.2 Routinedaten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder.....	173
6.3 Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Ausgabenwerte der GKV.....	181

7	Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie	185
7.1	Gesundheitsförderung und Prävention in der Pandemie: Vorbemerkungen	185
7.2	Fragestellung	187
7.3	Methoden	187
7.4	Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/ Quartieren	188
7.5	Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen	193
7.6	Digitale Gesundheitskompetenz	201
7.7	Diskussion	204
8	Fazit und Ausblick	211
8.1	Stand der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie	211
8.2	Stand der Umsetzung von Strategien zur Verminderung der Ungleichheit von Gesundheitschancen	213
8.3	COVID-19-Pandemie und Lehren aus der Krise	214
8.4	Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie.....	215
9	Literaturverzeichnis.....	221
	Abkürzungsverzeichnis	239
	Anhang.....	241
1	Charakterisierung der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege und Psychische Gesundheit	242
1.1	Charakterisierung der Zielgruppe beruflich Pflegenden.....	242
1.2	Charakterisierung der Zielgruppe informell Pflegenden (pflegende Angehörige).....	251
1.3	Charakterisierung der Zielgruppe pflegebedürftige Menschen	261
1.4	Charakterisierung der Zielgruppe Kinder psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern.....	273
2	Liste der Unterstützungsbeiträge	283
2.1	Unterstützungsbeiträge zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	283
2.2	Unterstützungsbeiträge zum Thema Psychische Gesundheit im familiären Kontext	294
3	Methodisches Vorgehen zur Analyse der Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben.....	304
4	Ausgabenentwicklung bei den gesetzlichen Krankenkassen von 2015 bis 2022	309
5	Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie	310
5.1	Literaturrecherche.....	310
5.2	Interviewleitfaden	312

1 Einleitung

Das am 25.07.2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln sowie deren Umsetzung und Fortschreibung durch die Nationale Präventionskonferenz (NPK) zu gewährleisten (§ 20d SGB V). Der alle vier Jahre vorzulegende Präventionsbericht der NPK ist - neben den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) - die zweite Säule der nationalen Präventionsstrategie. In Kapitel 1 werden die Ausgangslage, die Ziele und der Berichtszeitraum sowie die Methodik der Berichterstellung erläutert.

1.1 AUSGANGSLAGE DER BERICHTERSTELLUNG

Am 18.06.2015 verabschiedete der Bundestag das Präventionsgesetz und führte damit die NPK ein. Die NPK konstituierte sich am 26.10.2015. Ihre Träger sind die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV), vertreten durch ihre Spitzenorganisationen: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze) und der Pflegekassen (zwei Sitze), Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (ein Sitz) sowie Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG; ein Sitz). Sie bilden die NPK als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Abs. 1a SGB X. Seit dem 10.02.2017 nimmt der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) gemäß der Kann-Regelung in § 20e Abs. 1 SGB V sein Stimmrecht in der NPK wahr. Als beratende Mitglieder sind Bund (vier Sitze) und Länder (vier Sitze), die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene (drei Sitze), die Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz), die Sozialpartner (zwei Sitze), die Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten gemäß § 140f Abs. 2 SGB V (zwei Sitze) und das Präventionsforum (ein Sitz) in der NPK vertreten.

Aufgabe der NPK ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (Abbildung 1).

Abbildung 1: Übersicht über die nationale Präventionsstrategie gemäß § 20d SGB V



Quelle: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2019).

Die nationale Präventionsstrategie umfasst zwei Säulen:

1. Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (BRE)
2. Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht)

Die BRE dienen der „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Träger und Stellen“ (§ 20d Abs. 3

SGB V).¹ Sie werden im Benehmen mit fünf Bundesministerien² und den Bundesländern vereinbart. An ihrer Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Die NPK verabschiedete am 19.02.2016 erstmals Bundesrahmenempfehlungen. Seit dem 29.08.2018 liegt eine weiterentwickelte Fassung vor (NPK, 2018).

1 Gemäß der in § 20a SGB V eingeführten Legaldefinition sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme, insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports.
 2 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium des Innern und für Heimat.

Der Präventionsbericht ist alle vier Jahre von der NPK zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuzuleiten (§ 20d Abs. 4 SGB V). Das BMG fügt dem Bericht eine Stellungnahme der Bundesregierung bei und legt ihn den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor. Der erste Präventionsbericht der NPK wurde dem BMG am 25.06.2019 vorgelegt. Bei dem hier vorliegenden Bericht handelt es sich um den zweiten Präventionsbericht der NPK. Laut der Gesetzesbegründung dient der Bericht „der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation“ und soll den Akteuren „eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ verschaffen (BT-Drs. 18/4282).

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie sieht das Präventionsgesetz den Abschluss von Landesrahmenvereinbarungen (LRV) vor, die jeweils durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der GRV, den Landesverbänden der GuV und den in den Ländern zuständigen Stellen geschlossen werden (§ 20f SGB V). An der Vorbereitung der LRV sind die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene zu beteiligen; sie können den LRV auch beitreten. Bis zum 11.07.2018 wurden in allen Bundesländern LRV abgeschlossen.

1.2 ZIELE DES ZWEITEN NPK-PRÄVENTIONSBERICHTS

Dem ersten NPK-Präventionsbericht im Jahr 2019 kam vor allem die Bedeutung einer Bestandsaufnahme zu. Mit dem vorliegenden zweiten Bericht sollen erstmals auch Entwicklungen und Verstärkungen abgebildet werden.

Über Entwicklungen wird zum einen in Bezug auf die Umsetzung der BRE nach § 20d Abs. 3 SGB V (Kapitel 2), zum anderen in Bezug auf die Umsetzung der LRV nach § 20f SGB V (Kapitel 3) berichtet.

Ein weiteres Kapitel dokumentiert das Vorhaben der NPK, im Zeitraum von 2021 bis 2026 anhand der Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (kurz Pflege) und Psychische Gesundheit im familiären Kontext (kurz Psychische Gesundheit) eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu erproben (Kapitel 4). Anschließend werden Erfahrungen mit weiteren Aspekten des Präventionsgesetzes berichtet (Kapitel 5). Schließlich wird die Darstellung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention, die im ersten NPK-Präventionsbericht begonnen wurde, fortgeführt (Kapitel 6). Einschneidende Entwicklungen brachte die COVID-19-Pandemie mit sich (Abschnitt 1.3). Da sie vielfältige Auswirkungen auf das Engagement zur Gesundheitsförderung und Prävention hatte, wird sie an vielen Stellen des Berichts thematisiert. Zudem enthält der Bericht einen Gastbeitrag, der auf einer Literaturrecherche sowie Interviews basiert und Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie exemplarisch betrachtet (Kapitel 7). Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, wird an mehreren Stellen des Berichts als Querschnittsthema aufgegriffen.

Um in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltige Effekte für die Gesundheit der Menschen zu erzielen, ist ein aufeinander abgestimmtes Agieren zahlreicher Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene notwendig. Die NPK-Träger und die PKV verfolgen daher das Ziel, in dem Bericht neben ihren eigenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten auch die Aktivitäten der beratenden NPK-Mitglieder bzw. deren Mitgliedsorganisationen oder nachgeordneten Stellen abzubilden. Die beratenden NPK-Mitglieder haben eigene Beiträge erstellt (Abschnitt 2.1.7, Abschnitte 2.2-2.3) und sich im

Rahmen von Diskussionen zur Konzeption des zweiten NPK-Präventionsberichts, der empirischen Ergebnisse für den Bericht sowie des Berichtentwurfs eingebracht.

Die Erkenntnisse aus dem Bericht werden die stimmberechtigten NPK-Mitglieder und ihre Mitgliedsorganisationen für die Weiterentwicklung ihres Engagements in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nutzen. Im Fokus stehen insbesondere:

- die Fortschreibung der BRE einschließlich der Weiterentwicklung der darin vereinbarten gemeinsamen Ziele von GKV, GUV, GRV und SPV,
- die Weiterentwicklung der Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- bzw. Teilhabeförderung in Lebenswelten und Betrieben,
- die weitere Verbesserung der Kooperation und Koordination im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie sowie
- die Weiterentwicklung von Methoden zur Qualitätssicherung.

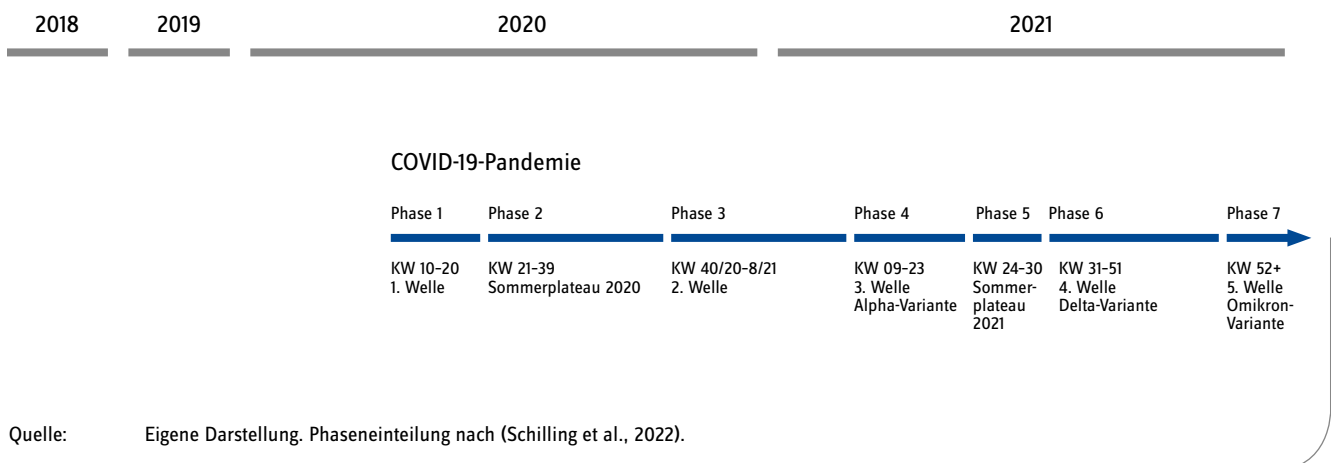
Gleichzeitig soll der zweite NPK-Präventionsbericht Ansatzpunkte liefern, wie das Gesundheitsförderungs- und Präventionsengagement aller anderen in der NPK vertretenen - und für die Gesundheitsförderung und Prävention ebenfalls in der Verantwortung stehenden - Akteure im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Agierens weiterentwickelt werden kann.

1.3 BERICHTSZEITRAUM UND BEZUGNAHME AUF DIE COVID-19-PANDEMIE

Der NPK-Präventionsbericht ist alle vier Jahre jeweils bis zum 01.07. dem BMG zuzuleiten (§ 20d Abs. 4 SGB V). Unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit von Daten und der Dauer für die Erstellung des Berichts erstreckt sich der Berichtszeitraum für den zweiten NPK-Präventionsbericht über die Kalenderjahre 2018 bis 2021.³ Um den Anschluss zum ersten NPK-Präventionsbericht, der sich überwiegend auf das Jahr 2017 bezog, herzustellen, werden an gegebener Stelle auch Informationen aus dem Jahr 2017 berücksichtigt (z. B. in Kapitel 6 [Ausgaben]).

Prägend für etwa die Hälfte des Berichtszeitraums ist die Anfang 2020 ausgebrochene COVID-19-Pandemie. Der Berichtszeitraum umfasst somit die Jahre 2018 und 2019 vor und die Jahre 2020 und 2021 während der COVID-19-Pandemie. Der Verlauf der COVID-19-Pandemie wird basierend auf der vom Robert Koch-Institut entwickelten retrospektiven Phaseneinteilung (Schilling et al., 2022) dargestellt (Abbildung 2).

Abbildung 2: Berichtszeitraum für den zweiten NPK-Präventionsbericht



³ Hiervon wird beim Bericht über die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen (Kapitel 3) und der Darstellung des NPK-Vorhabens (Kapitel 4) abgewichen. Dort berücksichtigt die Darstellung den Stand bis ins Jahr 2022.

Als Kontext für die im vorliegenden Bericht wiederholt auftauchenden Hinweise auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wird nachfolgend kurz der Verlauf der Pandemie umrissen. Die COVID-19-Pandemie beeinflusste das Leben der Menschen zum einen durch das direkte Infektions- und Krankheitsgeschehen, zum anderen durch Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie. Die Maßnahmen fokussierten zu Beginn auf die Eindämmung von Infektionen (Allmendinger et al., 2022). Im weiteren Verlauf traten Maßnahmen zur Abmilderung der Folgen von Infektionen, zur Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitssystems, zur Abwehr von Kollateralschäden sowie dem Schutz vulnerabler Gruppen in den Vordergrund. Ab dem Jahr 2022 wurden Maßnahmen relevant, die dem Schutz vulnerabler Gruppen und der Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitssystems dienen (Allmendinger et al., 2022). Der Verlauf der COVID-19-Pandemie kann anhand epidemiologischer Parameter im Zeitraum 2020 bis 2021 in sieben Phasen eingeteilt werden (Schilling et al., 2021; Schilling et al., 2022; Tolksdorf et al., 2021):⁴

Die **Phase 1 (erste COVID-19-Welle)** begann in der Kalenderwoche (KW) 10 im Jahr 2020 und endete in der KW20/2020. Ihr voraus gingen der erste laborbestätigte Fall einer SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland am 27.01.2020 und eine zunehmende Dynamik des Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit Eintragungen durch Rückreisen aus Skigebieten sowie regionalen Festen und Zusammenkünften. Die Phase 1 war geprägt von einem hohen Transmissionsgeschehen zunächst unter jüngeren, dann unter älteren Menschen. Mit ca. zwei Wochen Verzug zum Anstieg der Infektionszahlen stieg die Anzahl der hospitalisierten Fälle, insbesondere bei über Sechzigjährigen. Am 23.03.2020 (KW13) wurde ein bundesweiter Lockdown ausgerufen. Er beinhaltete umfassende Kontaktbeschränkungen und weitreichende Schließungen, z. B. in der Gastronomie. Bereits in KW11 waren Großveranstaltungen (> 1.000 Personen) abgesagt sowie Kindertageseinrichtungen und Schulen geschlossen worden. Bis Mai 2021 waren Schulen in Deutschland an 74 Tagen vollständig und an 109 Tagen teilweise geschlossen (Freundt et al., 2021). Am 08.04.2020 (KW15) wurde eine verpflichtende Quarantäne für Einreisende eingeführt. Ab der zweiten Aprilhälfte (KW17) fand eine sukzessive Lockerung der Lockdown-Maßnahmen statt. Beispielsweise öffneten (zunächst kleine) Geschäfte,

Spielplätze, Museen, Zoos, Gotteshäuser und zum Teil Schulen wieder. Gleichzeitig wurde am 29.04.2020 (KW18) das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in bestimmten Situationen (z. B. in Geschäften, im öffentlichen Nahverkehr) Pflicht. Unternehmen und Betriebe entwickelten im März und April Konzepte und Maßnahmen für betriebliche SARS-CoV-2-Infektionsschutzmaßnahmen und setzten sie um.

Die **Phase 2 (Sommerplateau 2020)** begann in der KW21/2020 und endete in der KW39/2020. Im ersten Teil dieser Phase (Phase 2a, KW21 bis KW30) waren die Infektionszahlen, Krankenhausfälle und auch die Intensivfälle auf niedrigem Niveau. Im zweiten Teil dieser Phase (Phase 2b, KW31 bis KW39) erfolgte ein erneuter Anstieg der Inzidenz, überwiegend durch Exposition im Ausland oder aufgrund regionaler Ausbrüche. Am 16.06.2020 (KW25) ging die vom Robert Koch-Institut herausgegebene Corona-Warn-App live. Ab dem 01.08.2020 (KW31) gab es kostenlose Tests für Einreisende, ab dem 08.08.2020 (KW32) waren Tests für Einreisende aus Risikogebieten verpflichtend. Das Angebot kostenloser Tests für Einreisende aus Nichtrisikogebieten endete am 15.09.2020 (KW38).

Die **Phase 3 (zweite COVID-19-Welle)** begann in der KW40/2020 und endete in der KW8/2021. Während dieser Zeit stieg die Inzidenz sowie die Anzahl der Krankenhaus- und Intensivfälle stark an. In KW51 bis KW53 spitzte sich die Situation in Krankenhäusern und auf Intensivstationen zu. Beispielsweise erreichte die Anzahl intensivpflichtiger COVID-19-Fälle mit 5.643 im Wochenmittel in KW53 einen Höhepunkt. Im neuen Jahr ab KW4 sanken die Infektionszahlen wieder. Ab dem 01.10.2020 (KW40) galten differenzierte Reise- und Sicherheitshinweise. Am 15.10.2020 (KW42) wurde die Nationale Teststrategie angepasst und sah nun kostenlose Antigen-Schnelltests in Altenheimen und Krankenhäusern vor. Am 01.12.2020 (KW49) wurde der Testanspruch in ausgewählten Settings und für Kontaktpersonen auf asymptomatische Personen ausgeweitet. Aufgrund der hohen Infektionszahlen trat am 02.11.2020 (KW45) ein bundesweiter Teillockdown und am 16.12.2020 (KW51) ein erneuter bundesweiter Lockdown in Kraft. Am 11.01.2021 (KW2) wurden die Kontaktbeschränkungen weiter verschärft und am 20.01.2021 (KW3) der bundesweite Lockdown ausgeweitet, unter anderem durch die

⁴ Die Informationen in den nachfolgenden Abschnitten beruhen weiterhin auf dem Pandemieradar vom Robert Koch-Institut (2022) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home und der Coronavirus-Chronik des Bundesministerium für Gesundheit (2022) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>, es sei denn, andere Quellen sind genannt.

Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Maske. Am 27.01.2021 (KW4) trat die Arbeitsschutzverordnung zur Homeoffice-Pflicht in Kraft (Corona-ArbSchV, 2021). Zum Jahresende (28.12.2020, KW53) war die Impfkampagne gegen das Coronavirus gestartet.

Die **Phase 4 (dritte COVID-19-Welle, Alpha-Variante)** begann in der KW9/2021 und endete in der KW23/2021. Bis Anfang Mai kam es zu einem erneuten Anstieg der Infektionszahlen sowie der Krankenhaus- und Intensivfälle, verursacht durch die neue Variante Alpha des Coronavirus. Sie war leichter übertragbar als die ursprüngliche Variante. Um den Anstieg der Infektionszahlen zu bremsen, standen ab dem 08.03.2021 (KW10) kostenfreie Schnelltests in lokalen Testzentren zur Verfügung und es galten landesspezifische Infektionsschutzmaßnahmen. Vom 23.04.2021 (KW16) bis 30.06.2021 (KW26) galt die sogenannte Bundesnotbremse: Bei Überschreiten eines Schwellenwerts für die Inzidenz traten in betroffenen Landkreisen oder kreisfreien Städten zusätzliche bundeseinheitliche Maßnahmen in Kraft. Die Impfkampagne schritt entsprechend der bis Juni 2021 geltenden Impfreiheitenfolge fort, ab 01.04.2021 (KW13) auch in Hausarztpraxen (zusätzlich zu den Impfbüros). Ab der Woche vom 7. Juni 2021 (KW23) wurden auch die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte bundesweit in die dezentrale COVID-19-Impfkampagne einbezogen. Mitte Juni 2021 waren ca. 30 % der erwachsenen Bevölkerung vollständig geimpft.

Die **Phase 5 (Sommerplateau 2021)** begann in der KW24/2021 und endete in der KW30/2021. Während dieser Zeit waren die Infektionszahlen, Krankenhaus- und Intensivfälle vergleichsweise niedrig. Der Fokus der Pandemiebekämpfung lag auf der Impfkampagne, insbesondere weil sich ab Juni 2021 die besonders ansteckende Virusvariante Delta schnell auszubreiten begann. Bis Anfang August stieg die Impfquote (vollständig geimpft) der erwachsenen Bevölkerung auf 50 %.

Die **Phase 6 (vierte COVID-19-Welle, Delta-Variante)** begann in der KW31/2021 und endete in der KW51/2021. Der Übergang zu Phase 6 war durch einen Anstieg der Hospitalisierungen aufgrund von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen sowie 15- bis 59-Jährigen gekennzeichnet. Mit etwas Verzögerung stiegen auch die Hospitalisierungen von älteren Personen. Bis Mitte September (ca. KW36) stiegen die Infektionszahlen und Krankheitsfälle an und gingen dann wieder leicht zurück (Phase 6a, KW31 bis KW39). Anfang Oktober setzte ein erneuter Anstieg ein, der bis Anfang Dezember anhielt. Bis zum Jahresende sanken die Fall-

zahlen wieder (Phase 6b, KW40 bis KW51). Insgesamt war das Infektionsgeschehen durch die Virusvariante Delta geprägt, die nochmals leichter übertragbar war als die Alpha-Variante. Am 23.08.2021 (KW34) trat die bundesweite 3G-Regel in Kraft (Die Bundesregierung, 2021). Sie besagte, dass nur geimpfte, genesene oder (negativ) getestete Personen Zugang zu bestimmten Räumlichkeiten wie Innengastronomie, Veranstaltungen in Innenräumen oder Friseursalons, hatten. Ab dem 24.11.2021 (KW47) galt die 3G-Regel auch am Arbeitsplatz. Auch wurde die am 01.07.2021 (KW26) zunächst aufgehobene Homeoffice-Pflicht wiedereingeführt. Mitte August sprach sich die Ständige Impfkommission für die Impfung aller 12- bis 17-Jährigen aus. Ende November folgte die Empfehlung, dass Personen ab 18 Jahren eine COVID-19-Auffrischungsimpfung erhalten; zuvor galt eine solche Empfehlung nur für ältere Personen. Ab November 2021 war zunehmend der Zugang zu Einrichtungen der Kultur- und Freizeitgestaltung sowie des Einzelhandels 2G-Regeln unterworfen (Zugang für Geimpfte und Genesene). Ende 2021 waren ca. 70 % der erwachsenen Bevölkerung vollständig geimpft. Die Impfquote bei den Beschäftigten lag bereits im September bei 90 % und damit deutlich höher.

Die **Phase 7 (fünfte COVID-19-Welle, Omikron-Variante)** begann in der KW52/2021 und endete in der KW21/2022. Sie fällt damit überwiegend in die Zeit nach dem Berichtszeitraum für den zweiten NPK-Präventionsbericht. Sie war geprägt durch Infektionen mit der Virusvariante Omikron, die erneut eine höhere Übertragbarkeit als vorherige Varianten aufwies.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl das Infektions- und Krankheitsgeschehen als auch die verschiedenen Infektionsschutzmaßnahmen auf vielfältige Weise auf die Bedingungen Einfluss nahmen, unter denen Gesundheitsförderung und Prävention gestaltet worden war. Insbesondere Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention konnten im von der COVID-19-Pandemie geprägten Zeitraum nur eingeschränkt durchgeführt werden. An verschiedenen Stellen im Bericht, z. B. in Kapitel 3 zur Umsetzung der LRV und insbesondere im Gastbeitrag (Kapitel 7), wird auf diese Auswirkungen konkreter eingegangen.

1.4 METHODIK DER BERICHTERSTELLUNG

Ausgehend von der gesetzlichen Grundlage hat die NPK ein Konzept für die Ziele, die Inhalte und die Methodik des zweiten Präventionsberichts der NPK entwickelt. In die Entwicklung war neben den NPK-Mitgliedern ein wissenschaftlicher Beirat eingebunden. Im Rahmen eines Vergabeverfahrens wurde das IGES Institut beauftragt, das Konzept weiter zu detaillieren, es methodisch umzusetzen und den Bericht zu erstellen.

Dem Konzept folgend beruhen die Inhalte des Präventionsberichts vor allem auf vier Quellen:

- Analyse von Dokumenten, die von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern zur Verfügung gestellt wurden,
- mehreren Kapiteln und Abschnitten, die von Mitgliedern der NPK und weiteren Institutionen beige-steuert wurden,
- leitfadengestützten Interviews im Rahmen von Fallstudien zum Stand der Umsetzung der LRV,
- einer standardisierten Online-Erhebung zum Stand der Umsetzung der LRV.

Tabelle 1 gibt einen Überblick.

Tabelle 1: Übersicht der Quellen für die Kapitel 2 bis 7 des zweiten NPK-Präventionsberichts

Kapitel	Quellen
2	Dokumentenanalyse zum Engagement der stimmberechtigten NPK-Mitglieder
	Beiträge der beratenden NPK-Mitglieder zu ihrem Engagement
	Beitrag der Kooperationsgemeinschaft der BGF-Koordinierungsstellen
	Recherche zum Struktur- und Prozessziel aus den BRE
3	Inhaltsanalyse der LRV
	Standardisierte Online-Befragung der LRV-Beteiligten
	Fallstudien zu den LRV
4	Sichten von Vorarbeiten und Literatur zum NPK-Vorhaben
	Beitrag des Robert Koch-Instituts in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
	Beitrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Kooperation mit IGES
	Beitrag des Lehrstuhls für Soziale Determinanten der Gesundheit der TU München
	Analyse der Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben
	Workshops mit den Beteiligten des NPK-Vorhabens
5	Beiträge des GKV-Spitzenverbandes
6	Auswertung von Daten zu den Ausgaben
	Beitrag des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Ausgabenwerte
7	Expertise zur lebenswelt- und soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie in Kommunen/Quartieren unter Einbezug des Themas digitale Gesundheitskompetenz
	Expertise zur lebenswelt- und soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen

Literaturquellen, auf die bei der Berichterstellung zurückgegriffen wurde, werden im Text zitiert und im Literaturverzeichnis ausgewiesen.

1.4.1 DOKUMENTENANALYSE ZUM ENGAGEMENT DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER

Für die Darstellung des Engagements der stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Sinne der BRE in Kapitel 2 wurden sowohl veröffentlichte Dokumente (z. B. Tätigkeits- und Evaluationsberichte) als auch Datenzusammenstellungen und Texte ausgewertet, die von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern für die Erstellung des Berichts zur Verfügung gestellt worden waren. Ziel der Dokumentenanalyse war es, das Engagement der stimmberechtigten NPK-Mitglieder zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung im Sinne der BRE zusammenfassend für den Berichtszeitraum 2018 bis 2021 darzustellen. Die Dokumentenanalyse arbeitete – wo möglich – die Weiterentwicklung des Engagements durch die Zusammenarbeit in der NPK sowie die Weiterentwicklung des Engagements der einzelnen stimmberechtigten Mitglieder heraus. Die Analyse der Dokumente erfolgte entlang von Leitfragen, durch die die Darstellung zwischen den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern vergleichbar sein sollte. Zu den Leitfragen gehörten beispielsweise die folgenden: Wie ist das jeweilige Engagement in die nationale Präventionsstrategie einzuordnen? Welche Leistungen wurden erbracht? An welche Zielgruppen richteten sich die Leistungen? Welche Reichweite hatte das Engagement? Welche finanziellen und personellen Ressourcen wurden eingesetzt? Welche Strategien wurden verfolgt, um sozialbedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern? Wie hat sich das Engagement seit dem ersten NPK-Präventionsbericht weiterentwickelt? Die Darstellung des Engagements der SVLFG bildet hiervon eine Ausnahme: Sie wurde durch die SVLFG verfasst.

1.4.2 RECHERCHE ZUM STRUKTUR- UND PROZESSZIEL AUS DEN BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

In Kapitel 2 wird auch über eine von IGES durchgeführte Recherche berichtet, die zum Ziel hatte, für die ca. 400 Landkreise und kreisfreien Städte zu ermitteln,

ob eine kommunale Gesundheitskonferenz (ggf. unter anderem Namen) existiert und aktiv ist. Das Ergebnis dieser Recherche kann eine erste Orientierung zum Erreichungsgrad des übergreifenden Struktur- und Prozessziels für lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung aus den BRE bieten⁵ (vgl. Abschnitt 2.4).

Für einige Bundesländer (z. B. Bayern, Baden-Württemberg) konnte auf veröffentlichte Listen bzw. Datenbanken zugegriffen werden. Für andere Bundesländer waren Internetrecherchen notwendig. Zudem kontaktierte IGES kommunale Verwaltungen telefonisch, um nach dem Vorhandensein einer Gesundheitskonferenz zu fragen.

1.4.3 INHALTSANALYSE UND PRIMÄRERHEBUNGEN ZUM STAND DER UMSETZUNG DER LANDESRAHMENVEREINBARUNGEN

Um den Stand der Umsetzung der LRV zu untersuchen, wurden eine Inhaltsanalyse sowie zwei Primärerhebungen durchgeführt.

1.4.3.1 Inhaltsanalyse der Landesrahmenvereinbarungen

In Kapitel 3 wird unter anderem die Inhaltsanalyse der LRV aus dem ersten NPK-Präventionsbericht aktualisiert. In die Analyse ist insbesondere die LRV Hessen eingeflossen, die im Berichtszeitraum aktualisiert wurde. In einigen LRV änderte sich im Berichtszeitraum die Zusammensetzung der LRV-Beteiligten durch Beitritte, auch dies wurde festgehalten.

1.4.3.2 Standardisierte Online-Befragung der LRV-Beteiligten

Mit einer standardisierten Online-Befragung wurden Einschätzungen der LRV-Beteiligten sowie Informationen zu den folgenden Themen eingeholt:

- Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder,
- Arbeit der Gremien zur Steuerung und Koordination,
- Klärung von Zuständigkeiten,
- Kooperationen und
- Handlungsbedarfe.

5 Das Ziel lautet: „Die Träger der NPK unterstützen die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen dabei, verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren. Dies gilt insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden). Sie unterstützen dabei auch übergreifende Vernetzungsprozesse. Sie wirken auf die Verankerung dieser Strukturen und Prozesse in den Landesrahmenvereinbarungen hin.“

Viele der abgefragten Aspekte waren bereits Gegenstand der Befragung für den ersten Bericht der NPK und ermöglichen nun einen Zeitvergleich und Aussagen zur Entwicklung. Weiterer Gegenstand der Befragung war die Bedeutung der COVID-19-Pandemie für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV und für die Aktivitäten der LRV-Beteiligten.

Die Grundgesamtheit, auf die sich die Ergebnisse der Befragung beziehen, sind alle Beteiligten der LRV (sowohl die Beteiligten im Sinne § 20f SGB V Abs. 1 als auch die Beigetretenen nach Abs. 2). Die Befragung wurde als Vollerhebung ausgeführt, es wurde also keine Stichprobe gezogen. Sie fand zwischen dem 18.05.2022 und 15.07.2022 statt. Die Befragten sind Vertreterinnen und Vertreter der LRV-Beteiligten, die über die jeweiligen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden. Vertretungen der Länder wurden über die AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) sowie die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) rekrutiert. Diese Grundgesamtheit besteht aus N = 339 Vertreterinnen und Vertretern der LRV-Beteiligten. Die Befragung wurde als Online-Fragebogen umgesetzt.

Der unbereinigte Rücklauf betrug n = 184 ausgefüllte Online-Fragebögen, was einer unbereinigten Rücklaufquote von 54 % entsprach. Eine Rücklaufquote auf Basis dieser Angaben anzugeben, ist jedoch aus zwei Gründen nicht angemessen: Erstens kam es vor, dass Befragte in Personalunion Vertreterin oder Vertreter von zwei LRV-Beteiligten sind. Sie wurden eingeladen, je einen Fragebogen für jeden LRV-Beteiligten auszufüllen, füllten aber häufig nur einen Fragebogen aus und erklärten, dass dieser für beide LRV-Beteiligten gelten sollte. In einem ersten Bereinigungsschritt wurden diese Fragebögen doppelt gezählt, als hätten diese Befragten je einen für beide durch sie vertretenen Institutionen ausgefüllt, so dass sich der Rücklauf auf n = 195 ausgefüllte Fragebögen erhöhte. Zweitens gehören zu den Unterzeichnenden der LRV auch Institutionen, die - wie sich im Rahmen der Feldarbeit herausstellte - de facto nicht an der LRV mitarbeiten und niemals am Steuerungsgremium teilgenommen haben. Diese sollten daher nicht der Grundgesamtheit zugeschlagen werden. In einem zweiten Bereinigungsschritt wurde daher die Grundgesamtheit von 339 auf 318 reduziert. Die durch diese Schritte bereinigte Rücklaufquote betrug 61 %. Die Größe der Grundgesamtheit und den Rücklauf nach Akteursgruppen zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Rücklauf der Online-Befragung nach Akteursgruppe

Akteursgruppe	Zur Befragung eingeladen	An Befragung teilgenommen	Rücklaufquote	Bereinigte Rücklaufquote
GKV	97	60	61,9 %	68,0 %
SPV	97	55	56,7 %	57,7 %
GRV	52	11	21,2 %	30,6 %
GUV	34	16	47,1 %	52,9 %
Vertretung des Landes	16	13	81,3 %	81,3 %
Bundesagentur für Arbeit	16	16	100,0 %	100,0 %
Arbeitsschutz	10	7	70,0 %	90,0 %
Kommunale Spitzenverbände	17	6	35,3 %	46,2 %
Gesamt	339	184	54,3 %	61,3 %

1.4.3.3 Fallstudien zur Zusammenarbeit unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarungen

Zur Primärerhebung für Kapitel 3 gehören 16 Fallstudien - eine Fallstudie je Bundesland. Fallstudien sind als qualitative Methodik geeignet, Fragen zu beantworten, zu denen die Antwortmöglichkeiten noch unbekannt sind. Jede Fallstudie hatte ein Schwerpunktthema, das

als Zugang für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV diente. Die Schwerpunktthemen wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der LRV abgestimmt.

Eine Fallstudie wurde in der Regel durch fünf Interviews realisiert, denen ein Interviewleitfaden zugrunde lag. Die Auswahl der Interviewpersonen richtete sich nach dem jeweiligen Schwerpunktthema. Einige Interviews

wurden als Gruppeninterviews mit bis zu vier Personen durchgeführt. Meist handelte es sich um Interviewpartnerinnen und -partner, die in die Arbeit der LRV bzw. das zugehörige Steuerungsgremium involviert sind, und Einschätzungen und Erfahrungen aus erster Hand abgeben können. Neben den LRV-Beteiligten waren auch Vertreterinnen und Vertreter der Kooperationspartner aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Arbeitswelt einbezogen. Eine Vertretung des Landes und der Kranken- bzw. Pflegekassen nahm an jeder Fallstudie teil. Vertretungen der Unfallversicherung (UV) und Rentenversicherung (RV) waren häufig unter den Interviewpersonen, Vertretungen der Kommunen und der Arbeitswelt nur in solchen Fallstudien, die ein auf eine solche Zusammenarbeit hin fokussiertes Schwerpunktthema hatten.

Jeder Fallstudie ging ein exploratives Gespräch voraus, das mit den LRV-Beteiligten geführt wurde. Im Rahmen dieses explorativen Gesprächs wurden die Interviewpersonen für die jeweilige Fallstudie festgelegt. Zudem wurden die LRV-Beteiligten gebeten, einen Basisfragebogen auszufüllen, der bestimmte Sachinformationen zur LRV und deren Gremium abfragte (z. B. zur Zusammensetzung der Mitglieder des Steuerungsgremiums).

In der Regel führten zwei Interviewerinnen bzw. Interviewer die Interviews durch. Im Vorfeld jedes Interviews wurden Einverständniserklärungen eingeholt, um die Interviews auf Basis einer informierten Einwilligung zu führen. Die Gespräche wurden (bis auf eine Ausnahme) aufgezeichnet und transkribiert, zudem wurde ein Protokoll geführt. Sie waren auf eine Dauer von 30 Minuten ausgelegt, für Gruppeninterviews waren 60 bis 90 Minuten vorgesehen. Die qualitative Auswertung basiert auf den Transkriptionen, Protokollen sowie der LRV selbst. Insgesamt wurden 64 Interviews mit 84 Personen geführt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch unter Verwendung der Analysesoftware MAXQDA. Die Kategorien der Analyse gingen aus den Fragestellungen hervor, die gemäß dem Konzept für den zweiten Präventionsbericht der NPK zu den LRV zu beantworten waren.

1.4.4 METHODEN ZUR ANALYSE UND DARSTELLUNG DES NPK-VORHABENS

In den Abschnitten 1.4.4.1-1.4.4.3 werden die Methoden zur Analyse und Darstellung des NPK-Vorhabens zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit beschrieben.

1.4.4.1 Sichten von Vorarbeiten und Literatur zum NPK-Vorhaben

Für das Kapitel 4 zum Vorhaben der NPK anhand der Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Psychische Gesundheit im familiären Kontext eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erproben, wurden verschiedene Vorarbeiten (z. B. Protokolle von Workshops, Vorhabensbeschreibungen, Vorlagen für Unterstützungsbeiträge) und Literatur (z. B. Zwischenberichte der Konzierten Aktion Pflege, Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern, Bestandsaufnahmen und Literaturrecherchen des GKV-Bündnisses für Gesundheit) gesichtet.

1.4.4.2 Analyse der Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben

Zur Entwicklung eines Verständnisses des NPK-Vorhabens wurden Unterstützungsbeiträge analysiert, die bis zum 03.01.2022 von am NPK-Vorhaben beteiligten Akteuren dokumentiert und an die NPK-Geschäftsstelle übermittelt wurden. Der Auswertung lagen folgende Analysefragen zugrunde: Welche Aktivitäten sind geplant oder werden bereits durchgeführt und von wem? Welche Kooperationen sind geplant, neu entstanden bzw. bestehen bereits? Inwiefern sind die durchgeführten Aktivitäten qualitätsgesichert? Welche (vorläufigen) Ergebnisse wurden erzielt (z. B. im Hinblick auf erreichte Personen oder etablierte Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozesse)? Inwiefern wird durch die Kombination der Unterstützungsbeiträge gewährleistet, dass gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend vorgegangen wird, verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten umgesetzt werden und die Aspekte Partizipation sowie Vielfalt/Diversität berücksichtigt werden?

1.4.4.3 Workshops mit den Beteiligten des NPK-Vorhabens

Es wurden zwei Workshops durchgeführt, die das Ziel hatten, das (Selbst-)Verständnis des NPK-Vorhabens zu schärfen. Teil der Workshop-Methodik war die Verwendung einer Programmtheorie, durch die Inputs und Aktivitäten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder, Outputs dieser Aktivitäten sowie angestrebte Wirkungen formuliert wurden. Die so gesammelten Informationen flossen in die Darstellung der Notwendigkeit und des Nutzens eines gesamtgesellschaftlichen Agierens sowie des Hintergrunds und der Ziele des NPK-Vorhabens ein.

1.4.5 AUSWERTUNG VON DATEN ZU DEN AUSGABEN

Für die Darstellung der Ausgaben in Kapitel 6 wurden die Daten der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (Statistisches Bundesamt [Destatis], o. D.) verwendet. Die Statistik „23611 Gesundheitsausgabenrechnung“ wurde als Datenquader für die Jahre 2017 bis 2020 exportiert.

Für Kapitel 6 stellten außerdem die stimmberechtigten Mitglieder der NPK Angaben zu ihren Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung.

1.4.6 BEITRÄGE DER BERATENDEN NPK-MITGLIEDER ZU IHREM ENGAGEMENT IM SINNE DER BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, für Kapitel 2 zum Stand der Umsetzung der BRE über ihr Engagement im Sinne der BRE in Form eines Textbeitrags zu berichten. Die Beiträge der beratenden Mitglieder, die die Einladung annahmen, sind in Kapitel 2 integriert.

1.4.7 WEITERE BEITRÄGE

In Kapitel 5 wird unter anderem über GKV- und SPV-spezifische Regelungen des Präventionsgesetzes berichtet. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband Unterkapitel zu folgenden Themen beigetragen:

- Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V,
- individuelle verhaltensbezogene Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V,
- ärztliche Präventionsempfehlungen nach § 20 Abs. 5, § 25 Abs. 1 S. 2 und § 26 Abs. 1 S. 3 SGB V sowie
- Weiterentwicklung des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

Weiterhin hat der GKV-Spitzenverband den Abschnitt 6.3 verfasst, in dem Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Ausgabenwerte abgegeben werden.

Ein Beitrag der Kooperationsgemeinschaft der Koordinierungsstellen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) berichtet über die Arbeit der regionalen BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V (Abschnitt 2.1.1).

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Kooperation mit IGES charakterisiert mit ihrem Beitrag eine der Zielgruppen des NPK-Vorhabens: die beruflich Pflegenden (Anhang 1.1).

Durch einen Beitrag des Robert Koch-Instituts (RKI) in Kooperation mit der BAuA wird eine der weiteren Zielgruppen des NPK-Vorhabens charakterisiert: die pflegenden Angehörigen (auch: informell Pflegende; Anhang 1.2).

Für die Analyse zur gesundheitlichen Lage und zu den Präventionsbedarfen und -potenzialen von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern (Anhang 1.4) wurde eine wissenschaftliche Recherche und Analyse beauftragt (Ausführung durch Laura Hoffmann und Matthias Richter vom Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit der Technischen Universität München).

Die Folgen der COVID-19-Pandemie für die lebenswelt- und soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention werden im Rahmen zweier Expertisen betrachtet, die als gemeinsamer Gastbeitrag (Kapitel 7) vorgelegt wurden. Die Expertisen wurden von Hajo Zeeb und Team (Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie) sowie von Nico Dragano und Team (Institut für Medizinische Soziologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf/Universitätsklinikum) erstellt.

1.4.8 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER METHODIK

Ein Schwerpunkt bei der Erarbeitung des zweiten NPK-Präventionsberichts lag darauf, das Engagement der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder im Sinne der BRE zu berichten (Kapitel 2). Dieses Engagement wird auf Basis von veröffentlichten Dokumenten sowie Datenzusammenstellungen und Texten dargestellt, die die stimmberechtigten NPK-Mitglieder zur Verfügung gestellt hatten. Mit dieser Vorgehensweise wurde auf methodische Schwächen reagiert, die der erste NPK-Präventionsbericht konstatiert hatte. Im Rahmen des ersten NPK-Präventionsberichts wurde eine Online-Erhebung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt, um eine große Zahl von Organisationen mit ihren Sichtweisen und Erfahrungen zu beteiligen und (neben anderen Inhalten) Aktivitäten auf Basis der BRE zu erfassen. Bei einigen Akteursgruppen zeigte sich ein geringer Rücklauf, der die Repräsentativität der Ergebnisse einschränkte. Zudem wurde der retrospektive Charakter der Erhebung als Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse bewertet, insofern manche Ak-

teure nicht mehr in der Lage waren, die Informationen im Nachhinein zu ermitteln oder korrekt zu erinnern. Besonderheiten des Einzelfalls konnten nicht oder nur begrenzt berücksichtigt werden, sodass einzelne Befragte möglicherweise nicht zu Aspekten Stellung nahmen, die aus ihrer Sicht besonders relevant waren.

Um diese methodischen Schwächen einer Online-Erhebung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention zu vermeiden, wurde für den zweiten NPK-Präventionsbericht eine alternative Vorgehensweise gewählt, um das Engagement im Sinne der BRE zu erfassen: Die stimmberechtigten sowie beratenden NPK-Mitglieder können dieses gemäß ihrem jeweiligen Verständnis von Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung darstellen. Es ist davon auszugehen, dass der retrospektive Charakter der Darstellung unproblematisch ist, weil die NPK-Mitglieder auf ihre vorhandenen Dokumentationen und Daten zurückgreifen können. Soweit quantitative Angaben gemacht werden, entspricht deren Güte der der jeweiligen Dokumentationssysteme. Vor dem Hintergrund der Erfahrung mit der Erarbeitung von Kapitel 2 sowie dem erzielten Ergebnis kann festgehalten werden, dass die hier gewählte Methodik geeignet ist, das Engagement der stimmberechtigten und beratenden NPK-Mitglieder darzustellen.

Ein zweiter Schwerpunkt des Berichts ist der Stand der Umsetzung der LRV. Hierfür wurden zwei Primärerhebungen durchgeführt (standardisierte Online-Befragung und Fallstudien). Auch für die Konzeption und Durchführung der Erhebungen zu den LRV wurde auf Erfahrungen bei der Erarbeitung des ersten NPK-Präventionsberichts aufgebaut. Die Inhaltsanalyse der LRV aus dem ersten NPK-Präventionsbericht konnte aktualisiert und die standardisierte Online-Befragung des ersten NPK-Präventionsberichts in größeren Teilen fortgeschrieben werden. Mit der qualitativen Fallstudienmethodik erweitert der zweite NPK-Präventionsbericht den Blickwinkel des ersten, insofern nicht nur die LRV, sondern auch die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV mit ihren formalen und informalen Strukturen, Hemmnissen und förderlichen Faktoren untersucht wurde. Der Vorteil der qualitativen Methodik lag darin, dass durch sie detaillierte Einblicke in die Praxis der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV gewonnen werden konnten. Als Stärke dieses Ansatzes ist zudem die Kombination qualitativer und quantitativer Forschung hervorzuheben.

Eine methodische Schwäche bei der Untersuchung der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV lag in der Abfolge des Einsatzes beider Methoden. Durch den zeitli-

chen Rahmen der Erarbeitung des zweiten NPK-Präventionsberichts war es nicht möglich, zuerst die qualitativen Erhebungen durchzuführen, um dann, auf Basis der Ergebnisse dieser Erhebungen den Fragebogen für die standardisierte Befragung zu entwickeln. Dies ist bei der Kombination qualitativer und quantitativer Methoden das übliche Vorgehen, weil es die Güte von Erhebungsinstrumenten verbessert, wenn diese auf Basis eines möglichst großen Gegenstandsvorwissens entwickelt werden.

Weitere methodische Stärken und Schwächen spezifischer Quellen und Methoden werden in den jeweiligen Kapiteln dargelegt, wo sie für das Verständnis der dort berichteten Inhalte benötigt werden. Dies gilt für Abschnitt 2.4 und die dort dargelegte Recherche kommunaler Gesundheitskonferenzen sowie für Kapitel 6, wo einige Schwierigkeiten der Verwendung der Gesundheitsausgabenrechnung des statistischen Bundesamtes aufgezeigt werden. Auch der Gastbeitrag (Kapitel 7) enthält Überlegungen zu methodischen Stärken und Schwächen.

Die Abschnitte und Kapitel, die vom Robert Koch-Institut, dem GKV-Spitzenverband, der Kooperationsgemeinschaft der kassenartenübergreifenden Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und IGES erstellt wurden, sowie die universitären Beiträge bringen die Expertisen unterschiedlicher Organisationen ein und tragen zusätzlich dazu bei, ein breites Spektrum an Akteuren an der Erstellung des Berichts zu beteiligen. Darüber hinaus wurde durch die Einladung an die beratenden Mitglieder die Möglichkeit geschaffen, das Engagement im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen möglichst vieler Akteure darzustellen.

2 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat die Aufgabe, trägerübergreifende, bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen, BRE) für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und fortzuschreiben. Hierfür sind insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festzulegen (§ 20d SGB V). Die ersten BRE verabschiedete die NPK im Februar 2016; seit August 2018 liegt eine weiterentwickelte Fassung vor. Die

Ergebnisse des zweiten NPK-Präventionsberichts sollen genutzt werden, um – beginnend im Jahr 2023 – die BRE erneut weiterzuentwickeln.

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Aktivitäten, die die in der NPK vertretenen Akteure seit dem ersten NPK-Präventionsbericht durchführten, um die in den BRE formulierten Ziele und Zielgruppen (Tabelle 3) sowie das übergreifende Struktur- und Prozessziel und die speziellen Ziele für einzelne Zielgruppen zu erreichen.

Tabelle 3: Ziele und Zielgruppen der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gemäß den Bundesrahmempfehlungen

Ziel	Zielgruppen
Gesund aufwachsen	Werdende und junge Familien Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung Jugendliche und junge Erwachsene im Studium
Gesund leben und arbeiten	Beschäftigte Betriebe, insbesondere kleinste, kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten Arbeitslose Menschen Ehrenamtlich Tätige
Gesund im Alter	Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune Personen in der Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung
Quelle:	Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018.
Anmerkung:	Beschäftigte sind bedarfsbezogen unterschiedlich definiert: alle, mit Gesundheitsgefährdungen Belastete, Beschäftigte mit spezifischen Bedarfen, z. B. Frauen und Männer, Menschen mit Behinderungen, Ältere, Menschen mit Migrationsgeschichte, Führungskräfte.

Die Darstellung erfolgt zum einen für die Träger der NPK: gesetzliche Krankenversicherung (GKV), gesetzliche Rentenversicherung (GRV), gesetzliche Unfallversicherung (GUV), soziale Pflegeversicherung (SPV) sowie Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Sie haben in den BRE festgelegt, welche Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sie zur Erreichung der Ziele Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter erbringen, wie sie bei der Leistungserbringung einzeln und in Kooperation mit anderen vorgehen sowie welche Instrumente der Qualitätssicherung und Evaluation sie einsetzen. Es folgt eine Darstellung des Engagements des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der sich im Auftrag seiner Mitglieder, den Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV), auf freiwilliger Basis verpflichtet hat, an der Um-

setzung der nationalen Präventionsstrategie mitzuwirken und als stimmberechtigtes Mitglied in der NPK vertreten ist.

Zum anderen erfolgt eine Darstellung des Engagements der beratenden NPK-Mitglieder, welche neben den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern sowie weiteren Akteuren für das Gelingen einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ebenfalls in der Verantwortung sind. Die in der NPK als beratende Mitglieder vertretenen Organisationen wurden eingeladen, ihr Engagement zur Gesundheitsförderung und Prävention vorzustellen. Für diese Akteure enthalten die BRE keine spezifischen Festlegungen zu den Aktivitäten, die sie unter dem Dach der nationalen Präventionsstrategie umsetzen. Sie sind jedoch entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeit einge-

laden, sich in die zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten einzubringen. Welche Aktivitäten im Sinne der BRE erfolgen, unterliegt somit einem Interpretationsspielraum. Die Beiträge zeigen auf, wie vielfältig das Engagement ist und welche Möglichkeiten für gemeinsames und sich gegenseitig ergänzendes Handeln bestehen.

Die Darstellung des Engagements der stimmberechtigten NPK-Mitglieder basiert auf einer Dokumentenanalyse. Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, über ihr Engagement im Sinne der BRE zu berichten. Somit unterscheidet sich die Grundlage der Darstellung vom ersten NPK-Präventionsbericht, für den das Engagement mittels einer Online-Erhebung abgefragt wurde. Weitere Informationen zur Methodik sind in Abschnitt 1.4 enthalten.

Abschließend werden die Ergebnisse einer Recherche zu in Deutschland etablierten Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden) berichtet. Die Etablierung solcher Strukturen wurde 2018 als übergreifendes Struktur- und Prozessziel in den BRE definiert: „Die Träger der NPK unterstützen die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen dabei, verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren. Dies gilt insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden). Sie unterstützen dabei auch übergreifende Vernetzungsprozesse. Sie wirken auf die Verankerung dieser Strukturen und Prozesse in den Landesrahmenvereinbarungen hin“. Anhand der Ergebnisse erfolgt eine Einordnung, inwiefern hier Fortschritte erzielt werden konnten.

2.1 GESETZLICHE SOZIALVERSICHERUNG SOWIE PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Nachfolgend wird das Engagement der Sozialversicherungsträger (GKV, GRV, GUV, SPV, SVLFG, Bundesagentur für Arbeit) sowie der PKV im Sinne der BRE dargestellt.

2.1.1 GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ein breites Spektrum von Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zum Schutz vor Krankheiten für ihre 73 Millionen Versicherten (90 % der Bevölkerung). Mit diesen Leistungen sollen zum einen das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln gefördert (Gesundheitsförderung), Krankheitsrisiken bei gesunden Versicherten verhindert und vermindert (Primärprävention) und zum anderen gesundheitsförderliche Strukturen in Lebenswelten und Betrieben unterstützt (Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben) werden. Aber auch der Schutz vor übertragbaren Erkrankungen (Schutzimpfungen), die Früherkennung und -behandlung von Krankheitsvor- und -frühstadien (Sekundärprävention) sowie die Unterstützung bereits erkrankter Versicherter, um Verschlechterungen oder Folgeerkrankungen zu vermeiden (Tertiärprävention), gehören zu den Leistungen der GKV im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Die Leistungen der GKV tragen mittelbar oder unmittelbar zur Erreichung der in den BRE formulierten Ziele bei. Entsprechend der gesetzlich definierten Berichtspflicht gemäß § 20d Abs. 4 SGB V wird die folgende Darstellung auf die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF, § 20b und c SGB V) beschränkt. Die Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsanforderungen für diese Leistungen werden im Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2022) unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen definiert (vgl. Abschnitt 5.1).

Die Leistungen in Lebenswelten adressieren alle drei Zielbereiche der BRE – Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter. Die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehören zum Zielbereich Gesund leben und arbeiten. In diesem Kapitel wird das präventive und gesundheitsfördernde Engagement der GKV für die Berichtsperiode von 2018 bis 2021 dargestellt.⁶

⁶ Bei der Darstellung von Zeitreihen wird zudem das Jahr 2017 berücksichtigt, um an die Berichterstattung im Rahmen des ersten Präventionsberichts der NPK anzuschließen.

2.1.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die Leistungen der GKV gemäß § 20a SGB V zielen darauf ab, die Verantwortlichen in den Lebenswelten dabei zu unterstützen, gesundheitsförderliche Strukturen auf- bzw. auszubauen, das Wissen zu Möglichkeiten der strukturellen und individuellen Gesundheitsförderung und ein kompetentes Gesundheitshandeln zu stärken sowie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Das Engagement der GKV ist darauf ausgerichtet, Gesundheit nachhaltig in den Lebenswelten zu integrieren und jeden Einzelnen darin zu befähigen, sich nach der zeitlich befristeten Unterstützung durch die GKV eigenständig für eine gesundheitsförderliche Gestaltung seiner Lebenswelt einzusetzen (Empowerment-Ansatz; GKV-Spitzenverband, 2022). Das Leistungsportfolio der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsförderung und Prävention fußt auf zwei wesentlichen Säulen:

1. der Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in Lebenswelten und
2. der Etablierung niedrigschwelliger verhaltensbezogener Angebote und Maßnahmen, für den Erwerb von Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil (GKV-Spitzenverband, 2022).

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten unter anderem folgende Leistungen (GKV-Spitzenverband, 2022):

- Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung,
- Moderation und Projektmanagement,
- Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen,
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Fachkräfte sowie Personen aus der Lebenswelt bzw. Zielgruppe im Sinne von Peer-Education) zu Gesundheitsförderung und Prävention,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung,
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Förderung von Vernetzungsprozessen.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen, Vorschläge umzusetzen sowie eine angemessene Eigenleistung zu erbringen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Die Aktivitäten der GKV werden durch eigene Fachkräfte der Krankenkassen oder durch externe Fachkräfte erbracht.

Ferner können Fachkräfte oder andere Personen aus einer Lebenswelt bzw. Zielgruppe mittels spezifischer Schulungskonzepte zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fortgebildet werden (Peer-Ansatz, Peer-Education). Schließlich kann die Leistungserbringung auch in Form der Bereitstellung qualitätsgesicherter Konzepte und Programme oder einer finanziellen Unterstützung erfolgen.

Die Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten werden durch mehrere Krankenkassen gemeinsam oder durch einzelne Krankenkassen erbracht. In beiden Fällen stehen die Leistungen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse zur Verfügung.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2016 damit beauftragt, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Die dafür gesetzlich festgeschriebenen Finanzmittel aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten wurden quartalsweise zur Verfügung gestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2016 das GKV-Bündnis für Gesundheit als gemeinsame Initiative zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gegründet. Vor diesem Hintergrund wurde die BZgA im Kontext der Umsetzung des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit verschiedenen Aufgabenpaketen beauftragt.

Parallel dazu hat der GKV-Spitzenverband die Rechtmäßigkeit der Finanzierung der BZgA als staatliche Behörde durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung überprüfen lassen. Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18.05.2021 (B 1 A 2/20R) hat der GKV-Spitzenverband die Zahlungen eingestellt und mit der BZgA und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Vereinbarung zu einer übergangsweisen Umsetzung von § 20a Abs. 3 und 4 SGB V getroffen, die die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit den noch bei der BZgA vorhandenen GKV-Mitteln gewährleistet. Darüber hinaus haben sich die 96 gesetzlichen Krankenkassen⁷ auf Grundlage einer gemeinsamen Selbstverpflichtung dafür eingesetzt, dass die etablierten Strukturen und

⁷ Stand 01.01.2023.

Projekte des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit dem Schwerpunkt auf sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen fortgeführt werden können. Die Kooperation zur Fortführung des GKV-Bündnisses für Gesundheit als Initiative der gesetzlichen Krankenkassen wird umgesetzt, bis eine neue gesetzliche Regelung in Kraft tritt. Der GKV-Spitzenverband, die Krankenkassen und deren Verbände setzen sich für eine Fortentwicklung des § 20a Abs. 3 und 4 SGB V ein⁸.

Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen

Im Folgenden wird über die Aktivitäten der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung berichtet. Die zusammenfassende Darstellung der Aktivitäten beruht auf ausgewählten Inhalten der jährlichen GKV-Präventionsberichte der Jahre 2018 bis 2022 (Medizinischer Dienst Bund [MD Bund] & GKV-Spitzenverband, 2022; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen [MDS] & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021). Ergänzend wird das kassenartenübergreifende Engagement im Rahmen der gemeinsamen Initiative GKV-Bündnis für Gesundheit anhand ausgewählter Projekte dargestellt.

Erreichte Lebenswelten und Zielgruppen

Etwa ein Fünftel der deutschen Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Destatis, 2022). Die frühzeitige Stärkung der Gesundheitsressourcen ist ein wesentliches Kriterium lebenslanger Prävention und Gesundheitsförderung. Kinder und Jugendliche stellen deshalb eine wesentliche Zielgruppe dar. Die Krankenkassen haben in den Jahren 2017 bis 2021 gezielt mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in Schulen und Kindertageseinrichtungen unterstützt. Ein Beispiel für ein kassenartenübergreifendes Projekt in Kindertageseinrichtungen ist der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ in Nordrhein-Westfalen (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022). Die teilnehmenden Kindertageseinrichtungen werden dabei unterstützt, Konzepte zu den Themen Bewegung und Ernährung in den Alltag der Kindertageseinrichtung zu integrieren. In jedem der Jahre 2017, 2018 und 2019 wurden ca. 25.000 Schulen

(Grundschulen, Gesamt-/Sekundarschulen, Gymnasien und weitere Schularten) unterstützt. Die Anzahl erreichter Kindertageseinrichtungen stieg von ca. 11.000 im Jahr 2017 auf 15.000 im Jahr 2019.⁹ In den Jahren 2020 und 2021 sank die Anzahl erreichter Schulen und Kindertageseinrichtungen aufgrund der Auswirkungen sowie der Beschränkungen während der COVID-19-Pandemie (siehe unten). Die Anzahl der erreichten Kommunen hat sich von 2017 bis 2021 in etwa verdreifacht (2017: 559, 2021: 1.650). Diese Entwicklung spiegelt die Bedeutung wider, die die kommunale Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren erlangt hat. Die Kommune spielt als sogenanntes Dach-Setting, unter dem weitere Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Familienzentren verortet sind, insbesondere in der Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle. Die Krankenkassen unterstützen Kommunen auch durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit (siehe unten).¹⁰

Die insgesamt durch Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention erreichte Anzahl an Lebenswelten ist von ca. 40.000 im Jahr 2017 auf ca. 45.000 im Jahr 2019 gestiegen (vgl. Abbildung 3). Aufgrund der erschwerten Bedingungen während der COVID-19-Pandemie verringerte sich die Anzahl erreichter Lebenswelten im Jahr 2020 auf etwa 36.000. Kontaktbeschränkungen und andere Prioritäten der für die Lebenswelten Verantwortlichen führten dazu, dass weniger Aktivitäten umgesetzt werden konnten. Zwar wurde die Mehrheit (69 %) der vor März 2020 begonnenen Lebensweltprojekte weitergeführt, 27 % wurden jedoch auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt und 4 % wurden abgebrochen. 36 % der Aktivitäten fanden in veränderter Form (etwa in einem digitalen Format oder in Form einer Eins-zu-eins-Betreuung) oder mit Einschränkungen (z. B. geringere Teilnehmerzahl, Wegfall einzelner Bestandteile, On-off-Modus) statt. Nur wenige Aktivitäten (7 %) konnten ohne Einschränkungen fortgesetzt werden. 2021 stieg die Anzahl der erreichten Lebenswelten auf 41.000 an und näherte sich damit deutlich dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie an, wobei die Anzahl der erreichten Schulen, Kindertageseinrichtungen und Kommunen jeweils nur geringfügig

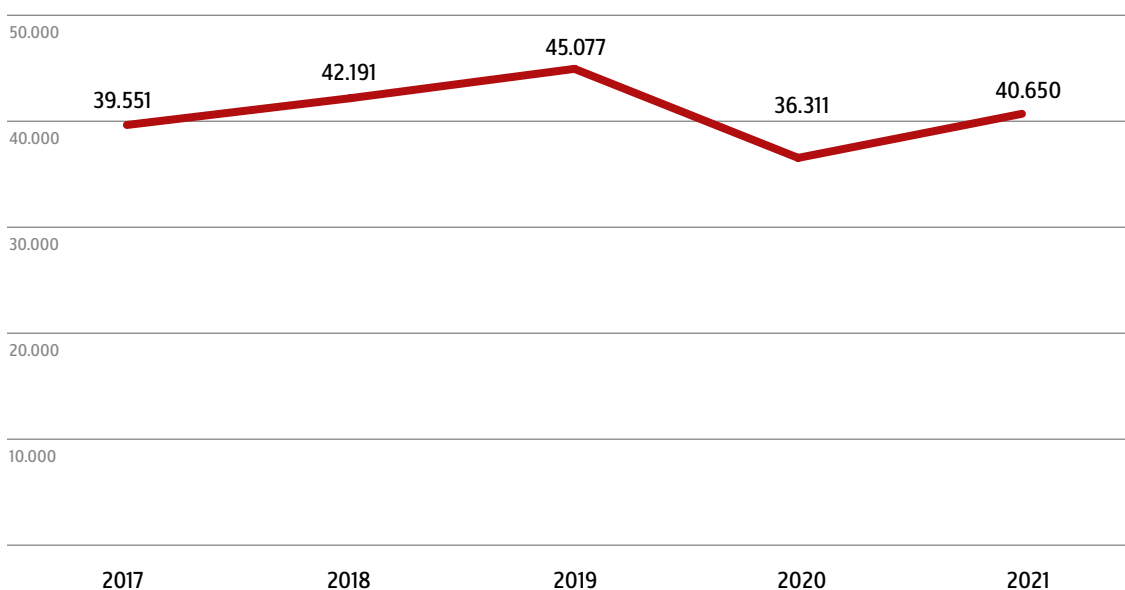
8 Am 16.05.2023 ist eine gesetzliche Neuregelung von § 20a SGB V in Kraft getreten, mit der die verpflichtende Zusammenarbeit des GKV-Spitzenverbandes mit der BzGA entfallen ist und die Grundlagen für eine Fortführung des GKV-Bündnisses für Gesundheit in GKV-eigenen Strukturen geschaffen wurden.

9 Zur Einordnung der Zahlen: In Deutschland gibt es ca. 33.500 Schulen (Statistisches Bundesamt (2018) und 58.500 Kindertageseinrichtungen (Destatis (2021)). Dieselbe Lebenswelt (Schule, Kindertageseinrichtung, Kommune, etc.) kann über mehrere Jahre unterstützt werden und wird dann in jedem der Jahre erneut gezählt.

10 www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunales-foerderprogramm/

vom Vorjahr abweicht. Der Anstieg im Jahr 2021 ist in großen Teilen dadurch zu erklären, dass sich die Anzahl der erreichten anderen Lebenswelten von 2020 (4.900) auf 2021 (9.100) fast verdoppelte.¹¹

Abbildung 3: Anzahl erreichter Lebenswelten im Zeitverlauf



Quelle: MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021.

Durch die Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wurden im Jahr 2019 ca. 6,8 Millionen Personen direkt erreicht.¹² Im Jahr 2020 wurde die Anzahl erreichter Personen nicht ausgewiesen, da die Erfassung aufgrund der COVID-19-Pandemie unsicher erschien. Es ist jedoch, trotz intensiver Bemühungen und Anpassungen z. B. hinsichtlich der Ansprache und Umsetzung, von einem Rückgang der Anzahl erreichter Personen auszugehen. Im Jahr 2021 wurden ca. 6,0 Millionen Personen direkt erreicht. Auch hier zeigt sich - wie bei den erreichten Lebenswelten - eine Annäherung an das Niveau vor der COVID-19-Pandemie.

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können je nach Bedarf und den gegebenen Rahmenbedingungen so konzipiert sein, dass sie sich an alle Personen in einer Lebenswelt richten oder

gezielt bestimmte Personengruppen ansprechen. Seit 2017 zeigt sich, dass der Anteil an Aktivitäten, die alle Menschen (das heißt keine spezifischen Zielgruppen) in der Lebenswelt adressieren, angestiegen ist (2017: 40 %, 2021: 59 %). Häufig richten sich die spezifischen Aktivitäten an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. pädagogische Fachkräfte) sowie an Kinder und Jugendliche. Z. B. erhalten im Rahmen des Hamburger Projekts „Landungsbrücke 2“ pädagogische Fachkräfte an berufsbildenden Schulen Kompetenzen zur Förderung der Resilienz und Stärkung der psychosozialen Ressourcen von Schülerinnen und Schülern. Das Projekt richtet sich an junge Menschen in der vulnerablen Übergangsphase von der Schule in die Ausbildung bzw. in den Beruf (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022).

¹¹ Um welche Lebenswelten es sich dabei neben Einrichtungen der Kinder-/Jugendhilfe, Einrichtungen für Freizeitgestaltung, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Krankenhäusern handelt, ist unklar. Dies zeigt, dass das dem Präventionsbericht zugrunde liegende Dokumentationsinstrument an dieser Stelle einer Erweiterung bedarf. In regelmäßigen Abständen entwickeln der GKV-Spitzenverband und der MD Bund in Abstimmung mit den Krankenkassen die Dokumentation weiter.

¹² In den Jahren zuvor wurde eine andere Erhebungsmethode verwendet, sodass keine vergleichbaren Angaben vorliegen.

Erreichte Lebenswelten in sozialen Brennpunkten

Das Engagement der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention soll insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB V). Ein Ansatz dafür ist es, Lebenswelten, in denen vornehmlich sozial benachteiligte Menschen leben, gesundheitsförderlich zu gestalten. Vor diesem Hintergrund dokumentieren die Krankenkassen, ob eine Aktivität in einem sogenannten sozialen Brennpunkt stattfand.¹³ Damit sind Wohngebiete gemeint, in denen Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. In den Jahren 2017 bis 2021 befanden sich schätzungsweise jeweils ca. 30 % aller erreichten Lebenswelten in sogenannten sozialen Brennpunkten.

Inhalte der Aktivitäten

Die Lebensweltverantwortlichen legen anhand der bestehenden und/oder erhobenen Bedarfe eigene inhaltliche Schwerpunkte fest und planen darauf aufbauend bedarfsbezogene Aktivitäten. Für die Erhebung der Bedarfe nutzen die Krankenkassen qualitative und quantitative Methoden und Instrumente, die bedarfsbezogen singular oder in Kombination eingesetzt werden.

Häufig werden verschiedene gesundheitsförderliche Themen im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes miteinander kombiniert. Die häufigsten adressierten Bedarfe und Leistungserbringungen im Jahr 2021 waren Bewegung, Ernährung, Gesundheitskompetenz, Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion/Entspannung und gesundheitsgerechter Umgang miteinander (jeweils ca. 70 % der Aktivitäten). Bewegung und Ernährung waren auch in den Jahren zuvor ähnlich häufig vertreten. Der Anteil der Aktivitäten, der Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion/Entspannung und/oder gesundheitsgerechter Umgang miteinander adressiert, ist seit 2017 um ca. 25 Prozentpunkte gestiegen. Besonders stark zugenommen haben auch die Themen Gesundheitskompetenz (16 % der Aktivitäten in 2018¹⁴ auf 71 % in 2021) und Schaffen gesundheitsförderlicher Lebens-

welten¹⁵ (ca. 12 % der Aktivitäten in 2018 auf 63 % in 2021). Ein Beispiel für Aktivitäten zum Thema Gesundheitskompetenz ist das Projekt „BEWARE“ (Bewusstsein, Aufklärung und Resilienz) in Rheinland-Pfalz (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022). Es richtet sich an Lehrkräfte und Schülerinnen und Schüler der 5. bis 10. Klassenstufe. Letztere lernen im Rahmen des Projektes, wie sie Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und ihr persönliches Wohlbefinden positiv beeinflussen können.

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können verhaltens- und/oder verhältnisbezogene Inhalte umfassen (GKV-Spitzenverband, 2022). Entsprechend der fachlichen Empfehlung, beide Ansätze sinnvoll miteinander zu kombinieren, waren in den Jahren 2017 bis 2019 etwa jeweils zwei Drittel aller Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. In den Jahren 2020 und 2021 war der Anteil des kombinierten Ansatzes sogar noch höher (76 % bzw. 78 %).

Kooperationspartner

In etwas mehr als der Hälfte der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wurden Kooperationsstrukturen mit Krankenkassen und Lebensweltverantwortlichen sowie mit weiteren Akteuren in den Lebenswelten aufgebaut (2017: 52 %; 2021: 61 %). Am häufigsten waren dies in den Jahren 2017 bis 2021 Vereine und Verbände, die öffentliche Verwaltung und Ministerien sowie Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen.

Qualitätssicherung

In den Jahren 2017 bis 2019 wurde für jeweils ca. 80 % der Aktivitäten eine Erfolgskontrolle zur Qualitätssicherung durchgeführt bzw. war dies geplant. In den Jahren 2020 und 2021 sank der Anteil der durchgeführten bzw. geplanten Erfolgskontrollen auf ca. 70 %. Am häufigsten wurde die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (80 % der Aktivitäten mit Angaben zur Art der Erfolgskontrolle) erhoben oder eine Erfassung der Zugänglichkeit/Akzeptanz/Inanspruchnahme (58 %)

13 „Sozialer Brennpunkt“ ist kein scharf definierter Begriff. Es handelt sich um Wohngebiete, in denen Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. Der Begriff wurde in der sozialwissenschaftlichen Literatur zunehmend durch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ abgelöst. Weil jedoch der Begriff „sozialer Brennpunkt“ allgemein verständlich ist, verwendet ihn die GKV im Dokumentationsbogen, der den Präventionsberichten von GKV-Spitzenverband und MD Bund zu Grunde liegt. Als Hinweis auf die Unschärfe der Terminologie ist der Begriff in Anführungszeichen gesetzt.

14 Im Jahr 2017 wurden die Themen Gesundheitskompetenz und Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten noch nicht erfasst.

15 Inhalt entsprechender Gesundheitsförderungsmaßnahme ist es, Individuen die Kompetenzen zu vermitteln, um sich qualifiziert für verhältnispräventive Maßnahmen einsetzen zu können.

durchgeführt. Am seltensten wurden gesundheitsökonomische Analysen durchgeführt oder die Steuerung der Programme, Gesundheitsparameter oder Kooperation/Netzwerkbildung betrachtet.

Ziele der GKV

Seit dem Berichtsjahr 2008 setzt sich die GKV auf freiwilliger Basis regelmäßig Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele der aktuellen Zielperiode 2019 bis 2024 operationalisieren die Zielstellungen der BRE für die gesetzliche Krankenversicherung. Sie konzentrieren sich entsprechend auf die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und konkretisieren den gesetzlichen Auftrag an die Krankenkassen zur Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen und der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Sie sind zudem synergetisch auf die Unterstützung abgestimmter und verzahnter Aktivitäten der unterschiedlichen Verantwortlichen und Zuständigen in den jeweiligen Lebenswelten bezogen. Die Ziele und ihre Erreichung werden in den jährlichen GKV-Präventionsberichten aufgegriffen (z. B. MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021).

Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit

Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich gemeinsam unter anderem im GKV-Bündnis für Gesundheit – der Initiative zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Seit ihrer Gründung im Jahr 2016 hat die gemeinsame Initiative Strukturen etabliert und weiterentwickelt, ein Portfolio von Aktivitäten aufgebaut sowie wichtige fachliche Impulse gegeben. Die Aktivitäten ergänzen das kassenindividuelle und kassenartenübergreifende Engagement in den Bundesländern. Zu den Schwerpunkten zählen unter anderem das Kommunale Förderprogramm und der Aufbau der Programmbüros, eine Vielzahl landesweiter Projekte, mehrere bundesweite Projekte, die anteilige

Förderung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sowie die Förderung von anwendungsorientierter Forschung und der Aufbau der Datenbank Wissen für gesunde Lebenswelten (Alayli et al., 2021). Im Folgenden werden ausgewählte Schwerpunkte des GKV-Bündnisses für Gesundheit vorgestellt.

Kommunales Förderprogramm

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat im Jahr 2019 ein Kommunales Förderprogramm für Landkreise und kreisfreie Städte¹⁶ aufgelegt (GKV-Spitzenverband, 2019, 2021b). Im Rahmen des Programms zum Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen werden 59 Kommunen gefördert, deren Einwohnerschaft unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt gilt.¹⁷ Die Krankenkassen leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur systematischen Weiterentwicklung und Stärkung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2019). Eine weitere Fördervoraussetzung war, dass Kommunen kaum bzw. nur gering ausgeprägte Strukturen der Koordination und Steuerung für Gesundheitsförderung und Prävention aufwiesen. Solche Strukturen sind essenziell für die strategische und strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune sowie für die Planung, Umsetzung und Evaluation bedarfsgerechter Angebote. Über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren erhalten die Kommunen neben der finanziellen Förderung eine externe Prozessbegleitung durch Expertinnen und Experten der kommunalen Gesundheitsförderung sowie die Möglichkeit, an Qualifizierungsangeboten teilzunehmen (MDS & GKV-Spitzenverband, 2019).

Im Rahmen des ebenfalls 2019 gestarteten Programms zur „Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention“ werden insgesamt 46 kommunale Projekte bundesweit gefördert (unabhängig von der sozialen Lage der Einwohnerschaft). Die geförderten Interventionen sollen auf vulnerable Zielgruppen¹⁸ ausgerichtet sein und einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit leisten. Die Kommunen legen anhand der

¹⁶ In Berlin, Bremen und Hamburg konnten die Bezirke eine Förderung erhalten.

¹⁷ Die Auswahl der Kommunen ist auf Basis des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts erfolgt (Stand: 25.01.2018). Insgesamt waren 185 Kommunen antragsberechtigt, also in etwa die Hälfte aller Kreise und kreisfreien Städte.

¹⁸ Einzelne Gruppen der Bevölkerung sind besonders von sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheit betroffen, z. B. aufgrund ihrer physischen oder psychischen Konstitution oder infolge geringer materieller Verhältnisse. Solche Gruppen gelten als gesundheitlich besonders verletzlich bzw. vulnerabel.

bestehenden kommunalen Bedarfe (z. B. Daten aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung) eigene Schwerpunkte fest. Mehr als die Hälfte der geförderten Vorhaben richtet sich an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten bzw. psychisch belasteten Familien.

Die in der Regel bei einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband angesiedelten Expertinnen und Experten der Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit in den 16 Bundesländern begleiten die Kommunen seit 2019. In der Startphase des Förderprogramms haben die Programmbüros Antragstellende insbesondere zur inhaltlichen Ausgestaltung ihrer Vorhaben beraten; seit 2021 liegt der Fokus auf der fachlichen Begleitung der laufenden Vorhaben.

Das Kommunale Förderprogramm wird begleitend evaluiert durch die Prognos AG. Die Ergebnisse liegen voraussichtlich Ende 2026 vor.

Landesweite Projekte

Die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände haben - unterstützt durch die Programmbüros (siehe oben) - entsprechend der Schwerpunktlegungen in den jeweiligen Ländern und den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) landesbezogene Vorhaben auf den Weg gebracht. Seit 2019 werden unter dem Dach des GKV-Bündnisses für Gesundheit von den Krankenkassen insgesamt 40 Vorhaben bundesweit gefördert.

Bundesweite Projekte

(1) teamw(ork für Arbeit und Gesundheit

In dem Projekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (ab 2023: „teamw(ork für Gesundheit und Arbeit“) arbeiten Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit und Krankenkassen zusammen, um die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern und dadurch deren Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern (vgl. Abschnitt 2.1.7.1). Das Projekt wird seit 2016 inhaltlich weiterentwickelt und ausgeweitet, sodass mit Stand 2022 etwa 230 Standorte teilnehmen. Von 2018 bis 2020 fand an 129 Standorten eine unabhängige Evaluation statt (Marschall et al., 2021). Die Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation zeigen, dass das Vorhaben bei der großen Mehrheit der Standorte systematisch implementiert wurde. Von Oktober 2017 bis September 2019 wurde für ca. 16.000 arbeitslose Menschen die

Teilnahme an einem Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Projekts dokumentiert. Allerdings gehen die Evaluatorinnen und Evaluatoren von einer Untererfassung aus und schätzen, dass bis zu 42.000 arbeitslose Menschen erreicht wurden. Die Ergebnisse der Wirkungsanalyse zeigen, dass unter anderem die Lebensqualität, die sportliche Betätigung und die Resilienz gesteigert werden konnten.

(2) KOMBINE und VERBUND - Verbreitung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

Mit den Ende 2016 veröffentlichten „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ ist für die Bundesrepublik Deutschland erstmals eine umfassende evidenzbasierte Grundlage für systematische Bewegungsförderungsstrategien geschaffen worden. Das Projekt „KOMMunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen“ (KOMBINE) widmete sich im Zeitraum 2018 bis 2021 der Frage, wie evidenzbasierte Empfehlungen in die kommunale Praxis transferiert werden können. Im Mittelpunkt stand die modellhafte Umsetzung der Nationalen Empfehlungen in sechs Kommunen (Landkreis Bad Kissingen, Landkreis Schmalkalden-Meiningen, Landkreis Segeberg, Marburg, Solingen und Stuttgart) und die Entwicklung und Erprobung innovativer Ansätze der Bewegungsförderung zur Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen. Die Ergebnisse sind in ein Manual für die kommunale Praxis gemündet, das von interessierten Kommunen als Schritt-für-Schritt-Anleitung für eine strukturbildende bewegungsbezogene Gesundheitsförderung genutzt werden kann (Kohler et al., 2021). Das Folgeprojekt „VERBreitung UND kooperative Umsetzung kommunaler Bewegungsförderung“ (VERBUND) setzt auf den Erfahrungen aus dem „KOMBINE“-Projekt auf. Im Mittelpunkt des seit Ende 2020 laufenden Vorhabens steht die Entwicklung eines kooperativen Verbreitungs- und Umsetzungskonzepts zur kommunalen Bewegungsförderung. In den acht teilnehmenden Modellkommunen (Landkreis Havelland, Landkreis Karlsruhe, Landkreis Vorpommern, Greifswald, Erlangen, Flensburg, Herne und Trier) soll dieses erprobt und begleitend evaluiert werden. Bis Ende 2024 soll daraus unter anderem ein Manual zur Verbreitung und Umsetzung kommunaler Bewegungsförderung einschließlich Konzepten und Curricula für unterschiedliche Schulungsformate entstehen.¹⁹ Die Teilnahme an beiden Modellvorhaben, die durch die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) Department für Sportwissenschaft und Sport geleitet werden, beinhaltet

neben der fachlichen Begleitung durch die FAU flankierende Fördermöglichkeiten für die teilnehmenden Kommunen im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms. Auf diese Weise werden fachliche Impulse und bestehende Fördermöglichkeiten in sinnvoller Weise miteinander verknüpft, um kommunale Potenziale bestmöglich zu fördern. Die im Rahmen des Projekts erzielten Ergebnisse können relevante Erkenntnisse zum „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“ beitragen, mit dem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Impulse für die Stärkung von Bewegung und Bewegungsförderung für Menschen aller Altersgruppen geben möchte.

(3) BeuGe -

Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken

Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung weisen im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Zudem werden Risikoverhaltensweisen wie ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung häufiger beobachtet. Der Bedarf für gesundheitsförderliche Angebote für diese Menschen ist entsprechend groß, gleichzeitig besteht die Herausforderung, sie zu erreichen, da sie in sehr heterogenen Wohnformen zu Hause sind. Im Rahmen des Projekts „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken“ (BeuGe) werden Präventions- und Bewegungsangebote für die Zielgruppe in verschiedenen Wohnformen angeboten und in Freizeitaktivitäten integriert. Die Partizipation der Zielgruppe ist dabei von großer Bedeutung: Die Menschen werden aktiv mit eingebunden, als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gewonnen und zu Bewegungs- und Gesundheitsexpertinnen und -experten qualifiziert. Bisher wurden über 100 Expertinnen und Experten ausgebildet; die fachliche Grundlage hierfür bildet das im Rahmen des Projekts entwickelte Curriculum. Mithilfe sogenannter Unterstützungspersonen (Mitarbeitende aus den Einrichtungen, Studierende, Familienmitglieder, Senioren) setzen diese gesundheitsfördernde Aktivitäten (z. B. Spaziergänge, Lauftreffs, Urban Gardening, gemeinsames gesundes Kochen) um und motivieren so andere Menschen mit Behinderung. Das Projekt wird im Zeitraum 2019 bis Ende 2023 von Special Olympics Deutschland gemeinsam mit fünf Special Olympics Landesverbänden (Berlin, Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) an 25 Standorten umgesetzt (GKV-Bündnis für Gesundheit, o. D.a).

(4) AuF-Leben -

Im Alter Aktiv und Fit Leben in der Kommune

In dem Projekt „Im Alter Aktiv und Fit Leben (AuF-Leben) in der Kommune - Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune“ pilotierten drei Sportbünde von 2019

bis 2021 an zehn Standorten Möglichkeiten zur Verbesserung der bewegungsförderlichen Rahmenbedingungen in der Kommune und zur Steigerung der körperlichen Aktivität älterer Menschen (Deutscher Turner Bund, o. D.). Im Anschluss zur Pilotierung erfolgte eine elfmonatige Interimsphase, in der unter anderem die Evaluationsergebnisse der Pilotierung reflektiert wurden. Seit Mitte 2022 wird das Projekt für einen Zeitraum von weiteren drei Jahren fortgesetzt.

(5) HaLT -

Hart am Limit

Mit dem Programm „HaLT - Hart am Limit“, unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen die kommunale Alkoholprävention durch gezielte Fördermöglichkeiten für die Standorte und Landeskoordinatoren. Bereits zuvor hatten Krankenkassen über viele Jahre die sogenannten reaktiven Programmbestandteile wie Sofortinterventionen am Krankenbett bei Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus kamen, finanziell unterstützt. Die Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit umfasst seit 2020 auch alkoholpräventive Maßnahmen in Kommunen (die sogenannten proaktiven Programmbestandteile) wie die Qualifizierung von Fachkräften und die Unterstützung von Koordination und Vernetzung. Mit Stand 2022 nehmen etwa 160 Standorte in 14 Bundesländern am „HaLT“-Programm teil (GKV-Bündnis für Gesundheit, o. D.b). Der überwiegende Teil davon nimmt eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Anspruch. Die bundesweite Koordination und fachliche Weiterentwicklung des „HaLT“-Programms liegt bei der Villa Schöpflin (Zentrum für Suchtprävention, Lörrach).

Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)

Die seit 2008 in allen Bundesländern etablierten und durch die Krankenkassen anteilig geförderten KGC haben die Aufgabe, gesundheitsfördernde Aktivitäten und Ansätze auf Landesebene mit dem Schwerpunkt der gesundheitlichen Chancengleichheit zu koordinieren. Die KGC sind Teil des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit und in den meisten Ländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder ähnlichen Institutionen angesiedelt. In Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen sind Behörden der Landesverwaltungen Träger der KGC. Sie werden über die gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit sowie aus Landesmitteln, Bundesmitteln (BZgA) und Drittmitteln sonstiger Mittelgebender finanziert (GKV-Bündnis für Gesundheit, 2020). Seit 2016

werden durchschnittlich zwei Personalstellen je Bundesland (32,5 Personalstellen bundesweit) in den KGC durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert (MDS & GKV-Spitzenverband, 2018).

Mit der Aufstockung der Stellen in den KGC im Jahr 2016 wurde auch die inhaltliche und qualitative Weiterentwicklung intensiviert. Als Grundlage dafür wurde eine Literaturrecherche und eine Bestandsaufnahme beauftragt (Bär, 2017; Wright et al., 2017). Weiterhin wurden Fokusgruppen unter Beteiligung der Bundesländer und Krankenkassen auf Landesebene durchgeführt, die Expertise „Weiterentwicklung der KGC durch partizipative Qualitätsentwicklung“ erstellt und die Halbjahresberichte der KGC ausgewertet.²⁰ In einem mehrschrittigen Entwicklungsprozess haben die Stakeholder der KGC auf Basis der vorliegenden Daten- bzw. Wissensgrundlage ein Rahmenkonzept für die Arbeit der KGC erstellt (GKV-Bündnis für Gesundheit, 2020). Die darin definierten Aufgabenfelder und Leitaspekte für die Weiterentwicklung der KGC bilden seit 2020 die Grundlage der Arbeit in den KGC.

Forschung und Wissensdatenbank

Um einen Beitrag zur stärkeren Evidenzbasierung lebensweltbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu leisten, werden die Erstellung von Übersichtsarbeiten und Handlungsempfehlungen sowie die Durchführung von Evaluationen beauftragt. Seit 2017 sind aus diesen Forschungsvorhaben 59 Ergebnisberichte hervorgegangen. 39 wurden bereits auf der Webseite des GKV-Bündnisses für Gesundheit veröffentlicht.²¹ So wurde z. B. ein Scoping-Review bezüglich der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen erstellt, das erfolgreiche Maßnahmen auf allen Handlungsebenen identifiziert hat, die zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen können. Das Scoping-Review liefert eine umfangreiche Übersicht zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen für unterschiedliche Zielgruppen und stellt Faktoren für die Implementierung entsprechender Maßnahmen vor (Kerkemeyer & Achtert, 2021).

Für den gezielten Zugriff auf veröffentlichte Übersichtsarbeiten wurde im Auftrag des GKV-Bündnisses für Gesundheit zudem die Datenbank „Wissen für gesunde Lebenswelten“ (Alayli et al., 2021) entwickelt. Mit Stand

Januar 2023 sind 33 Übersichtsarbeiten in der Datenbank hinterlegt.

Seit dem Frühjahr 2021 werden im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit vier Projekte umgesetzt, die sich mit geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (MDS & GKV-Spitzenverband, 2021) beschäftigen. Hintergrund ist der Auftrag der GKV, durch ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere zur Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB V).

2.1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention im betrieblichen Kontext sind vielfältig. Ziel ist, einerseits das individuelle Gesundheitsverhalten von Beschäftigten zu unterstützen und andererseits gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in den Unternehmen auf- und auszubauen (GKV-Spitzenverband, 2021c). Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen umfasst:

- Analyseleistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Durchführung von Workshops) zur Bedarfsermittlung
- Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Abstimmung mit den Vertreterinnen und Vertretern des betrieblichen und ggf. überbetrieblichen Arbeitsschutzes sowie den gesetzlichen Vertretungen der Beschäftigten (Betriebs- und Personalräte, Gleichstellungsbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung)
- Beratung zur Ziel- und Konzeptentwicklung sowie zu allen Themen der Beschäftigtengesundheit einschließlich Unterstützungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements
- Moderation von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und ähnlichen Gremien
- Qualifizierung/Fortbildung von Beschäftigten zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Prozessgestal-

²⁰ Unveröffentlichte Ergebnisse einer Beauftragung des GKV-Bündnisses für Gesundheit

²¹ www.gkv-buendnis.de/publikationen

tung und Durchführung von Maßnahmen in den BGF-Handlungsfeldern)

- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Unterstützung der internen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Die beschriebenen Leistungen sind in einen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess eingebettet, der die Unternehmen strukturiert von der Analyse der Ist-Situation über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis hin zur Erfolgskontrolle leitet. Im Sinne der Nachhaltigkeit sind zudem der Aufbau und die Nutzung innerbetrieblicher Strukturen sowie die Übernahme der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit bei den Versicherten von zentraler Bedeutung. Die Unterstützung durch die GKV bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen und setzt ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement der Betriebe voraus (ebenda). Die Bereitstellung von bzw. die Teilnahme an Angeboten der BGF ist für Arbeitgeber und Arbeitnehmer freiwillig. Idealerweise sind Angebote zur BGF in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet, das auch die Aufgaben des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements systematisch miteinander verbindet (ebenda). Die Krankenkassen arbeiten bei Leistungen zur BGF mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern sowie den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen (§ 20b Abs. 2 SGB V). Weiterhin unterstützen sie die Unfallversicherungsträger bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20c SGB V).

Die Leistungen der GKV zur BGF können auf zwei Wegen erbracht werden (GKV-Spitzenverband, 2022): Zum einen unmittelbar in Betrieben, zum anderen mittelbar in überbetrieblichen Strukturen wie Netzwerken oder Unternehmensorganisationen. Um das Wissen zu dem Mehrwert und Möglichkeiten der BGF bei Unternehmen zu unterstützen, haben die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen regionale BGF-Koordinierungsstellen eingerichtet (siehe unten).

Die nachfolgende Darstellung des Engagements der GKV zur BGF beruht überwiegend auf den jährlichen

GKV-Präventionsberichten der Jahre 2018 bis 2022 (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021). Die Berichte enthalten eine Auswertung der von den Krankenkassen geführten Dokumentation ihrer Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Aktivitäten in Betrieben

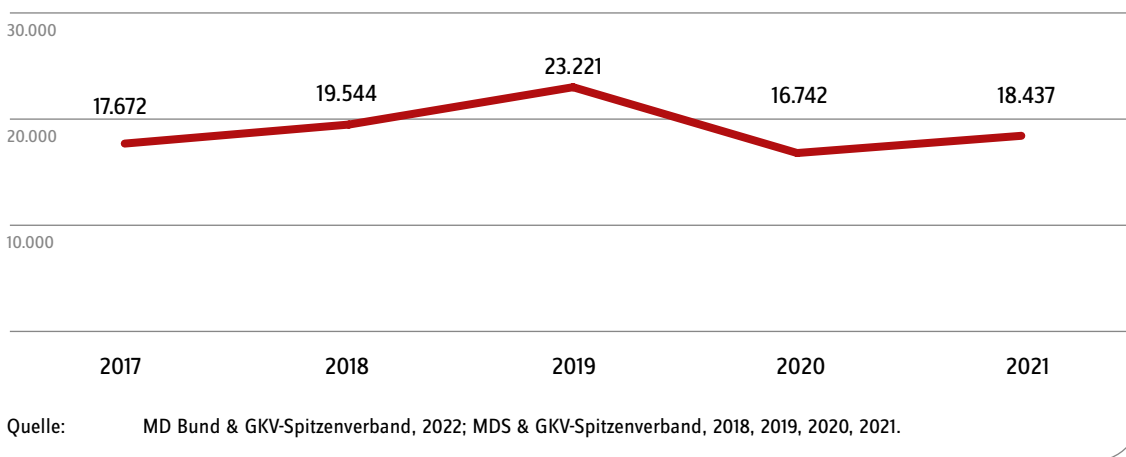
Zunächst wird das Engagement der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben dargestellt. Im Anschluss daran wird das Engagement in überbetrieblichen Netzwerken beschrieben.

Erreichte Betriebe und Zielgruppen

Die Anzahl der durch die GKV erreichten Betriebe stieg von ca. 18.000 im Jahr 2017 auf ca. 23.000 im Jahr 2019 (vgl. Abbildung 4). Im Jahr 2020 wurden aufgrund der Beschränkungen und veränderter Prioritäten bei betrieblichen Belangen durch die COVID-19-Pandemie (siehe unten) weniger Betriebe (ca. 16.700) erreicht. 2021 stieg die Anzahl erreichter Betriebe auf ca. 18.000 an, blieb jedoch aufgrund der weiter anhaltenden COVID-19-Pandemie unter dem zuvor erreichten Niveau. Die Anzahl der direkt erreichten Personen stieg von ca. 1,9 Millionen im Jahr 2017 auf ca. 2,3 Millionen im Jahr 2019, um dann 2020 auf ca. 2,0 Millionen und 2021 auf ca. 1,8 Millionen zurückzufallen.²²

Wie auch in anderen Lebenswelten führten Kontaktbeschränkungen und andere Prioritäten der in den Betrieben Verantwortlichen im Jahr 2020 dazu, dass trotz intensiver Bemühungen und Anpassungen bestehender Produkte und Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen, z. B. hinsichtlich der Ansprache und Umsetzung, insgesamt weniger Aktivitäten umgesetzt wurden. Zwar wurde die Mehrheit (64 %) der vor März 2020 begonnenen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung weitergeführt, 27 % wurden jedoch auf bestimmte oder unbestimmte Zeit ausgesetzt und 7 % wurden abgebrochen. Die meisten weitergeführten Aktivitäten wurden in veränderter Form (z. B. in digitaler Form) oder mit Einschränkungen umgesetzt. Nur wenige Aktivitäten konnten ohne Einschränkungen fortgesetzt werden.

²² Zur Einordnung der Zahlen: Das statistische Unternehmensregister enthält für das Berichtsjahr 2020 3,4 Millionen rechtliche Einheiten (das heißt natürliche Personen, die wirtschaftlich tätig sind, juristische Personen oder Personenvereinigungen), in denen 34,9 Millionen abhängig Beschäftigte tätig sind. Von den 3,4 Millionen rechtlichen Einheiten haben 87 % 0 bis 9 Beschäftigte, 10 % 10 bis 49 Beschäftigte, 2 % 50 bis 249 Beschäftigte und 0,5 % 250 und mehr Beschäftigte. Die 34,9 Millionen abhängig Beschäftigten arbeiten zu 15 % in rechtlichen Einheiten (r. E.) mit 0 bis 9 Beschäftigten, 20 % in r. E. mit 10 bis 49 Beschäftigte, 21 % in r. E. mit 50 bis 249 Beschäftigten und 43 % in r. E. mit 250 und mehr Beschäftigten (<https://www.destatis.de>).

Abbildung 4: Anzahl erreichter Betriebe/Standorte im Zeitverlauf

Die Aktivitäten fanden überwiegend in den Branchen verarbeitendes Gewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, weitere Dienstleistungen sowie öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung statt. Die Anzahl der Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich von 2017 bis 2019 fast verdoppelt (von ca. 1.100 auf ca. 2.000 Aktivitäten). Dies reflektiert die seit 01.01.2019 geltende Verpflichtung der GKV mindestens einen Euro je Versicherten für betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu verwenden (§ 20 Abs. 6 SGB V).²³ In stationären Pflegeeinrichtungen wird angestrebt, Leistungen zur BGF mit Leistungen zur Prävention für die Bewohnerschaft gemäß § 5 SGB XI (vgl. Abschnitt 2.1.7.1) zu verknüpfen und um dem Anspruch der Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, alle Statusgruppen dieser Einrichtungen zu erreichen. Dies gelang 2019 in ca. 10 % und 2021 in sogar 25 % der stationären Pflegeeinrichtungen, in denen die GKV Leistungen zur BGF erbrachte.

Mit Aktivitäten zur BGF können spezielle Zielgruppen oder alle Beschäftigten eines Betriebs angesprochen werden. In den Jahren 2017 bis 2020 nahm der Anteil der Aktivitäten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Betrieb von ca. 70 % auf ca. 80 % zu, der Anteil der Aktivitäten für spezielle Zielgruppen ging entsprechend zurück. Im Jahr 2021 kehrte sich der Trend um: Nur ca. 60 % der Aktivitäten richteten sich an alle Beschäftigten. Als spezielle Zielgruppen wurden vor allem Beschäftigte der mittleren und oberen Führungsbe-

ne sowie Auszubildende adressiert. Verhältnismäßig oft gab es zudem Aktivitäten, die für Gruppen mit Gesundheitsgefährdungen initiiert wurden, und solche, die sich an ältere Beschäftigte richteten. Eher selten wurden Aktivitäten für Beschäftigte mit Behinderungen sowie solche, die sich speziell an Personen weiblichen, männlichen oder anderen Geschlechts richteten, umgesetzt.

Inhalte der Aktivitäten

Die Inhalte von Aktivitäten zur BGF leiten sich in Anlehnung an den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess aus einer Bedarfsermittlung für den jeweiligen Betrieb ab. Dabei kommen unterschiedliche Methoden, unter anderem Routinedaten der GKV und Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen zum Einsatz. Beispielsweise erstellen die Krankenkassen sogenannte Arbeitsunfähigkeitsprofile (AU-Profile), die einen Überblick über die AU-Quote, AU-Tage und die Verteilung der Krankheitsarten geben. In den Jahren 2017 bis 2019 erstellten die Krankenkassen jährlich ca. 11.500 AU-Profile, 2020 und 2021 waren es knapp unter 9.000. Mitarbeiterbefragungen und Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen kommen bei ca. 40 % der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz. Der Einsatz qualitativer und quantitativer Methoden sowie eines Methodenmix bei der Bedarfsermittlung hat sich bewährt.

Das Leistungsangebot der Krankenkassen kann auf zwei Ebenen ansetzen und wird meist in Kombination umgesetzt: Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Ge-

²³ Der Mindestwert wird mit der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV fortgeschrieben.

staltung betrieblicher Rahmenbedingungen werden mit Angeboten auf der individuellen Ebene zur Förderung des gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils der Beschäftigten kombiniert. In den Jahren 2017 bis 2020 war etwa die Hälfte der Aktivitäten sowohl verhältnismäßig als auch verhaltensbezogen; 2021 stieg dieser Anteil sogar auf ca. 60 % an.

Verhältnisbezogene Maßnahmen adressieren am häufigsten die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen (ca. 60 % der Aktivitäten in den Jahren 2017 bis 2020; 41 % im Jahr 2021). Die Schaffung einer bewegungsfreundlichen Arbeitsumgebung, die gesundheitsgerechte Führung sowie die Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation waren bei ca. 40 % bis 50 % der verhältnisbezogenen Maßnahmen ein Thema. Verhaltensbezogene Maßnahmen zur BGF nahmen am häufigsten die Themen bewegungsförderliches Arbeiten (ca. drei Viertel der verhaltensbezogenen Aktivitäten) sowie Stressbewältigung bzw. Ressourcenstärkung (ca. 60 % der verhaltensbezogenen Aktivitäten) in den Blick.

Kooperationspartner

An knapp 40 % der in den Jahren 2017 bis 2020 durchgeführten Aktivitäten zur BGF waren neben den Krankenkassen und Betrieben weitere Kooperationspartner beteiligt. Im Jahr 2021 ist ein vermutlich durch die COVID-19-Pandemie bedingter Rückgang der in Kooperation durchgeführten Aktivitäten auf 25 % zu verzeichnen. Jeweils etwa ein Drittel der in Kooperation durchgeführten Aktivitäten zur BGF wurde im Jahr 2021 durch Ressourcen von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten bzw. der GUV unterstützt. Die Häufigkeit dieser Kooperationen hat in den letzten Jahren leicht zugenommen. Eine Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung konnte in den Jahren 2017 bis 2021 bei etwa 5 % der in Kooperation durchgeführten BGF-Aktivitäten realisiert werden.

Ziele der GKV

Entsprechend dem oben beschriebenen Vorgehen zur Zielsetzung für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten setzt sich die GKV auf freiwilliger Basis auch regelmäßig Ziele für die BGF. Die Ziele und ihre Erreichung werden in den jährlichen GKV-Präventionsberichten aufgegriffen (z. B. MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021).

Überbetriebliche Aktivitäten

Neben ihrem Engagement zur BGF in einzelnen Betrieben unterstützt die GKV auch überbetriebliche Netzwerke. Dies sind „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“ (GKV-Spitzenverband, 2022). Diese Netzwerke bieten eine niedrigschwellige Möglichkeit, Unternehmen – insbesondere kleinste, kleine und mittlere – für Themen der BGF zu sensibilisieren und zu motivieren (ebenda). Beispiele für überbetriebliche Netzwerke sind im Rahmen des seit 2014 bestehenden Projekts „Gesund. Stark. Erfolgreich – Der gemeinsame Gesundheitsplan“ entstanden. Das Projekt hat zum Ziel, dauerhafte, träger- und/oder kassenartenübergreifende Gesundheitsnetzwerke für Betriebe mit regionalen Partnern aufzubauen (MDS & GKV-Spitzenverband, 2021).

Anzahl Netzwerke und erreichte Betriebe

Von 2017 bis 2019 ist die Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke, in denen die GKV aktiv war, von ca. 160 auf 190 gestiegen. Wenngleich in der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 viele Netzwerke ihre Aktivitäten einschränken mussten, war die GKV weiterhin an ca. 150 überbetrieblichen Netzwerken beteiligt. Dieses Niveau konnte 2021 gehalten werden.

An den Netzwerken waren in jedem der Jahre 2017 bis 2019 ca. 6.000 Partner direkt beteiligt; 2020 waren es ca. 3.900; 2021 ca. 4.400. Bei den Partnern handelte es sich überwiegend um Betriebe. Weiterhin waren die GRV und GUV sowie weitere Organisationen wie Arbeitgeberverbände, Innungen, Kammern und Kommunen in den Netzwerken aktiv. Der Anteil der überbetrieblichen Netzwerke, in denen neben der GKV auch die GUV und GRV tätig waren, ist in den letzten Jahren weitgehend gleich geblieben: An ca. einem Drittel der Netzwerke waren Unfallversicherungsträger beteiligt, an etwa einem Zehntel Rentenversicherungsträger.

Bei den direkt in den Netzwerken aktiven Betrieben handelte es sich zu 80 % um kleinste, kleine und mittlere Unternehmen mit 1 bis 249 Beschäftigten; die übrigen erreichten Betriebe haben 250 oder mehr Beschäftigte.²⁴ Seit 2017 ist die Anzahl der Netzwerke, in denen

²⁴ Zur Einordnung der Zahlen siehe Fußnote 22.

unter anderem Betriebe des Gesundheitswesens zusammenwirken, kontinuierlich leicht gestiegen, von 71 im Jahr 2017 auf 112 im Jahr 2021. Diese Entwicklung ist im Kontext der Verpflichtung der GKV zu sehen, seit 01.01.2019 mindestens einen Euro je Versicherten für BGF in Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten²⁵ (§ 20 Abs. 6 SGB V) aufzuwenden.

Kooperationen und vernetztes Handeln

(1) Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

Zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb kooperieren in der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) vier Verbände der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung: der BKK Dachverband, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der Verband der Ersatzkassen (vdek) und seit dem 01.01.2023 die Innungskrankenkassen. Seit nunmehr 20 Jahren verfolgen die Unfall- und Krankenversicherung in der iga das gemeinsame Ziel, die Gesundheit in der Arbeitswelt zu fördern und entwickeln gemeinsame Präventions- und Interventionsansätze in Projekten weiter, z. B. zu New Work, zur Arbeitgeberattraktivität oder branchenspezifisch in der Pflege. Ein wichtiger Fokus liegt auch auf der trägerübergreifenden Zusammenarbeit von Fachberaterinnen und Fachberatern beider Sozialversicherungszweige. Diese wird unter anderem über umfangreiche Informationen auf der Internetseite von iga²⁶ unter der Rubrik „Kooperation“ gefördert. Dort werden unter anderem die Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherungsträger sowie Synergieeffekte der Zusammenarbeit dargestellt, aber auch Erfahrungsberichte und Hinweise abgebildet, um die richtigen Ansprechpersonen zu finden. Anlass- und themenbezogen kooperiert in der iga auch die GRV, wie z. B. im Projekt „Betriebliches Eingliederungsmanagement unter dem Fokus der Schnittstellen der Sozialversicherungsträger“. Weiterhin führt die iga Veranstaltungen durch, erstellt Veröffentlichungen und ist Träger des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)²⁷.

BGF-Koordinierungsstellen

Um die Zahl der BGF-aktiven Unternehmen, insbesondere der Kleinst-, kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), Krankenhäuser und ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, bieten die gesetzlichen Krankenkassen auf Grundlage von § 20b Abs. 3 SGB V BGF interessierten Unternehmen eine Plattform an, um diese zu den Möglichkeiten und Inhalten der BGF zu informieren, zu beraten sowie im Bedarfsfall im weiteren Prozess zu unterstützen. An der Beratung und zur Verbreitung des Angebots werden Unternehmensorganisationen²⁸ sowie die Träger von Krankenhäusern und die für die Träger von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände über Kooperationsvereinbarungen aktiv beteiligt. Die Krankenkassen und ihre Verbände vernetzen sich über die BGF-Koordinierungsstellen nach innen, aber auch nach außen auf lokaler, Landes- und Bundesebene mit relevanten Stakeholdern und setzen damit den erweiterten Auftrag durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) für ein vernetztes Handeln und die Förderung überbetrieblicher Netzwerke um.

Seit 2017 gibt es in allen Bundesländern regional ausgerichtete BGF-Koordinierungsstellen als Angebot der gesetzlichen Krankenkassen. Gemeinsam haben sie mit dem Informations- und Beratungsportal www.bgf-koordinierungsstelle.de eine zusätzliche Anlaufstelle geschaffen, über die interessierte Unternehmen zeit- und ortsunabhängig mit den BGF-Fachberaterinnen und -beratern der gesetzlichen Krankenkassen in Kontakt treten können. Diese bieten Unternehmen eine kostenfreie sowie wettbewerbsneutrale Erstberatung zum Aufbau betrieblicher Gesundheitsförderung und zu den BGF-Leistungen der GKV an. Interessierte Unternehmen können dazu entweder selbst eine Krankenkasse auswählen, von der sie beraten werden möchten, oder ihnen wird über ein Kontaktformular eine Beratung durch eine Krankenkasse vermittelt. Innerhalb von zwei Werktagen meldet sich eine Krankenkasse bei dem anfragenden Unternehmen. Die für Unternehmen kostenfreie Erstberatung kann sowohl telefonisch, digital als auch bei Bedarf vor Ort im Unternehmen erfolgen.

25 Der Mindestwert wird mit der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV fortgeschrieben.

26 www.iga-info.de/

27 www.dnbgf.de/home/

28 Das heißt Arbeitgeberverbände, Kammern (Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) sowie Wirtschaftsfachverbände (wie Branchen- und Handwerksverbände, z. B. Innungen).

Mit den BGF-Koordinierungsstellen haben die gesetzlichen Krankenkassen einen zusätzlichen kassenarten-übergreifenden Zugang zu den BGF-Leistungen etabliert. Sie schaffen Transparenz über die in einer Region aktiven Krankenkassen, bieten eine weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und informieren über den Nutzen und Mehrwert von Gesundheit in der Arbeitswelt. Neben der Information, Beratung und Unterstützung von Unternehmen nehmen die BGF-Koordinierungsstellen eine Lotsenfunktion bei Fragen und Informationen zu den anderen Sozialversicherungsträgern sowie eine akteurs- und sozialversicherungsträgerübergreifende Vernetzungsrolle auf der Bundes- und insbesondere der Landesebene wahr, indem sie Kooperationen mit relevanten Stakeholdern in der Arbeitswelt anbahnen, Vernetzungstreffen, Austauschmöglichkeiten und Veranstaltungen organisieren oder sich an etablierten Veranstaltungsformaten beteiligen. Die Krankenkassen haben damit eine wichtige Plattform für ein sozialversicherungsträgerübergreifendes Agieren geschaffen und unterstützen durch ihre Lotsenfunktion die Unternehmen auch sozialversicherungsträgerübergreifend.

Die BGF-Koordinierungsstellen sind neben den anderen in diesem Abschnitt aufgezeigten GKV-Leistungen somit ein weiterer Beitrag der gesetzlichen Krankenkassen zu dem übergeordneten Ziel Gesund leben und arbeiten sowie dem übergreifenden Struktur- und Prozessziel im Sinne der BRE. In diesem Abschnitt werden die Leistungen und Fortentwicklungen seit dem NPK-Präventionsbericht 2019 dargestellt und ein Ausblick auf perspektivische Weiterentwicklungen gegeben.

Die Aufgabenschwerpunkte der BGF-Koordinierungsstellen konzentrieren sich im Kern auf folgende Themenfelder:

- Sensibilisierung und Verbreitung von Information und Wissen zu BGF/Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) sowie Vermittlung, Beratung und Unterstützung
- (strategische) sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit
- Lotsen- und Wegweiserfunktion im System der BGM-Leistungen der Sozialversicherung
- Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten mit den kooperierenden Unternehmensorganisationen, Interessenvertretungen der Pflege, Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften auf der Bundes- und Landesebene sowie Sozialversicherungsträgern.

Hilfreiche Informationen für Betriebe – die Vision: Den Mehrwert von BGF verbreiten

Das Informations- und Beratungsportal bietet neben dem oben beschriebenen Zugang zu einer Erstberatung kurze, prägnante und praxisnahe Informationen zur BGF, vermittelt zudem die Vorteile und den Mehrwert von Gesundheit im Arbeitsleben und zeigt auf, wie die Krankenkassen Unternehmen konkret unterstützen können, unabhängig von deren Größe und Branche. Insbesondere Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen gilt es weiter davon zu überzeugen, dass sich Investitionen in eine gesunde Unternehmenskultur und in die Gesundheit der Beschäftigten lohnen.

Aus den Rückmeldungen der Praxis, telefonischen Interviews mit Unternehmen, dem regelhaften länderübergreifenden Austausch der regionalen BGF-Koordinierungsstellen mit den Unternehmensorganisationen und auf Basis einer extern durchgeführten Evaluation sowie einem Usability-Test wird das Beratungs- und Informationsportal fortlaufend anwender- und zielgruppenorientiert weiterentwickelt. Durch die Verwendung leichter Sprache und der Integration von Gebärdensprachvideos verfolgt die BGF-Koordinierungsstelle ein barrierefreies Informations- und Beratungsportal. So sind folgende Weiterentwicklungen im Berichtszeitraum erfolgt:

- Testimonials in Form von Erfahrungsberichten sollen dabei helfen, insbesondere kleine Unternehmen davon zu überzeugen, das Beratungsangebot zu nutzen. Die Testimonials sind seit Herbst 2021 unter dem Titel „Das sagen Beratungsnehmende“ auf dem Portal zu finden.
- Implementierung einer sogenannten Landingpage „Gesund im Pflegeberuf“, um Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gezielt anzusprechen. Die Aufbereitung der Inhalte und Statements verdeutlicht, dass es ein gemeinsames Anliegen der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ist, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften zu erhalten und zu fördern. Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege haben die Verbände der Krankenkassen, die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie die Unfallkassen eine gemeinsame Informationsoffensive umgesetzt und ein praxisnahes Informationspaket – unter anderem zur Gefährdungsbeurteilung, zum Umgang mit Gewalt, zu BGF und Partizipation – erarbeitet, mit Links zur Vertiefung und zur direkten Nutzung der Angebote in der Praxis. Darüber hinaus organisieren die GKV-Kolleginnen und -Kollegen auf der Bundes- und

Landesebene überbetriebliche Vernetzungen und die Zusammenarbeit mit den Interessenvertretungen der Pflege.

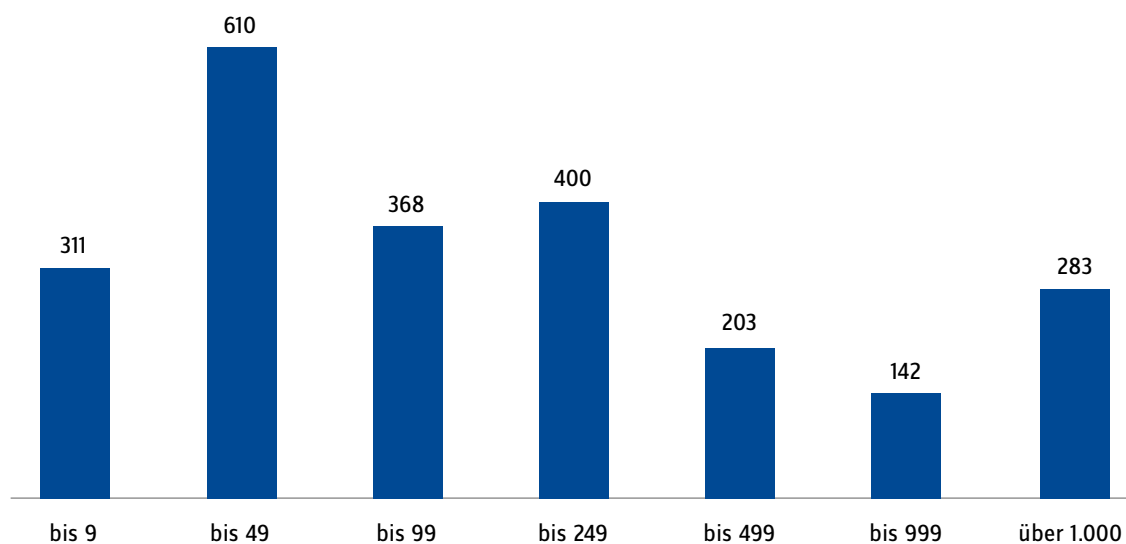
- Seit Anfang des Jahres 2022 gibt es im Informations- und Beratungsportal eine bundesweite Übersicht über alle Veranstaltungen der regionalen BGF-Koordinierungsstellen auf der Startseite sowie regional auf den Länderseiten.
- Zufriedenheitsabfrage: Unternehmen haben seit Juli 2021 die Möglichkeit, Feedback zur Nutzung des Informations- und Beratungsportals und der BGF-Erstberatung zu geben. Eingeladen sind die Unternehmen, die eine Anfrage zur Erstberatung gestellt haben. Von den Befragten empfanden knapp 92 % den Zugang über das Informations- und Beratungsportal als leicht und unkompliziert.²⁹ Von den beratenen Unternehmen (n = 44) sind 91 % zufrieden oder sehr zufrieden mit der Beratung. Über 59 % der beratenen Unternehmen beabsichtigen, konkrete BGF-Aktivitäten in ihrem Unternehmen umzusetzen.

- Über den im Mai 2022 auf dem Portal veröffentlichten Erklärfilm „So funktioniert die BGF-Koordinierungsstelle“ können sich Unternehmen schnell über das Informations- und Beratungsangebot informieren. Der Film ist so konzipiert, dass auch Unternehmensorganisationen und die Fachverbände der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen diesen ohne Aufwand auf ihren Webseiten integrieren können, wie die Informationsseite des Zentralverbands Deutsches Handwerk zur BGF-Koordinierungsstelle beispielhaft zeigt.

Nutzung und Inanspruchnahme

Das Portal als zusätzlicher Zugangsweg zu den BGF-Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wird überwiegend von der mit dem Gesetz adressierten Zielgruppe genutzt - 73 % sind Unternehmen mit bis zu 249 Beschäftigten. Knapp 56 % der 2.317 Anfragen stammen von Unternehmen mit unter 100 Mitarbeitenden (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: **Größe der anfragenden Unternehmen vom 01.05.2017 bis 13.06.2022**



Quelle: Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstellen.

Bei der Mehrheit der Anfragen erfolgt die Kontaktaufnahme durch die Personalabteilung (24 %), gefolgt von BGF-Verantwortlichen im Unternehmen (24 %) sowie

Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer mit 19 %. 67 % der Anfragen werden durch diese drei Personengruppen gestellt.

²⁹ Im Zeitraum von Oktober 2021 bis März 2022 haben 33 Unternehmen an der Zufriedenheitsabfrage teilgenommen. Dies entspricht etwa einer Rücklaufquote von 15 %.

Als einer der wichtigsten Gründe für die Kontaktaufnahme geben die Anfragenden das Einholen von Informationen (85 %) an. Auch die Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft der Beschäftigten (54 %) sowie die Stressbewältigung (52 %) werden häufig genannt. Über 100.000 Besuche verzeichnet das Informations- und Beratungsportal (diese Zahlen unterliegen allerdings der Einschränkung, dass das Tracking nur erfolgt, wenn die Besucherinnen und Besucher des Informations- und Beratungsportals den Cookies zustimmen, so dass die tatsächliche Zahl höher liegt).

Beratung und Information auch unter den Auswirkungen der Pandemie

Die Digitalisierung hat einen besonderen Stellenwert in der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen. Ein Großteil der Informations-, Koordinierungs- und Beratungsstruktur ist digital umgesetzt und zeit- sowie ortsunabhängig, verzichtet also auf lokale Beratungsbüros. Auswertungen zeigen auf, dass 29 % der Anfragen abends und nachts gestellt werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit des zeitlich flexiblen und ortsunabhängigen Zugangs der BGF-Koordinierungsstellen, um Anfragen, die außerhalb der klassischen Arbeitszeiten gestellt werden, auch zuverlässig entgegennehmen zu können. Im Sinne der Niedrigschwelligkeit ist das Angebot auf diesem Wege schnell und unbürokratisch verfügbar, was sich insbesondere in Pandemiezeiten bewährt hat. Durch den digitalen Zugangsweg konnte das Informations- und Beratungsangebot der BGF-Koordinierungsstellen auch während der COVID-19-Pandemie aufrechterhalten werden, wenngleich insgesamt ein Rückgang der Anfragen zu verzeichnen war.

Regionale Aktivitäten

Zur Steuerung der regionalen BGF-Koordinierungsstellen wurden eine Kooperationsgemeinschaft Bund und 16 Länder-Kooperationsgemeinschaften gegründet, in denen jeweils alle Kassensysteme der GKV vertreten sind.

Die Aktivitäten, die seitens der Krankenkassen zur Verbreitung des Wissens über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen initiiert und durchgeführt werden, sind vielfältig. Einen Schwerpunkt stellen dabei Kooperationen mit unterschiedlichen Partnern und Sozialversicherungsträgern dar, um beispielsweise in gemeinsamen Veranstaltungen das Angebot vorzustellen und Unternehmensverbänden und Unternehmen selbst

zu Möglichkeiten, Inhalten und Erfolgsfaktoren von BGF-Maßnahmen im Betrieb zu informieren und so in den direkten Austausch zu treten.

Nachfolgend wird eine beispielhafte Auswahl von Aktivitäten aus den Jahren 2020 bis 2022 dargestellt:

- Veranstaltungsreihe „Beschäftigtengesundheit in der Pflege“: Die regionale BGF-Koordinierungsstelle Bayern führt regelmäßig Veranstaltungen in Kooperation mit der Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum Thema Beschäftigtengesundheit durch. Für die Durchführung wurde unter anderem das bewährte Online-Format der „Gesundheitsregionenplus Bayern“ genutzt.
- Veranstaltungsreihe für KMU und Pflegeeinrichtungen: Die BGF-Koordinierungsstelle Nordrhein-Westfalen gestaltet unter anderem eine Veranstaltungsreihe in Kooperation mit allen Partnern der Landesrahmenvereinbarung. Das übergeordnete Thema ist die psychosoziale Belastung, ihre Auslöser und darauf einzuhaltende Unterstützungsangebote der Sozialversicherungsträger. Am 22. Juni 2022 fand die erste gemeinsame Veranstaltung unter dem Titel „Pflege Wert“ statt, die sich den Themen Pflegearbeit, Belastungssituationen und BGF im Krankenhaus widmete. Die BGF-Koordinierungsstelle NRW, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege organisierten diesen Auftakt gemeinsam.
- Sozialversicherungsträgerübergreifendes Beraternetzwerk: Die BGF-Koordinierungsstelle Nordrhein-Westfalen initiierte im Mai 2022 ein sozialversicherungsträgerübergreifendes, regionales Beraternetzwerk, bestehend aus Beraterinnen und Beratern der GKV und der Gesetzlichen Unfall- sowie Rentenversicherung. Weitergehend geplant ist ein Sozialversicherungsberaterstag mit dem Ziel des Austauschs zu der Frage, wie auf Ebene der Beraterinnen und Berater die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger gut ausgestaltet werden kann, damit insbesondere KMU profitieren. Perspektivisch soll damit ein unabhängiges Beratungsnetzwerk für KMU geschaffen werden.
- Medienkampagne und Informationsveranstaltung „Hey Chef*in – Wann geht's los mit Gesundheit im Betrieb?“ Zu den Themen Gesundheit der Mitarbeitenden, BGF und Prävention startete die BGF-Koordinierungsstelle Bremen bereits Ende 2020 eine Medienkampagne, aus der eine digitale Informationsveranstaltung im Januar 2022 hervor-

ging. Kooperationspartner waren Unternehmenorganisationen, Verbände der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie Träger der Unfall- und Rentenversicherung. Trotz der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie ist es dadurch im Land Bremen gelungen, den Bekanntheitsgrad der BGF-Koordinierungsstelle zu erhöhen.

- Informationspaket „Gesundheit im Betrieb“: Die unter „Gesundheit im Betrieb“ schrittweise seit Oktober 2020 veröffentlichten Materialien (Broschüre, Poster) sowie Online-Seminare sollen die verschiedenen Gesundheitsakteure in Sachsen in ihrer Lotsen- und Wegweiserfunktion unterstützen. Neben der BGF-Koordinierungsstelle Sachsen waren die Arbeitsschutzverwaltung, die Agentur für Arbeit, die Krankenkassen, die Industrie- und Handelskammer, die Unfall- und Rentenversicherung, das Dienstleistungsnetzwerk Support, das Integrationsamt in Sachsen und der Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz an der Erstellung beteiligt.
- Informationsveranstaltung „Pflege stärken. Chancen nutzen“: Als eine Maßnahme im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege Niedersachsen fand am 8. Juli 2021 eine digitale und interaktive Informationsveranstaltung „Pflege stärken. Chancen der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen“ der BGF-Koordinierungsstelle mit insgesamt 270 Teilnehmenden statt. Im Frühling 2023 startet eine weitere Workshopreihe der BGF-Koordinierungsstelle Niedersachsen für die Zielgruppe der kleinen und mittelständischen Betriebe zum Thema BGF.
- Workshop „Frauen des Handwerks“: In Zusammenarbeit mit der Handwerkskammer für München und Oberbayern führte die BGF-Koordinierungsstelle Bayern im Jahr 2020 einen Workshop in der Handwerksbranche zu den Themen Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit durch. Ein Erfolgsfaktor war, dass ein bestehendes Veranstaltungsformat der Handwerkskammer genutzt und somit eine zielgruppengerechte Ausgestaltung und Ansprache gewährleistet werden konnte.
- Kooperationsprojekt „Gute gesunde Arbeit in der Pflege in Einrichtungen in M-V“ („GuGesA“): Die BGF-Koordinierungsstelle Mecklenburg-Vorpommern (M-V) veröffentlichte im Februar 2020 den Gesundheitsbericht „Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern“, der die Daten aller Sozialversicherungsträger regional- und branchenspezifisch abbildet. Der Bericht und die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit waren impulsgebend für die Initiative „Gute gesunde Arbeit in der Pflege in Einrichtungen in M-V“, die vom für Ge-

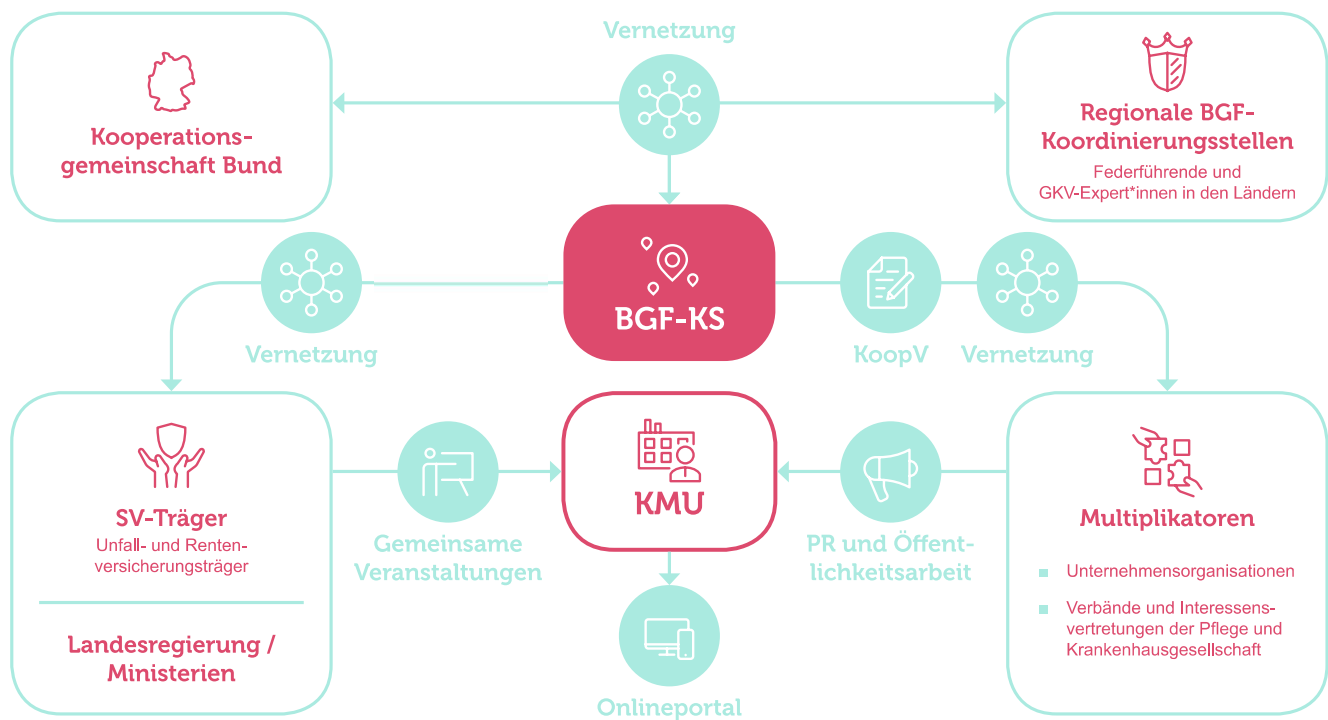
sundheit zuständigen Ministerium des Landes gefördert und durch die Hochschule Neubrandenburg wissenschaftlich begleitet und koordiniert wird.

Ziel der Initiative ist es, den Stellenwert von BGF in stationären Settings zu erhöhen, denn hier besteht durch den Mangel an Pflegekräften besonderer Handlungsbedarf. Angestrebt wird eine Verbesserung der gesundheitlichen Arbeitsbedingungen, des Arbeitsklimas, der Mitarbeiterzufriedenheit und der gesundheitlichen Situation von Pflegekräften.

Zusammenarbeit und Vernetzung

Verbunden mit dem Ziel, BGF zu verbreiten und insbesondere Kleinst-, kleine und mittelständische Unternehmen für die Umsetzung zu gewinnen, ist im Rahmen der BGF-Koordinierungsstelle in den letzten Jahren eine Zusammenarbeits- und Netzwerkstruktur entstanden. Der transparente sowie partizipative Austausch und die aktive Vernetzung zur Förderung der Gesundheit in der Arbeitswelt bilden den Kern der BGF-Koordinierungsstelle:

Abbildung 6: Vernetzungsstruktur der BGF-Koordinierungsstellen



Quelle: Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstellen.

Kooperation mit Unternehmensorganisationen und Interessenvertretungen der Krankenhäuser und Pflege

Die GKV-Kolleginnen und Kollegen auf der Landesebene organisieren die überbetriebliche Vernetzung und Zusammenarbeit und schließen die gesetzlich nach § 20b Abs. 3 SGB V vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen mit Unternehmensorganisationen, z. B. mit Industrie- und Handelskammern, Arbeitgeberverbänden und Interessenvertretungen der Krankenhäuser und Pflege. In allen Bundesländern sind Kooperationsvereinbarungen geschlossen worden. Bundesweit sind dies insgesamt 123, davon etwa 67 mit Unternehmensorganisationen und etwa 29 % mit Fachverbänden der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Weitere örtliche Unternehmensorganisationen und Interessenorganisationen der Krankenhäuser und Pflege können beitreten. Darüber hinaus werden bei der landesspezifischen Ausgestaltung der 16 BGF-Koordinierungsstellen sowohl die Träger der LRV als auch weitere regionale Institutionen und Akteure eingebunden.

Die Unternehmensorganisationen sowie Interessenvertretungen der Pflege und Krankenhausgesellschaft sind zentrale Kooperationspartner der BGF-Koordinierungsstellen. Über die Zugänge der Verbände und Interessenvertretungen sollen vor allem kleine und Kleinst-Unternehmen auf die Möglichkeiten und Chancen von BGF aufmerksam gemacht werden. Im Rahmen der Multiplikatorenrolle fördern die Unternehmensorganisationen die Bekanntheit der BGF-Koordinierungsstellen, indem sie beispielsweise in ihren Kommunikationsmedien über das BGF-Beratungsangebot informieren und auf das Informations- und Beratungsportal verlinken oder in gemeinsamen organisierten Veranstaltungen bei den Unternehmen für eine aktive Umsetzung von BGF werben.

Die von der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstellen organisierten jährlichen Informations- und Erfahrungsaustausche „Runder Tisch Unternehmensorganisationen“ und „Runder Tisch Pflege“ mit den Vertreterinnen und Vertretern auf der Bundesebene sollen zur Intensivierung des Austauschs von Entwicklungen im Bereich der arbeitsweltbezoge-

nen Gesundheitsförderung beitragen und Potenziale für die Weiterentwicklung der BGF-Koordinierungsstellen aufzeigen, insbesondere von Ansätzen zur Verbreitung von BGF sowie zur Erreichung kleiner Unternehmen und Einrichtungen. Die vertretenen Unternehmensorganisationen und die Verbände der Pflegeeinrichtungen betonen in den Treffen die zentrale Bedeutung von BGF. Auch das Gesundheits- und Sozialwesen sei eine Branche mit einem hohen Potenzial für die Umsetzung. Die COVID-19-Pandemie, die Herausforderungen und Vorrangigkeit des Tagesgeschäfts und die zu erfüllenden gesetzlichen Verpflichtungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz ließen kaum Möglichkeiten, dem freiwilligen Thema - auch mit dem Wissen um dessen Mehrwert - die erforderliche Priorität einzuräumen.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

Die BGF-Koordinierungsstellen unterstützen das Ziel Gesund leben und arbeiten der nationalen Präventionsstrategie und setzen die BRE für eine verbesserte Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sukzessive um. Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung von Leistungen weisen die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der BGF-Koordinierungsstellen nicht nur auf das eigene Angebot hin, sondern auch auf Angebote der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie auf den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung - unter anderem auf der Startseite des Informations- und Beratungsportals unter „BGF erklärt“ und auf den Bundeslandseiten unter „Kooperationen“.

Alle Sozialversicherungsträger wie auch der staatliche Arbeitsschutz unterstützen und beraten Betriebe zu Aspekten von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Gemeinsam sind sie daran interessiert, dass die Zahl der aktiven Betriebe in diesen Handlungsfeldern zunimmt. Die BGF-Koordinierungsstellen bieten in der Ausgestaltung ein weiteres Feld für akteurs- und trägerübergreifende Kooperationen. Über sie lassen sich die jeweils bedarfsgerechten Angebote und Unterstützungsleistungen der jeweiligen Akteure für Betriebe zugänglich machen. Gleichzeitig können die BGF-Koordinierungsstellen genutzt werden, um schnell und unkompliziert Betriebe an Beratungsmöglichkeiten im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu vermitteln. Auf der Landesebene finden im Zusammenhang mit den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen hierzu zahlreiche Abstimmungen statt.

Insoweit leisten die regionalen BGF-Koordinierungsstellen einen wichtigen Beitrag auf dem Weg in eine gesündere Arbeitswelt. BGF ist für Unternehmen eine freiwillige Leistung. Sie sind es, die den Mehrwert betrieblicher Gesundheitsinvestitionen erkennen müssen, um Angebote der BGF miteinzubeziehen.

Die gesetzlichen Krankenkassen setzen sich in allen Bundesländern und auf der Bundesebene dafür ein, den Nutzen und Mehrwert der BGF in die Verbreitung zu bringen. Die Verstetigung und Weiterentwicklung der BGF-Koordinierungsstellen ist in hohem Maße von der Zusammenarbeit mit den für die Gesundheit in der Arbeitswelt verantwortlichen Akteuren und Partnern abhängig. Die sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit - unter anderem im Sinne einer Lotsenfunktion - zu fördern, bleibt ein zukünftiger Schwerpunkt der BGF-Koordinierungsstellen ebenso wie die Sensibilisierung und Vermittlung eines breiten Gesundheitsverständnisses im Setting Betrieb. Beides bietet Unternehmen einen direkten Mehrwert. Im Hinblick auf die Multiplikatorenfunktion der Partner der BGF-Koordinierungsstellen ist das Potenzial noch nicht ausgeschöpft. Die Zusammenarbeit auf Länderebene wird von den regionalen BGF-Koordinierungsstellen und von den Unternehmens- und Interessenvertretungen als heterogen beschrieben und steht in der Regel mit den zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen sowie den gesetzlichen Rahmenbedingungen in Zusammenhang. Die Verpflichtung für Kooperationen ist bislang einseitig für die GKV verankert und erfordert ein hohes Engagement durch diese. Gleichwohl sind neben den gesetzlichen Krankenkassen auch die Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie die Unternehmensorganisationen und Interessenvertretungen der Pflege - letztere insbesondere aufgrund ihrer Nähe zu den kleinen und mittleren Unternehmen - eine wichtige Brücke und können gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen wirkungsvoll dazu beitragen, vom Mehrwert der BGF zu überzeugen und den Bekanntheitsgrad der BGF-Koordinierungsstellen weiter zu erhöhen. Zur künftigen Einbindung dieser in die erfolgreiche Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen sollten sie als Normadressaten ebenfalls angesprochen werden. Neben einer geeigneten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, der weitgehenden Vernetzung sowie der Durchführung von Veranstaltungen spielt auch die Wahrnehmung der den Unternehmensorganisationen zugeschriebenen Multiplikatorenfunktion somit eine entscheidende Rolle.

Eine weitere wichtige Stellschraube für die Verankerung des Themas Gesundheit im Betrieb ist die Identifikation des Nutzens von BGF für die Unternehmen sowie das Vorhandensein notwendiger Ressourcen. Die Literatur belegt, dass das Wissen zum Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und dem Mehrwert in Unternehmen in Deutschland zu wenig verbreitet ist. Es sind weiterhin gezielte und akteurs- und sozialversicherungsträgerübergreifende Maßnahmen notwendig, um gerade Kleinst- und kleine Unternehmen aufgrund der begrenzten personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen von dem Mehrwert der Investition in die Gesundheit von Beschäftigten zu überzeugen. Darüber hinaus steht gerade bei Kleinst- und Kleinunternehmen der Unternehmenszweck prioritär im Fokus, denn dies sichert das Bestehen des Unternehmens. BGF kann allerdings nur dann erfolgreich sein, wenn Unternehmen den Mehrwert von Gesundheit als Teil der Unternehmenskultur aufnehmen und eigene Ressourcen einbringen und somit in langfristige Strukturveränderungen investieren.

2.1.2 GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG

Neben der Leistung von Renten wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit und Todes (§ 33 SGB VI) erbringt die GRV auch Leistungen zur Teilhabe. Das schließt unter anderem Leistungen zur Prävention sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben ein. Mit diesen soll auf eine möglichst lange und uneingeschränkte Erwerbsfähigkeit der Versicherten hingewirkt werden (§ 9 SGB VI).³⁰ Dementsprechend sind die Leistungen der GRV zur Prävention auf das Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE ausgerichtet. Im Sinne der BRE sind insbesondere Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI, der Firmenservice der GRV sowie das vernetzte Handeln mit der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung für das Erreichen der gemeinsamen Ziele von Bedeutung. In diesem Kapitel werden die Leistungen der GRV zur Prävention für die Berichtsperiode von 2018 bis 2021 dargestellt.³¹

2.1.2.1 Leistungen zur Prävention gemäß § 14 SGB VI

Die Leistungen zur Prävention gemäß § 14 SGB VI beinhalten verhaltenspräventive Angebote für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, sowie die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres.

Verhaltenspräventive Angebote (Präventionsprogramm RV Fit)

Das Präventionsprogramm „RV Fit“ beinhaltet die verhaltenspräventiven Angebote der GRV und bündelt diese in ein Konzept zur nachhaltigen Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen ein (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV Bund], 2020). Die Teilnahme am Programm beinhaltet Kurse und Aktivitäten zu den Themen Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress und wird entlang verschiedener Phasen durchgeführt (Startphase, Trainingsphase, Eigenaktivitätsphase, Auffrischungsphase).

Die Startphase findet stationär oder ganztägig ambulant in einer Präventions- oder Rehabilitationseinrichtung statt und dauert drei (ganztägig ambulant) oder fünf Tage (stationär). Während der Startphase wird der individuelle Gesundheitszustand durch eine ärztliche Eingangsdiagnostik und die Erstellung eines berufsbezogenen, individuellen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils erfasst sowie ein individueller Trainingsplan erstellt. Weiterhin findet der theoretische und praktische Einstieg in das Präventionsprogramm statt. Dazu werden Impulsvorträge und -veranstaltungen zu den Themen Bewegung, Ernährung und dem Umgang mit Stress angeboten. Die mindestens dreimonatige Trainingsphase findet berufsbegleitend statt. Vor oder nach der Arbeit besuchen die Teilnehmenden ein- bis zweimal pro Woche verschiedene Kurse in der Gruppe, die von professionellen Trainern begleitet werden. Dabei werden die Übungen auf das individuelle Niveau angepasst. Ziel der Kurse ist, Bewegung, gesunde Ernährung und besseren Umgang mit Stress nachhaltig in den Alltag zu

30 Der Gesetzestext (§ 9 Abs. 1 SGB VI) wurde zusammengefasst, um die Lesbarkeit zu verbessern. Der vollständige Gesetzestext lautet: „Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Die Leistungen zur Prävention haben Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.“

31 Bei der Darstellung von Zeitreihen wird zudem das Jahr 2017 berücksichtigt, um an die Berichterstattung im Rahmen des ersten Präventionsberichts der NPK anzuschließen.

integrieren. Der Trainingsphase schließt sich die Eigenaktivitätsphase an, während der die Teilnehmenden das Gelernte eigenständig umsetzen. Drei bis sechs Monate nach Abschluss der Trainingsphase schließt die Präventionsleistung mit der Auffrischungsphase ab. Hier wird an einem (ganztägig ambulant) oder drei Tagen (stationär) in einer Rehabilitationseinrichtung das zuvor Erlernte aufgefrischt und verstetigt sowie Unterstützung bei der Bewältigung von Umsetzungshindernissen gegeben. Durch die Auswahl der Schwerpunktthemen Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress soll „RV Fit“ einen Beitrag zur Erreichung der inhaltlichen Ziele der BRE im Bereich Gesund leben und arbeiten (Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt; Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt) leisten.

Die Anzahl der Anträge auf Teilnahme an „RV Fit“ wie auch die Anzahl der bewilligten Anträge stieg im Zeitraum von 2017 bis 2021 jedes Jahr an.³² 2017 wurden 7.200 Anträge gestellt, wovon 4.800 bewilligt wurden (Bewilligungsquote: 66,6 %). 2021 war die Anzahl der gestellten Anträge mit 18.700 mehr als doppelt so hoch. Davon wurden 79 % bewilligt, sodass sich die Anzahl der bewilligten Anträge im Vergleich zu 2017 sogar verdreifachte. Diese Entwicklungen können unter anderem durch Anstrengungen der GRV erklärt werden, die Form der Ansprache sowie die Antragstellung konsequent an den Bedürfnissen der Versicherten auszurichten. So ging im Juli 2020 das Präventionsportal „RV Fit“ online, das mit bürgernahe Sprache, einem schlanken Antragsprozess und der Neugestaltung des digitalen Nutzererlebnisses mehr Menschen zur Teilnahme motivieren soll. Der Anteil der Online-Anträge ist seitdem von 6 % auf 76 % angestiegen.

Die COVID-19-Pandemie stellte einen großen Einschnitt in die Präventionsbemühungen der GRV dar. Durch pandemiebedingte Beschränkungen wurden Einrichtungen geschlossen und der Bewegungsradius der Menschen eingeschränkt. Vielerorts kamen Präventionsmaßnahmen komplett zum Erliegen. Die GRV reagierte auf die Pandemie, indem besondere Anstrengungen zur Digitalisierung der „RV Fit“-Angebote unternommen wurden. Im August 2022 existierten mindestens 11 Projekte zur Integration digitaler Elemente in 25 Einrichtungen, die von acht Rentenversicherungsträgern durchgeführt werden. In allen Projekten werden dabei digitale Lernelemente in die Startphase integriert und die Trainingsphase findet

überwiegend digital statt. Insofern handelt es sich um hybride Gestaltungen mit einem Mix aus Präsenz- und digitalen Modulen.

Angebot zur Gesundheitsvorsorge für Beschäftigte ab 45 Jahre: Der Ü45-Check

Am 14.12.2016 trat das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) in Kraft. Damit beauftragte der Gesetzgeber die GRV, eine Leistung zur freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres zu entwickeln und zu erproben (§ 14 Abs. 3 SGB VI).

Die GRV kam diesem Auftrag unter anderem dadurch nach, dass sie 2018 bis 2019 in Kooperation mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin (Abteilung Sportmedizin) im Rahmen eines eigenständigen Forschungsprojekts einen wissenschaftlich validierten Screening-Fragebogen entwickelte. Dieser dient als Instrument zum Kurzscreening, mit dem der Präventions- und Rehabilitationsbedarf der Befragten ermittelt werden kann. Er erfasst die Dimensionen Erwerbsfähigkeit, psychische Befindlichkeit, Funktionsfähigkeit, Bewältigungsverhalten sowie Sport und Bewegung (Brünger et al., 2021). Sein Einsatz sowie der Einsatz anderer Angebote zur Gesundheitsvorsorge, beispielsweise eine hausärztliche Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (Charité - Universitätsmedizin Berlin, o. D.) oder ein umfassendes medizinisch-psychologisches Assessment in einem ambulanten Rehabilitationszentrum (Deutsche Rentenversicherung Westfalen [DRV Westfalen], 2019), wurden von den Trägern der GRV im Zeitraum von 2018 bis 2022 im Rahmen von neun Modellprojekten erprobt. Seit 2019 werden die Modellprojekte wissenschaftlich durch die Pädagogische Hochschule Freiburg begleitet, um eine Gesamtevaluation des Vorhabens zu realisieren (Pädagogische Hochschule Freiburg, o. D.). Die Evaluationsergebnisse sollen 2024 vorgestellt werden. Auf Basis der Ergebnisse soll dabei auch eine Empfehlung für die Bundesregierung zur langfristigen Implementierung des Ü45-Checks gemäß § 14 SGB VI gegeben werden.

32 2017: von 4.240 Anträgen wurden 2.034 bewilligt; 2018: von 8.572 Anträgen wurden 6.104 bewilligt; 2019: von 10.558 Anträgen wurden 7.277 bewilligt; 2020: von 11.755 Anträgen wurden 9.479 bewilligt; 2021: von 18.718 Anträgen wurden 14.785 bewilligt.

2.1.2.2 Der Firmenservice der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung ist ein bundesweites Beratungsangebot für Arbeitgebende. Seit März 2015 berät der Firmenservice der GRV Unternehmen zu den Themen Gesunde Mitarbeiter, Rente und Altersvorsorge sowie Beiträge und Meldungen zur Sozialversicherung. Beim Thema Gesunde Mitarbeiter stehen die Leistungen zur Teilhabe, einschließlich der Prävention, die Beratung zur Einführung und Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements und Informationen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement im Mittelpunkt. Hierbei nimmt der Firmenservice auch eine Lotsen- und Wegweiserfunktion zu anderen Sozialversicherungsträgern wahr. Das kostenfreie Beratungsangebot richtet sich insbesondere an Arbeitgebende, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzte, Betriebsrätinnen und -räte sowie Schwerbehindertenvertretungen kleiner und mittlerer Unternehmen. Der Zugang zur Beratung erfolgt über ein bundesweites Servicetelefon, das die Anrufe automatisch in die entsprechende Region weiterleitet,³³ oder per E-Mail. Bei entsprechendem Bedarf ist auch eine Beratung vor Ort oder per Video möglich.

2.1.2.3 Kooperationen und vernetztes Handeln

Gemäß dem Prozessziel „Die Träger der NPK fördern abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen in der arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Unterstützung von Betrieben [...]“³⁴ unternahm die GRV im Berichtszeitraum vielfältige Aktivitäten zur Förderung von Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren der Prävention.

Ein Ziel der GRV ist es, Präventions- und Rehabilitationsbedarfe in der betrieblichen Lebenswelt frühzeitig zu erkennen. Daraus ergibt sich eine wichtige Schnittstelle mit der GUV, die sich für den Schutz der Gesundheit in dieser Lebenswelt engagiert (vgl. Abschnitt 2.1.3). Dementsprechend wurde im Jahr 2016 die Kooperationsvereinbarung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ geschlossen. Ziele gemäß dieser Vereinbarung sind die Forcierung gemeinsamer Modellprojekte, die Zusammenarbeit bei der Beratung von Unternehmen, die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. [DGUV] & DRV Bund, 2016). Im Berichtszeitraum wurde das gemeinsame Engagement

fortgeführt und ausgebaut. So fand im Januar 2020 ein gemeinsamer Führungskräftekongress in Dresden statt. Unter dem Motto „Vom Modellprojekt zum bundesweiten Rollout“ wurden Erfahrungen mit gemeinsamen Modellprojekten ausgetauscht. Die dabei gesammelten Anregungen, Vorschläge und Ideen wurden im „Begleitkreis Renten- und Unfallversicherung“ ausgewertet und in konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Kooperation überführt. Eine dieser Maßnahmen war die Veröffentlichung des Eckpunktepapiers „Praktiker-Netzwerktreffen“. Dieses richtet sich an Mitarbeitende beider Organisationen und zeigt auf, wie regionale Treffen zwischen den beiden Sozialversicherungszweigen und ihren Beschäftigten initiiert werden können und eine erfolgreiche Vernetzung sowie Kooperation erfolgen kann.

Im Berichtszeitraum wurde zudem darauf fokussiert, die Beraterinnen und Berater des Firmenservice in ihrer Lotsenfunktion zu stärken (vgl. Abschnitt 2.1.2.2). So wurden beispielsweise gemeinsame Qualifizierungsmaßnahmen mit Beraterinnen und Beratern der GUV durchgeführt und Informationsbroschüren entwickelt, die die Beraterinnen und Berater dazu befähigen, Unternehmen zielgerichtet auf Leistungen des jeweils anderen Sozialversicherungsträgers hinweisen zu können. Darüber hinaus ermöglichten einige Träger der GUV Beraterinnen und Beratern des Firmenservice die Teilnahme an verpflichtenden Seminaren für Unternehmen, woraus sich für den Firmenservice Möglichkeiten ergaben, insbesondere kleine Betriebe direkt anzusprechen.

Ein Beispiel für ein kooperatives Modellprojekt, bei dem die GRV neben der GUV auch mit der GKV und einem Großunternehmen kooperiert, ist das Modellprojekt „Ganz. Sicher. Gesund. Voneinander wissen, miteinander handeln, Sicherheit und Gesundheit managen“ in der Linde GmbH. Im Rahmen des 2021 gestarteten Projekts unterstützen die Sozialversicherungsträger die Linde GmbH dabei, die bisher nebeneinander bestehenden Angebote des BGM und der Arbeitssicherheit sowohl auf Konzernebene als auch in den großen und kleinen Standorten systematisch zu kommunizieren, zu koordinieren und auszubauen. Für die GRV ergibt sich daraus die Chance, Betreuungsstrukturen des Firmenservice auf Konzernebene sowie regionale Kooperationsstrukturen und -verfahren mit der GUV und der GKV aufzubauen und zu erproben.

³³ Die 17 Träger der GRV haben jeweils einen eigenen Firmenservice.

³⁴ Dieses Prozessziel ist eines der speziellen Ziele für die Zielgruppe der Erwerbstätigen gemäß der BRE.

Auch der Ausbau der Kooperation von GRV und GKV vollzieht sich entlang der Verzahnung bestehender Strukturen (vonseiten der GRV ist diesbezüglich insbesondere auf den Firmenservice zu verweisen, vonseiten der GKV auf die BGF-Koordinierungsstellen) und gemeinsamer Modellprojekte. Ein Beispiel für die Verzahnung der etablierten Beratungsangebote ist der Verweis von der Internetpräsenz der BGF-Koordinierungsstellen auf den Firmenservice der GRV. Im 2021 gestarteten Modellprojekt „PFLEGEprevent – Gesund im Pflegealltag“ wird der verhaltenspräventive Ansatz des GRV-Angebots „RV Fit“ (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) mit dem verhältnispräventiven Ansatz des Beratungsangebots „MEHRWERT:PFLEGE“ (Verband der Ersatzkassen e. V [vdek], 2022) der Ersatzkassen kombiniert. Durch die Verzahnung dieser Angebote wird ein ganzheitlicher Ansatz erprobt, um die Gesundheit der Mitarbeitenden in der Pflegebranche besser zu schützen und zu fördern.

2.1.3 GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

Das Engagement der GUV zur Prävention ist in ihrem gesetzlichen Auftrag begründet, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen (§ 14 Abs. 1 SGB VII). Durch eine Reihe von Präventionsleistungen (siehe unten) unterstützt sie Arbeitgeber dabei, ihrer Verantwortung für die Sicherheit und die Gesundheit der Mitarbeitenden nachzukommen. Dementsprechend adressiert das präventive Engagement der GUV insbesondere das Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE. Das Engagement der GUV zum Ziel Gesund aufwachsen ergibt sich einerseits aus der Unterstützung der Träger von Bildungseinrichtungen und andererseits aus dem Auftrag, die Sicherheit und Gesundheit von Kindern während des Besuchs von Tageseinrichtungen, von Schülerinnen und Schülern während des Besuchs von allgemein- und berufsbildenden Schulen sowie von Studierenden während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII) sicherzustellen. Maßgeblich für das Handeln der GUV ist

des Weiteren die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) – eine auf Dauer angelegte konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern zur Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (BMAS, 2019). Die GDA dient als Grundlage für die Konkretisierung des Ziels Gesund leben und arbeiten in den BRE.

In diesem Kapitel werden neben den Präventionsleistungen der GUV (Abschnitt 2.1.3.1) auch die Schwerpunkte und die Evaluation der aktuellen GDA-Periode (Abschnitt 2.1.3.3) sowie das Engagement der GUV im Bereich vernetztes Handeln und Kooperation (Abschnitt 2.1.3.2) dargestellt. Die Ausführungen beziehen sich auf die Berichtsperiode von 2018 bis 2021.³⁵

2.1.3.1 Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Auf der operativen Ebene besteht das Engagement der GUV in der Erbringung von zehn Präventionsleistungen.³⁶ Daneben erbringt die GUV auch Leistungen im Rahmen der Individualprävention an versicherte Personen mit einem individuell erhöhten Erkrankungsrisiko, um der Entstehung, der Verschlimmerung oder dem Wiederaufleben einer Berufskrankheit entgegenzutreten. In den nachfolgenden Abschnitten werden diese Leistungen beschrieben und entsprechende Aktivitäten im Zeitraum von 2018 bis 2021 dargestellt.³⁷ Dabei wird insbesondere auf Präventionsleistungen und Aktivitäten eingegangen, die in engem Zusammenhang mit den konkretisierten Zielen des übergeordneten Ziels Gesund leben und arbeiten in den BRE³⁸ stehen oder das Engagement der GUV zum Ziel Gesund aufwachsen veranschaulichen. Die Ausführungen in diesem Kapitel basieren insbesondere auf den Berichten „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ und DGUV-Statistiken für die Praxis aus den Berichtsjahren 2017 bis 2021.

35 Bei der Darstellung von Zeitreihen wird zudem das Jahr 2017 berücksichtigt, um an die Berichterstattung im Rahmen des ersten Präventionsberichts der NPK anzuschließen.

36 Im Katalog der Präventionsleistungen (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., 2019) führt die DGUV zehn Präventionsleistungen an. In diesem Kapitel wird zusätzlich die Individualprävention berücksichtigt.

37 Bei der Darstellung von Zeitreihen wird zudem das Jahr 2017 berücksichtigt, um an den ersten Präventionsbericht der NPK anzuknüpfen.

38 Prozessziel: „Die Träger der NPK fördern abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen in der arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Unterstützung von Betrieben [...]“. Inhaltliche Ziele: „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt“, „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“.

Die Präventionsleistungen der GUV richten sich an alle Unternehmen, Haushalte und Einrichtungen, in denen versicherungspflichtige Personen³⁹ arbeiten bzw. lernen. Im Jahr 2021 waren das 3,7 Millionen Unternehmen und Haushalte sowie 145.000 Einrichtungen (Kindertageseinrichtungen, Schulen und Hochschulen; DGUV, 2022a). Die Präventionsleistungen der GUV werden von Beschäftigten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen erbracht. Dies sind ca. 2.300 Aufsichtspersonen, 700 Präventionsfachkräfte sowie 700 Beschäftigte aus den Bereichen Arbeitsmedizin und Wissenschaft (Stand 2021; (DGUV, 2022a). Sie arbeiten eng mit den Arbeitgebern zusammen, die für die Umsetzung von präventiven Maßnahmen in den Unternehmen und Einrichtungen verantwortlich sind, sowie mit den von den Arbeitgebenden bestellten Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten.

Beratung (auf Anforderung)

Im Berichtszeitraum wandte sich jedes Jahr eine große Anzahl an Unternehmen und Einrichtungen an die Träger der GUV, um Beratung zu Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu erhalten: 2017 fanden ca. 180.000 Beratungen vor Ort statt, 2018 und 2019 jeweils etwa 190.000 (DGUV, 2018a, 2019, 2020). Neben den Beratungen vor Ort wurden zudem in den Jahren 2017 bis 2019 jeweils ca. 450.000 telefonische Beratungen durchgeführt (DGUV, 2018a, 2019, 2020). 2020 wurde insgesamt eine ähnliche Anzahl an Beratungen durchgeführt wie in den vorhergehenden Jahren, wobei die Anzahl der vor Ort durchgeführten Beratungen deutlich zurückging (auf ca. 120.000), während die Anzahl der telefonischen oder schriftlichen Beratungen deutlich zunahm (auf ca. 520.000; (DGUV, 2021a). Diese Verschiebung kann durch die pandemische Situation 2020 erklärt werden, in der nach Möglichkeit auf räumliche Distanzierung zu achten war. Auch 2021 wurden im Vergleich zu den Jahren vor 2020 weniger Beratungen vor Ort durchgeführt (ca. 140.000), während die Anzahl der telefonischen oder schriftlichen Beratungen auf hohem Niveau blieb (ca. 490.000; (DGUV, 2022a).

Adressaten der Beratung sind insbesondere Führungskräfte, die betrieblichen Interessenvertretungen (z. B. Betriebsrat, Mitarbeitervertretung) sowie die Beschäftigten. Typische Beratungsinhalte sind die Verbesserung der Arbeitsplatzergonomie sowie die Erfassung psychischer Belastung am Arbeitsplatz, womit die konkretisierten Ziele im Handlungsfeld *Gesund leben und arbeiten* adressiert werden.

Überwachung und anlassbezogene Beratung

Mit der hoheitlichen Befugnis zur Überwachung kontrollieren qualifizierte Aufsichtspersonen die Durchführung angezeigter betrieblicher Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Sicherstellung der Ersten Hilfe. Durch diese Kernaufgabe der Unfallversicherungsträger können Aufsichtspersonen (auch unangekündigt) jeden Betrieb und jede Einrichtung eigeninitiiert besichtigen und sich ein Bild von der realen, alltäglichen Situation vor Ort machen. Insbesondere werden Betriebe und Einrichtungen mit erhöhtem Gefährdungsrisiko aufgesucht.

Im Bereich der Überwachung und anlassbezogenen Beratung sind die Möglichkeiten begrenzt, den Wegfall von Besuchen vor Ort durch die Nutzung anderer Kommunikationskanäle zu kompensieren. Dementsprechend ist für 2020 aufgrund der pandemischen Situation mit 166.595 besichtigten Unternehmen und Einrichtungen ein Rückgang an besichtigten Unternehmen und Einrichtungen zu verzeichnen (BMAS & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA], 2021); 2017 wurden 220.475, 2018 223.129 und 2019 230.076 Unternehmen und Einrichtungen realisiert (DGUV, 2018a, 2019, 2020). Im Jahr 2021 konnten mit 176.658 Unternehmen und Einrichtungen wieder mehr Besichtigungen realisiert werden als im Jahr 2020, das Niveau der Jahre vor der Pandemie konnte jedoch noch nicht wieder erreicht werden. Wenngleich ein Rückgang der Besichtigungen vor Ort zu berichten ist, zeigen diese Daten, dass es der GUV gut gelungen ist, auch während der COVID-19-Pandemie Kontrollen durchzuführen und anlassbezogen zu beraten. Die ca. 2.300 Aufsichtspersonen der Träger der GUV⁴⁰ stellten dabei insbesondere die Prävention von SARS-CoV-2 sicher, wobei sie auf

39 Versicherungspflichtig sind unter anderem Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Ausbildung beschäftigt sind, behinderte Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen (§ 1 SGB VI) tätig sind sowie selbstständig Tätige in bestimmten Berufsfeldern (z. B. Hebammen) (§ 2 SGB VII).

40 Beschäftigte Aufsichtspersonen 2017: 2.327, beschäftigte Aufsichtspersonen 2018: 2.326, beschäftigte Aufsichtspersonen 2019: 2.319, beschäftigte Aufsichtspersonen 2020: 2.303, beschäftigte Aufsichtspersonen 2021: 2.324. Die Angaben enthalten auch Aufsichtspersonen in Vorbereitung.

in kürzester Zeit entwickelte branchenspezifische Konkretisierungen des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards zurückgreifen konnten. Die branchenspezifischen Konkretisierungen präzisieren die Anforderungen an den betrieblichen Infektionsschutz für jede Branche oder Tätigkeitsform in Unternehmen und Einrichtungen in Deutschland. In Branchen, die während der Pandemie öffentlich im Fokus standen, bedeutete dies z. B. eine Haarwaschempfehlung mit Schutzhandschuhen vor jedem Haarkontakt in Friseursalons, spezifische Organisationsstrukturen in Sammelunterkünften der Fleischwirtschaft oder die zeitliche und räumliche Trennung verschiedener Gewerke auf Baustellen der Bauwirtschaft. In der COVID-19-Pandemie wurden zudem neue Überwachungsmethoden, z. B. mithilfe von Videoüberwachungen und schriftlichen Selbstauskünften, erprobt.

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung

Gemäß § 2 Abs. 1 der DGUV Vorschrift 2 (DGUV, 2012) hat die Unternehmerin oder der Unternehmer Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Wahrnehmung der in den §§ 3 und 6 ASiG bezeichneten Aufgaben schriftlich zu bestellen. Um insbesondere Klein- und Kleinstbetriebe sowie Betriebe in strukturschwachen Regionen dabei zu unterstützen, dieser Verpflichtung nachzukommen, haben Träger der GUV arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Kompetenzzentren eingerichtet. Diese halten qualitätsgesicherte Angebote der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung vor.

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) hat z. B. das „Kompetenzzentren-Portal der VBG“ (KPZ-Portal) entwickelt, das Unternehmen mit bis zu zehn Beschäftigten dabei unterstützt, ihren Pflichten zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß dem Arbeitssicherheitsgesetz nachzukommen. Das Angebot beinhaltet unter anderem internetbasierte Selbstlernangebote, eine kostenfreie Hotline sowie eine Online-Plattform zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft [VBG], o. D.). Um Wege zur Ausschöpfung des Betreuungspotenzials von Kleinbetrieben zu finden, haben die DGUV, die Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW) von 2018 bis 2020 mit dem Pilotprojekt „Zentrumsmodell“ in Ostwestfalen-Lippe einen

neuen Ansatz erprobt, um Klein- und Kleinbetriebe dabei zu unterstützen, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu finden (Bell et al., 2021). Im Laufe der Erprobungsphase hat die DGUV mithilfe eines speziellen Zulassungsverfahrens (Open-House-Modell) einen Pool aus 18 Dienstleisterinnen und Dienstleistern für betriebsärztliche und sicherheitstechnische Leistungen gebildet. Mitgliedsbetriebe der beteiligten Berufsgenossenschaften aus Ostwestfalen-Lippe konnten sich von diesen Fachleuten beraten lassen. So ist ein trägerübergreifendes Betreuungsnetzwerk für Sicherheit und Gesundheit im Betrieb entstanden.

Qualifizierung

Die Präventionsleistung Qualifizierung der GUV richtet sich an eine Vielzahl von Akteuren. Zielgruppe der Aus- und Fortbildungsmaßnahmen sind z. B. Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte. Für die Entwicklung einer Kultur der Prävention in den betrieblichen Settings ist die Sensibilisierung und Schulung betrieblicher Akteure von besonderer Bedeutung. Darum realisierte die GUV im Berichtszeitraum ein breites Angebot an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte, Betriebs-/Personalräte, Sicherheitsbeauftragte und weitere betriebliche Akteure. Viele der Angebote sind zielgruppenspezifisch, sodass z. B. auf Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit mit besonderer Relevanz für Führungskräfte oder Auszubildende eingegangen wird.

2018 und 2019 nahmen jeweils ca. 280.000 Betriebsangehörige an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen der GUV teil (DGUV, 2019, 2020).⁴¹ In den Jahren 2020 und 2021 wurde die Erbringung von Leistungen zur Qualifizierung durch die COVID-19-Pandemie eingeschränkt, dennoch konnten 118.298 Betriebsangehörige 2020 und 112.425 im Jahr 2021 erreicht werden. Neben Aus- und Fortbildungsangeboten für Führungskräfte und weitere Betriebsangehörige realisierte die GUV auch Angebote für die Sicherheitsbeauftragten der versicherten Unternehmen und Einrichtungen sowie für Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Auch bei diesem Personenkreis handelt es sich zum großen Teil um Angehörige der Betriebe, wobei die Maßnahmen insbesondere darauf abzielen, die Sicherheitsbeauftragten und Fachkräfte für Arbeitssicherheit darin zu qualifizieren, Unternehmerinnen und Unternehmer bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu unterstützen.

41 Die Zahlen für 2017 sind nicht vergleichbar, da bis zu diesem Jahr auch Unterweisungen zur ersten Hilfe mitgezählt wurden.

In den Jahren 2017, 2018 und 2019 wurden jeweils ca. 90.000 Sicherheitsbeauftragte und ca. 20.000 Fachkräfte für Arbeitssicherheit qualifiziert. Auch die Qualifizierung dieser Zielgruppen wurde durch die COVID-19-Pandemie limitiert. Durch die Umstellung von Präsenzveranstaltungen auf digitale Angebote bzw. hybride Formate konnten 2020 dennoch 46.479 und 2021 57.919 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschult werden.

Ein Beispiel für die Präventionsarbeit der GUV im Bereich Kompetenzentwicklung ist das Projekt „Kinder erforschen Sicherheit und Gesundheit“ (Hauke et al., 2021), das die Unfallkasse Rheinland-Pfalz in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) entwickelt hat. Seit 2019 bieten einige Unfallkassen Seminare an, die pädagogische Fachkräfte dazu befähigen sollen, Kinder mithilfe von einfachen und spannenden Experimenten über Unfallgefahren und Sicherheitsthemen aufzuklären. Die Umsetzung im Einrichtungsalltag wird durch eine umfangreiche Praxisbroschüre unterstützt, in der die Experimente und Spielideen zu den Themen Sichtbarkeit im Straßenverkehr, Stolpern - Rutschen - Stürzen, Hygiene und Hautschutz inkl. UV-Schutz, Haushaltgifte und Lärm zusammengestellt wurden.

Information, Kommunikation und Präventionskampagnen

Von Oktober 2017 bis Dezember 2021 führten die Träger der GUV die großangelegte Kampagne „kommittensch“ (DGUV, 2021c) zur Kultur der Prävention durch. Das Ziel der Kampagne war, für Sicherheit und Gesundheit bei allen Entscheidungen und Abläufen in Unternehmen und Einrichtungen zu sensibilisieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Unternehmen und Einrichtungen Instrumente zur Verfügung gestellt, um den Entwicklungsstand der eigenen Kultur zu bewerten (Analysetool „KulturCheck“ (DGUV, 2018b)) und einen Dialog zur Entwicklung der Kultur innerhalb der eigenen Organisation anzustoßen (Dialogkarten „Kulturdialo: Prävention“). Diese Maßnahmen wurden von einer Integration des Themas Kultur der Prävention in das Beratungs- und Überwachungshandeln sowie Angeboten zur Qualifizierung flankiert. Im Rahmen der Kampagne wurden unter anderem zahlreiche Medien und Tools, wie z. B. der „Kulturcheck“ oder die „Kulturdialo: Prävention“, erstellt und Bildungsangebote zum Thema geschaffen (Grellert et al., 2021). Nach der Beendigung der Kampagne werden sämtliche Materialien der Kampagne durch das Sachgebiet „Veränderung der Arbeitskulturen“ der DGUV weitergepflegt und verbreitet.

Gemeinsam mit der Kultusministerkonferenz startete die DGUV 2019 die bundesweite Initiative „Sicherheit und Gesundheit im und durch Schulsport“ (Kultusminister Konferenz [KMK] & DGUV, 2018). Schulsportunfälle stellen einen Unfallschwerpunkt in der Schülerunfallversicherung dar. Etwa jeder zweite der rund 409.000 Schulsportunfälle im Jahr 2019 ereignete sich bei den Ballsportarten und hier insbesondere im Fußball. Turn- und Wassersportunfälle machen einen vergleichsweise geringen Teil der gemeldeten Schulsportunfälle aus. Dennoch gehen damit oftmals schwere Verletzungen einher. Ziel der zunächst auf zehn Jahre ausgelegten Schulsportinitiative ist die Verbesserung der Sicherheit im unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Schulsport sowie der Gesundheitsförderung durch Schulsport. Das Vorhaben zielt auf eine Stärkung der Kultur der Prävention und wurde deshalb zeitlich und inhaltlich mit „kommittensch“ verknüpft. Erreicht werden sollen die Ziele der Initiative durch Qualifizierungsmaßnahmen für Lehrerinnen und Lehrer, die Weiterentwicklung von Gesetzen und Verordnungen sowie die Verteilung von Handreichungen für die Akteure des Schulsports. Ein Ergebnis der Schulsportinitiative ist die Ende 2019 veröffentlichte DGUV Information 202-107 „Schwimmen Lehren und Lernen in der Grundschule“ (Beise et al., 2019). Diese Schrift beruht auf der Leitidee, allen Schülerinnen und Schülern in der Grundschule das sichere Schwimmen als Teil der körperlichen Grundbildung zu vermitteln.

Im Juni 2020 hat die DGUV das Corona-Informationportal aufgebaut (DGUV, o. D.a). Mit diesem Portal wurden Betriebe und Bildungseinrichtungen dabei unterstützt, die durch das SARS-CoV-2 entstehenden Sicherheits- und Gesundheitsgefahren für Beschäftigte, Kinder, Jugendliche und Studierende zu verhüten. Speziell für Bildungseinrichtungen hat die DGUV mit ihren Mitgliedern, den Unfallversicherungsträgern, die sogenannten SARS-CoV-2-Schutzstandards für die Kindertagesbetreuung, Schulen sowie Hochschulen und Forschungseinrichtungen entwickelt. Sie konkretisierten für Bildungseinrichtungen die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel in deren Gültigkeitszeitraum bis zum 25. Mai 2022. Für Betriebe haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften entsprechende branchenspezifische Konkretisierungen erarbeitet und im Portal bereitgestellt. Die Inhalte des Portals wurden durch die enge Zusammenarbeit der DGUV mit ihren Forschungsinstituten und den Unfallversicherungsträgern stetig weiterentwickelt. Dabei wurden unter anderem Erkenntnisse der Bundesanstalt für Arbeitsschutz

und Arbeitsmedizin (BAuA) und des Robert Koch-Instituts sowie wissenschaftliche Evaluationen (Literaturstudien), aber auch eigene Forschungen (IPA-Maskenstudie - Einfluss verschiedener Maskentypen zum Schutz vor SARS-CoV-2 auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit und die subjektive Beeinträchtigung bei der Arbeit) berücksichtigt. Im Verlauf der COVID-19-Pandemie wurden regelmäßig DGUV-Pressemitteilungen herausgegeben, Publikationen in Zusammenhang mit den verstärkt in der COVID-19-Pandemie aufgetretenen Problemen wie der psychischen Belastung (FBGIB-004 [Branche Gesundheitsdienst] und FBGIB-005) und dem Bewegungsmangel in Schulen (FBBE-007) oder auch der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Zeiten der COVID-19-Pandemie (FBGIB-006 - mit Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung [DRV] und des Inklusionsamts Köln) veröffentlicht. Vereinzelt wurde dazu in den Berichten zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Betrachtungszeitraum informiert.

Mit Auslaufen der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung im Mai 2022 wurden die Inhalte des Portals angepasst. Seitdem werden dort allgemeine Empfehlungen zur Prävention von SARS-CoV-2 in Bildungseinrichtungen und Basisschutzmaßnahmen für Betriebe zum Schutz vor einer Infektion mit dem COVID-19-Virus bereitgestellt.

Ermittlung

Die GUV setzt verschiedene Methoden (z. B. Befragungen, Begehungen, Dokumenteneinsicht, physikalische Messungen) ein, um Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu ermitteln (verdachtsbezogene Ermittlung) oder Ursachen/Begleitumstände von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufzuklären (vorfallbezogene Ermittlung).

Ein wichtiger Bestandteil der verdachtsbezogenen Ermittlung ist das Messsystem Gefährdungsermittlung der Unfallversicherungsträger (MGU) - ein Verbund aus 23 messtechnischen Diensten der Träger der GUV und dem IFA (DGUV, 2022b). Das MGU dient der Ermittlung und Dokumentation valider und bewertbarer Mess- und Betriebsdaten über Expositionen gegenüber Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und Lärm am Arbeitsplatz. Die Daten stehen allen Trägern für die Präventionsarbeit, epidemiologische Untersuchungen und für Ermittlungen bei Berufskrankheiten sowie zu Forschungszwecken zur

Verfügung. 2019 wurden beispielsweise bei ca. 3.000 betrieblichen Messungen über 20.000 Probenahmen vorgenommen. Daraus wurden über 112.000 Messwerte analysiert, von denen 10 % krebserzeugende Gefahrstoffe betrafen. Alle im MGU ermittelten Expositionsdaten werden in der Expositionsdatenbank „MEGA - Messdaten zur Exposition gegenüber Gefahrstoffen am Arbeitsplatz“ dokumentiert.

Im Bereich der vorfallbezogenen Ermittlung untersuchen die Träger der GUV jährlich ca. 30.000 Unfälle und ca. 70.000 Berufskrankheiten.⁴²

Forschung, Entwicklung und Modellprojekte

Zum Ziel Gesund leben und arbeiten werden in den BRE die spezifischen inhaltlichen Ziele Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt sowie Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt aufgestellt. Diese Ziele sind für diverse präventive Aktivitäten der GUV handlungsleitend, unter anderem im Rahmen der bereits beschriebenen Aktivitäten zur Beratung, Überwachung und Qualifizierung. Parallel dazu adressiert die GUV diese Ziele - ebenso wie weitere Ziele für die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten. Damit wird dem Umstand einer sich wandelnden Arbeitswelt Rechnung getragen und der Anspruch erfüllt, den Versicherten stets bestmögliche Lösungen zum Schutz der Gesundheit anzubieten.

In diesem Sinn schloss das IFA 2019 zwei Forschungsprojekte zum Einsatz von Exoskeletten ab (IFA, o. D.). In beiden Projekten gehörte die biomechanische Analyse der Wirkung von Exoskeletten ebenso zu den Arbeitsschwerpunkten des IFA wie die ergonomische Evaluation in der betrieblichen Praxis. Ergebnisse bei Montage- und Hebetätigkeiten deuten einen entlastenden Einfluss von Exoskeletten auf ausgewählte Muskeln des Schultergürtels sowie der Rückenstreckmuskulatur an. Ein weiterer Ansatz zur Prävention von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist die möglichst genaue Erfassung und Beurteilung zugrunde liegender körperlicher Belastungen. Deshalb haben das IFA und die BAuA im Kooperationsprojekt „Mehrstufige Gefährdungsanalyse physischer Belastungen am Arbeitsplatz“ (MEGAPHYS) ein neues Methodeninventar entwickelt (DGUV, 2022c). Daten, die bereits mit dem neuen Inventar gewonnen

42 Untersuchte Unfälle 2017: 32.966, untersuchte Unfälle 2018: 29.362, untersuchte Unfälle 2019: 29.336, untersuchte Unfälle 2020: 26.572, untersuchte Unfälle 2021: 27.340. Untersuchte Berufskrankheiten 2017: 62.364, untersuchte Berufskrankheiten 2018: 68.284, untersuchte Berufskrankheiten 2019: 71.860, untersuchte Berufskrankheiten 2020: 75.677, untersuchte Berufskrankheiten 2021: 73.701.

wurden, führten unter anderem zur Überarbeitung der „DGUV Checkliste Muskel-Skelett-Belastungen“ zur orientierenden Gefährdungsbeurteilung körperlicher Belastung und zur Erstellung des „BAuA Basis-Checks und Einstiegsscreenings bei körperlicher Belastung“. Beide Instrumente wurden in der laufenden Periode der GDA im Jahr 2022 erprobt.

Bezüglich des Ziels Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt hat z. B. die VBG von Juli 2019 bis Ende 2021 gemeinsam mit der Fachhochschule Nordwestschweiz und der GITTA mbH das Forschungsprojekt „Agiles Arbeiten – flexibel, gesund, erfolgreich“ (VBG, 2021) durchgeführt. Ziel des Projekts war die Entwicklung von Präventionsangeboten, die Unternehmen eine Hilfestellung bieten, damit sie agiles Arbeiten nicht nur flexibel, sondern auch gesund und erfolgreich gestalten können. Dazu wurde im Projekt zunächst Wissen recherchiert, generiert und praxisgerecht aufbereitet. Untersucht wurde, welche Faktoren bei der Einführung und Gestaltung von agilem Arbeiten gesundheitsförderlich wirken und welche Faktoren die Gesundheit beeinträchtigen. Darauf aufbauend wurden Maßnahmen für betriebliche Interventionen entwickelt und erprobt.

Auch in der Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen und Hochschulen kommt der psychischen und sozialen Gesundheit eine zentrale Bedeutung zu. Mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Schulen vereinbarte der Fachbereich Bildungseinrichtungen der DGUV 2021 eine Kooperation zwischen nahezu allen Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand, der Leuphana Universität Lüneburg und der BARMER. Unter der Bezeichnung „MindMatters“ startete das wissenschaftlich fundierte bundesweite Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit von Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern an allgemein- und berufsbildenden Schulen. Das Programm basiert auf dem Konzept der guten gesunden Schule, das das konzeptionelle Fundament der schulischen Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger darstellt. Geplante Projektdauer ist von 2021 bis 2025 (MindMatters-Programzentrum, o. D.). Wichtige Erkenntnisse zum Zusammenhang von psychischer Gesundheit und dem Unfallrisiko von Schülerinnen und Schülern lieferte das von 2013 bis 2019 durchgeführte Forschungsprojekt „Gesundheitsverhalten und Unfallgeschehen im Schulalter“ (DGUV, 2021b). Die Studie zeigt, dass die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler der stärkste protektive Faktor gegenüber einer Verletzung ist. Die Ergebnisse legen nahe, dass Schülerinnen und Schüler, die berichten, häufiger

gereizt zu sein und schlechte Laune zu haben, schlecht zu schlafen, sich traurig, einsam und/oder unglücklich und deprimiert fühlen sowie Konzentrationsprobleme aufweisen, in stärkerem Ausmaß von Unfällen und Verletzungen im Schulkontext betroffen sind. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens reduziert die Verletzungswahrscheinlichkeit der Schülerinnen und Schüler im Schulsport um bis zu 12 %, auf dem Schulhof bzw. im Schulgebäude um bis zu 24 % und auf dem Schulweg um bis zu 27 %.

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen wurde im Jahr 2021 das von der DGUV geförderte Forschungsprojekt „Studienbedingungen und (psychische) Gesundheit Studierender“ begonnen (DGUV, 2021d). Ziel ist der bundesweite Einsatz des Bielefelder Fragebogens zu den Studienbedingungen an Hochschulen sowie dessen parallele Weiterentwicklung anhand der gesammelten Praxiserfahrungen. Hierbei sollen organisationale Ressourcen (z. B. Zufriedenheit mit der Hochschulverwaltung) und Belastungen (z. B. Zeitdruck bei der Arbeit) an befragten Hochschulen identifiziert werden, welche die psychische Gesundheit der Studierenden beeinflussen. Auf Basis der daraus folgenden Ergebnisse können mit nachhaltigen Konzepten Belastungsfaktoren ab- und Ressourcenfaktoren aufgebaut werden. Ein weiteres Ziel der Weiterentwicklung dieses hochschulspezifischen Instruments ist der Aufbau einer Hochschuldatenbank zu Studienbedingungen und Gesundheit. Aufgrund der gewonnenen Datenlage sollen erste hochschulübergreifende Trends und Präventionsansätze abgeleitet werden.

Prüfung/Zertifizierung

Seit 100 Jahren prüft die GUV Arbeitsmittel. Sicherheit und Gesundheit präventiv durch Prüfung und Zertifizierung zu erreichen, war damals und ist auch noch heute im Prüf- und Zertifizierungssystem DGUV Test der DGUV die Aufgabe. DGUV Test steht als Kompetenznetzwerk für eine sichere und gesunde Arbeitswelt und verbindet Wissenschaft, formelle Anforderungen und Praxis für innovative Entwicklungen. Fettbrände in Frittiergeräten, die einen Großbrand auslösen, ein LKW ohne Rückfahrsistenzsystem, der ein Kind übersieht – dies sind Gefahren, denen Menschen im Arbeitsalltag begegnen können. DGUV Test trägt durch Prüfung und Zertifizierung von Produkten (z. B. Staub beseitigende Maschinen, kollaborierende Roboter), Qualitätsmanagementsystemen und Personen (z. B. Demografie-Coach) dazu bei, dass solche Gefahren vermieden werden.

Zudem kann durch die Prüf- und Zertifizierungsaktivitäten Einfluss auf eine arbeitsschutzgerechte Entwicklung und Entscheidungen von Unternehmerinnen und Unternehmern bezüglich der Beschaffung von Arbeitssystemen genommen werden. Prüfgrundsätze, die im DGUV Test für Prüfungen entwickelt werden, für die keine Normen zugrunde liegen, gehen sehr häufig in DIN-Normen auf und realisieren so eine nachhaltige Produktsicherheit. Allein für die DGUV Test Prüf- und Zertifizierungsstelle Fachbereich Holz und Metall liegen 47 Prüfgrundsätze zu spezifischen Arbeitsmitteln wie Drehmaschinen, Spritzgießmaschinen oder Lacktrocknern vor (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Test [DGUV Test], o. D.).

DGUV Test trägt den Entwicklungen in der Arbeitswelt Rechnung, indem fortlaufend Aktualisierungen vorgenommen werden. Beispielsweise rückt die fortschreitende Digitalisierung und intelligente Vernetzung von Maschinen und Produktionsanlagen die Sicherheit der industriellen Informationstechnologie in den Vordergrund. Fehlerhafte oder manipulierte Datenübertragungen können gravierende Folgen für die Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten haben. Im Kontext des DGUV Test wurde auf diese Sachlage reagiert, indem 2018 eine trägerübergreifende Projektgruppe gebildet wurde, die die Anforderungen an entsprechende Arbeitssysteme in einem gemeinsamen Prüfgrundsatz zusammenfasste und 2020 veröffentlichte (IFA, 2020). Weiterhin wurden 2021 Grundsätze für die sicherheitstechnische Bewertung in Bezug auf Sicherheit und Gesundheit von Künstlicher Intelligenz entwickelt (DGUV Test, 2021).

Ein Beispiel für die Personenzertifizierung ist das vom Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) entwickelte Programm zur Zertifizierung von Demografie-Coaches (Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung [IAG], o. D.). Es beruht auf einem Profil aus fachlichen, methodischen, sozialen und personalen Kompetenzen und prüft anhand eines klar strukturierten und transparenten Verfahrens, ob die Teilnehmenden über alle notwendigen Kompetenzen verfügen. 2021 konnte die erste Person ihre Zertifizierung erfolgreich abschließen.

Vorschriften- und Regelwerk

Die GUV verwaltet und entwickelt ein umfassendes Vorschriften- und Regelwerk (DGUV, o. D.b), das als Grundlage für die Überwachung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes dient und allgemeine sowie tätigkeitspezifische Informationen zur menschengerechten

Arbeitsgestaltung für Arbeitgeber zugänglich macht. Ein Bestandteil des Vorschriften- und Regelwerks sind 42 DGUV Vorschriften, wie z. B. die DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“, die DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ oder die DGUV Vorschrift 82 „Kindertageseinrichtungen“. In den rechtsverbindlichen DGUV-Vorschriften werden Schutzziele für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie branchen- und verfahrensspezifische Forderungen an die Sicherheit und den Gesundheitsschutz benannt. Weitere Bestandteile des Vorschriften- und Regelwerks sind 137 DGUV Regeln, 761 DGUV Informationen sowie 66 DGUV Grundsätze. Konkretisierende DGUV Regeln, z. B. die DGUV Regel 101-038 „Bauarbeiten“, erläutern, mit welchen konkreten Maßnahmen die Pflichten aus den DGUV Vorschriften erfüllt werden können. Sonstige DGUV-Regeln, z. B. die DGUV Regel 101-023 „Einsatz von Forschungstauchern“, zeigen dort, wo es keine staatlichen Arbeitsschutzregelungen oder DGUV Vorschriften gibt, Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit auf. Alle DGUV Regeln spiegeln das aktuelle Erfahrungswissen aus der Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger wider.

Die branchenbezogenen DGUV-Regeln (Branchenregeln) dienen als Gesamtkompendium des betrieblichen Arbeitsschutzes einer Unternehmenssparte. Sie stellen die tätigkeits-, arbeitsplatz- oder arbeitsverfahrensbezogenen Anforderungen für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz dar. Beispielsweise richtet sich die DGUV Regel 102-602 „Branche Kindertageseinrichtungen“ vor allem an die Träger und Leitungen von Kindertageseinrichtungen. Diese 2019 veröffentlichte Regel behandelt die wichtigsten Alltagstätigkeiten und ihre Gefährdungen für Sicherheit und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen und bietet konkrete Hilfestellungen zu deren Vermeidung an. Mit der DGUV Regel 102-601 „Branche Schule“ werden die in Schulen für Sicherheit und Gesundheit Verantwortlichen – die Schulhoheits- und -sachkostenträger – über Tätigkeiten bzw. Arbeitsplätze und deren zentrale Gefährdungen sowie die wichtigsten Präventionsmaßnahmen informiert. Damit die Vorschriften und Regeln inklusive der Branchenregeln eine hohe Verbreitung und Akzeptanz erfahren, gehören dem Fachbereich Bildungseinrichtungen der DGUV – im Sinne der Förderung von Kooperationen und vernetztem Handeln (vgl. Abschnitt 2.1.3.2) – Vertretungen der Kultusministerkonferenz, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände, des Bundeselternrates, der Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft sowie der Verein-

ten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) an. Alle diese Institutionen wurden demzufolge an der Erarbeitung der Branchenregeln beteiligt.

Anreizsysteme

Die GUV nutzt Anreizsysteme, um Unternehmen und Einrichtungen zu besonderen Präventionsanstrengungen zu motivieren. Sie sollen einerseits eine bereits vorhandene Motivation der Unternehmerin oder des Unternehmers verstärken, indem der Nutzen vergrößert und die Kosten reduziert werden, sowie andererseits einen Beitrag leisten, hemmende Faktoren abzubauen. Zu den wichtigsten Anreizsystemen der Träger der GUV gehören:

- Beitragszuschläge oder -nachlässe (in Abhängigkeit von der Durchführung bestimmter Präventionsaktivitäten und/oder Realisierung eines bestimmten Sicherheitsniveaus),
- Prämien (als Sonderzahlungen) für Präventionsmaßnahmen,
- Auszeichnungen für besondere Präventionsaktivitäten (Urkunden, öffentlichkeitswirksame Belobigungen) sowie
- Gütesiegel und Zertifizierungen, z. B. Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems.

Welche Anreizsysteme angewendet und wie diese ausgestaltet werden ist von Träger zu Träger unterschiedlich. Die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) beispielsweise wendet ein Zuschlagsverfahren an, bei dem Betriebe mit überdurchschnittlich hoher Unfallbelastung entsprechend stärker am Gesamtbeitragsaufkommen beteiligt werden, fördert aber auch Maßnahmen, unter anderem zur Reduzierung körperlicher Belastungen mittels Arbeitsschutzprämien. Die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) wendet hingegen ein Nachlassverfahren an, bei dem vorbildliche Betriebe entlastet werden, und die Unfallkasse NRW zeichnet mit ihrem Schulentwicklungspreis jedes Jahr gute, gesunde Schulen aus.

Individualprävention

Das in den vorangehenden Abschnitten dargestellte präventive Engagement der GUV folgt dem Grundsatz, Arbeits- und Lernbedingungen zu gestalten, die eine Schädigung oder Beeinträchtigung der Gesundheit der Mitarbeitenden und Lernenden ausschließen. Darüber hinaus hat die GUV gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII und § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) auch den Auftrag,

mit Maßnahmen der Individualprävention dafür zu sorgen, dass bei Personen mit einem individuell erhöhten Erkrankungsrisiko der Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder dem Wiederaufleben einer Berufskrankheit entgegengewirkt wird. Diese Maßnahmen können verhaltenspräventiv sein (z. B. ambulant oder stationär durchgeführte Seminare, die zu einem besseren Verständnis der Krankheit und der ihr zugrunde liegenden Mechanismen sowie dem Umgang mit entsprechenden Gefährdungen beitragen) oder die Gestaltung der Arbeitsbedingungen betreffen (z. B. Ersatz gefährdender Stoffe, organisatorische Maßnahmen). Die Anzahl der durch die GUV erbrachten Maßnahmen der Individualprävention – zu denen auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben/an Bildung zählen – ist von 2018 auf 2019 um rund 6 % auf 136.395 Maßnahmen angestiegen. Die Zunahme beruht vor allem auf mehr Präventionsmaßnahmen nach § 3 BKV. In den darauffolgenden Jahren sank die Anzahl der insgesamt erbrachten Maßnahmen mit 122.282 im Jahr 2020 und 115.791 im Jahr 2021 unter den Wert von 2018. Durch die COVID-19-Pandemie konnten weniger medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, aber vor allem konnten viele geplante Seminare und Sprechstunden nicht oder nicht mit der vollen Teilnehmerzahl stattfinden.

Aufgrund des Wegfalls des Unterlassungszwangs bei Anerkennung einer Berufskrankheit ab dem 01.01.2021⁴³ ist künftig mit einer deutlichen Ausweitung des Engagements der GUV im Bereich Individualprävention zu rechnen. Der bis Ende 2020 für einige Berufskrankheiten geforderte Unterlassungszwang besagte, dass es bei diesen Erkrankungen nur dann zur Anerkennung einer Berufskrankheit kommen kann, wenn ein objektiver Zwang zum Unterlassen der gefährdenden Tätigkeit bestand und die oder der Betroffene die ursächliche Tätigkeit dauerhaft aufgegeben hat. Dadurch sollte unter anderem sichergestellt werden, dass die Fortführung der Tätigkeit nicht zu einer Verschlimmerung der Erkrankung führt. Da die Aufgabe der Tätigkeit jedoch mit enormen Belastungen für die Betroffenen einhergehen kann (z. B. Einkommenseinbußen) und mit Maßnahmen der Individualprävention einer Verschlimmerung vorgebeugt werden kann, gilt der Unterlassungszwang nach Auffassung des Gesetzgebers nicht mehr als zeitgemäß. Infolge des Wegfalls des Unterlassungszwangs für die Anerkennung von Berufskrankheiten ist mit einer größeren Anzahl an Berufskrankheiten-Verdachtsmeldungen und Anerkennungen von Berufskrankheiten zu rechnen.

⁴³ Beschluss im Rahmen des siebten SGB IV-Änderungsgesetzes.

Dadurch ergibt sich für die Träger der GUV auch in mehr Fällen die Möglichkeit, frühzeitig Maßnahmen der Individualprävention einzuleiten. Gleichzeitig wird das Engagement zur Neu- und Weiterentwicklung entsprechender Maßnahmen ausgebaut (Institut für Prävention und Arbeitsmedizin, 2020).

2.1.3.2 Kooperationen und vernetztes Handeln

Für den Zeitraum von 2019 bis 2024 wird das Ziel „Gesund leben und arbeiten“ der BRE unter anderem mit Prozesszielen konkretisiert, die dahingehend zusammengefasst werden können, dass die Träger der NPK abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen bei der Leistungserbringung fokussieren. In diesem Sinn wurde 2018 in der Stellungnahme „Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention“ die zukünftig trägerübergreifende Ausrichtung der GUV betont (DGUV, 2018c). Dieses Vorhaben wurde mit der 2020 erstmals veröffentlichten „Landkarte der Unterstützenden“ gestärkt, einer Broschüre, die sich an die Präventionsabteilungen der Träger der GUV richtet und die von anderen Sozialleistungsträgern angebotenen Leistungen aus den Bereichen Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung), betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement und medizinische Leistungen zur Prävention darstellt (Aust et al., 2020). Mit der „Landkarte der Unterstützenden“ sollen die Aufsichtspersonen und weiteren Präventionsfachkräfte darin bestärkt werden, ihrer Lotsenfunktion gerecht zu werden und bei betrieblichen Bedarfen auf Unterstützungsleistungen anderer Sozialleistungsträger hinzuweisen. Aufbauend auf der Landkarte ist im Jahr 2021 der „Leitfaden zur Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Beratung der Betriebe einschließlich Bildungseinrichtungen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung)“ auf Initiative der GUV und unter Beteiligung der GKV, der GRV und der Bundesagentur für Arbeit sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) entstanden (Ahlers et al., 2022).

Zur Information und Qualifizierung des Präventionspersonals der GUV fand im Februar 2022 das DGUV-Fachgespräch „Lotse im Betrieb – auch das noch?!“ statt. Mehr als 200 Aufsichtspersonen und weitere Präventionsfachkräfte tauschten sich an zwei Tagen online zu ihren Erfahrungen als Lotsin bzw. Lotse aus, bildeten sich

hinsichtlich der Leistungen anderer Sozialleistungsträger fort und eruierten die Möglichkeiten betrieblicher und beraterischer Vernetzung.

In den Jahren 2021 und 2022 lag ein besonderer Fokus auf dem Ausbau der regionalen Vernetzung der Beschäftigten von GUV und GRV (vgl. Abschnitt 2.1.2.3). Grundlage für die Kooperation von GUV und GRV ist seit 2016 die Vereinbarung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“. So wurde unter anderem das Eckpunktepapier „Praktiker-Netzwerktreffen“ erarbeitet und im Juni 2021 den Beschäftigten von GUV und GRV zur Verfügung gestellt. In diesem Papier wird aufgezeigt, wie regionale Treffen zwischen den beiden Sozialversicherungszweigen und ihren Beschäftigten initiiert werden können und eine erfolgreiche Vernetzung sowie Kooperation erfolgen kann. In einigen Bundesländern wurden daraufhin bereits erfolgreich Praktiker-Netzwerktreffen durchgeführt, teilweise angebunden an die Strukturen der LRV oder im Rahmen gemeinsamer Modellprojekte von Trägern der GUV und GRV.

Daneben engagiert sich die GUV gemeinsam mit der GKV fortlaufend in bereits seit längerem etablierten Kooperationsstrukturen zur Prävention und Gesundheitsförderung wie der iga⁴⁴, dem DNBGF⁴⁵ oder dem Projekt „Gesund.Stark.Erfolgreich – Der gemeinsame Gesundheitsplan“. Im Rahmen von iga wurde 2021 auch die neue Online-Rubrik zur Kooperation der Sozialversicherungsträger entwickelt.⁴⁶

Zudem wurde die Zusammenarbeit im Rahmen von sozialversicherungsträgerübergreifenden Datenprojekten ausgebaut. So zeigten die DGUV und der BKK Dachverband 2021 in einem gemeinsamen Artikel, wie die Gegenüberstellung von Arbeitsunfall- und Arbeitsunfähigkeitsdaten einen Beitrag zur Aufdeckung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den jeweiligen Branchen und Berufen leisten kann und damit auch Präventionspotenziale aufgezeigt werden (Gravemeyer et al., 2022). Die BGW und die DRV Bund haben 2022 im gemeinsamen „Berufsgesundheitsindex Alten- und Krankenpflege“ analysiert, wie es um die Gesundheit und Arbeitssituation der Beschäftigten in der Pflege steht (Vollbracht et al., 2022). Dadurch wurden mögliche Ansätze für gemeinsame Bedarfsabfragen bzw. ein datengestütztes Präventionshandeln aufgezeigt und erprobt. Gleichzeitig folgt dieses Agieren einer Empfehlung aus dem ersten

44 www.iga-info.de/

45 www.dnbgf.de/home/

46 www.iga-info.de/kooperation

Präventionsbericht, die es weiter zu verfolgen gilt, da sie enormes Präventionspotenzial im Hinblick auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren birgt.

Exemplarisch für zahlreiche branchenspezifische Kooperationen an der Schnittstelle von betrieblichem Gesundheitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung ist das Modellvorhaben „Gemeinsamer Beraterstandard Rückengerechte Pflege“ von der BGW, dem AOK-Bundesverband, dem BKK Dachverband, den Innungskrankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) zu nennen. Das 2022 gestartete Projekt ist auch ein Beitrag zum Ziel Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt der NPK für den Zeitraum 2019 bis 2024, das auf die Ziele der GDA abgestimmt ist.

2.1.3.3 Schwerpunkte und Evaluation der 3. Periode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie

Im Rahmen der GDA - einer auf Dauer angelegten konzertierten Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern zur Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz - werden bestimmte Handlungsfelder bzw. Themen der Prävention fokussiert bearbeitet. In der dritten GDA-Periode von Mai 2021 bis Ende 2025 liegt der Schwerpunkt auf der angemessenen Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung, insbesondere in Kleinst-, kleinen und mittelgroßen Unternehmen. So sollen im Rahmen der dritten GDA-Periode insgesamt 200.000 Unternehmen und Einrichtungen (überwiegend solche mit weniger als 100, maximal aber mit 249 Beschäftigten) von Trägern der GUV und den staatlichen Ämtern der Gewerbeaufsicht der Länder aufgesucht und auf Basis eines einheitlichen inhaltlichen Vorgehens mit dem Schwerpunkt auf die angemessene Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung besichtigt werden.

Darüber hinaus werden im Rahmen der dritten GDA-Periode Muskel-Skelett-Belastungen, psychische Belastung und krebserzeugende Gefahrstoffe in den Blick genommen und im Rahmen von Arbeitsprogrammen zu den Themen Muskel-Skelett-Belastungen, psychische Belastung und krebserzeugende Gefahrstoffe adressiert. Mit den Arbeitsprogrammen „Muskel-Skelett-Belastungen“ und „Psychische Belastung“ werden die spezifischen Ziele der BRE zum Ziel Gesund leben und arbeiten³⁸ direkt adressiert.⁴⁷ Im Rahmen des Arbeitsprogramms „Muskel-Skelett-Belastungen“ wird unter anderem die

entsprechende Qualifikation des Aufsichtspersonals fokussiert und es werden Standards und Konzepte zur Beurteilung von Muskel-Skelett-Belastungen (weiter-) entwickelt. Auch das Arbeitsprogramm „Psychische Belastung“ zeichnet sich unter anderem durch Aktivitäten im Sinne des Schwerpunkts angemessene Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (siehe oben) aus. So wurden z. B. die Empfehlungen der GDA zur Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung vollständig überarbeitet und veröffentlicht (Beck et al., 2022). Ein anderes Vorhaben im Rahmen des Arbeitsprogramms ist die Bewertung und Weiterentwicklung von Strategien und Maßnahmen adressatengerechter Ansprache und Beratung kleiner Betriebe.

Die dritte GDA-Periode wird - wie auch die vorangehenden Perioden - umfangreich evaluiert. Die Evaluation wird entlang verschiedener Phasen durchgeführt, die sich über den Zeitraum der gesamten Periode erstrecken. So steht in der ersten Phase die Frage im Vordergrund, inwiefern die Voraussetzungen für das Gelingen und die Umsetzung der abgestimmten Betriebsbesichtigung und Arbeitsprogramme gegeben sind. Diesbezüglich wurden interne Akteure der GDA unter anderem dazu befragt, inwiefern die vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie Strukturen (Gremien, Prozessabläufe) für die Umsetzung des Vorhabens geeignet sind. Darüber hinaus wurden mit dem Start der Betriebsbesichtigungen mehr als 1.000 Aufsichtspersonen des dualen Arbeitsschutzsystems befragt. In der ersten Evaluationsphase wurde auch die Dokumentation der Aktivitäten der dritten GDA-Periode eingeleitet. Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass bis September 2022 deutschlandweit bereits rund 31.000 Unternehmen und Einrichtungen durch das Aufsichtspersonal der Länder und der Träger der GUV aufgesucht wurden. Die Ergebnisse der Befragungen unterstützen im Sinne einer formativen Evaluation die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) bei der Steuerung und weiteren Gestaltung der dritten GDA-Periode.

2.1.4 SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Die SPV trägt zur Erreichung der in den BRE formulierten Ziele insbesondere durch Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) und durch Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) bei. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen

⁴⁷ Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass sich die spezifischen Ziele der BRE zum Ziel Gesund leben und arbeiten an der GDA orientieren.

werden im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2021c) definiert. Die Leistungen sind dem Ziel Gesund im Alter zuzuordnen und adressieren Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)⁴⁸ und Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune bzw. deren Angehörige oder sie pflegende, ehrenamtliche Personen (§ 45 SGB XI). Über die genannten Leistungen hinaus haben weitere Angebote der SPV einen präventiven Bezug wie die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI. In diesem Kapitel wird das präventive Engagement der SPV für die Berichtsperiode von 2018 bis 2021 mit Fokus auf die Leistungen nach § 5 SGB XI und § 45 SGB XI dargestellt.⁴⁹

2.1.4.1 Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Die Leistungen der Pflegekassen zielen darauf ab, „unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten [zu] entwickeln sowie deren Umsetzung [zu] unterstützen“ (§ 5 SGB XI). Ziel ist der partizipative Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse in Pflegeeinrichtungen. Das Engagement der Pflegekassen ist darauf ausgerichtet, die vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Versicherten zu stärken sowie Gesundheitsförderung als Organisationsprinzip in Pflegeeinrichtungen in einem partizipativen Prozess zu verankern. Der sogenannte Gesundheitsförderungsprozess bietet somit auch die Möglichkeit neben der Förderung der Gesundheit der pflegebedürftigen Versicherten, die Gesundheit von Beschäftigten in der Pflege nach § 20b SGB V zu adressieren und zu berücksichtigen. Zielsetzung ist es, die Potenziale der vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen zu fördern und gesundheitsförderliche Strukturen nachhaltig in die Lebenswelt stationärer Pflegeeinrichtungen zu integrieren. Nach der zeitlich befristeten Unterstützung durch die SPV können sich Pflegeeinrichtungen eigenständig für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt Pflegeeinrichtung einsetzen (sogenannter Empowerment-Ansatz).

Das Leistungsportfolio der gesetzlichen Pflegekassen in der Gesundheitsförderung und Prävention fußt auf zwei wesentlichen Säulen:

1. die Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse
2. die Etablierung niedrigschwelliger verhaltensbezogener Angebote und Maßnahmen zur Förderung der vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten sowie zur Stärkung gesundheitsförderlicher Kompetenzen.

Die Pflegekassen unterstützen Pflegeeinrichtungen unter anderem durch folgende Leistungen (ebenda):

- Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung,
- Moderation und Projektmanagement,
- Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung,
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Förderung von Vernetzungsprozessen.

Da die Arbeits- und Lebensbedingungen von Pflegenden und Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen auch mit Blick auf die Gesundheit eng verbunden sind, ist es sinnvoll, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige nach § 5 SGB XI mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V regelmäßig zu verknüpfen. Zunehmend wirken Kranken- und Pflegekassen darauf hin, dass diese Leistungen auch gemeinsam erbracht werden (vgl. Abschnitt 2.1.1.2).

Die Beratung und Unterstützung von Pflegeeinrichtungen kann durch eigene Fachkräfte der Pflegekassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte erfolgen. Weiterhin kann eine finanzielle Unterstützung geeigneter Maßnahmen im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Prozesses erfolgen. Unterstützt werden Konzepte, die die Anforderungen des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2021c) erfüllen. Eine Voraussetzung für die Unterstützung sind Vereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, mit denen mindestens der Umfang und die zeitliche Dauer der Unterstützung durch die jeweilige Pflegekasse festgelegt wird. Präventive bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen adressieren die Handlungs-

48 Leistungen nach § 5 SGB XI adressieren auch pflegebedürftige Gäste von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

49 Bei der Darstellung von Zeitreihen wird zudem das Jahr 2017 berücksichtigt, um an die Berichterstattung im Rahmen des ersten Präventionsberichts der NPK anzuschließen.

felder: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt (ebenda).

Nachfolgend wird das Engagement der SPV zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI dargestellt. Die Darstellung beruht überwiegend auf den jährlichen GKV-Präventionsberichten, die der Medizinische Dienst Bund und der GKV-Spitzenverband herausgeben (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021). Die Berichte enthalten eine Auswertung der von den Pflegekassen geführten Dokumentation ihrer Aktivitäten zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Es werden zum einen Aktivitäten in der Vorbereitungsphase dokumentiert: Dies umfasst Ansprache sowie Kommunikationskonzepte der Pflegekassen, um Pflegeeinrichtungen für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Strukturveränderungen (Verhältnisprävention) sowie verhaltensspezifischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 27 verschiedene Sensibilisierungs- und Ansprachekonzepte dokumentiert, 2018 verdoppelte sich die Anzahl auf 58, 2019 ging die Zahl auf 49 zurück, um im Jahr 2020 deutlich auf 119 Aktivitäten anzusteigen. Für 2021 ist ein Rückgang auf 63 Aktivitäten zu verzeichnen. Innerhalb der Ansprache- und Kommunikationskonzepte werden in der Regel mehrere Pflegeeinrichtungen gleichzeitig adressiert. Zum anderen werden Aktivitäten in der Umsetzungsphase dokumentiert (diese umfasst die Umsetzung von Maßnahmen entsprechend dem Gesundheitsförderungsprozess: Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation). Für jede von den Pflegekassen unterstützte Pflegeeinrichtung wird jährlich ein Dokumentationsbogen ausgefüllt.⁵⁰ Von 2017 bis 2019 stieg die Anzahl der Dokumentationsbögen von ca. 700 auf 2.000 an. In den Jahren 2020 und 2021 wurden je ca. 1.900 Dokumentationsbögen ausgefüllt.

Erreichte Pflegeeinrichtungen und pflegebedürftige Menschen

2017 wurden 16.800 erstmalige Kontaktaufnahmen mit Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen initiiert.⁵¹ Der Großteil dieser Kontaktaufnahmen ist auf eine breit angelegte Informationskampagne eines Verbandes der Pflegekassen zurückzuführen, mit der 13.000 der ca. 15.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland über die mit dem Präventionsgesetz 2015 neu eingeführten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen informiert wurden.⁵² 2018 und 2019 wurden jährlich ca. 3.000 Pflegeeinrichtungen angesprochen. 2020 und 2021 ging die Anzahl der angesprochenen Pflegeeinrichtungen auf ca. 2.600 bzw. 1.600 zurück. Dies begründet sich in den Beschränkungen und veränderten prioritär zu behandelnden Versorgungslagen durch die COVID-19-Pandemie in stationären Pflegeeinrichtungen, in dessen Folge weniger Pflegeeinrichtungen von den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention Gebrauch machten. Im Kontext der ersten Kontaktaufnahme informieren die Pflegekassen über die Potenziale von lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die Fördervoraussetzungen nach dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2021c), das Vorgehen und mögliche Maßnahmen und Interventionen in den fünf Handlungsfeldern (Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt). Die Ansprache- und Sensibilisierungsmaßnahmen der Pflegekassen haben dazu geführt, dass der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die sich zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen entschieden haben, zwischen 2017 und 2021 von 9 % auf 49 % der angesprochenen Pflegeeinrichtungen gestiegen ist. In absoluten Zahlen entschieden sich im Jahr 2020 847 Pflegeeinrichtungen für den Einstieg, 2021 waren es 755.

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozesse sowie Maßnahmen für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner umsetzen, ist von 2017 bis 2019 von Jahr zu Jahr angestiegen. So unterstützten die Pflegekassen 2017

50 Häufig ist der Prozess oder die Projektumsetzung mehrjährig angelegt, um einen nachhaltigen Strukturaufbau im Sinne gesundheitsförderlicher Organisationsstrukturen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu unterstützen. In diesen Fällen wird die Leistung jedes Jahr über einen neuen Dokumentationsbogen erfasst. Anhand der hier verwendeten Daten ist eine Verknüpfung der Pflegeeinrichtungen über die Jahre nicht möglich.

51 Da eine Pflegeeinrichtung durch mehrere Pflegekassen angesprochen werden kann, kann die Zahl der Kontaktaufnahmen größer sein als die Anzahl der erreichten Pflegeeinrichtungen.

52 Bestandteil der Informationskampagne war unter anderem ein partizipativ angelegter Ideenwettbewerb.

ca. 700 Pflegeeinrichtungen bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, 2018 steigerte sich die Anzahl auf ca. 1.300 Pflegeeinrichtungen und 2019 auf ca. 2.000 Pflegeeinrichtungen. Für 2020 und 2021 wurde ein Rückgang der erreichten Pflegeeinrichtungen verzeichnet, der durch die Auswirkungen und Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie erklärt werden kann (unter anderem Schließung von Pflegeeinrichtungen für externe Besuchende). Den Pflegekassen ist es dennoch gelungen, durch digitale Ansätze und Modifikationen von Maßnahmen und Projekten in beiden Jahren in ca. 1.900 Pflegeeinrichtungen Aktivitäten unter den Rahmenbedingungen der Pandemie und im engen Zusammenwirken mit den Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Dies entspricht 12 % aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Ein Beispiel für ein kassenartenübergreifendes Projekt in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ist „gesaPflege“, das auch mit digitalen Formaten dazu beiträgt, die Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige Menschen und Pflegenden gesünder zu gestalten (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022).

Bei den Pflegeeinrichtungen in der Umsetzungsphase handelte es sich zu ca. 90 % um Anbieter vollstationärer Langzeitpflege (mit oder ohne eingestreute Kurzzeitpflegeplätze). Tagespflegeeinrichtungen machten die übrigen ca. 10 % der beratenen Einrichtungen aus. Die Verteilung ist für 2019 bis 2021 stabil.⁵³ Etwa die Hälfte der in den Jahren 2017 bis 2021 erreichten Pflegeeinrichtungen befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Dies entspricht ihrem Anteil an allen Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Destatis, 2020c). Der Anteil erreichter Einrichtungen in privater Trägerschaft ist von 29 % im Jahr 2017 auf 46 % im Jahr 2021 gestiegen. Parallel dazu ging der Anteil von Häusern in öffentlicher Trägerschaft von 20 % (2017) auf 11 % (2021) zurück.

Mit dem Anstieg der Pflegeeinrichtungen, die den Gesundheitsförderungsprozess umsetzen, stieg von 2017 bis 2019 auch die Anzahl der erreichten Personen an. Im Jahr 2019 wurden ca. 111.000 pflegebedürftige Menschen, ca. 47.500 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und ca. 14.000 weitere Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Vertreter/-innen) erreicht. Mit Einsetzen der COVID-19-Pandemie ging die Anzahl der erreichten pflegebedürftigen Menschen auf ca. 90.000 (2020 und 2021) zurück. Auch die Anzahl der erreichten Beschäftigten ging 2020 und 2021 auf ca. 40.000 zurück. Ebenso ist ein Rückgang bei der Anzahl der weiteren erreichten Personen auf ca. 4.000 im Jahr 2020 und 2021 zu verzeichnen.

Handlungsfelder und Ablauf der Umsetzungsphase

Kernelement der Gesundheitsförderung ist eine Prozessberatung zur gesundheitsförderlichen Organisationskultur, die entsprechend den Bedarfen von Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen in den fünf Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt umgesetzt werden. In den Jahren 2019 bis 2021 wurde ein hoher Bedarf zur Förderung der körperlichen Aktivität von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen adressiert (ca. 80 % der Aktivitäten in jedem der Jahre). Ebenfalls häufig kamen Stärkung kognitiver Ressourcen und psychosoziale Gesundheit vor (ca. 70 bzw. 60 %). In den Handlungsfeldern Prävention von Gewalt und Ernährung wurden vergleichsweise weniger Konzepte umgesetzt (ca. 30 % bzw. 25 %). Mit Blick auf Pflegeeinrichtungen und die Leitungsebene zeigt dies jedoch auf, dass Pflegeeinrichtungen sich dem sensiblen Thema Gewaltprävention öffnen.

Für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses ist vorgesehen, dass in den Pflegeeinrichtungen ein Steuerungsgremium eingerichtet wird bzw. ein bestehendes Gremium mit der Steuerung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention betraut wird. Das Steuerungsgremium wird zuerst mit der Analyse einrichtungsinterner Strukturen, der Ermittlung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und der vorhandenen Ressourcen betraut. Aufbauend auf der Analyse geht es im nächsten Schritt in die Steuerung der Maßnahmen. 2017 waren Steuerungsgremien noch wenig verbreitet (32 % der Einrichtungen). In den Jahren 2018 bis 2021 gab es in jeweils ca. Dreiviertel der Pflegeeinrichtungen, die sich in der Umsetzungsphase befanden, ein Steuerungsgremium. Die Zusammensetzung der Steuerungsgremien hat sich in den Jahren 2018 bis 2021 kaum verändert. Am häufigsten waren die Einrichtungs- und die Pflegedienstleitung vertreten (je ca. 90 % der Steuerungsgremien). Ebenfalls häufig vertreten waren das Betreuungspersonal (ca. 80 %) und Pflege(fach-)kräfte (ca. 60 %).

Die Pflegekassen unterstützen und beraten die Pflegeeinrichtungen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses, wobei sich das Durchlaufen aller Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses über mehrere Jahre erstrecken kann. Im Jahr 2021 wurde mit 75 % der Pflegeeinrichtungen, die im Jahr 2021 von den Pflege-

53 Für die Jahre zuvor liegen keine Angaben vor.

kassen unterstützt wurden, eine Analyse durchgeführt. Mit 82 % der Pflegeeinrichtungen wurde ein Maßnahmenplan erstellt (kann auf Analysen desselben Jahres oder der vorangehenden Jahre beruhen) und 87 % der Pflegeeinrichtungen setzten im Jahr 2021 eine oder mehrere Maßnahmen um, die im selben Jahr oder in einem der vorangegangenen Jahre geplant worden waren. Dabei handelte es sich überwiegend um Kombinationen aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen (84 % der Maßnahmen). 12 % der Maßnahmen waren rein verhaltensbezogen, 4 % rein verhältnisbezogen. Eine Evaluation wurde von der Mehrheit (73 %) der im Jahr 2021 erreichten Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dabei wurde in ca. 90 % der Evaluationen das Erreichen der pflegebedürftigen Personen, die Zielerreichung sowie die Umsetzung der Maßnahmen überprüft.⁵⁴

Beteiligte Akteure und Laufzeit

An der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen sind unterschiedliche Akteure unter Einbringung von Ressourcen beteiligt. Innerhalb der Pflegeeinrichtungen waren es am häufigsten das Betreuungspersonal (in ca. 90 % der erreichten Pflegeeinrichtungen), die Einrichtungs- und die Pflegedienstleitung sowie Pflege(fach)kräfte (je ca. 75 %). Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer werden seit 2018 immer häufiger beteiligt (2018 31 % der Aktivitäten, 2021 56 %), während die an den Maßnahmen beteiligten anderen Akteure innerhalb der Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren in etwa gleichgeblieben sind.

Auch Akteure außerhalb der Pflegeeinrichtungen können Ressourcen einbringen und sich so an den Aktivitäten beteiligen. Im Jahr 2021 gab es am häufigsten (42 % der Aktivitäten) eine Beteiligung von Krankenkassen. Der Anteil der Aktivitäten, an denen Krankenkassen beteiligt waren, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Dies könnte auf Bestrebungen zurückzuführen sein, Leistungen zur Prävention gemäß § 5 SGB XI mit Leistungen zur BGF nach § 20b SGB V zu verknüpfen. Ebenfalls in den letzten Jahren immer häufiger beteiligt waren wissenschaftliche Einrichtungen (18 % der Aktivitäten im Jahr 2021) und gewerbliche Anbieter (13 % im Jahr 2021). Wissenschaftliche Einrichtungen beteiligen sich unter anderem im Rahmen der Pilotierung und Entwicklung

von bedarfsspezifischen Interventionen sowie Evaluationen zur Wirkungsorientierung und Wirksamkeit oder Evidenzbasierung von Interventionen. Gewerbliche Anbieter sind beauftragte Dienstleister zur systemischen Organisationsberatung sowie Begleitung und Umsetzung vorhandener Konzepte und Programme vor Ort in der Pflegeeinrichtung. Die anderen Sozialversicherungsträger sind selten beteiligt (GUV und GRV je ca. 1 % der Aktivitäten in den Jahren 2018 bis 2021).

Die Unterstützung der Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen erfolgt für einen begrenzten Zeitraum, in dem die strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses geschaffen werden. Ein Schwerpunkt der Aktivitäten liegt auf dem Empowerment-Ansatz: Leistungen der Pflegekassen zielen auf die Befähigung der Pflegeeinrichtungen als Organisation sowie der pflegebedürftigen Versicherten ab, die etablierten gesundheitsförderlichen Strukturen und Kompetenzen im Anschluss an die Unterstützung durch die Pflegekassen eigenständig weiterzuführen. In den Jahren 2018 bis 2021 hatten 80 bis 90 % der Aktivitäten eine Laufzeit von 12 Monaten oder weniger. Der Anteil der Aktivitäten mit genau 12 Monaten Laufzeiten nahm in dieser Zeit von 49 % auf 30 % ab; der Anteil von Aktivitäten mit kürzeren Laufzeiten, insbesondere bis zu drei Monaten, nahm entsprechend zu.

Modelle und Projekte der Kranken- und Pflegekassen

Im Rahmen der Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI wurden rund 100 Konzepte erfasst, mit denen die Pflegekassen und ihre Verbände in fünf Handlungsfeldern Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen umsetzen. Die Mehrheit dieser Konzepte werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten (Vollmer et al., 2022).

In den GKV-Präventionsberichten werden seit 2018 jährlich Modelle und Projekte der Kranken- und Pflegekassen vorgestellt (MD Bund & GKV-Spitzenverband, 2022; MDS & GKV-Spitzenverband, 2018, 2019, 2020, 2021). Seit 2020 werden im Sonderteil „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“ ergänzend zu den Praxisbeispielen konkreter Aktivitäten der BGF in Pflegeeinrichtungen auch Projekte vorgestellt, in denen in

⁵⁴ Da die Angaben zu Aktivitäten in den verschiedenen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses in einem Kalenderjahr auf jährlichen Querschnitterhebungen beruhen, sich das Durchlaufen der Phasen jedoch über mehrere Kalenderjahre erstrecken kann, ist ein Vergleich der Jahre im Berichtszeitraum schwer zu interpretieren. Ersatzweise werden die Daten des letzten Berichtsjahres (2021) dargestellt.

vollstationären Pflegeeinrichtungen Maßnahmen der BGF für das Pflegepersonal mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen verknüpft werden. Die Praxisbeispiele verdeutlichen das thematisch breit gefächerte Engagement der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

Evaluation der Leistungen gemäß § 5 SGB XI

Von Mai 2021 bis August 2022 wurden die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen evaluiert (Vollmer et al., 2022). Die Evaluation zeigt, dass „die Pflegekassen(verbände) ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahrnehmen“ und „sich ein vielfältiges Kooperationsgeschehen unter den Kassen(arten) und den weiteren Beteiligten entwickelt“ (ebenda). Die Evaluation bestätigte die hohe Relevanz der Handlungsfelder, in denen Leistungen zur Prävention erbracht werden. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass vielfältige Angebote entstanden sind, die mit Interesse von Pflegeeinrichtungen angenommen werden. Die Evaluatoreninnen und Evaluatoren sprechen auch mehrere Empfehlungen aus, beispielsweise eine noch intensivere Informations- und Aufklärungsstrategie zu verfolgen. Die Gesamtheit der Evaluationsergebnisse und Empfehlungen kann dem Abschlussbericht der Evaluation (Vollmer et al., 2022) entnommen werden.

2.1.4.2 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI

Pflegekurse nach § 45 SGB XI stehen Angehörigen und sonstigen an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen unentgeltlich zur Verfügung. Sie dienen dazu, „soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln“ (§ 45 SGB XI). Die Pflegekurse werden von Pflegekassen in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und -einrichtungen, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe, Bildungsvereinen oder anderen lokalen Einrichtungen angeboten (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022). Alternativ können Pflegekurse in der Häuslichkeit einer pflegebedürftigen Person stattfinden oder es können Online-Kurse besucht werden (ebenda).

Zur Leistungserbringung gemäß § 45 SGB XI liegen derzeit auf über die Pflegekassen aggregierter Ebene nur Angaben zu den Ausgaben vor (Konto 04510 in der PJ1-Statistik). Die Ausgaben für die Umsetzung der Kurse sind von 33,7 Millionen Euro im Jahr 2017 auf 42,5 Millionen Euro im Jahr 2019 gestiegen. 2020 sanken sie auf 41,9 und 2021 auf 40,2 Millionen Euro. Der Rückgang der Ausgaben dürfte auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen sein, während der Gruppenveranstaltungen teilweise gar nicht stattfinden konnten und auch Hausbesuche bei pflegebedürftigen Personen nur erschwert bzw. unter hohem Risiko möglich waren.

2.1.5 SOZIALVERSICHERUNG LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU

Als Verbundträger ist die SVLFG in der Lage, Leistungen der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Altersversicherung aus einer Hand für ihre Versicherten anbieten zu können. In ihrem Handeln legt sie insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für ihre Versicherten ein besonderes Augenmerk auf einen niederschweligen Zugang und eine gute Erreichbarkeit ihrer Leistungen für die Versicherten. Um dies zu erreichen, kooperiert die SVLFG mit vielfältigen Partnern, die in der grünen Lebens- und Arbeitswelt eine Rolle spielen.

Für den Berichtszeitraum dieses NPK-Berichts soll das gemeinschaftliche Handeln im Rahmen der Sozialpartnereinitiative „Umgang mit UV-Strahlung bei Tätigkeiten im Freien“ nachfolgend beschrieben, Erkenntnisse dargestellt und Umsetzungsbesonderheiten während der COVID-19-Pandemie erläutert werden. Bereits im Jahr 2015 wurde durch das BMAS die Berufskrankheit „Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung“ in die Berufskrankheitenliste aufgenommen. Der Umstand, dass im Freien tätige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer während der Arbeitszeit der natürlichen UV-Strahlung deutlich stärker ausgesetzt sind als in Gebäuden tätige Arbeitskräfte, rückte den Schutz dieser Personengruppe vor UV-Strahlung in den Fokus politischer Diskussionen und arbeitsschutzrechtlicher Betrachtungen. Seit Anerkennung der Berufskrankheit gehen allein bei der SVLFG jedes Jahr über 2.000 Verdachtsanzeigen auf Hautkrebs durch UV-Strahlung ein.⁵⁵

Diese Tatsache war handlungsleitend für die Sozialpartner in Gartenbau und Landwirtschaft (Bundesverband Garten-, Landschafts- und Sportplatzbau e. V., Gesamt-

verband der Land- und Forstwirtschaftlichen Arbeitgeberverbände, IG Bauen-Agrar-Umwelt) sowie für die Sozialpartner des Baugewerbes, gemeinsam mit der SVLFG und der BG BAU alle in den beiden Sektoren Arbeitenden über die Risiken bei ihren Tätigkeiten im Freien zu informieren sowie Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die dem UV-Schutz dienen.

Bei der Erstellung von Informationsmaterialien und des Angebots der arbeitsmedizinischen Vorsorge zum UV-Schutz sowie der Beschaffung von Motivationsartikeln arbeitete die SVLFG eng mit der BG BAU zusammen, wodurch sich für beide Institutionen erhebliche Synergieeffekte ergaben.

Parallel zur Sozialpartnerinitiative führte das Peco-Institut der IG BAU in den Jahren 2019 und 2020 das Projekt „Klim_AGS - Integrierte präventive Bildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für klimabedingte Arbeitsplatzanpassungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz für Outdoor-Worker“ durch, an dem neben dem Europäischen Verein für Wanderarbeiterfragen (EVW) auch die SVLFG als Projektpartner beteiligt war. Dieses vonseiten des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit geförderte Projekt ist Teil der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS) und hatte zum Ziel, passgenaue Bildungsbausteine und Informationsmaterialien zu den verschiedenen Gefährdungsbereichen zu entwickeln und zu erproben, die für die besonders von klimabedingten Veränderungen betroffenen Outdoor-Worker relevant sind. Entsprechende Bildungsbausteine und Informationsmaterialien zu den verschiedenen Gefährdungsbereichen (unter anderem Thema UV-Schutz) wurden erfolgreich entwickelt. Neben Multiplikatorenschulungen wurden die Beschäftigten auf Feldern und Baustellen sowohl direkt als auch mittels Social Media über die Gefahren durch Klimaveränderungen und damit einhergehende Gesundheitsbeeinträchtigungen von den Projektpartnern informiert.

Die Palette der bundesweiten Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Sozialpartnerinitiative reicht von Veranstaltungen mit Angeboten zur Ermittlung der individuellen Schutzzeit der Haut über vielfältiges Informationsmaterial in diversen Medien bis zu Multiplikatorenschulungen und Beratungen zur arbeitsmedizi-

nen Vorsorge zum UV-Schutz. Seit Start der Kampagne in der sogenannten grünen Branche im Jahr 2019 wurde bis 2021 Folgendes geleistet:

- 40.000 Informationsmedien in Form von Flyern, Broschüren, Plakaten und Aufklärungskarten wurden im betrieblichen Kontext verteilt.
- 12.284 Beratungen wurden bundesweit in den Betrieben der grünen Branchen zum Schwerpunktthema Sonnenschutz durchgeführt.
- 5.000 Gutscheine zur arbeitsmedizinischen Vorsorge UV-Schutz wurden den versicherten Betrieben zur Verfügung gestellt.
- 300 Vorträge zum Thema Sonnenschutz wurden auf relevanten Veranstaltungen gehalten. Hierdurch konnten ca. 11.000 Versicherte erreicht werden.
- 150 Schulungen, insbesondere zur Ausbildung betrieblicher Multiplikatoren, wurden durchgeführt.
- 144.000 Motivationsartikel wie Strohhüte, Sonnenschutzcreme, Trinkflaschen, Multifunktionsstücher, Sonnenschutzpakete und UV-Checkkarten wurden an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Auszubildende und Saisonarbeitskräfte verteilt.
- 1.300 Infoboxen zum Sonnen- und Hitzeschutz wurden von Arbeitnehmerbetrieben abgerufen.
- 68 Sicherheits- und Gesundheitstage zum Thema UV- und Hitzeschutz fanden - trotz der COVID-19-Pandemie - in den Betrieben statt.

Das Kernstück der Sozialpartnerinitiative ist die sogenannte Angebotsvorsorge. Arbeiten Beschäftigte viel im Freien, sind Arbeitgebende verpflichtet, ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge zum Schutz vor Hauterkrankungen durch Sonnenstrahlung anzubieten. Hier unterstützte die SVLFG die Betriebe bei der Umsetzung und übernahm im Rahmen einer Gutscheinaktion in den Jahren 2020 und 2021 die Kosten für insgesamt 5.000 Vorsorgemaßnahmen. Abgerufen wurden in diesem Zeitraum 2.839 Gutscheine. Dass es sich bei der Vorsorge in erster Linie um eine Beratung handelt, wie man sich vor zu viel UV-Strahlung am Arbeitsplatz schützt, hat viele Versicherte nicht überzeugt. Eine parallel durchgeführte Evaluation führte zu der Erkenntnis, dass bei den Beschäftigten der Wunsch besteht, die arbeitsmedizinische Angebotsvorsorge so zu gestalten, dass sie eine Kombination aus Beratung und Hautkrebs-Screening ist. Weitere Hindernisse stellten häufig weite räumliche Entfernungen zu den Beratungsstellen und die nicht kurzfristige Verfügbarkeit dieser dar. Es sollte zukünftig daher überlegt werden, telemedizinische Methoden, die mittlerweile in nahezu allen medizinischen Fachgebieten angewandt werden, auch in der Arbeitsmedizin zum Einsatz zu bringen. Dies könnte dazu beitragen,

insbesondere Beschäftigten in kleinen und mittleren Unternehmen den Zugang zur arbeitsmedizinischen Betreuung zu erleichtern. Auf Grundlage dieser Erkenntnis prüft die SVLFG derzeit, ob und wie ein entsprechendes telemedizinisches Tool zum Einsatz kommen kann.

Ein weiteres Augenmerk im Rahmen der Umsetzung der Sozialpartnerinitiative legte die SVLFG auf die Entwicklung und Umsetzung besonderer Beratungsangebote für die vulnerable Gruppe der Wanderarbeitenden. Diese vorwiegend aus Rumänien, Bulgarien, Polen und Kroatien stammenden Arbeitskräfte bedürfen neben muttersprachlichen Informationen und Ansprechpartnerinnen und -partnern auch eine andere Aufbereitung der zu transportierenden Botschaften, da in den Herkunftsländern zumeist eine andere Kultur der Prävention herrscht als es deutsche Arbeitskräfte gewohnt sind. Um ein niederschwelliges Angebot vorzuhalten, wurde eine Web-App⁵⁶ entwickelt und mittels Visitenkarten und Plakaten bekannt gemacht. Unterstützt wurde die SVLFG bei der Verteilung durch die Initiative des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) „Faire Mobilität“ und insbesondere durch den seit Jahren in dieser Zielgruppe aktiven EVW. Des Weiteren wurde eine fremdsprachige Hotline eingerichtet, bei der die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Fragen zu Arbeits- und Gesundheitsschutz in ihrer Sprache stellen können. Kurze YouTube-Filme und Unterweisungsmaterialien in der Muttersprache ergänzen das Angebot. Trotz des Pandemiegeschehens führten Unternehmerinnen, Unternehmer, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des EVW und dem Technischen Außendienst der SVLFG gemeinsam eine Reihe von Feldbesuchen durch. Über die gesamte Saison 2021 wurde das Peco-Institut mit der Durchführung einer Zielgruppenanalyse beauftragt. Im Rahmen dieser Analyse erfolgte eine Befragung mehrerer hundert Wanderarbeitenden vor Ort in unterschiedlichen Betrieben über deren Wünsche hinsichtlich einer Verbesserung der bestehenden Angebote zu den Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Im Ergebnis äußerten sich die Befragten dahingehend, dass für sie insbesondere ein weiterentwickeltes App-Angebot von Interesse ist, da sie ihre Informationen entweder über ihr Mobiltelefon oder aus Gesprächen mit Bekannten und Vertrauten in Muttersprache beziehen. Weiter wird eine direkte Beratung auf dem Feld positiv bewertet und vermehrt gewünscht. Bei dieser sollten aber neben dem Technischen Außendienst der SVLFG auch muttersprachliche Vertrauenspersonen anwesend sein.

Dieses besondere Angebot der SVLFG für Wanderarbeitende wurde eng vom Deutschen Bundestag, dem BMAS und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) begleitet. Nicht zuletzt konnten die vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie entwickelten neuen Zugangswege (Web-App und Hotline) genutzt werden, um diese Personengruppe zum Thema Gesundheitsschutz in der COVID-19-Pandemie zu informieren. So stellten sie neben vielfältigen Unterweisungsmaterialien für die Betriebe einen weiteren Baustein in der direkten Beratung der Zielgruppe dar und konnten vermutlich einen Beitrag dazu leisten, dass der Sektor der deutschen Landwirtschaft nicht zu einem sogenannten Corona-Hotspot wurde.

Generell hat die COVID-19-Pandemie das bei der SVLFG ausgeprägte Instrument der Beratung von Unternehmerinnen und Unternehmern und deren Beschäftigten vor Ort in den Betrieben ausgebremst. In den Monaten, in denen keine Vor-Ort-Besuche möglich waren, wurden von der SVLFG Online-Schulungen angeboten. Allein im Jahr 2021 konnten bei mehr als 64 Terminen über 1.800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschult werden.

Gesundheitsrisiken wie Hitzebelastung und UV-bedingte Gesundheitsschädigungen (unter anderem Hautkrebs) werden mit dem Klimawandel auch in Deutschland weiter zunehmen. Viele Menschen kennen zwar die Risiken der UV-Strahlung, handeln aber nicht immer entsprechend. Gemeinsame Aktionsangebote sowie innovative Informationsprodukte im Arbeitsschutz sind ein Baustein, um das Risiko UV-Strahlung nachhaltig in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen und sind als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe zu betrachten.

2.1.6 PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Die PKV hat sich auf freiwilliger Basis verpflichtet, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der BRE zu erbringen. Damit nimmt sie die gesetzliche Option wahr, im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der BRE eine Stimme in der NPK zu erhalten (§ 20e Abs. 1 SGB V). Das Engagement wird durch den PKV-Verband im Auftrag der in ihm organisierten Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung umgesetzt. Es orientiert sich an § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten)

und § 5 SGB XI (Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen), den Vorgaben der Leitfäden Prävention der GKV und der SPV (GKV-Spitzenverband, 2020a, 2021c) sowie darüber hinausgehenden wissenschaftsbasierten Qualitätsstandards. Die PKV ist zudem an der aktiven Weiterentwicklung dieser Standards beteiligt. Mit seinem Engagement leistet der PKV-Verband einen Beitrag zur Erreichung aller drei Ziele der BRE.

Der PKV-Verband engagierte sich bereits vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 für Gesundheitsförderung und Prävention, nahm dabei jedoch vornehmlich die Rolle eines Sponsors ein. Mit dem Beschluss, sich an der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen, wurde der PKV-Verband zu einem aktiven Gestalter von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Mit Stand November 2022 umfasst das Portfolio des PKV-Verbands ca. 90 Projekte⁵⁷, die in 16 Programme münden. Hinzu kommen Projekte der Stiftung Gesundheitswissen, der Deutschen AIDS-Stiftung und des Zentrums für Qualität in der Pflege, die mit ihren Aktivitäten ebenfalls in Teilen zum Präventionsengagement der PKV beitragen. Daneben bringt sich der Verband in verschiedenen Gremien und Initiativen ein, darunter z. B. das Akteursnetzwerk Stillförderung im Rahmen der Nationalen Stillstrategie und die Initiative „Rauchfrei Leben“ des BMG.

Die nachfolgende Darstellung beruht auf Tätigkeitsberichten, Konzepten, Evaluationsberichten und Informationsmaterialien, die der PKV-Verband und die an den Programmen beteiligten Kooperationspartner für den zweiten NPK-Präventionsbericht zur Verfügung stellten. Eine Übersicht über die Aktivitäten des PKV-Verbands wurde in einer Fachbrochure veröffentlicht (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V [PKV], 2023).

2.1.6.1 Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die Präventionsprogramme der PKV tragen dazu bei, dass Gesundheit dort stattfindet, wo Menschen wichtige Lebenszeit verbringen – in der Schule oder der Pflegeeinrichtung, im Sportverein oder im Gemeindezentrum. Die PKV setzt sich für gesündere Lebensbedingungen ein. Um dies zu erreichen, folgen alle Programme dem Ansatz der gesundheitsfördernden Organisations- und Strukturentwicklung. Darunter wird das planvolle Ma-

nagement von gesundheitsbezogenen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen einer Lebenswelt unter Einbeziehung aller Zielgruppen verstanden. Indem sich Arbeitsabläufe, die Kultur, die gesamten Strukturen, Beziehungen und Kompetenzen von Organisationen geplant und methodisch kontrolliert wandeln, können sie den Menschen bessere Gesundheitschancen bieten. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist ein lernender Prozess mit dem Ziel, Gesundheit als leitendes Organisations- und Entscheidungsprinzip zu verankern und organisationales Gesundheitslernen zu fördern.

Der PKV-Verband unterstützt die Lebenswelten beim Management dieses Prozesses und unterlegt ihn mit den folgenden sechs Leistungen, die in allen Programmen und Projekten zu komplexen Mehrebenen-Interventionen kombiniert werden:

- Beratungsleistungen: Angebote zur Beratung von Organisationen, Institutionen oder kommunalen Gremien im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung.
- Qualifikationsleistungen: Angebote zur Qualifikation von Mitgliedern von Organisationen, Institutionen oder kommunalen Gremien mit dem Ziel der Förderung organisationaler Kompetenzen.
- Vernetzungsleistungen: Angebote zur Vernetzung und Interessenvermittlung von Organisationen, Institutionen, kommunalen Gremien und von Individuen und Gemeinschaften aller einflussnehmenden Bereiche.
- Informationsvermittlungsleistungen: Angebote, die auf einen Informationszugewinn bei der jeweiligen Zielgruppe ausgerichtet sind.
- Kompetenzvermittlungsleistungen: Angebote, durch die sich die jeweilige Zielgruppe neben Informationen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignet, mit dem Ziel der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz.
- Motivationsleistungen: Verhaltens- und verhältnispräventive Angebote zur Förderung der Adhärenz, das heißt der Aufrechterhaltung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen bei der Zielgruppe.

Die Leistungen werden je nach Ziel und Zielgruppe eines Programms spezifisch ausgestaltet; dabei kommen sowohl analoge als auch digitale Methoden zum Einsatz.

⁵⁷ Unter den 90 Projekten befinden sich auch solche Projekte, die wiederum aus verschiedenen Teilprojekten bestehen. Dies betrifft z. B. Projektaktivitäten zur Umsetzung umfassender Kommunikationsstrategien für die einzelnen Programme. Solche Teilprojekte sind in der Aufzählung nicht enthalten.

Digitale Elemente der Leistungen werden zukünftig über eine eigens entwickelte digitale Plattform zugänglich sein.

Im Zuge der Mitgliedschaft in der NPK ab dem Jahr 2017 lag der Fokus des PKV-Verbands in den Jahren 2018 bis 2021 auf dem Auf- und Ausbau seines Präventionsengagements. In den vier Jahren befand sich demzufolge die Mehrheit der Programme in einem Entwicklungsstadium.⁵⁸ Die Entwicklung neuer Präventionsprogramme ist dabei in vielerlei Hinsicht ressourcenintensiv und erfolgt in drei Phasen: In der Diagnose- und Planungsphase werden Bedarfe und Potenziale für ein neues Programm oder die Weiterentwicklung eines bestehenden Programms identifiziert und ein entsprechendes Konzept erstellt. Als Basis für die Konzepte werden umfangreiche Expertisen in Auftrag gegeben, die z. B. Informationen zu Charakteristiken und Bedarfen der Zielgruppe oder bereits erprobten Interventionsansätzen liefern. Es folgt eine Erprobungsphase, in der das Konzept in der Praxis mit einer ausgewählten Anzahl an Lebenswelten partizipativ (weiter)entwickelt und getestet wird. Prozessbegleitende (und summative) Evaluationen liefern Hinweise für die (Weiter-)Entwicklung des Programms und erhöhen das Wirkungspotenzial für die an die Erprobung anschließende Verstetigungs- und Transferphase. Hier werden Strukturen und Prozesse für die routinemäßige Erbringung der Leistungen aufgebaut (z. B. Rekrutierung und Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern für Beratungsleistungen, Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für die Leistungserbringung, Druck von Materialien), sodass das Programm am Ende der Phase routinemäßig angeboten werden kann.

Die Programme „Alkohol? Kenn dein Limit.“, „LIEBESLEBEN“ und „Älter werden in Balance“ der BZgA förderte der PKV-Verband bereits vor der Mitgliedschaft in der NPK. Im Berichtszeitraum 2018 bis 2021 wurden die drei Programme weiterentwickelt, sodass sie nun stärker dem Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung und Prävention folgen. 2022 konnten für alle drei Programme die auslaufenden Sponsoringverträge in Kooperationsverträge mit der BZgA überführt werden⁵⁹. Durch die paritätische Einbringung von Mitteln in die Kooperation können breit angelegte und auf mehreren Ebenen wirksame Präventionsvorhaben realisiert werden. Während

mit den Mitteln der PKV strukturfördernde Präventionsprogramme in Schulen und Kommunen umgesetzt werden, fließen die Mittel der BZgA in massenkommunikative, öffentlichkeitswirksame Kommunikationsstrategien, Analysen und Studien. Die jeweiligen dahinterliegenden Konzepte fokussieren dabei auf eine bestmögliche Verknüpfung beider Ansätze.

Das Präventionsengagement des PKV-Verbands soll insbesondere einen Beitrag zur Verringerung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Hierzu richtet sich ein Teil der Programme des PKV-Verbands gezielt an solche Lebenswelten, die Menschen mit Erfahrungen von Benachteiligung wie LSBTIQ*-Personen, Menschen ohne Wohnung, mit Beeinträchtigungen oder mit Migrations- und Fluchterfahrung, explizit ansprechen. Bei anderen Programmen erfolgt die Auswahl der teilnehmenden Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen unter anderem unter dem Gesichtspunkt, dass sie sich in strukturell schwächeren Regionen befinden und somit vermehrt sozial und gesundheitlich benachteiligte Menschen in ihnen leben bzw. sich dort aufhalten.

Für sein Präventionsengagement hat der PKV-Verband in den Jahren 2018 bis 2021 ein umfassendes Partnernetzwerk aufgebaut. Es umfasst unter anderem Vereine, Stiftungen, Universitäten, Bundesbehörden, Praxis- sowie Forschungsinstitute und Beratungsunternehmen. Die Partner werden entsprechend ihrer Expertise und Kompetenzen in die einzelnen Programme und Kooperationsstrukturen integriert. Für bestehende und zukünftige (Kooperations-)Partner hat der PKV-Verband eine digitale Qualifizierung entwickelt. Sie vermittelt, welche Ziele der PKV-Verband mit seinem Engagement in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt, in welchen Kontext die Leistungen der Partner einzubetten sind und welche Anforderungen ihre Leistungen erfüllen müssen. Beim PKV-Verband ist mit Stand November 2022 ein Team von acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Steuerung der Programme aus strategischer Sicht verantwortlich.

58 Die Programme, die sich in der Entwicklung und Erprobung befinden, werden im Verlauf jeweils nur benannt, jedoch nicht weiter beschrieben. Es kann für diese auch noch keine Reichweite angegeben werden. Solche Programme, die routinemäßig angeboten und die im Berichtszeitraum auf den Ansatz der Lebensweltenprävention weiterentwickelt wurden, werden in kurzen Abschnitten dargestellt.

59 Das beendete Programm „Älter werden in Balance“ wurde durch eine Kooperation zur Weiterentwicklung des „Impulsgeber Bewegungsförderung“ ersetzt.

2.1.6.2 Programme zum Ziel Gesund aufwachsen

Das Portfolio des PKV-Verbands zum Ziel Gesund aufwachsen umfasst sechs Programme:

- „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zur Reduktion riskanten Alkoholkonsums bei 16- bis 20-Jährigen⁶⁰,
- „LIEBESLEBEN“ mit dem Teilprogramm „LIEBESLEBEN - Das Mitmach-Projekt“ zur Prävention sexuell übertragener Krankheiten und zur Förderung sexueller Gesundheit bei Jugendlichen⁶¹,
- „Mutausbuch. Füreinander stark machen“ zur Gewaltprävention in Kindertageseinrichtungen⁶²,
- „Anfangsglück - Ernährung gemeinsam entdecken“ zur Förderung einer gesunden Ernährungsumgebung in familiennahen Einrichtungen und
- zwei Programme zur Förderung suchtpräventiver und resilienter Schulen (noch ohne Programmnamen).

Im Zuge einer Übergangsphase verlagerte sich der Fokus der Aktivitäten im Rahmen der BZgA-Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ von aufmerksamkeitsstarken, massenkommunikativen Angeboten (z. B. Kinospots, Plakate, Social-Media-Präsenz) hin zu Angeboten in den Lebenswelten Kommune, Freizeit und Schule. Seit 2011 wurden kommunale Fachkräfte bei der qualitätsgesicherten und ressortübergreifenden Netzwerkarbeit in den Kommunen unterstützt, deren strukturelle Weiterentwicklungen gefördert und Fachkräfte entsprechend fortgebildet. Die schulischen BZgA-Angebote „JugendFilm Tage“ und „KlarSicht-Mitmachparcours“ wurden im Rahmen der Jugendkampagne weiterentwickelt und standen zur eigenständigen Durchführung in Kommunen zur Verfügung. Im Rahmen der „Jugendfilmtage Nikotin und Alkohol“ finden Filmvorführungen statt, stehen moderierte, interaktive Stationen zur Verfügung und werden Lehrkräfte bei der schulischen Vor- und Nachbereitung unterstützt. Seit 2018 bestehen mit elf Bundesländern Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung der Jugendfilmtage. 2018 fand an 21 Orten ein Jugendfilmtag statt, 2019 an 31 und 2020 an sechs und keine im Jahr 2021, wobei der Rückgang auf die Maßnahmen zur Einschränkung der COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. In der Lebenswelt Schule führte die Kampagne den bundesweiten Klassenwettbewerb „Klar bleiben - Feiern ohne Alkoholrausch“ durch, beteiligte sich am oben genannten Mitmachparcours „KlarSicht“

und stellte für Lehrkräfte Handreichungen und Aktionsmaterialien bereit. Weiteres beispielhaftes Element der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ist eine Aktion im Sinne des Peer-Ansatzes, in der speziell ausgebildete 18- bis 24-Jährige mit Jugendlichen über alkoholbezogene Themen in den Dialog traten. Im Zuge der Stärkung des Lebensweltansatzes wurde 2019 bis 2021 die Serviceplattform www.vortiv.de entwickelt, die bundesweit Kommunen bei der Bildung von Netzwerken zur Umsetzung von Alkoholprävention für junge Erwachsene unterstützt. Mit den Mitteln der PKV werden ab 2022 die struktur- und organisationsentwickelnden Angebote von „Vor Ort Aktiv“ (VORTIV), z. B. durch digitale Qualifizierungsangebote, weiter ausgebaut. Es wird angestrebt, jährlich ca. 30 Kommunen mit Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu erreichen. Die Mittel der BZgA werden unter anderem genutzt, um die reichweitenstarken Angebote der digitalen Gesundheitskommunikation in den Kampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit.“ sowohl für Jugendliche als auch für die erwachsene Allgemeinbevölkerung⁶³ fortzusetzen (Internetseiten, Social Media) sowie die breite Palette an Printmedien für unterschiedliche Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Schwangere, ältere Menschen, Menschen mit riskantem und abhängigem Konsum, Fachkräfte wie z. B. Ärztinnen und Ärzte) weiterzuentwickeln. In der Lebenswelt Schule wird das Angebot für berufsbildende Schulen ausgebaut.

Im Zuge des Markenwechsels von „Gib AIDS keine Chance“ zu „LIEBESLEBEN“ im Jahr 2016 wurde ergänzend zu massenmedialen Kampagnenelementen zwischen 2016 und 2019 das „Mitmach-Projekt“ als Teil des Programms „LIEBESLEBEN“ entwickelt. Hierbei handelt es sich um einen sogenannten Mitmachparcours mit sechs Stationen. Eigens geschulte Moderatorinnen und Moderatoren sowie außerschulische Fachkräfte örtlicher Beratungsstellen vermitteln Schülerinnen und Schülern interaktiv Wissen und Handlungskompetenzen zu sexueller Gesundheit und sexuell übertragenen Krankheiten. Schulen werden durch die Teilnahme außerdem mit außerschulischen Präventionsfachkräften und lokalen Beratungsstellen vernetzt. Der Mitmachparcours wurde 2019 in vier Schulen erprobt und kam 2020 in acht und 2021 in 13 Schulen zum Einsatz. Das 2021 erstellte Konzept für die Kooperation von PKV und BZgA ab 2022 sieht eine weitere Stärkung des Lebensweltansatzes und eine größere Nachhaltigkeit vor. Hierfür wird unter an-

60 www.kenn-dein-limit.info

61 www.liebesleben.de/; www.liebesleben.de/fachkraefte/das-liebesleben-mitmachprojekt/

62 www.mutausbruch-fuereinander-stark.de

63 www.kenn-dein-limit.de

derem die Fortbildung von Lehrkräften sowie die Vernetzung der Schule mit kommunalen Präventionsakteuren und Beratungsstellen gestärkt. Die BZgA bringt weitere Aktivitäten in die Kooperation ein, darunter wesentliche übergreifende Maßnahmen des Programms „LIEBESLEBEN“: Konzeption und Umsetzung einer jährlichen Großflächenplakatierung der HIV/STI-Kampagne, umfassende Anzeigenschaltungen (analog, digital, Social Media), Konzeption, Erstellung und Distribution von Standardmedien (Broschüren, Giveaways). Die Finanzierung weiterer Teile des Programms „LIEBESLEBEN“ durch den PKV-Verband wurde im Zuge der Neuausrichtung seines Engagements auf den Ansatz der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention beendet.

Die Konzeptionierung der vier weiteren Programme zum Ziel Gesund aufwachsen hat zwischen 2018 und 2021 begonnen. Sie befinden sich mit Stand 2022 in der Entwicklung oder Erprobung.

2.1.6.3 Programme zum Ziel Gesund leben und arbeiten

Zum Ziel Gesund leben und arbeiten engagiert sich der PKV-Verband mit drei Programmen:⁶⁴

- LIEBESLEBEN mit dem Teilprogramm „Let's talk about Sex“ zur Förderung der sexuellen Gesundheit und Prävention in der ärztlichen Praxis⁶⁵,
- „Juwel - Sexuelle Gesundheit in jungen Welten“ zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden positiven Sexualkultur in Lebenswelten junger Menschen und
- „Roter Stöckelschuh“ zur Stärkung primär-präventiver Ressourcen von Sexarbeiter*innen sowie zur Fortbildung, Beratung und strukturellen Verbesserung der Vernetzung von Versorger*innen⁶⁶.

„Let's talk about Sex“, ein weiterer Teil des Programms „LIEBESLEBEN“, ist ein Aus- und Fortbildungsprogramm der Deutschen Aidshilfe (DAH) für Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende zur Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeiten zum Thema Sexualität. In den Jahren 2018 bis 2021 wurden jeweils 30 bis 50 Workshops durchgeführt und zwischen 450 und 950 Teilnehmende erreicht. Auch hier wurde 2021 eine stärkere

konzeptionelle Ausrichtung auf den Lebensweltenansatz erarbeitet, die ab 2022 im Rahmen der Kooperation zwischen PKV und BZgA zum Tragen kommt. Der Fokus liegt auf der Optimierung, Ausweitung und insbesondere Verankerung und somit Verstetigung des von der DAH entwickelten Fortbildungsprogramms in Universitäten, ärztlichen Praxen und medizinischen Weiterbildungsinstituten. Sie werden durch „Let's talk about Sex - reloaded“ in ihren Möglichkeiten unterstützt, besonders vulnerable Zielgruppen bei der Stärkung ihrer Ressourcen und somit zur Stärkung ihrer sexuellen Gesundheit zu unterstützen.

Die Programme „Juwel“ und „Roter Stöckelschuh“ befinden sich mit Stand 2022 in der (Weiter-)Entwicklung und Erprobung.

2.1.6.4 Programme zum Ziel Gesund im Alter

Der PKV-Verband engagiert sich zum Ziel Gesund im Alter durch die Umsetzung bzw. Entwicklung von sechs Programmen:

- „Impulsgeber Bewegungsförderung“ (hervorgegangen aus dem Programm „Älter werden in Balance“) zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen in Kommunen⁶⁷,
- „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ zur Förderung eines diskriminierungsfreien und selbstbestimmten Umgangs mit allen Formen von Sexualität und Geschlecht in Pflegeeinrichtungen⁶⁸,
- „Vielfalt Pflegen“ zur Förderung transkultureller Kompetenzen im Pflegealltag⁶⁹,
- „Pflegeeinrichtungen - Bewegungsfreundliche Organisationen“ (PfleBeO) zur bewegungsförderlichen Gestaltung des Alltags von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen⁷⁰,
- „Pflegeeinrichtungen - Mental ermunternde Organisationen“ (PfleMeO) zur Förderung der kognitiven Ressourcen und psychosozialen Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen⁷¹ und
- „Mit.Menschen“ zur Förderung des Austauschs zwischen Pflegeheimen und umliegenden Quartieren durch Freiwillige.

64 Das Engagement der PKV im Sinne der BRE bezieht sich auf Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und nicht auf die betriebliche Gesundheitsförderung. Demnach wird der Aspekt arbeiten in der Zielformulierung nicht adressiert.

65 www.hiv-sti-fortbildung.de

66 www.roterstoekelschuh.de

67 www.aelter-werden-in-balance.de

68 www.schulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/

69 www.vielfalt-pflegen.info/

70 www.pflebeo.de/

71 www.pflemeo.de/

Für das Programm „Älter werden in Balance“ entwickelte die BZgA gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und -partnern mit finanzieller Unterstützung durch den PKV-Verband in den Jahren 2014 bis 2018 zwei verhaltensbezogene Angebote zur Bewegungsförderung: das „AlltagsTrainingsProgramm“ (ATP) für Menschen ab 65 Jahren, die in der Kommune leben, und das „Lübeker Modell Bewegungswelten“ (LMB) für pflegebedürftige Menschen, die in einer Pflegeeinrichtung leben. Von 2019 bis 2021 wurden die beiden Angebote als Einstieg genutzt, um in Kommunen bzw. Pflegeeinrichtungen auch auf Verhältnisebene Veränderungen anzustoßen. Fünf strukturschwache Modellkommunen setzten in Zusammenarbeit mit der BZgA sowie weiteren Partnerinnen und Partnern auf Bundes- und Landesebene einen Prozess zur bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung um. Die Erfahrungen in den Modellkommunen wurden genutzt, um das digitale Planungstool „Impulsgeber Bewegungsförderung“ (BZgA, 2022) zu entwickeln, das Kommunen beim Auf- und Ausbau bewegungsförderlicher Strukturen für ältere Menschen unterstützt und mittlerweile bundesweit allen Kommunen zur Verfügung steht. In einer urbanen Modellregion setzten 60 stationäre Pflegeeinrichtungen einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess in Gang, um ihre Einrichtung zu einer gesundheits- und bewegungsfördernden Einrichtung weiterzuentwickeln. Die Implementierung des „LMB“ kam dabei als verhaltenspräventives Element zur Bewegungsförderung neben anderen verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen zum Einsatz. Zudem wurde das Gruppentraining weiterentwickelt, um Menschen mit stärkeren kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen am LMB teilhaben zu lassen. Parallel zu den Modellvorhaben wurde darauf hingearbeitet, das „ATP“ als Dauerangebot in Turn- und Sportvereinen zu etablieren. Trotz Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie konnten rund 70 Übungsleiterinnen und -leiter geschult werden – unter anderem durch die Entwicklung digitaler Schulungsformate. Im Rahmen der Kooperation ab 2022 wird das digitale Planungstool „Impulsgeber Bewegungsförderung“ pilotiert und weiterentwickelt und eine nachhaltige Implementierungsstrategie erarbeitet. Die Strategie umfasst Konzepte zu Beratung und Kommunikation, um kommunale Akteure bei Aktivitäten zur Etablierung bewegungsförderlicher Strukturen vor Ort möglichst passgenau zu unterstützen. Die Finanzierung weiterer Teile des Programms „Älter werden in Balance“ durch den PKV-Verband wurde im Zuge der Neuausrichtung seines Engagements auf den Ansatz der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention beendet. Die Aktivitäten werden von der BZgA fortgesetzt.

Das Programm „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ wird von der Schwulenberatung Berlin angeboten und von der PKV in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Stiftung gefördert. Es steht Pflegeheimen, Pflegediensten, Hospizen, Tagespflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bundesweit seit 2017 zur Verfügung. Einrichtungen, die sich mit dem Qualitätssiegel auszeichnen lassen möchten, überprüfen zunächst mit einem „Diversity Check“ ihre Offenheit gegenüber allen Formen von Sexualität und Geschlecht. Sie werden anschließend durch Beratung, Qualifizierung und Vernetzung bei einem Organisationsentwicklungsprozess begleitet, mittels dessen sie darauf hinarbeiten, die Kriterien des „Diversity Check“ zu erfüllen. Wenn mindestens 80 % der Kriterien erfüllt sind, erhält die Einrichtung eine für drei Jahre gültige Zertifizierung. Von 2018 bis Mitte 2022 nahmen 41 Einrichtungen am Qualifizierungsprogramm teil. Ab 2022 berücksichtigt das Qualifizierungsprogramm auch die Bedarfe ethnisch-kultureller Vielfalt und zertifiziert Einrichtungen für eine diversitätssensible Pflege im umfassenden Sinne. Eine Evaluation des Programms ergab positive Ergebnisse sowohl in Bezug auf die intendierte Wirkung als auch in Bezug auf den Ablauf und die Methoden des Programms (Univation, 2021).

Die übrigen vier Programme zum Ziel Gesund im Alter starteten zwischen 2020 und 2021 mit der Entwicklung bzw. Erprobung. Sie werden voraussichtlich in den Jahren 2023 und 2024 in die routinemäßige Umsetzung gehen.

2.1.6.5 Lebensphasenübergreifende Aktivitäten und Stiftungsarbeit

Die Programme des PKV-Verbands zur Gesundheitsförderung und Prävention umfassen bereits heute oftmals sowohl analoge als auch digitale Elemente. Für die Erbringung digitaler Angebote entwickelt der PKV-Verband seit 2020 eine „Digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention“ (DIFA). Über sie sollen zukünftig Schulungen, Beratung, Projektmanagement und Vernetzung digital oder hybrid stattfinden. Die Plattform wird sowohl für Programme des PKV-Verbands genutzt werden als auch anderen Anbietern als sogenanntes Whitelabel-Produkt zur Verfügung stehen (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V [BVPg], 2022).

Um das relativ neue Feld der digitalen lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu analysieren, hat der PKV-Verband im Jahr 2019 ein Forschungsprojekt initiiert. Ziel war es, den Begriff

„digitale/teildigitale Lebenswelt“ im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention (im Sinne des Präventionsgesetzes) unter Einbezug der hierfür relevanten gesellschaftlichen Akteure zu definieren. Weiterhin konnten Forschungsbedarfe und -methoden sowie Interventionsansätze zum Thema digitale lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention identifiziert werden (Stark et al., 2023). Die Erkenntnisse wurden unter anderem in einem Sammelband zur Digitalisierung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt (Dockweiler et al., 2023).

Ein weiteres vom PKV-Verband initiiertes Forschungsprojekt beschäftigt sich mit dem Thema Klimagesundheit, das künftig als Querschnittsthema in allen PKV-Programmen Berücksichtigung finden soll. Mit dem Ziel, konkrete Ansatzpunkte für eine klimagesunde Lebensweltenprävention aufzuzeigen, untersuchte das bis Ende 2022 laufende Projekt, wie es um das Thema Klimagesundheit in verschiedenen Lebenswelten aktuell bestellt ist, welche erfolgversprechenden Strategien es im Umgang mit dem Klimawandel und seinen Auswirkungen auf die Gesundheit in Lebenswelten bereits gibt, welchen Beitrag diese Ansätze und Strategien für den sozialen Zusammenhalt und die gesundheitliche Chancengleichheit spielen können und wie Lebensweltverantwortliche künftig dabei unterstützt und dazu befähigt werden können, ihre Settings klimagesund und -kompetent zu gestalten (PKV, 2022a, 2022b). Vielversprechende Ansätze werden anschließend in die vom PKV-Verband geförderten Präventionsprogramme zunächst modellhaft und bei erfolgreicher Erprobung regelhaft integriert.

Das Engagement der PKV in der Gesundheitsförderung und Prävention wird erweitert um drei Stiftungen, die vom PKV-Verband (mit)gegründet wurden. Ebenso wie die Präventionsaktivitäten, die gemeinsam mit der BZgA umgesetzt werden, befinden sich auch die Aktivitäten der Stiftungen in einer Weiterentwicklungsphase hin zu lebensweltbezogenen Präventionsangeboten.

Die 2015 vom PKV-Verband gegründete Stiftung Gesundheitswissen hat zum Ziel, einen lebensphasenübergreifenden Beitrag zur Förderung des selbstbestimmten und gesundheitsorientierten Handelns der oder des Einzelnen sowie zur Verhinderung und Verminderung

von Krankheitsrisiken in der Bevölkerung zu leisten. Die Stiftung erarbeitete bisher ca. 130 evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zum allgemeinen Gesundheitswissen, ausgewählten Erkrankungen sowie zu Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Informationen werden über ein Gesundheitsportal, soziale Medien⁷² und Newsletter verbreitet.⁷³ Im Jahr 2018 entwickelte die Stiftung „Pausenlos gesund“⁷⁴, ein Informations- und Schulungsangebot zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelt Schule. Das darin enthaltene Medienpaket wurde mit Stand Mai 2022 von ca. 4.000 Schulen angefordert, ca. 800-mal online heruntergeladen und ist auf den Bildungsservern von zehn Bundesländern zugänglich. Das Medienpaket wird seit 2020 durch die digitale Lernplattform „Gesundweiser“⁷⁵ ergänzt. Im Jahr 2020 begann die Stiftung, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für den Einsatz in Arztpraxen zu entwickeln. Zielgruppe sind ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen, aber auch Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte. Durch die Zusammenarbeit mit Versorgern und Netzwerken werden die Informationsangebote in den Praxisalltag integriert.

Die 1987 vom PKV-Verband mitgegründete Deutsche AIDS-Stiftung⁷⁶ informiert über HIV/AIDS, fördert Projekte der Prävention, Teilhabe, Integration sowie zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung im In- und Ausland und möchte damit zur Vermeidung weiterer Infektionen beitragen sowie das Leben von Menschen mit HIV oder Aids verbessern. Im Rahmen seiner Präventionsstrategie arbeitet der PKV-Verband mit der Deutschen AIDS-Stiftung zusammen, um Gesundheitsförderung und Prävention in jenen nichtbetrieblichen Lebenswelten zu unterstützen, in denen sich HIV-positive Menschen und Menschen, die von HIV besonders bedroht sind, bewegen – z. B. in Aidshilfen, in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete und Sprachschulen, in Wohnprojekten, in der ambulanten und stationären Pflege und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Lebensweltverantwortliche können für Projekte zur Förderung von psychosozialer Gesundheit (Stress-, Gewalt- und Suchtprävention), ganzheitlicher sexueller Gesundheit, Bewegung bzw. Ernährung eine Erst- bzw. Anschubfinanzierung beantragen.

72 Beispiele: www.youtube.com/c/StiftungGesundheitswissen, www.facebook.com/StiftungGesundheitswissen/

73 www.stiftung-gesundheitswissen.de

74 www.pausenlos-gesund.de

75 www.gesundweiser.de/

76 www.aids-stiftung.de

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)⁷⁷ ist eine bundesweit tätige, unabhängige, gemeinnützige und operative Stiftung, die 2009 vom PKV-Verband errichtet wurde. Seit seiner Gründung widmet sich das ZQP dem Thema Prävention im Kontext professioneller und informeller Langzeitpflege. Im Jahr 2018 wurden diese Aktivitäten auf Basis des neuen Leitbilds „Präventionsstiftung für die Pflege“ ausgeweitet. Die Stiftung bietet sowohl übergeordnet – also organisationsübergreifend – als auch in einzelnen Pflege-Settings Unterstützung für Kompetenzentwicklung und Strukturaufbau und unterstützt damit unter anderem auch Lebensweltträger dauerhaft. Dabei werden die Kernaspekte des Lebenswelt- bzw. Setting-Ansatzes Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit berücksichtigt. Bei der Unterstützung von Organisationen wird der Ansatz der partizipativen Organisationsentwicklung verfolgt. In entsprechenden Praxisprojekten wie dem ZQP-Projekt „Prävention in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in Organisationen des ambulanten Pflege-Settings“ (PriO-a)⁷⁸ wird die Systematik bzw. Vorgehensweise des im GKV-Leitfaden Prävention beschriebenen Gesundheitsförderungsprozesses berücksichtigt. Mit Informationsmaterialien sowie der Durchführung von Schulungen trägt das ZQP zur Befähigung von Pflegeorganisationen sowie professionell Pflegenden, pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen bei, eine präventive und sichere Pflege eigenverantwortlich umzusetzen. Dazu bietet die Stiftung z. B. auch organisationsübergreifende spezifische präventionsbezogene Anleitungen, Methoden und weitere Instrumente für Pflege-Settings.

2.1.7 BEITRAG DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist die Bundesagentur für Arbeit der Einladung nachgekommen.

Zur Darstellung des Engagements der Bundesagentur für Arbeit im Sinne der BRE wird über die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung (Abschnitt 2.1.7.1) sowie das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (Abschnitt 2.1.7.2) berichtet.

2.1.7.1 Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt: „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“

Gesundheitliche Einschränkungen sind eine häufige Ursache für den Übertritt oder den Verbleib in Langzeitarbeitslosigkeit. Daher fördert die Bundesagentur für Arbeit zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen bereits seit 2014 die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Rahmen des gemeinsamen Projekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“, ab 2023: „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“. Kooperationspartner sind zudem die kommunalen Spitzenverbände Deutscher Städtetag und Deutscher Landkreistag.

Die Entstehung des Projekts geht zurück auf eine im Jahr 2014 begonnene Modellerprobung an sechs Standorten und wurde seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit und auf Basis des Präventionsgesetzes auf alle Bundesländer ausgeweitet und inhaltlich weiterentwickelt. Die Nationale Präventionskonferenz hat in den am 19.02.2016 verabschiedeten BRE arbeitslose Menschen als vulnerable Zielgruppe beschrieben. Gesundheitsfördernde und präventive Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für arbeitslose Menschen sollen demnach in lebensweltbezogener Kooperation mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit und ggf. weiteren kommunalen Kooperationspartnern erbracht werden.

Die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzlichen Krankenkassen haben ein gleichgelagertes Interesse, ihre Leistungsangebote abzustimmen und sinnvoll miteinander zu verzahnen. Die Jobcenter und die Agenturen für Arbeit haben im täglichen Kundenverkehr und in ihrer Beratung Zugang zur Zielgruppe der arbeitslosen Menschen. Die gesetzlichen Krankenkassen halten ein umfangreiches Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention für ihre Versicherten bereit.

Im Rahmen des Projekts zur „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (ab 2023: „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“; vgl. Abschnitt 2.1.1), konnten diese Angebote und Dienstleistungen erstmals in einem bundesweit abgestimmten Vorgehen bedarfsgerecht miteinander verbunden wer-

⁷⁷ www.zqp.de

⁷⁸ www.zqp.de/sicherheitskultur-ambulante-pflege-settings/

den. Damit soll arbeitslosen Menschen ein leichter Zugang zu niedrigschwelligen, gesundheitsfördernden Angeboten ermöglicht werden.

Die Krankenkassen haben dafür eine entsprechende niedrigschwellige Angebotsstruktur vor Ort aufgebaut und unterstützen außerdem den Aufbau gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Die Bundesagentur für Arbeit sensibilisiert ihre Kundinnen und Kunden für eine gesundheitsbewusste Lebensführung und motiviert zur freiwilligen Teilnahme an den Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen. Um die Beratungskompetenz der Mitarbeitenden der Bundesagentur für Arbeit zu erhöhen, stehen Qualifizierungsangebote (z. B. zum Führen von gesundheitsorientierten Beratungsgesprächen) zur Verfügung.

Von besonderer Bedeutung sind die Möglichkeiten des Projekts, die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten kassenübergreifend zu erbringen – arbeitslose Menschen können demnach unabhängig von ihrer jeweiligen Krankenkasse die Angebote in Anspruch nehmen. Sie müssen außerdem keine Eigenanteile entrichten, was für sie eine hohe Zugangshürde bedeuten kann.

2016 haben sich 58 Standorte am Projekt beteiligt. Bis 2022 ist die Anzahl der freiwilligen örtlichen Kooperationen auf 226 angestiegen.

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat sowohl die Integrationsarbeit mit den Leistungsberechtigten der Grundsicherung und Agenturen für Arbeit als auch die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit vor neue Herausforderungen gestellt.

Aus den Rückmeldungen der Standorte geht hervor, dass die geschaffenen Angebote und Zusammenarbeitsformate – soweit möglich und im Rahmen der geltenden Kontaktbeschränkungen zulässig – auch während der COVID-19-Pandemie aufrechterhalten wurden.

Bei der Bereitstellung gesundheitsförderlicher Angebote wurde zum Teil von alternativen Umsetzungsformen Gebrauch gemacht (z. B. digitale Kochkurse). Zur Aufrechterhaltung der Beratung der Kundinnen und Kunden hat die Bundesagentur für Arbeit unter anderem die

Kommunikation per Video als ergänzendes Kommunikationsangebot bereitgestellt. Vor Ort wurden weitere alternative Formen der Beratung wie Walk & Talk (Beratung nicht im Büro der Arbeitsverwaltung, sondern z. B. bei einem gemeinsamen Spaziergang) eingesetzt.

Die erheblichen (und noch nicht vollständig absehbaren) Folgen der COVID-19-Pandemie haben das Erfordernis bedarfsgerechter, präventiver Angebote, die im Rahmen belastbarer Kooperationsstrukturen der Träger erbracht werden, noch einmal stark verdeutlicht.

Eine im Auftrag des GKV-Bündnisses für Gesundheit durchgeführte Evaluation sowie Erfahrungsaustausche mit den Standorten zeigen, dass das Thema Gesundheit im Rahmen des Projekts auch schon vor der COVID-19-Pandemie verstärkt in die Integrationsarbeit einbezogen wurde. Dies betrifft nicht nur Kundinnen und Kunden, sondern auch die Mitarbeitenden der Bundesagentur für Arbeit. Gesundheitliche Themen rücken mehr in den Fokus der täglichen Arbeit. Positiv entwickelt hat sich auch der leichtere Zugang zu Angeboten und eine Steigerung der Motivation zur Teilnahme an Gesundheitsangeboten von arbeitslosen Menschen. Sie bekommen einfacher einen Überblick zu den gesundheitsfördernden Angeboten in der Region und somit einfacher die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen in ähnlicher Lebenssituation auszutauschen. Die Teilnahme der arbeitslosen Menschen an den Angeboten des Projekts verbessert der Evaluation zufolge unter anderem deren Lebensqualität und Resilienz kurz- und mittelfristig. Insgesamt zeigt die Evaluation eine Vielzahl kleinerer Effekte (GKV-Spitzenverband, 2021a)⁷⁹.

Eine weitere positive Entwicklung ist, dass durch die enge Zusammenarbeit in gemeinsamen Steuerungsgremien vermehrt eigene Angebote zur Gesundheitsförderung entwickelt wurden, die sich stärker am Bedarf der Kundinnen und Kunden ausrichten. Diese Zusammenarbeit wurde im Rahmen von Befragungen der Evaluation als durchweg erfolgreich bewertet.

2.1.7.2 Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“

Des Weiteren ist die Bundesagentur für Arbeit auch an der Umsetzung des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ beteiligt.

⁷⁹ Die vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Zusammenfassung bezieht sich auf folgenden unveröffentlichten Bericht: Marschall et al. (2021).

Das BMAS setzt mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“ den Auftrag des Gesetzgebers nach § 11 SGB IX um, die Durchführung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation im SGB II sowie im SGB VI zu fördern. Innovative Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sollen erprobt sowie die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation verbessert werden.

Ziel ist, die Grundsätze Prävention vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente zu stärken, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie den Zugang in Erwerbsminderungsrente, Eingliederungs- bzw. Sozialhilfe nachhaltig zu senken. Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind antragsberechtigt und können Modellprojekte (mit einer Förderdauer von in der Regel bis zu fünf Jahren) einrichten, untereinander Kooperationen eingehen oder im Rahmen von Kooperationsprojekten weitere Partner beteiligen.

Das BMAS hat für das Bundesprogramm ein Fördervolumen von ca. einer Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der ersten beiden Förderaufrufe werden seit Ende 2019 bereits über 100 Modellprojekte gefördert, der dritte Förderaufruf wurde im Juli 2022 veröffentlicht. Das Bundesprogramm endet mit Ablauf des Jahres 2028.

Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“ wird gemäß § 11 Abs. 5 SGB IX durch eine Programmevaluation wissenschaftlich begleitet, um zusätzliche Erkenntnisse für die Entwicklung effektiver und nachhaltiger Lösungsansätze zum Erreichen der Ziele zu gewinnen.

2.2 BUND, LÄNDER UND KOMMUNEN

In diesem Kapitel wird das Engagement im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) der beratenden Mitglieder der NPK vonseiten des Bundes, der Länder und der Kommunen dargestellt. Zum Engagement der Bundesebene liegen Beiträge von den vier beratenden Bundesministerien vor: dem BMAS, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie dem BMG (Abschnitt 2.2.1 - 2.2.4). Das Engagement der Länder wird anhand von Beiträgen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (Abschnitt 2.2.5) und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (Abschnitt 2.2.6) dargestellt, das der Kommunen anhand eines Beitrages der kommunalen Spitzenverbände (Abschnitt 2.2.7).

Mit diesen Beiträgen sind die beratenden NPK-Mitglieder vonseiten des Bundes, der Länder und der Kommunen der Einladung nachgekommen, ihr Engagement im Sinne der BRE darzustellen.

2.2.1 BEITRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS): PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DER ARBEITSWELT

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) der Einladung nachgekommen.

In einer sich ständig verändernden Arbeitswelt mit zunehmender Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologie verringern sich einerseits körperlich belastende Tätigkeiten, andererseits resultieren daraus neue Belastungsfaktoren, etwa durch beschleunigte Arbeitsprozesse, zunehmende Arbeitsdichte und wachsende Anforderungen an die Erreichbarkeit und Mobilität der Beschäftigten. Psychische Belastung bei der Arbeit ist ein Risikofaktor - gut gestaltete Arbeit jedoch stärkt als Ressource die Gesundheit (Rothe et al., 2017).

Die Gesundheit der Beschäftigten ist wesentlich für eine menschengerecht gestaltete Arbeitswelt und gleichzeitig zentral für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen und die Leistungsfähigkeit der Menschen. Das BMAS als für den Bereich von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zuständiges Ressort hat in den vergangenen Jahren vor diesem Hintergrund - neben den legislativen

Aktivitäten zur Aufnahme der psychischen Belastung als Gefährdungsfaktor im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und der Berücksichtigung dieses Faktors in Arbeitsschutzverordnungen - mit der

- GDA und dem
- Projekt der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) „psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) sowie
- der Offensive psychische Gesundheit (OPG)

Aktivitäten entfaltet, um die psychische Gesundheit der Beschäftigten in Betrieben und Verwaltungen zu stärken.

2.2.1.1 Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Die GDA ist ein auf Dauer angelegtes, gesetzlich verankertes Bündnis von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern mit dem Ziel, das Arbeitsschutzsystem in Deutschland kontinuierlich weiterzuentwickeln, konkrete Arbeitsschutzziele und Beratungskonzepte zu erarbeiten und das Vorschriften- und Regelwerk weiter zu verbessern. Dem Arbeitsschutz kommt für die Gestaltung von menschengerechter – das heißt auch die psychische Gesundheit bewahrender und fördernder – Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle zu. Mit der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG existiert ein prozessuales und beteiligungsorientiertes Instrument für den Schutz der psychischen und physischen Gesundheit, das sich in der betrieblichen Praxis allerdings trotz der gesetzlichen Verpflichtung noch nicht ausreichend durchgesetzt hat: Denn nur etwas mehr als die Hälfte der Betriebe führte im Jahr 2015 eine Gefährdungsbeurteilung durch; insbesondere KMU haben hier erhebliche Umsetzungsdefizite; zudem werden psychische Belastungsfaktoren nur bei etwa einem Viertel aller besichtigten Betriebe angemessen in der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie [GDA], 2019).

Der psychischen Belastung im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung widmet sich auch in der 3. GDA-Periode ein Arbeitsprogramm „Arbeit sicher und gesund gestalten: Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung. Miteinander und systematisch für gute Arbeitsgestaltung bei arbeitsbedingter psychischer Belastung.“ Dieses GDA-Ziel ist mit den BRE abgestimmt. Im Vergleich zur 2. GDA-Periode wird eine weitere Erhöhung des Anteils von Betrieben mit einer auch im Hinblick auf psychische Belastung angemessenen Gefährdungsbeurteilung angestrebt.

2.2.1.2 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)

Im Rahmen des vom BMAS über die „INQA“ geförderten Projekts „psyGA“ wurden im Laufe der vergangenen Jahre zahlreiche praxisnahe Handlungshilfen für die unterschiedlichen Akteure im Betrieb (Geschäftsleitungen, Betriebs- und Personalräte, Beschäftigte) entwickelt, von Praxisordnern über Broschüren, Selbst-Checks bis hin zu E-Learning-Tools. Zum Projektabschluss Ende des Jahres 2022 wurden die zentralen Projektergebnisse in einer Kampagnen- und Toolbox gebündelt (psyGA, o. D.). KMU erhalten hier Anleitung und Materialien zur Durchführung einer ganzheitlichen Gesundheitsaktion im Betrieb, die die betriebliche Aufklärung, die Wissens- und Informationsvermittlung, sowie die Reduzierung von Vorurteilen und Stigmatisierungen als zentrale Bausteine jeder betrieblichen Intervention zum Schutz und zur Stärkung der psychischen Gesundheit beinhaltet.

2.2.1.3 Offensive Psychische Gesundheit (OPG)

Die Ursachen für psychische Erkrankungen sind komplex und vielfältig. Sie lassen sich nicht auf Arbeitsumfeld und Gestaltung der Arbeitsbedingungen reduzieren. Daher hat das BMAS gemeinsam mit dem BMG und dem BMFSFJ im Jahr 2020 die OPG zur Stärkung der psychischen Gesundheit initiiert, die neben der Arbeitswelt auch andere Lebenswelten berücksichtigt und damit an der Lebenswirklichkeit der Menschen ansetzt.

Die Offensive Psychische Gesundheit verfolgt drei Ziele:

1. mehr Offenheit in der Breite der Gesellschaft im Umgang mit psychisch belasteten Menschen bzw. mit psychischer Gesundheit,
2. Sensibilisierung in den Lebenswelten, um mehr Unterstützung zu ermöglichen, Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit zu stärken und psychische Belastungen und Risiken im eigenen Umfeld und bei sich selbst zu erkennen und ernst zu nehmen,
3. stärkeres Zusammenspiel der Präventionsakteure für einen niedrigschwelligen, angemessenen und frühen Zugang zu Präventionsangeboten für Betroffene und Angehörige.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat die OPG zusätzliche Dringlichkeit erfahren, da zu bereits im Vorfeld bestehenden Belastungen zusätzliche Ängste und Sorgen zu bewältigen sind. Dies stellt die betroffenen Menschen, aber auch die für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Akteurinnen und Akteure vor große Herausforderungen.

Die OPG war ein Erfolg. Sie hat ein breites Netzwerk der zuständigen Akteure geschaffen. Die Ergebnisse der OPG können von der NPK und NAK aufgegriffen und genutzt werden.

2.2.1.4 Schlussfolgerungen für die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

Zur Verstetigung ist es wichtig, das Thema Offenheit im Hinblick auf maßgebliche Rahmenbedingungen der psychischen Gesundheit in betrieblichen Lebenswelten sowohl auf individueller Ebene zu adressieren als auch darüber hinaus strukturell in den Lebenswelten zu verankern. Eine solche Offenheit kann beispielsweise durch die Gefährdungsbeurteilung und ein strukturiertes Gesundheitsmanagement erreicht werden.

Es gibt zahlreiche und qualitativ hochwertige Präventions- und Unterstützungsangebote zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die Angebote sollten möglichst miteinander verzahnt werden, damit sie den Menschen ganzheitlich betrachten und adressieren können.

Die Präventions- und Unterstützungsangebote stehen ganz überwiegend in der Logik verschiedener Sozialsysteme und deren jeweiliger Leistungssystematik; dies kann eine lebensweltübergreifende Vernetzung von Präventionsangeboten erschweren. Die Vielfalt von Angeboten ist eine große Stärke, allerdings kann sie dazu führen, dass die Palette an Angeboten für Hilfe suchende Menschen als unübersichtlich wahrgenommen wird, passgenaue Hilfen nur schwer gefunden werden und die Angebote ihre volle Wirksamkeit nicht immer entfalten können.

Die Kooperation der Leistungsträger und der Leistungserbringer, die Koordination der Leistungen und Angebote sowie eine Vernetzung und das Wissen um die Angebote anderer Anbietenden erzeugen die größte Wirkung, wenn sie auf kommunaler Ebene erfolgt.

Das Präventionsgesetz hat erstmals zusammenhängende und aufeinander aufbauende bundesgesetzliche Regelungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten geschaffen und bietet den Beteiligten erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten, die zunehmend genutzt werden.

Die Zusammenarbeit der relevanten Leistungsträger untereinander und mit weiteren maßgeblichen Akteuren wie den Vertretungen der Sozialpartner, der Länder und

Kommunen z. B. im Rahmen der NPK und der GDA ist ein wichtiger Schritt, um die Zusammenarbeit zu verbessern und Angebote besser miteinander zu verzahnen.

Die ressortübergreifende Zusammenarbeit von BMAS, BMG und BMFSFJ (auch in der NPK) ermöglicht eine Gesamtbetrachtung der Einflussfaktoren für Gesundheit und Prävention insbesondere aus der Arbeitswelt, der Lebenswelt Familie und den Lebenswelten der Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen. Die gemeinsamen Aktivitäten ergänzen die Aktivitäten, die in den bestehenden Strukturen der NAK und der NPK stattfinden.

2.2.2 BEITRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL)

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) der Einladung nachgekommen.

Eine gesunde und nachhaltige Ernährung ist für die Gesundheit der Menschen in jeder Lebensphase von großer Bedeutung. Die BRE und die darin enthaltenen Ziele Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten und Gesund im Alter zeigen auf, dass Prävention im Ernährungsbereich eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe ist, die von unterschiedlichen Akteuren getragen und in allen Lebenswelten verankert werden muss. Dabei bedarf es einer strukturierten Verzahnung von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Das gemeinsame Ziel aller Akteure muss sein, es den Menschen im Alltag leicht zu machen, sich gesund und nachhaltig zu ernähren.

Das BMEL setzt sich für eine gesundheitsfördernde Ernährungsumgebung und eine verbesserte Ernährungskompetenz ein. Die Verbraucherinnen und Verbraucher sollen die Möglichkeit bekommen, informierte Entscheidungen zu treffen - und dann auch ein entsprechendes Angebot vorfinden.

Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine gesunde und nachhaltige Ernährung ist die Gemeinschaftsverpflegung - ob in Kindertageseinrichtungen und Schulen, bei der Arbeit, in Krankenhäusern und Rehakliniken oder Senioreneinrichtungen. Vor der COVID-19-Pandemie haben täglich rund 16 Millionen Menschen in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung gegessen. Diese Einrichtungen können einen wichtigen Beitrag zur Prävention von

ernährungsmitbedingten Krankheiten und zum Schutz von Umwelt und Klima leisten. Um die Verantwortlichen in den unterschiedlichen Lebensbereichen zu unterstützen und die Qualität der Gemeinschaftsverpflegung zu verbessern, veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des BMEL seit 2008 lebensweltbezogene Qualitätsstandards. Die neutral und unabhängig erarbeiteten DGE-Qualitätsstandards unterstützen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie Praktikerinnen und Praktiker bei Lebensmittelauswahl, Speisenplangestaltung und Speisenherstellung. Zwischen 2018 und 2020 wurden die DGE-Qualitätsstandards vollständig überarbeitet und um Empfehlungen für ein nachhaltiges Angebot ergänzt.

Für die Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards sind unterschiedliche Akteure verantwortlich. Das Zusammenwirken der verantwortlichen Partner zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten Gemeinschaftsverpflegung in den Lebenswelten ist in den Bundesrahmenempfehlungen exemplarisch dargestellt. Um die Akteure vor Ort zu unterstützen, wurden Vernetzungsstellen eingerichtet. Zusätzlich zu den Vernetzungsstellen Schulverpflegung, die es in allen Bundesländern gibt, wurden bis zum Jahr 2021 für die Verpflegung von Kindern unter 6 Jahren in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege 13 Vernetzungsstellen eingerichtet. Der Bund stellt dafür jährlich insgesamt 2 Millionen Euro Projektmittel zur Verfügung. Für die Seniorenernährung wurden bislang 10 Vernetzungsstellen bzw. vergleichbare Institutionen eingerichtet und mit einer Anteilfinanzierung von 2 Millionen Euro jährlich von Bund und Ländern gefördert.

Mit weiteren Maßnahmen hat das BMEL gesunde Ernährungsumgebungen gefördert: Ein wichtiger Baustein ist die im Dezember 2018 verabschiedete „Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“ (NRI). Die bisherigen Ergebnisse des vom Max Rubner-Institut (MRI) durchgeführten Produktmonitorings (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft [BMEL], 2022) zeigen, dass in vielen Lebensmittelkategorien bereits Reduktionen in den Energie- und (bestimmten) Nährstoffgehalten stattgefunden haben. Im Rahmen der NRI wurde im Mai 2020 auch der Zusatz von Zucker und anderen süßenden Zutaten zu Säuglings- und Kleinkindertees verboten.

Um Verbraucherinnen und Verbraucher bei einer ausgewogenen Ernährungsweise zu unterstützen, hat das BMEL im November 2020 in Deutschland den Nutri-Score

eingeführt. Als zusätzliches Kennzeichnungselement bewertet der Nutri-Score die Nährstoffzusammensetzung eines Lebensmittels, indem Nährwerte und bestimmte Inhaltsstoffe in eine Farb-Buchstaben-Kombination übersetzt werden. Der Nutri-Score ist auf der Verpackungsvorderseite abgebildet und ermöglicht es Verbraucherinnen und Verbrauchern, ähnliche Produkte schnell und unkompliziert miteinander zu vergleichen. Rund 310 aus Deutschland stammende Unternehmen haben sich mit rund 590 Marken für eine Verwendung des Nutri-Score registriert.⁸⁰ Auf EU-Ebene unterstützt das BMEL das Vorhaben der EU-Kommission, eine einheitliche und verbindliche erweiterte Nährwertkennzeichnung einzuführen, und empfiehlt konkret die Etablierung eines EU-weiten Nutri-Score.

In der Ernährungsforschung fördert das BMEL neue Schwerpunkte. Seit Februar 2019 erforscht das neugegründete Institut für Kinderernährung am MRI das Zusammenwirken verschiedener Einflüsse auf die frühe Prägung von Krankheitsrisiken einschließlich der Entstehung von Übergewicht und ernährungsmitbedingten Krankheiten sowie des Ernährungsverhaltens von Kindern von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Die Nationale Stillkommission wurde nach der Institutsgründung ebenfalls im MRI angesiedelt. Die von ihr herausgegebenen Richtlinien und Empfehlungen richten sich an die Bundesregierung und die Verantwortlichen der Lebenswelten und zeigen unter anderem auf, wie bestehende Stillhindernisse beseitigt werden können.

Um die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger weiter zu verbessern, gibt es seit 2008 den Nationalen Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Mit über 250 Projekten aus allen Lebenswelten wird das Ziel verfolgt, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern und somit lebensstilbedingten Krankheiten vorzubeugen. Die Aktivitäten des BMEL erstrecken sich dabei über alle Lebensphasen - von den ersten 1.000 Tagen im Leben eines Menschen bis hin zum Seniorenalter - und beinhalten Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungsumgebung, Ernährungsbildung und Ernährungskompetenz. Zu den zentralen Elementen von IN FORM zählen Informationen zu Ernährung und Bewegung, Ernährungsbildung, gesunde und nachhaltige Gemeinschaftsverpflegung und innovative Modellprojekte. Eine weitere Maßnahme ist die 2021 beschlossene „Nationale Strategie zur Stillförderung“ (BMEL, 2021). Ziel der Strategie ist es, die Stillfreund-

lichkeit und die Rahmenbedingungen in Deutschland nachhaltig zu verbessern und junge Familien nach ihrem individuellen Bedarf zu unterstützen.

Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Ernährungskompetenz der Bürgerinnen und Bürger leistet das vom BMEL eingerichtete Bundeszentrum für Ernährung (BZfE).⁸¹ Als zentrale Einrichtung für Ernährungskommunikation in Deutschland informiert das BZfE im Auftrag des BMEL neutral, wissenschaftlich fundiert und zielgruppenspezifisch. Ziel ist es, in der Gesellschaft das Bewusstsein für die Bedeutung einer gesunden und nachhaltigen Ernährung zu schärfen und die Menschen dabei zu unterstützen, aus der Fülle an Informationen und sich teils widersprechender Empfehlungen das Richtige für sich selbst herauszufiltern. Ein besonderer Fokus liegt darauf, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, beispielsweise durch einheitliche Handlungsempfehlungen, Beratungsmaterialien, Weiterbildungen und Fortbildungen für Lehrkräfte.

Mit seinen vielseitigen Aktivitäten schafft das BMEL die Grundlage für eine gesunde und nachhaltige Ernährung. Prävention im Ernährungsbereich - vor allem im Kindesalter - ist ein Schlüssel zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit. Dafür ist es wichtig, Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen besonders in den Blick zu nehmen und Angebote zu entwickeln, die sie ohne Stigmatisierung erreichen. Der NPK und den dort vertretenen Verantwortlichen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung kommt bei der Verbesserung des Ernährungsalltags und des Ausschöpfens des präventiven Potenzials einer gesunden Ernährung eine entscheidende Rolle zu.

2.2.3 BEITRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ)

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) der Einladung nachgekommen.

Das Engagement des BMFSFJ im Sinne der BRE wird hier beispielhaft am Themenfeld Kinder psychisch und suchtkranker Eltern dargestellt.

Die Situation von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen und politischen Wahrnehmung gerückt. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass geschätzte drei bis vier Millionen Kinder einen vorübergehend oder dauerhaft psychisch erkrankten Elternteil haben und etwa 2,6 Millionen Kinder in suchtkrank belasteten Familien aufwachsen (BT-Drs. 8/1287, Antrag der Fraktionen, CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“). Kinder und Jugendliche, die in Familien mit einem psychisch oder suchtkranken Elternteil aufwachsen, können durch die Erkrankung in vielfältiger Weise belastet sein und tragen das Risiko, selbst gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erleiden. Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, Kinder psychisch, sucht- oder chronisch kranker Eltern zu unterstützen (Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) Bündnis 90/Die Grünen Freie Demokraten (FDP) [SPD Grüne FDP], 2021). Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurde auf der Grundlage des Bundestags-Antrags vom 20. Juni 2017 (BT-Drs. 18/12780) die Arbeitsgemeinschaft zur Situation Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (AG KpkE) eingerichtet. In ihrem Abschlussbericht legte die AG KpkE 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation der Kinder psychisch und suchtkranker Eltern und ihrer Familien vor (AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., o. D.). Wesentliche Empfehlungen konnten inzwischen mit dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) umgesetzt werden. Das KJSG ist am 10. Juni 2021 in Kraft getreten.

Die AG KpkE empfahl die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Alltagsunterstützung durch die Implementierung einer neuen Hilfeart in den erzieherischen Hilfen nach §§ 27 ff. SGB VIII. Geregelt werden sollte eine Möglichkeit zur direkten Inanspruchnahme der Hilfe sowie die Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Angebotsstruktur (Empfehlungen Nr. 1-4). Mit dem KJSG wurde in § 20 SGB VIII ein Rechtsanspruch für Familien auf direkte, bedarfsgerechte, flexible und niedrigschwellige Unterstützung in Notsituationen ohne vorherige Antragstellung eingeführt. Flankierend wurde im Rahmen der Regelungen zur Jugendhilfeplanung die Bedarfsgerechtigkeit und Qualität dieses Angebots sowie das Zusammenwirken mit anderen Jugendhilfeleistungen in den Lebens- und Wohnbereichen von jungen Menschen und ihren Familien sichergestellt.

Die AG KpkE empfahl die Streichung des Erfordernisses des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage beim eigenen Beratungsanspruch für Kinder und Jugendliche nach dem SGB VIII (Empfehlung Nr. 5). Mit dem KJSG wurde ein uneingeschränkter Anspruch auf Beratung für Kinder und Jugendliche, unabhängig vom Vorliegen einer Not- und Konfliktlage, auch ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten, in § 8 Abs. 3 S. 1 SGB VIII normiert.

Die AG KpkE empfahl in § 27 SGB VIII klarzustellen, dass Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen umfasst (Empfehlung Nr. 19). Mit dem KJSG wurde in § 10a SGB VIII klargestellt, dass auch die Unterstützung von Familien bei der Orientierung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen zu den Aufgaben des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe gehört.

Die von der AG KpkE empfohlene explizite Regelung im SGB V zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Kinder- und Jugendhilfe (Empfehlung Nr. 15) wurde ebenfalls durch das KJSG umgesetzt: Um die vertragsärztliche Versorgung bei einer Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern, wurde mit dem neuen § 73c SGB V die Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und -ärzten mit den Jugendämtern gestärkt. § 73c SGB V regelt eine Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene über die Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten mit den Jugendämtern. Erfasst werden damit Fälle, in denen im Rahmen der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen oder der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen oder eines ihrer Familienangehörigen Anhaltspunkte für eine drohende oder eingetretene Kindeswohlgefährdung festgestellt werden. Ergänzend wurde eine Regelung eingeführt zur angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für (insbesondere telemedizinische) Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz (§ 87 Abs. 2a S. 8 SGB V).

Die AG KpkE empfahl eine explizite Regelung im SGB V zur Vermittlung aus der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung in die Kinder- und Jugendhilfe. Dabei sollten Informationen zu lokal verfügbaren, bedarfsgerechten Angeboten bereitgestellt werden und die Abrechenbarkeit als GKV-Einzelfalleistung ermöglicht

werden (Empfehlung Nr. 16). Der mit dem KJSG eingefügte § 87 Abs. 2a S. 8 SGB V ermöglicht die Vergütung der Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, insbesondere an telemedizinischen Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz.

Die AG KpkE hat dem Bundestag empfohlen, die Bundesregierung aufzufordern, gemeinsam mit Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern einen Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multiprofessioneller und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme zu entwickeln. Dabei sollten unter anderem die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Evaluation der Frühen Hilfen und aus der Evaluation des kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit berücksichtigt werden (Empfehlung Nr. 18). Das BMFSFJ fördert zur Umsetzung dieser Empfehlung ein Projekt von NACOA Deutschland Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V. für die Laufzeit vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2023. Das Projekt vernetzt Akteure aus dem Gesundheits-, Sucht- und Jugendhilfebereich sowie der Selbsthilfe.

Präventive Angebote der Frühen Hilfen für Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung

Es ist das Ziel der Frühen Hilfen, jedem Kind eine gesunde Entwicklung und ein gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu verfolgen, bieten die Frühen Hilfen seit 2007 Müttern und Vätern in belastenden Lebenslagen ab der Schwangerschaft bis zum dritten Geburtstag des Kindes auf vielfältige Weise Unterstützung an. 2018 wurde die Förderung der Frühen Hilfen auf Bundesebene durch die Einrichtung der Bundesstiftung Frühe Hilfen im BMFSFJ verstetigt. Die Unterstützung der Familien erfolgt stets niedrigschwellig, diskriminierungsfrei, respektvoll und in enger Abstimmung mit den Familien. Ein Beispiel ist die aufsuchende Unterstützung durch Familienhebammen, Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende oder auch durch Ehrenamtliche bei den Familien zuhause. Darüber hinaus gibt es auch Gruppenangebote im Sozialraum sowie Beratungsangebote für Mütter und Väter. Frühe Hilfen beziehen dabei unter anderem das umfangreiche Angebot der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sowie der Schwangerschaftsberatung, Frühförderung und Familienbildung in die Angebote ein. Die Frühen Hilfen haben sich auf allen föderalen Ebenen flächendeckend etabliert und entwickeln sich ständig weiter. Damit leis-

ten sie einen wesentlichen Beitrag zur Familienfreundlichkeit und zur Verwirklichung von Kinderrechten in den Kommunen, der Lebenswelt von Familie. Im Auftrag und gefördert durch das BMFSFJ übernimmt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), getragen von der BZgA in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI), zentrale Aufgaben in Forschung, Qualitätsentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit für die Frühen Hilfen in Deutschland. Ein Thema, bei dem sich das NZFH in den vergangenen Jahren verstärkt einbringt, ist die Unterstützung der Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der Frühen Hilfen. In Deutschland leben ca. 3,8 Millionen Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind (Christiansen et al., 2014). Legt man die Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung zugrunde, sind rund 15 % dieser Kinder unter drei Jahre alt und gehören damit zur Zielgruppe der Frühen Hilfen. In der Elternstudie „KiD 0-3“ des NZFH zeigt sich, dass bei 15,7 % der befragten Eltern von jungen Kindern schwächere Hinweise auf eine depressive oder angstbezogene Symptomatik vorliegen und 4,4 % der Befragten von stark ausgeprägten Symptomen berichten (Eickhorst et al., 2017). Von großer Bedeutung ist, dass Depression und Angst mit weiteren Belastungsfaktoren eng assoziiert sind: Armut, Unzufriedenheit in der Partnerschaft oder die Situation als Alleinerziehende/-r sowie eine ungeplante Schwangerschaft erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass gleichzeitig eine depressive oder angstbezogene Symptomatik berichtet wird.

Die Angebote der Frühen Hilfen unterstützen diese Familien und dabei insbesondere (werdende) Mütter, die gerade rund um die Geburt ein deutlich erhöhtes Risiko haben, erstmalig oder erneut eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Für die Wahrnehmung von Anzeichen für die psychische Erkrankung eines Elternteils sind die universellen Versorgungsangebote der gynäkologischen und pädiatrischen Praxen besonders bedeutend, da sie von fast allen Eltern, auch jene mit Anzeichen einer psychischen Erkrankung, wahrgenommen werden. Auch Geburtskliniken spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, da 98 % der Kinder in Deutschland in einem Krankenhaus entbunden werden (Robert Koch-Institut [RKI], 2015). Die Erbringenden dieser Versorgungsleistungen sind daher wichtige Kooperationspartnerinnen

und -partner der Frühen Hilfen. In fast 85,6 % der im Jahr 2020 vom NZFH befragten Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen ist mindestens eine pädiatrische Praxis in die fallübergreifende Netzwerkarbeit der Frühen Hilfen eingebunden.⁸² Gynäkologische Praxen waren in 58,8 % der Kommunen in die fallübergreifende Netzwerkarbeit Frühe Hilfen integriert. 79,4 % der befragten Kommunen konnten die stationäre Geburtshilfe einbinden.

Bei Familien mit psychisch erkranktem Elternteil reicht die Unterstützung nur durch ein Hilfesystem nicht aus, weshalb die Frühen Hilfen stets hilfesystemübergreifend arbeiten. Besonders relevant für die betroffenen Familien ist es jedoch, dass ein funktionierendes und nachhaltiges Hilfesystem der psychiatrischen Versorgung in einem kommunalen Gesamtkonzept vorhanden ist (BT-Drs. 19/16070).

2.2.4 BEITRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG)

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Einladung nachgekommen.

Angesichts der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Alterung der Bevölkerung, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie den Herausforderungen klimatischer Veränderungen für die Gesundheit der Bevölkerung gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung, damit Menschen bis ins hohe Alter ein möglichst gesundes und selbstbestimmtes Leben führen können.

Mit dem Präventionsgesetz hat der Bund im Rahmen der im föderalen System bestehenden Kompetenzen die Grundlage gelegt, um unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

⁸² Der Bezugsrahmen der Befragung ist der Jugendamtsbezirk. Hier gibt es (Stand: 2020) 570 Landkreise, kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden mit öffentlicher Trägerschaft für die Kinder- und Jugendhilfe (der Wert variiert aufgrund von Gebietsreformen). Darunter gibt es auch Jugendamtsbezirke mit mehr als einem Netzwerk Frühe Hilfen. Diese werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, um Verzerrungen bei den Daten zu vermeiden.

Das BMG als für die GKV und die SPV zuständiges Ressort hat weitere gesetzliche Aktivitäten entfaltet, um Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. So wurde z. B. mit dem Masernschutzgesetz eine verbindliche Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem ÖGD bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vorgegeben (§ 20f Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder deren Verschlimmerung entgegenzuwirken, wurde zudem das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis fortgeschrieben (§ 78 Absatz 2 Satz 4 SGB XI) und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 78 Absatz 2a SGB XI) sowie ein Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b, 78a SGB XI) eingeführt. Darüber hinaus fördert das BMG zahlreiche Forschungsvorhaben, Modellvorhaben, Projekte und Konferenzen, die geeignet sind, die als zentrale Säule der nationalen Präventionsstrategie am Lebenslauf orientierten Ziele der BRE zu unterstützen.

Teilweise unterstützen die Maßnahmen des BMG einzelne Ziele der BRE; von anderen Maßnahmen profitieren grundsätzlich die Zielgruppen aller am Lebenslauf orientierten Ziele. Zu Letzteren zählt insbesondere der Pakt für den ÖGD, mit dem der Bund bis zum Jahr 2026 vier Milliarden Euro zur personellen Verstärkung sowie der besseren technischen und digitalen Ausstattung der Gesundheitsämter zur Verfügung stellt. Bis Ende 2021 haben die Länder mithilfe des Bundes das ambitionierte Ziel, 1.500 neue unbefristete Stellen in den Gesundheitsämtern zu schaffen und zu besetzen, bereits übertroffen. Insgesamt trägt der Personalaufbau im ÖGD zu einer strukturellen Stärkung der Gesundheitsberichterstattung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bei.

Auch zehn im Rahmen des BMG-Förderschwerpunktes Bewegung und Bewegungsförderung mit insgesamt rund 4,5 Millionen Euro geförderte Projekte zur Förderung eines aktiven Lebensstils sowie die gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft erfolgte Weiterentwicklung des „Nationalen Aktionsplans IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung“ – adressieren alle drei Ziele der BRE.

Weitere Maßnahmen und Projekte des BMG tragen zu einzelnen Zielen der BRE bei. So ist im Bereich Gesund aufwachsen der Förderschwerpunkt Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit einem Fördervolumen von rund 1,8 Millionen Euro in den Jahren 2018 bis 2021 zu nennen. Auch das vom 1. Juli 2017 bis 31. März 2019 durchgeführte Projekt „Präventionsbus Charité Berlin“,

das durch mobile Gesundheitsteams auf eine Verbesserung des Impfstatus von Schülerinnen und Schülern in Berlin und Brandenburg zielt, trägt zu einem gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen bei.

Im Bereich Gesund leben und arbeiten hat das BMG im Berichtszeitraum insbesondere Projekte mit Bezug zur Arbeitssituation in der Akut- und Langzeitpflege durchgeführt. Dazu zählen neben der modellhaften Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie die Ermittlung betrieblicher Angebote und Gewaltprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Die Aktivitäten des BMG im Bereich Gesund im Alter reichen von Projekten zur Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen über – in Kooperation mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und durch den Deutschen Olympischen Sportbund durchgeführt – Projekte zur Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte durch niedrigschwellige Sport- und Bewegungsangebote („Gemeinsam bewegen – gesund leben im Alter“ [GEniAL]) bis zu einer Konferenz über die Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen für Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Die am 1. Juli 2020 vom Bundeskabinett verabschiedete „Nationale Demenzstrategie“ beinhaltet eine Reihe von Maßnahmen zur Prävention von Demenz.

Zudem fördert das BMG Modellprojekte für bestimmte Bevölkerungsgruppen, z. B. für Migrantinnen und Migranten Informations- und Aufklärungsprojekte zur Gesundheitskompetenz oder zu COVID-19, die mit Hilfe geschulter Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren durchgeführt werden.

Zu dem übergeordneten Ziel der BRE zur Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit tragen die zwölf Forschungsvorhaben im Förderschwerpunkt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ mit einem Fördervolumen von insgesamt vier Millionen Euro bei.

Neben den genannten Aktivitäten kommt der BZgA im Geschäftsbereich des BMG eine besondere Rolle in Gesundheitsförderung und Prävention zu. Die BZgA verfolgt das Ziel, durch gesundheitliche Aufklärung einen Beitrag zur bevölkerungsweiten Gesundheitsförderung und Prävention zu leisten. Dazu gehört unter anderem, in Kooperation mit anderen Akteuren im Aufgabenfeld Zielen

rientierung, Vernetzung und Strukturbildung zu fördern, um zu gesundheitsfördernden Lebenswelten beizutragen sowie die wissenschaftlichen Grundlagen für bevölkerungsweite Gesundheitsförderung und Prävention durch Qualitätssicherung und Evaluation zu schaffen und auszubauen. Eine Vielzahl von Aktivitäten mit zum Teil breiten Zielgruppen in unterschiedlichen Lebensphasen und Altersgruppen richten sich an die gesamte Bevölkerung. Gegenüber dem Berichtszeitraum des ersten Präventionsberichts (2017) hat die BZgA ihren Fokus verstärkt auf Wirkmodelle, Gesundheitskompetenz und Zielgruppenkonzepte gerichtet.

Zum Ziel Gesund aufwachsen trägt die BZgA unter anderem durch Aktivitäten in den Bereichen (früher) Kindergesundheit, Lebenskompetenzförderung zur Suchtprävention im Kindesalter, Gesundheitsförderung in der Schule, Bewegung-Ernährung-Stressregulation, Alkohol-, Tabak-, Cannabisprävention sowie Prävention des Glücksspiels und exzessiver Mediennutzung bei. Auf das Ziel Gesund leben und arbeiten zahlen unter anderem Aktivitäten zu den Themen Frauen- und Männergesundheit, Klimawandel (Hitze/UV-Strahlung), Diabetes, Infektionsschutz, Impfen, Hygiene, Krisenkommunikation, sexuell übertragbare Infektionen, Tabak-, Alkohol-, Cannabisprävention sowie Prävention des Konsums illegaler Substanzen, des Glücksspiels und exzessiver Mediennutzung (Medienkompetenzförderung) ein.

Das Ziel Gesund im Alter wird neben zuvor genannten Themenfeldern zusätzlich, z. B. durch Aktivitäten zur Gesundheits- und Bewegungsförderung der älteren Bevölkerung, verfolgt. Bei der Umsetzung der genannten Ziele wirkt die BZgA im unter anderem von der BZgA etablierten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit mit 74 Partnerorganisationen darauf hin, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu mindern.

2.2.5 BEITRAG DER GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ (GMK)

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Einladung nachgekommen.

Die GMK ist ein Gremium der freiwilligen Zusammenarbeit der Länder auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik. Sie berät und beschließt über besonders bedeutsame und grundsätzliche gesundheitspolitische Angelegenhei-

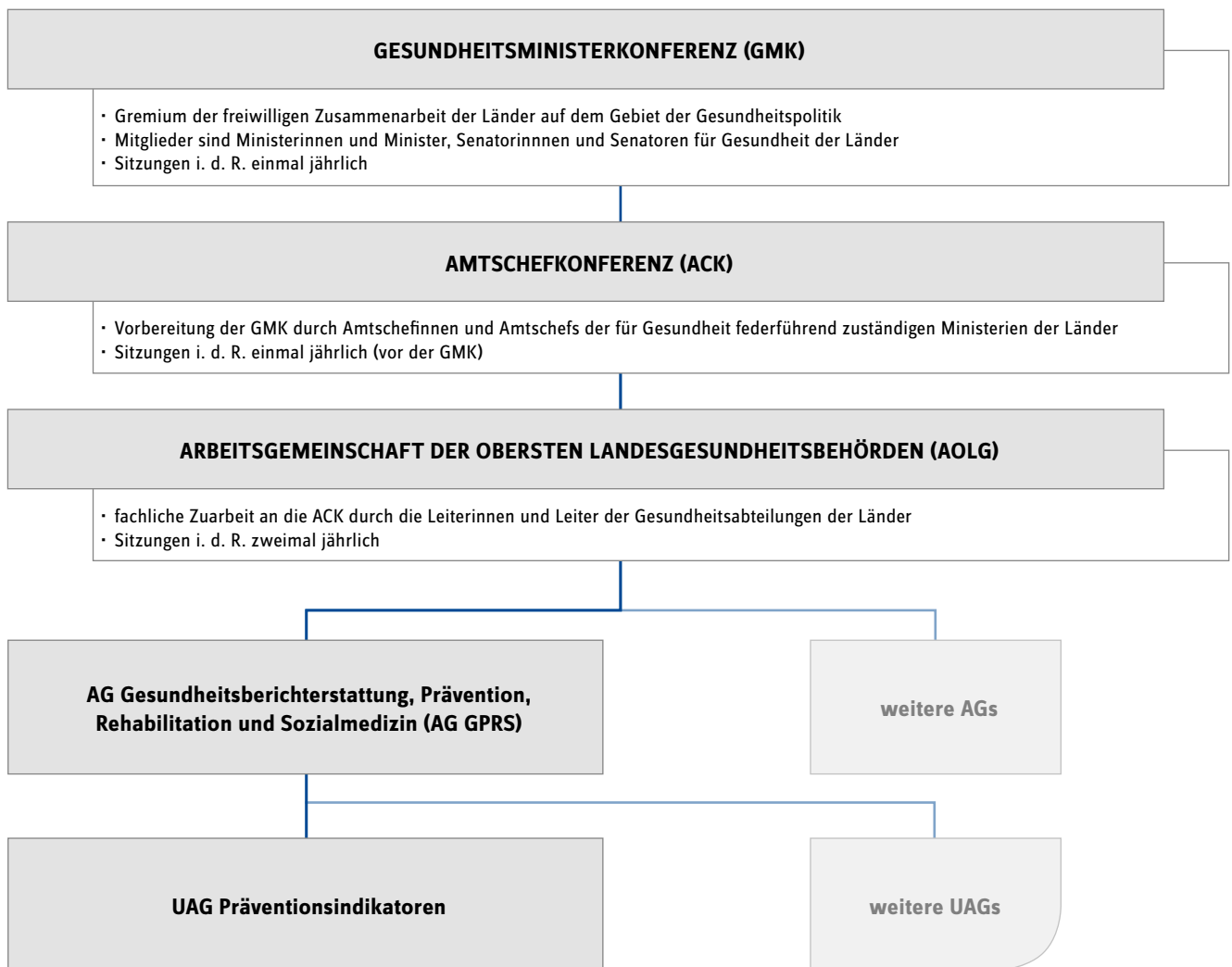
ten. Die GMK wird inhaltlich von den obersten Landesgesundheitsbehörden in thematischen Arbeitsgruppen vorbereitet. Für den Bereich Prävention ist das die AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS). Das Schaubild (vgl. Abbildung 7) veranschaulicht den Aufbau der GMK mit den darunterliegenden Arbeitsstrukturen.

Um eine zwischen den Ländern koordinierte und vergleichbare Berichterstattung zur Gesundheitsförderung und Prävention auf der Basis von Präventionsindikatoren herzustellen, haben die Länder eine Unterarbeitsgruppe gegründet (UAG Präventionsindikatoren). Die Arbeit dieser UAG soll an dieser Stelle ausführlicher dargestellt werden, weil sie ein herausragendes Beispiel gelungener Zusammenarbeit der Länder im Bereich der Prävention in den vergangenen Jahren darstellt. Die Arbeit dieser UAG hat zu der Entwicklung eines Präventionsindikatorensystems geführt, das Indikatoren zu allen nationalen Gesundheitszielen beinhaltet und insbesondere die drei in den BRE genannten gemeinsamen Ziele Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten und Gesund im Alter berücksichtigt.

2.2.5.1 Hintergrund: Zur Rolle der Gesundheits- und Präventionsberichterstattung

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen orientieren sich an Bedarfen. Die Gesundheitsberichterstattung trägt zur Bedarfsermittlung bei, indem ermittelt wird, von welchen Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen große Teile der Bevölkerung betroffen sind und wie groß jeweils das Ausmaß an durch eingeschränkte Gesundheit und/oder Tod verlorenen Lebensjahren ist. Auch Trendbetrachtungen spielen eine Rolle, wenn z. B. eine auffällige Erkrankungszunahme im Zeitverlauf erkennbar ist. Mit Einschränkung können auch spezifische Bedarfe einzelner Bevölkerungsgruppen identifiziert werden. Diese Herangehensweisen sind auch für die Entwicklung von Gesundheitszielen und damit für die Festlegung von Schwerpunkten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung (RKI, 2015; RKI & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit [LGL], 2020).

Abbildung 7: Aufbau der GMK mit den darunterliegenden Arbeitsstrukturen



Quelle: GMK.

Je nach Verfügbarkeit von Daten auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen können regional und kleinräumig divergierende Präventionsbedarfe offengelegt werden. Für einen zielgerichteten Ansatz und den Erfolg von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ist es wichtig, die Determinanten für eine weite Verbreitung bzw. Zunahme von Erkrankungen und ihre Beeinflussbarkeit zu kennen sowie raum- und bevölkerungsgruppenbezogene Unterschiede der Morbidität und Mortalität zu berücksichtigen. Bei der Entwicklung des nachfolgend dargestellten Präventionsindikatoren-

systems wurden daher Schwerpunkte auf beeinflussbare verhältnis- und verhaltensbezogene Determinanten von Gesundheit und Krankheit gelegt.

Die nächsten Abschnitte beschreiben den mehrstufigen Prozess der Entwicklung und die Struktur des Präventionsindikatorensystems sowie seine Anwendung am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 2. Der letzte Abschnitt zeigt bestehende Limitationen und Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Präventionsindikatorensystems auf.

2.2.5.2 Entwicklung eines Präventionsindikatorensystems der Länder

Ausgangspunkt für eine zwischen den Ländern koordinierte und vergleichbare Berichterstattung zur Gesundheitsförderung und Prävention ist die Entwicklung von Präventionsindikatoren, auf deren Grundlage sich Erkenntnisse für den Präventionsbericht der NPK zur Verfügung stellen lassen.

Die Auswahl der Themenfelder für das Indikatorensystem (Tabelle 4) erfolgte auf Basis einer Umfrage unter den Ländern und orientierte sich am Präventionsgesetz, an den BRE sowie Länderschwerpunktsetzungen und -zieleprozessen, einschließlich der LRV. Die Themenfelder sollen die Abbildung von Wirkungsketten und damit die Identifizierung potenzieller Bedarfe und Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen.

Den 14 Themenfeldern wurden Indikatoren zugeordnet und anhand festgelegter Bewertungskriterien auf eine Auswahl von 73 Indikatoren reduziert. Hierbei wurde auch die Perspektive von Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis der Gesundheitsförderung berücksichtigt. Entscheidungen zur Struktur des Indikatorensystems wurden jeweils nach dem Mehrheitsprinzip in der Länder-Arbeitsgruppe getroffen. Details zur Vorgehensweise können dem Diskussionspapier der Länder-Arbeitsgruppe Präventionsindikatoren entnommen werden (Unter-Arbeitsgruppe Präventionsindikatoren 2021).

2.2.5.3 Das Konzept des Präventionsindikatorensystems: Themenfelder und Indikatoren entlang von Wirkungsketten

Die Entwicklung des Präventionsindikatorensystems orientierte sich am Mehrebenenmodell der Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 2007) und an der Beeinflussbarkeit der Determinanten auf unterschiedlichen Ebenen (Turrell et al., 1999).

Die Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit sind vielfältig und komplex miteinander verknüpft. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit ihrer Wirkungsweise eignet sich die Betrachtung anhand von Wirkungsketten, die am äußeren Rand bei den Rahmenbedingungen (upstream) beginnen und bei krankheitsbezogenen Endpunkten (downstream) enden (vgl. Abbildung 8).

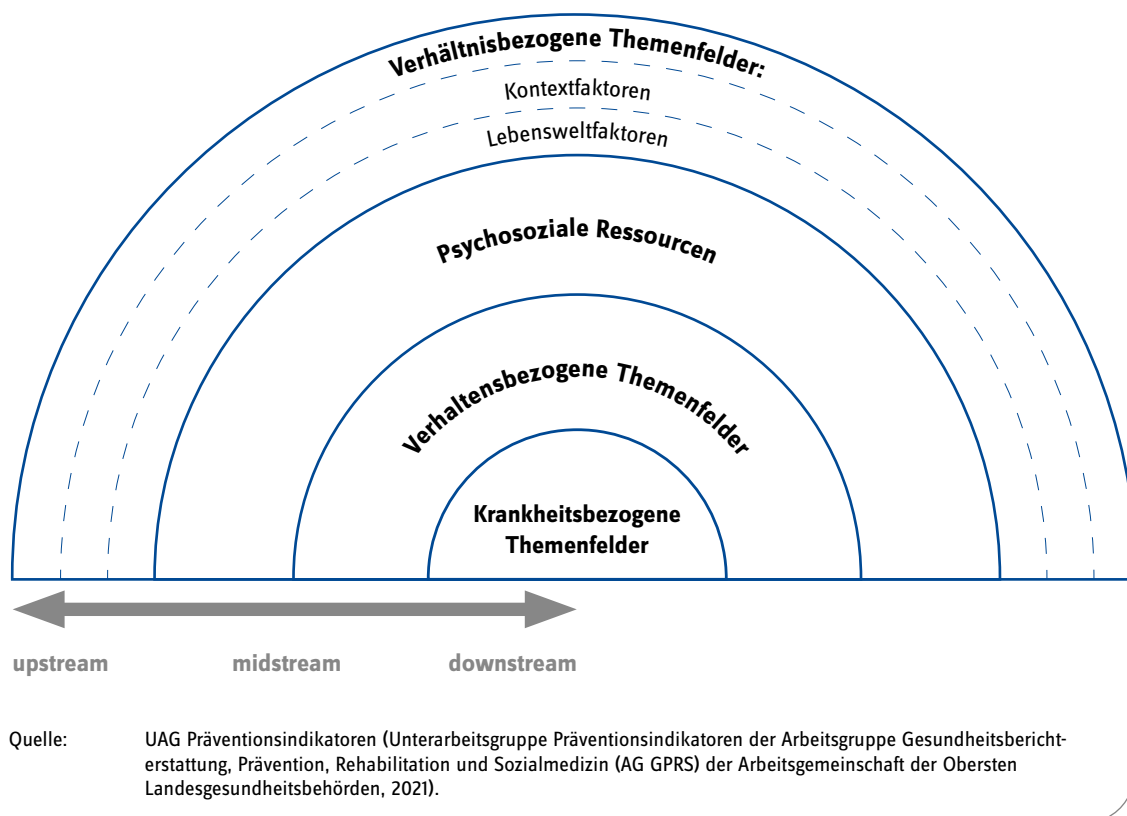
Auf der äußeren Ebene der Verhältnisse lassen sich die Kontextfaktoren verorten: Hierzu gehören die politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen sowie die physische Umwelt. Die darunterliegende zweite Verhältnis-Ebene der Lebensweltfaktoren umfasst die Bildungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen, die kommunale Infrastruktur und Gesundheitsversorgung ebenso wie das soziale Milieu, die Nachbarschaft und die Familie (Turrell et al., 1999). Auf den mittleren Ebenen finden sich psychosoziale Ressourcen sowie verhaltensbezogene Einflussfaktoren. Die innere Ebene beinhaltet schließlich Endpunkte, die sich auf gesundheitliche Outcomes beziehen (Krankheiten, Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung).

Alle Themenfelder und Indikatoren des Präventionsindikatorensystems können diesem Modell zugeordnet werden.

Die Verhältnisse auf den unterschiedlichen Ebenen beeinflussen die Gesundheit direkt und indirekt durch Veränderung der darunterliegenden Ebenen oder durch die Prägung des Gesundheitsverhaltens. Diese Prägung erfolgt z. B. durch die vorherrschende Esskultur, Produktwerbung und gesetzgeberische Maßnahmen. Das Gesundheitsverhalten wird darüber hinaus von individuellen psychosozialen Ressourcen und Belastungen mitbedingt. Diese stehen ebenfalls unter dem Einfluss der Verhältnisse und darüber hinaus in engem Zusammenhang mit der individuellen Biografie. Hier wirken unter anderem erlernte Bindungsmuster, Vorbilder, Einflüsse der Peergroup und ggf. Traumatisierungserfahrungen (Mielck & Wild, 2021).

Je stärker verhältnisbezogene Determinanten einen ungünstigen Lebensstil fördern, desto schwieriger ist es auf der Verhaltensebene (midstream) einen gesunden Lebensstil im Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Schlaf, Stressbewältigung sowie Alkohol-, Zigaretten-, Drogenkonsum zu entwickeln oder beizubehalten (Turrell et al., 1999). Wenn bereits psychische und/oder körperliche Erkrankungen vorliegen, besteht in der Wirkungskette ein zusätzliches Risiko für weitere Erkrankungen.

Abbildung 8: Mehrebenenmodell zur theoretischen Einordnung der Themenfelder der Präventionsindikatoren



Den Themenfeldern sind insgesamt 73 Präventionsindikatoren zugeordnet. Verhältnisindikatoren werden in den Themenfeldern 1 und 2 (Kontext- und Lebenswelt-

faktoren) sowie aufgrund der inhaltlichen Zusammenhänge auch in den Themenfeldern zu Ressourcen und Verhalten (Themenfelder 3-7) berichtet (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Themenfelder und Präventionsindikatoren

Nr.	Themenfeld	Indikatoren
1	Kontextfaktoren (Verhältnisse)	1.1 Sozioökonomische Deprivation 1.2 Alleinerziehende Familien 1.3 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II 1.4 Schulabgängerinnen und Schulabgänger ohne Schulabschluss 1.5 Arbeitslosenquote 1.6 Kinderarmutsrisikoquote
2	Lebensweltfaktoren (Verhältnisse)	2.1 Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Schule 2.2 Landesprogramme zur Gesundheitsförderung Kindertageseinrichtung 2.3 Grad der Verstädterung 2.4 Erholungsfläche 2.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Nr.	Themenfeld	Indikatoren
3	Psychosoziale Ressourcen	3.1 Psychosoziale Ressourcen von Kindern und Jugendlichen 3.2 Soziale Unterstützung (Verhältnisindikator) 3.3 Selbstwirksamkeitserwartung 3.4 Subjektiv eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität 3.5 Subjektiv eingeschätzte seelische Belastung 3.6 Subjektive Stress-Einschätzung/chronischer Stress 3.7 Berufsbezogenes Stresserleben
4	Gesundheitskompetenz	4.1 Gesundheit im Bildungsrahmenplan Kindertageseinrichtung/Schule
5	Bewegung/ körperliche Aktivität	5.1 Modal Split (Verhältnisindikator) 5.2 Walkability (Verhältnisindikator) 5.3 Fahrradfreundlichkeit/Fahrradinfrastruktur (Verhältnisindikator) 5.4 Sportinfrastruktur (Verhältnisindikator) 5.5 Schulsport (Verhältnisindikator) 5.6 Thema Bewegung ist Baustein im Bildungsrahmenplan Kindertageseinrichtung (Verhältnisindikator) 5.7 Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität 5.8 Transportbezogene körperliche Aktivität 5.9 Sitzendes Verhalten 5.10 Arbeitsbezogene körperliche Aktivität 5.11 Körperkoordination bei der Einschulungsuntersuchung
6	Ernährung	6.1 Stillen 6.2 Zertifizierte Stillförderung in Geburtskliniken (Verhältnisindikator) 6.3 Umsetzung von Ernährungsstandards in Kindertageseinrichtungen (Verhältnisindikator) 6.4 Umsetzung von Ernährungsstandards in Schulen (Verhältnisindikator) 6.5 Umsetzung von Ernährungsstandards in Betriebskantinen (Verhältnisindikator) 6.6 Umsetzung von Ernährungsstandards in der stationären Seniorenversorgung (Verhältnisindikator) 6.7 Lebensmittelpreise (Verhältnisindikator) 6.8 Obst- und Gemüsekonsum 6.9 Konsum zuckerhaltiger Getränke/Softdrinks
7	Tabak und Alkohol	7.1 Tabaksteuer (Verhältnisindikator) 7.2 Alkoholsteuer (Verhältnisindikator) 7.3 Tabakwerbung (Verhältnisindikator) 7.4 Alkoholwerbung (Verhältnisindikator) 7.5 Tabakkonsum 7.6 Alkoholkonsum 7.7 Nikotin-/Tabakattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen 7.8 Alkoholattributable Diagnosen bei den Krankenhausbehandlungen 7.9 Alkoholattributable Diagnosen bei den Sterbefällen
8	Impfen	8.1 Impfquoten der von der STIKO empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung 8.2 Impfquote vollständige HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren 8.3 Anteil der erwachsenen Bevölkerung ab 60 Jahren mit einer Gripeschutzimpfung

Nr.	Themenfeld	Indikatoren
9	Übergewicht und Adipositas	9.1 Body-Mass-Index Erwachsene 9.2 Body-Mass-Index Kinder
10	Diabetes	10.1 Diabetes-Inzidenz 10.2 Diabetes-Prävalenz
11	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	11.1 12-Monats-Prävalenz Bluthochdruck 11.2 12-Monats-Prävalenz Koronare Herzkrankheit 11.3 12-Monats-Prävalenz Schlaganfall 11.4 Hospitale Morbidität Herzinfarkt, Angina pectoris und Schlaganfall
12	Krebs	12.1 Brustkrebs-Mortalität bei Frauen 12.2 Darmkrebs-Inzidenz 12.3 Gebärmutterhalskrebs-Inzidenz 12.4 Lungenkrebs-Inzidenz
13	Psychische Störungen	13.1 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten 13.2 Einschlaf- und Durchschlafstörungen 13.3 Depressive Symptome 13.4 Ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen 13.5 Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen 13.6 Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen 13.7 Frühberentung wegen psychischer Erkrankungen 13.8 Suizide
14	Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit	14.1 Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung 14.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Quelle: UAG Präventionsindikatoren.

Der von den Ländern bereits 2003 abgestimmte und weiterhin genutzte Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthält zahlreiche weitere Indikatoren mit Relevanz für eine Berichterstattung zur Gesundheitsförderung und Prävention (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden [AOLG], 2003).

Im Folgenden werden datengestützte Länderergebnisse aus dem Indikatorensystem am Beispiel der Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt und erörtert.

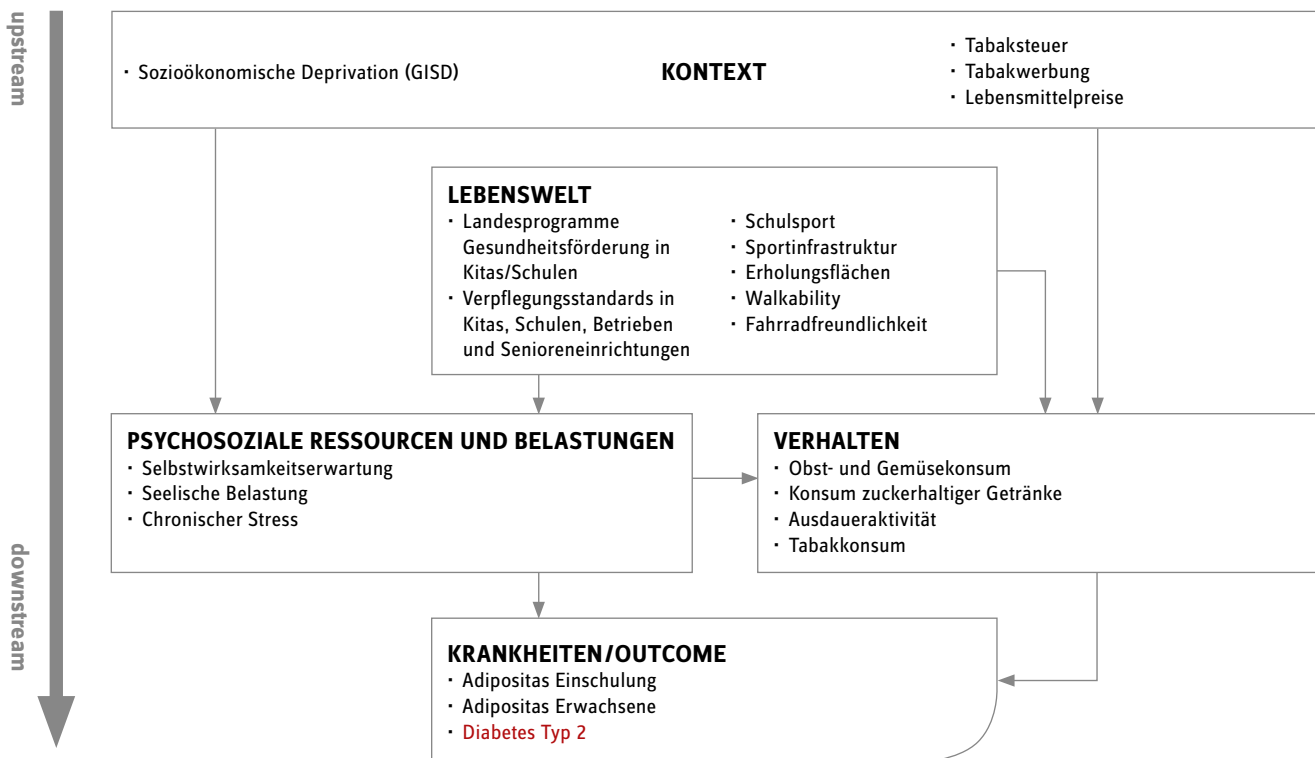
2.2.5.4 Darstellung einer Wirkungskette am Beispiel Diabetes

Diabetes mellitus Typ 2 (kurz: Diabetes) ist eine nicht-übertragbare, chronische Krankheit, die mit vielen vermeidbaren Risikofaktoren verknüpft ist und eine der Hauptursachen für gesundheitliche Einschränkungen und vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland darstellt

(Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG] & diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe, 2021). Die Prävention von Diabetes ist entsprechend in vielen gesundheitspolitischen Zieleprozessen verankert, einschließlich des im Präventionsgesetz einbezogenen Nationalen Gesundheitsziels zu Diabetes.

Das Auftreten und die Verbreitung von Diabetes können im Sinne des beschriebenen Wirkungskettenkonzepts als Endpunkt des Einwirkens vielfältiger Determinanten auf den verschiedenen oben beschriebenen Einflussebenen verstanden werden (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Wirkungskette am Beispiel von Diabetes Typ 2 anhand ausgewählter Indikatoren aus dem Präventionsindikatorensystem



Quelle: UAG Präventionsindikatoren.

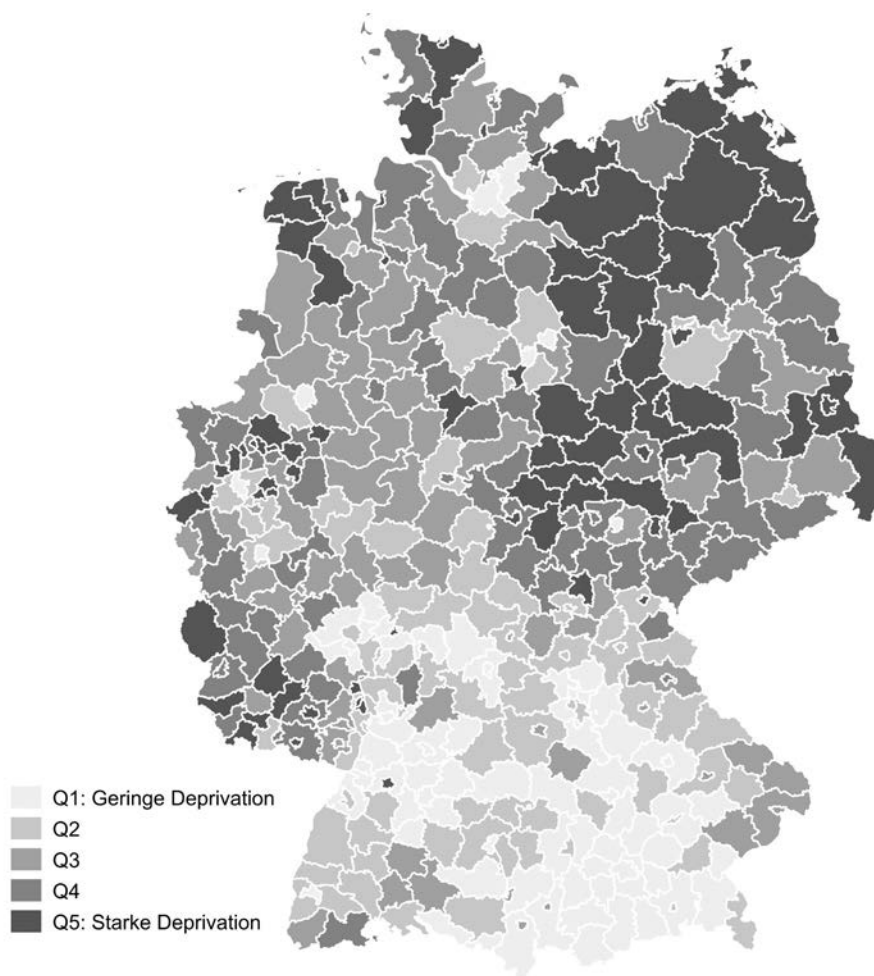
Kontext- und Lebensweltfaktoren

Nicht nur der individuelle sozioökonomische Status, sondern auch sozioökonomische Einflüsse auf der Ebene der Kontext- und Lebensweltfaktoren beeinflussen die Gesundheitschancen und das Risiko, an Diabetes zu erkranken (Gerlach & Kulzer, 2016; Grintsova et al., 2014; Heidemann et al., 2013). So belegen Studien, dass Menschen, die in benachteiligten Regionen leben, häufiger an Diabetes erkranken als in bessergestellten Regionen (Jacobs et al., 2019). Indizes regionaler Deprivation wie der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) fassen verschiedene sozioökonomische Indikatoren zusammen und können dafür verwendet werden, den Zusammenhang von regionaler Deprivation und gesundheitlicher Ungleichheit aufzuzeigen (→ Indikator Sozioökonomische Deprivation (Kroll et al., 2017)). Das unterschiedliche Ausmaß sozioökonomischer Deprivation auf Kreisebene in Deutschland (Datenbasis 2019) veranschaulicht Abbildung 10. Während Gebiete mit geringer sozioökonomischer Deprivation insbesondere im

Süden und im Großraum Hamburg liegen, weisen vor allem Kreise in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern eine besonders hohe sozioökonomische Deprivation nach diesem Index auf.

Neben sozioökonomischer Deprivation sind weitere Kontext- und Lebensweltfaktoren für die Verbreitung chronischer Erkrankungen von Bedeutung, die zum Teil auch mit strukturellen regionalen Defiziten verbunden sind (Garnica Rosas et al., 2021; Vandevijvere & Swinburn, 2015). Deshalb stellen die Kontext- und Lebensweltfaktoren einen zentralen Bereich im Präventionsindikatorensystem der Länder dar.

Abbildung 10: Regionale sozioökonomische Deprivation, 2019 (German Index of Socioeconomic Deprivation; in Quintilen [Q1 bis Q5])



Quelle: German Index of Socioeconomic Deprivation, Robert Koch-Institut.

Mit Bezug zum Thema Diabetes lassen sich anhand verschiedener Kontext- und Lebensweltindikatoren beispielsweise folgende Fragestellungen adressieren:

- Wie entwickeln sich die Tabaksteuer und die Ausgaben der Tabakindustrie für Tabakwerbung? → Indikatoren Tabakwerbung und Tabaksteuer
- Wie entwickeln sich die Lebensmittelpreise für frisches Obst und Gemüse sowie für Softdrinks oder Fertigprodukte? → Indikator Lebensmittelpreise
- Gibt es Programme zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung und Schule auf Länderebene? → Indikatoren Landesprogramme zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen
- Werden Empfehlungen zur Verpflegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen umgesetzt? → Indikatoren Umsetzung von Ernährungsstandards in Kindertageseinrichtungen und Schulen
- Stehen ausreichend Flächen zur Bewegung und sportlichen Betätigung zur Verfügung? → Indikatoren Erholungsflächen und Sportinfrastruktur
- Wie stark ist Sport und körperliche Aktivität in den schulischen Curricula verankert? → Indikator Schulsport

Psychosoziale Ressourcen und Belastungen sowie Verhalten

Neben ungünstigen Kontext- und Lebensweltfaktoren beeinflussen auch psychosoziale Belastungen einschließlich (Diskriminierungs-)Stress gesundheitliche Endpunkte (Goreis et al., 2022). Stressbelastungen verstärken sich häufig im Lebenslauf und über Generationen und tragen so zu einer Ausweitung von gesundheitlicher Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen bei (Chung et al., 2021; Thoits, 2010). Mit Blick auf Diabetes wird diskutiert, dass eine hohe chronische Stressbelastung die Höhe des Cortisolspiegels beeinflusst und darüber als Mitauslöser fungiert. Liegt bereits eine Diabetes-Erkrankung vor, kann Cortisol eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels bewirken (Kelly & Ismail, 2015).

Ein weiterer psychosozialer Mediationsfaktor für den Zusammenhang von Sozialstatus und gesundheitlichen Outcomes ist das Ausmaß an wahrgenommener Kontrolle über das eigene Schicksal (Orton et al., 2019). Das Gefühl, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, gehört neben sozialer Verbundenheit und Kompetenzerleben zu den psychologischen Grundbedürfnissen (Deci & Ryan, 2008). Das Fehlen dieser Ressourcen kann als weiterer Stressverstärker wirken und dazu beitragen, dass ungesunde Strategien zur Stressbewältigung zum Einsatz kommen. Eine Änderung des individuellen Lebensstils ist sehr voraussetzungsvoll, weil er in Wechselwirkung mit den individuellen Ressourcen und Belastungen sowie den äußeren Lebensbedingungen steht. Regelmäßige und ausreichende körperliche Aktivität sowie eine obst- und gemüsereiche Ernährung sind Faktoren eines gesunden Lebensstils und können nachweislich das Adipositas- und Diabetesrisiko senken (Aune et al., 2015; Ley et al., 2014).

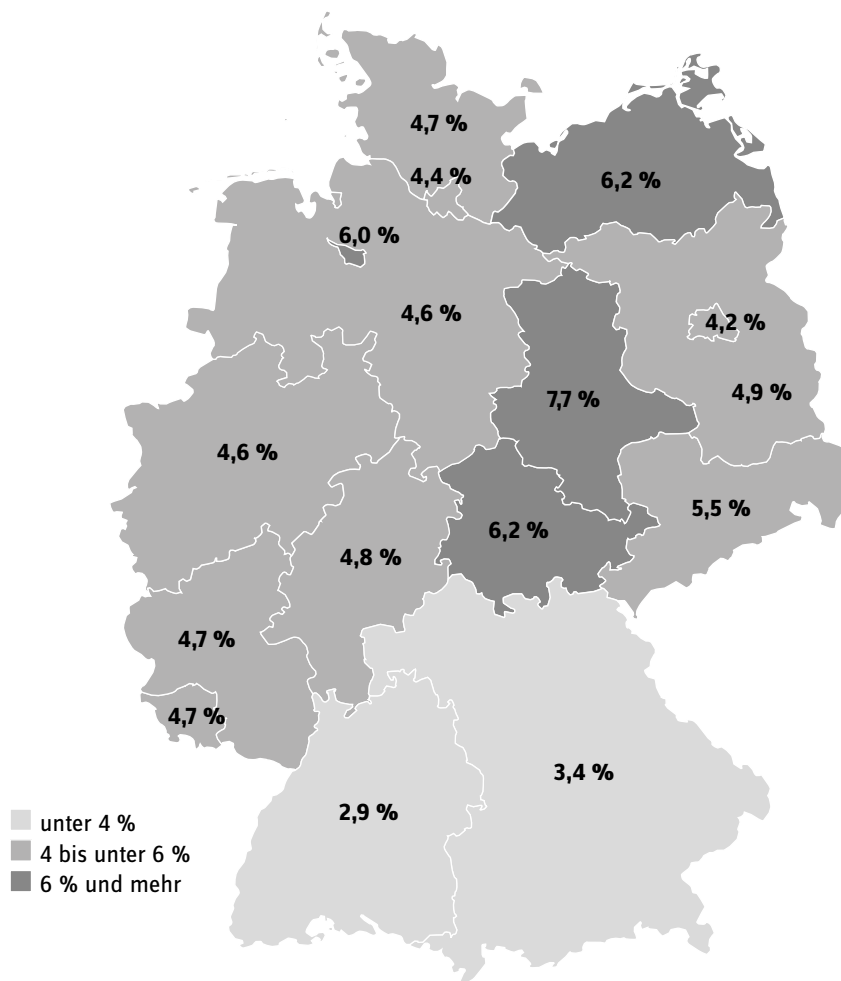
In Deutschland erreicht nach Selbstangabe nur etwa ein Viertel (26 %) der erwachsenen Bevölkerung die Bewegungsempfehlung der World Health Organization (WHO) von mindestens 2,5 Stunden aerober körperlicher Aktivität pro Woche und Übungen zur Muskelkräftigung an mindestens zwei Tagen pro Woche (→ Indikator gesundheitsfördernde körperliche Aktivität) (RKI, 2022). Männer erreichen die Empfehlung dabei häufiger als Frauen und Personen der hohen Bildungsgruppe häufiger als Personen aus den niedrigeren Bildungsgruppen. Zwischen den Ländern variiert der altersstandardisierte Anteil von 20 % bis 32 %, mit tendenziell niedrigeren Werten in den östlichen Bundesländern (ohne Brandenburg und Berlin).

Die DGE empfiehlt fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag (Boeing et al., 2012). Ungefähr ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung isst mindestens einmal täglich Obst und Gemüse (→ Indikator Obst- und Gemüsekonsum). Frauen geben mit 45 % fast doppelt so häufig einen täglichen Verzehr an als Männer (24 %). Der tägliche Obst- und Gemüseverzehr wird zudem häufiger in der oberen im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe berichtet. Die Spannweite zwischen den Ländern beträgt 31 % bis 39 % (altersstandardisiert). Weitere wichtige verhaltensbezogene Risikofaktoren sind der Konsum gesüßter Erfrischungsgetränke (→ Indikator Konsum zuckerhaltiger Getränke/Softdrinks) und das Rauchen. Die Raucherquote in der Bevölkerung ab 15 Jahren variiert zwischen den Ländern im Bereich von 21 % bis 28 % (→ Indikator Tabakkonsum) (Destatis, 2021). Männer rauchen in allen Ländern deutlich häufiger als Frauen, Personen mit hoher Bildung deutlich seltener als Personen aus niedrigen und mittleren Bildungsgruppen.

Gesundheitsoutcomes

Adipositas als Risikofaktor für die Entwicklung des Diabetes ist in Deutschland schon im Kindesalter ein verbreitetes Phänomen (RKI, 2021; Schienkiewitz et al., 2018; Zeiher et al., 2016) und betrifft Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand besonders häufig (Geseleit et al., 2018). Kinder, die bereits vor dem Schuleintritt von einer Adipositas betroffen sind, bleiben es oft auch als Jugendliche und Erwachsene (ebenda). Mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen (→ Indikator Body-Mass-Index Kinder; vgl. Abbildung 11) steht eine Vollerhebung aller Kinder vor dem Schuleintritt zur Verfügung; diese Daten stellen eine wichtige und einzigartige Quelle für die Berichterstattung der Länder dar und lassen grundsätzlich auch eine tiefergegliederte regionale Betrachtung zu. Den Daten einer Länderabfrage aus dem Jahr 2021 zufolge sind bei den Schuleingangsuntersuchungen je nach Bundesland zwischen 8 % und 15 % der Kinder von Übergewicht einschließlich Adipositas sowie zwischen 3 % und 8 % von Adipositas betroffen. In den meisten Bundesländern sind keine relevanten Unterschiede der Häufigkeiten zwischen Jungen und Mädchen festzustellen.

Abbildung 11: Anteil der Mädchen und Jungen im Einschulungsalter, die von Adipositas betroffen sind (in %)



Quelle: Länderabfrage 2021; Datenstand: 2018-2021.

In einem Pilotprojekt (2022) untersucht das Robert Koch-Institut zusammen mit einigen Ländern am Beispiel der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen, wie die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zukünftig zusammengeführt und auf kleinräumiger Ebene dargestellt werden können (RKI, 2023).

Mit Blick auf Übergewicht und Adipositas von Erwachsenen stehen Daten unter anderem aus dem Mikrozensus zur Verfügung (→ Indikator Body-Mass-Index Erwachsene). Zu beachten ist, dass es sich um Selbstangaben handelt, bei denen das Körpergewicht im Vergleich zu

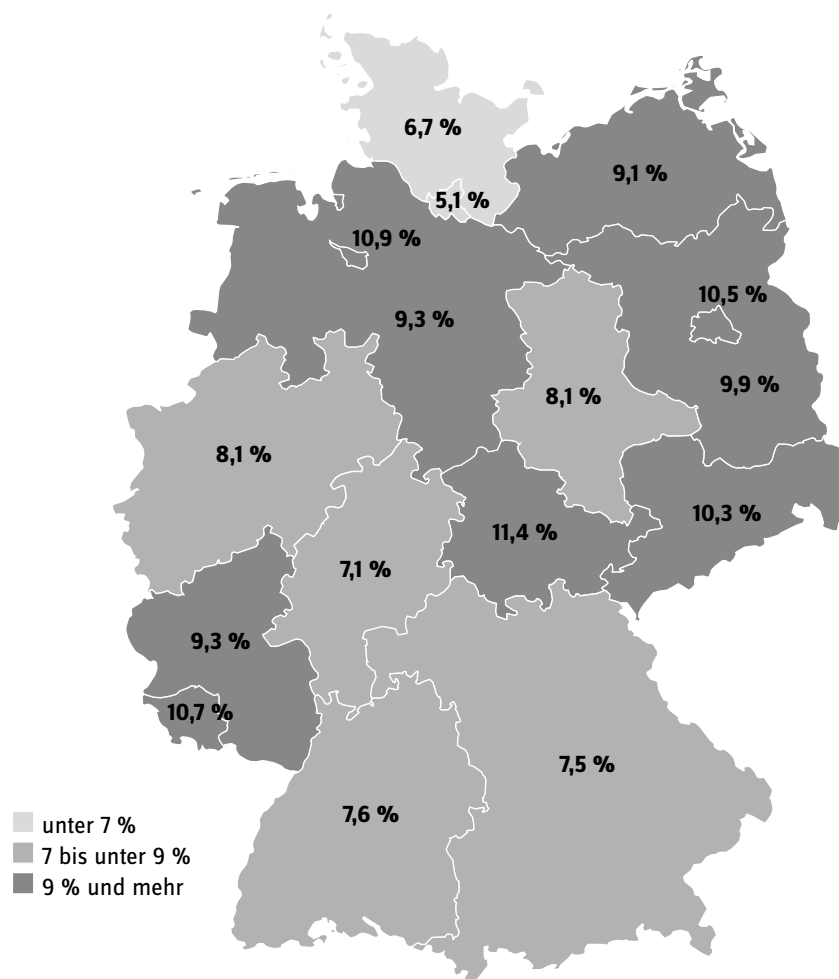
gemessenen Werten häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt wird (Gorber et al., 2007). In der Folge liegt der berechnete Body-Mass-Index (BMI) aus Selbstangaben niedriger als aus Messwerten. Deutschlandweit beträgt die Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas (BMI ab 25 kg/m²) nach Daten des Mikrozensus 2017 bei Erwachsenen insgesamt rund 53 % (Männer 62 % und Frauen 43 %) mit zum Teil erheblichen regionalen Unterschieden. Die Spanne variiert von 46 % bis 61 % zwischen den Ländern (Destatis, 2021). Die Adipositasprävalenz (BMI ab 30 kg/m²) liegt gemäß Mikrozensus 2017 deutschlandweit bei 16 %

(Männer 18 %, Frauen 15 %) mit Unterschieden zwischen den Bundesländern in einer Spanne von 12 % bis 22 %. Auch die Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas weisen einen sozialen Gradienten auf und sind in den niedrigen Bildungsgruppen höher als in der oberen Bildungsgruppe.

Für den Endpunkt der hier beschriebenen Wirkungskette berichten im Rahmen der GEDA-Studie 2019/2020 8 % der Frauen und 10 % der Männer an Diabetes er-

krankt zu sein (altersstandardisierte 12-Monats-Prävalenz Diabetes insgesamt, ohne Differenzierung nach Diabetes Typ 1 oder Typ 2; vgl. Abbildung 12; RKI, 2022). Die Prävalenz nimmt mit dem Alter stark zu und ist in der niedrigen und mittleren Bildungsgruppe höher als in der oberen Bildungsgruppe. Die Spannweite der altersstandardisierten 12-Monats-Prävalenz in den Ländern liegt zwischen 5 % und 11 %, mit besonders niedrigen Werten in Hamburg, Schleswig-Holstein und Hessen.

Abbildung 12: Altersstandardisierter Anteil der Erwachsenen, die angeben, an Diabetes erkrankt zu sein (in %)



Quelle: Gesundheit in Deutschland Aktuell; Datenstand: 2019 (RKI, 2022).

Gesundheitssurveys wie die GEDA-Studie stellen eine wichtige Datengrundlage für die Berichterstattung auf Bundes- und Länderebene dar. Mit Blick auf das Präventionsindikatorensystem ist jedoch festzuhalten, dass aus Ländersicht Daten häufig nicht in der nötigen räumlichen Tiefe zur Verfügung stehen, was für regionalisierte Analysen in den Ländern notwendig wäre. Daher sind beim Indikatorensystem der Länder im krankheitsbezogenen Themenfeld Diabetes vorrangig Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen als Datengrundlage für den Indikator Diabetes-Prävalenz vorgesehen (→ Indikator Diabetes-Prävalenz), die künftig über das im Aufbau befindliche Forschungsdatenzentrum am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Verfügung gestellt werden sollen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], o. D.)

2.2.5.5 Fazit, Limitationen und Ausblick

Aktuelle, vergleichbare und möglichst kleinräumige Daten aus einer Präventionsberichterstattung sind erforderlich, damit Länder und Kommunen Bedarfe feststellen, ressortübergreifend planen und gezielt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen können. Das auf Basis von Wirkungsketten entwickelte Konzept des Präventionsindikatorensystems ist darauf ausgerichtet, wesentliche Determinanten von Gesundheit auf den unterschiedlichen Einfluss-Ebenen sowie maßgebliche Indikatoren zu Gesundheitsendpunkten abzudecken und damit die systematische Ableitung von Erkenntnissen aus der Datenfülle zu ermöglichen. Exemplarisch wurde dies an der Wirkungskette zu Diabetes beschrieben.

Das Indikatorensystem bedarf der Weiterentwicklung in verschiedenen Bereichen. Die größten Herausforderungen liegen in der zum Teil unzureichenden Datenverfügbarkeit und dem Bedarf an Konzepten zur Operationalisierung für einige verhältnisbezogene Indikatoren. Für manche Indikatoren müssen geeignete Datenquellen noch erschlossen oder neu geschaffen werden. Für andere Indikatoren stehen flächendeckende Daten nur für weit zurückliegende Zeiträume oder lediglich auf Bundes- oder Landesebene zur Verfügung. Darüber hinaus ist der Prozess der landesbezogenen und länderübergreifenden Standardisierung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen zum Teil noch nicht abgeschlossen. Auch eine inhaltliche Weiterentwicklung des Indikatorensystems ist avisiert. Aktuell sind beispielsweise noch keine Indikatoren zum Klimawandel und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit enthalten.

Trotz der aufgezeigten Limitationen halten die Länder das bisher entwickelte System an Präventionsindikatoren für zielführend, um an einer zwischen den Ländern koordinierten und vergleichbaren Präventionsberichterstattung weiterzuarbeiten, die darüber hinaus auch als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Präventionsberichterstattung im eigenen Land dienen kann. Die Komplexität des Indikatorensystems und der dahinterliegenden Determinanten für die bevölkerungsbezogene und individuelle Gesundheit zeigt einmal mehr, dass die Förderung und die Erhaltung von Gesundheit einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung unterliegen. Für ihre Wahrnehmung und Umsetzung ist aus Sicht der Länder der „Health in All Policies“-Ansatz der WHO auf allen föderalen Ebenen geeignet und unterstützenswert (World Health Organization (WHO) on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

2.2.6 BEITRAG DES LÄNDERAUSSCHUSSES FÜR ARBEITSSCHUTZ UND SICHERHEITSTECHNIK (LASI)

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) als Vertretung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) der Einladung nachgekommen.

Das Präventionsgesetz stellt insbesondere im Bereich betrieblicher Lebenswelten zahlreiche Bezüge zum Arbeitsschutz her. Es folgt damit der Erkenntnis, dass Gesundheitsförderung und Prävention nur erfolgreich gestaltet werden können, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Da gerade im betrieblichen Setting einige Beschäftigtengruppen besonders gut erreicht werden können, unterstreicht das Präventionsgesetz die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Arbeitswelt bzw. der Betriebe und Dienststellen bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Um dies zu erreichen, sind in der Präventionsstrategie eine Vielzahl von Akteuren aus der Arbeitswelt beteiligt.

Die Arbeitsschutzbehörden der Länder und der LASI begrüßen, dass das Präventionsgesetz einen Fokus auf sichere, menschengerechte und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen legt. Sie teilen die Auffassung, dass eine bessere Verzahnung von Arbeitsschutz und BGF einen wesentlichen Beitrag sowohl für die Prävention als auch für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen liefern kann.

Leider konnten viele der verabredeten Maßnahmen zur Prävention in der Arbeitswelt seit 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht wie geplant umgesetzt werden. Stattdessen wurden auch in der Arbeitswelt vielfältige Maßnahmen ergriffen, um Infektionen zu verhindern.

Zentrale Aspekte des Präventionsgesetzes aus der Sicht der Arbeitsschutzbehörden der Länder sind:

- Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Betrieben durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Berücksichtigung der von der GDA entwickelten Arbeitsschutzziele im Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE
- Betonung der Bedeutung der Gefährdungsbeurteilung in der aktualisierten Fassung der BRE, die damit auch über den Rahmen des Arbeitsschutzes hinaus als ein Grundsatzdokument für die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeit im Betrieb anzusehen ist. Die Sozialversicherungsträger sehen sich dem Grund nach aufgefordert, die Betriebe für die Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz zu sensibilisieren. Eine rechtskonforme Gefährdungsbeurteilung und der darauf gestützte Maßnahmenkatalog ist das wichtigste Fundament für sinnvolle gesundheitliche Prävention am Arbeitsplatz.

Diese und weitere Bezüge zum Arbeitsschutz im Präventionsgesetz bilden die großen inhaltlichen Schnittmengen des Arbeitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung und Prävention ab.

Es ist notwendig, das Wissen und Bewusstsein der Verantwortlichen im Betrieb weiter dafür zu stärken, dass die Schutzvorschriften und Anforderungen des Arbeitsschutzes gesetzlich verpflichtend und daher einzuhalten sind. Sie sollten durch - freiwillige - Angebote der BGF ergänzt und in ihrer Wirksamkeit gestärkt werden. Die Erfahrung aus der Aufsichtstätigkeit spricht dafür, dass Betriebe, die ein ganzheitliches BGM implementiert haben, das systematisch auch den gesetzlichen Anforderungen des Arbeitsschutzes genügt, insgesamt besser und nachhaltiger aufgestellt sind.

Die Erfahrungen zeigen, dass eine gute Gestaltung der Schnittstelle zwischen betrieblichem Arbeitsschutz und BGF/BGM inhaltlich und organisatorisch komplex und anspruchsvoll ist. Hier können arbeitsweltbezogene Ansätze der nationalen Präventionsstrategie ansetzen. Eine

wichtige Rolle spielt dabei eine zielführende Ansprache und Information von Betrieben und Dienststellen zur Umsetzung nachhaltiger Programme zur BGF.

Die Umsetzung der BRE über die LRV erfolgt in den einzelnen Ländern. Sowohl der Beitritt der für den Arbeitsschutz zuständigen Ressorts zur LRV als auch die Umsetzungen in den Ländern stellen sich heterogen dar. Die wesentliche Schnittstelle stellt jedoch die GDA dar. Die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern des staatlichen Arbeitsschutzes in der NPK bietet eine gute Möglichkeit, die notwendige Kommunikation der Akteure zu intensivieren, aktiv zu gestalten und bereits den Prozess der Zielfindung dialogisch zu orientieren, um die jeweiligen strategischen Ansätze miteinander zu vernetzen.

Die in den letzten GDA-Programmen aufgegriffenen Themen, Gefährdungsbeurteilung, betriebliche Arbeitsschutzorganisation, Muskel- und Skelettbelastungen, psychische Belastungen bei der Arbeit und Umgang mit kanzerogenen Arbeitsstoffen weisen klare Bezüge zu den im Präventionsgesetz angesprochenen Präventionszielen auf. Mit der aktuellen, bis 2025 laufenden GDA-Periode, in der der Fokus auf die Besichtigung von KMU durch die Arbeitsschutzbehörden der Länder und die Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger gelegt wird, ist weiterhin eine Basis gegeben, um Belange der Gesundheit von Beschäftigten nicht nur aus NPK-Sicht, sondern auch aus Sicht des staatlichen Arbeitsschutzes in der Breite zu fördern. Denn diese Betriebe sind nicht zuletzt auch Zielgruppe der gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen, die präventionsbezogene Beratung und Unterstützung für kleine und kleinste Unternehmen anbieten.

2.2.7 BEITRAG DER KOMMUNALEN SPITZENVERBÄNDE

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene der Einladung nachgekommen.

Die kommunalen Spitzenverbände sind die verbandliche Vertretung der Kommunen auf der Bundesebene. Zu den Aufgaben gehört unter anderem das Vertreten der Interessen gegenüber dem Bund und den relevanten Institutionen. Als beratende NPK-Mitglieder gehört es zu den Aufgaben, die Positionen der Städte, Gemeinden und Landkreise in die Beratungen der Nationalen Präventionskonferenz einzuspeisen und umgekehrt, die

Ergebnisse und weitere in der NPK vorhandene Anliegen und Positionen auch in den kommunalen Raum zurückzuspiegeln. Zielgruppen der kommunalen Arbeit sind vor allem sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen, und ein sozialkompensatorischer Ansatz in Lebenswelten vor Ort gehört zum kommunalen Handeln.

Kommunale Positionen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention sind davon getragen, ihren Bürgerinnen und Bürgern bestmögliche gesundheitliche Lebensumstände zu ermöglichen, soweit dies in ihren Gestaltungsmöglichkeiten liegt. Kommunen sind hierbei nicht nur selbst Leistungserbringer. Das sind sie zwar auch, etwa in Gestalt von Krankenhäusern oder dem ÖGD, aber ihre Rolle geht darüber hinaus. Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht nur Thema des Gesundheitssektors, sondern eine Aufgabe, die in allen Bereichen des öffentlichen Handelns gefördert werden soll – so die Kernaussage des Konzepts Health in All Policies (HiAP). Damit ist die Förderung von Gesundheit nicht alleinige Aufgabe des ÖGD, sondern eine Querschnittsaufgabe in den vielfältigen Politik- und Verwaltungsbereichen sowie bei öffentlichen Planungen und Entscheidungen.

Die Reichweite der eingesetzten Ressourcen und die Kooperationspartner gestalten sich auf der jeweiligen kommunalen Ebene unterschiedlich. Grundsätzlich ist die Summe der eingesetzten Ressourcen auf kommunaler Ebene mit einem Präventions- und Gesundheitsförderbezug sehr groß. Sie umfasst nicht nur die Haushaltspositionen, in denen das Wort Gesundheit vorkommt. Mitentscheidend für gesundheitsförderliche Lebensumstände vor Ort ist vielmehr die Summe des kommunalen Engagements unterschiedlichster Ämter und Fachabteilungen, angefangen vom Umwelt- über den Sozial- und Gesundheitsbereich, über die Kinder- und Jugendhilfe, den Bildungsbereich bis hin etwa zur Stadtentwicklung und der Mobilität in Städten, Gemeinden und Landkreisen. Die Frage nach dem Ressourceneinsatz muss diese Mittel stets mitberücksichtigen, um die Bedeutung der kommunalen Ebene richtig einzuschätzen. Die örtlichen Strukturen sind dabei Instrumente der Kommunen im Engagement für Gesundheitsförderung und Prävention.

Kommunen sind die Institutionen, die am ehesten über örtliche Verhältnisse Bescheid wissen, die örtlichen Akteure kennen und koordinierend Vernetzungen befördern können – wenn denn die Rahmenbedingungen auch stimmen. Dabei ist immer notwendig zu beachten, dass Situationen vor Ort nicht gleich sind. Größe und Be-

siedlungsdichte der Kommune, Wirtschaftsstruktur, Art und Umfang bestehender Gesundheitsversorger, spezielle Sach- und Problemlagen, längerfristige Prioritätensetzungen und nicht zuletzt auch vorhandene Ressourcen führen notwendigerweise auch zu einem hohen Bedarf, bei Gesundheitsförderung und Prävention auch kommunal-individuell tätig werden zu können.

Dementsprechend gestaltet sich das Engagement der kommunalen Spitzenverbände in der NPK. Sie achten darauf, dass nicht nur bundesweit aggregiert auf Herausforderungen geschaut wird, sondern Berichte, Maßnahmen und Fachimpulse auch Raum für kommunale Spezifika belassen und diese angemessen in der NPK berücksichtigt werden. Bundesweite Trends und Notwendigkeiten zu erkennen und diese besonders in den Fokus zu nehmen, ist richtig. Aber Maßnahmen, die in der NPK beschlossen oder empfohlen werden, müssen so flexibel bleiben, dass keine starren Vorgaben für Kommunen entstehen, die nicht zu den örtlichen Bedarfslagen und Möglichkeiten passen. Eines unserer Anliegen ist daher, Bund und Länder wie auch die NPK für die kommunalen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention zu sensibilisieren und dafür gemeinsam Sorge zu tragen, dass die Rahmenbedingungen so ausgestaltet werden, dass sie ein örtlich flexibles Handeln ermöglichen, das auch bei Auswertungen und Berichten berücksichtigt wird. Künftig werden im Bereich der Prävention insbesondere auch der Aufbau und Ausbau von Gesundheitsmaßnahmen rund um die Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit eine wichtige Rolle in den Kommunen spielen, da nur die kommunale Ebene beispielsweise durch bauliche Veränderungen, Entsiegelung und Hitzeprävention dem Klimawandel umfassend begegnen kann. Mit Blick auf die Erfahrungen rund um die COVID-19-Pandemie wird zudem kommunale Präventionsarbeit auch stärker gefordert sein, wenn es darum geht, Pandemien besser vorzubeugen und zu begegnen.

Zu diesen Rahmenbedingungen gehören im Weiteren eine adäquate Ausstattung mit Ressourcen und ein praktisches Förderverfahren für die durch die Krankenkassen zu verausgabenden Präventionsmittel inklusive einer längerfristigen Perspektive hierfür. Dazu gehört grundsätzlich, dass beim Verwenden dieser Mittel für örtliche Lebenswelten auch die örtliche Expertise genügend berücksichtigt wird.

Die kommunalen Spitzenverbände halten ansonsten, auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Kontakt zu den zuständigen staatlichen Stellen auf Bun-

des- und Landesebene und relevanten Akteuren oder speziellen Initiativen. In ihren Gremien erörtern sie die aktuellen Entwicklungen und sind auch daran beteiligt, die kommunale Agenda für das Thema zu definieren. Dies geschieht im Wechselspiel mit bundesweiten Organisationen wie der NPK. Zum einen vermitteln die kommunalen Spitzenverbände die Erwartungshaltung und Einschätzungen der Kommunen in die NPK, zum anderen spiegeln sie die dortigen Ergebnisse zu ihren Mitgliedern zurück. Hinsichtlich der nationalen Präventionsstrategie versuchen die kommunalen Spitzenverbände die kommunal relevanten Themen gut zu verankern. Dazu zählen neben Klimawandel, knappen Energieressourcen und Pandemien vor allem die Alterung der Gesellschaft, die Digitalisierung (im Gesundheitswesen), die Transformation der Arbeitswelt, Armut und soziale Spaltung.

Seit 2017 verstetigt sich dieses Engagement in einem guten Austausch mit der NPK und ihren Mitgliedern. Im Verlaufe der COVID-19-Pandemie und der Ukraine-Krise war jedoch auch festzustellen, dass die Gesundheitsstrukturen der Kommunen durch diese Herausforderungen besonders stark gefordert wurden und eine temporäre Fokussierung auf die hieraus erwachsenen Aufgaben erfolgen musste. Gleichwohl bestand das Engagement im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention weiter fort.

In der NPK wünschen wir uns mehr Einflussmöglichkeiten, da die kommunale Ebene die zentrale Ebene von Gesundheitsförderung und Prävention ist. Unser Ziel ist es aber nicht, Bundes- und Landesgremien zu erweitern oder die Bedeutung der Verbandsebene noch zu stärken, sondern dem örtlichen Handeln mehr Raum zu geben, ihm zu vertrauen und Entscheidungen bei guten Rahmenbedingungen mehr dort als zentral treffen zu lassen (Subsidiaritätsprinzip).

2.3 ZIVILGESELLSCHAFT UND WEITERE AKTEURE

In den nachfolgenden Abschnitten wird das Engagement im Sinne der BRE weiterer beratender Mitglieder der NPK dargestellt. Dabei handelt es sich um Akteure der Zivilgesellschaft wie die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA; Abschnitt 2.3.1) und den Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK; Abschnitt 2.3.2). Zudem wird in Abschnitt 2.3.3 der Beitrag des Präventionsforums der NPK dargestellt.

Mit diesen Beiträgen sind die beratenden NPK-Mitglieder vonseiten der Zivilgesellschaft sowie das Präventionsforum der Einladung nachgekommen, ihr Engagement im Sinne der BRE darzustellen.

2.3.1 BEITRAG DER BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (BDA): ENGAGEMENT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) der Einladung nachgekommen.

Die BDA als Spitzenverband der gesamten Deutschen Wirtschaft nimmt an Sitzungen der NPK mit beratender Stimme teil. Sie berät die Träger der NPK nach § 20d Absatz 1 SGB V bei der Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie. Die NPK hat sich durch ihre effektiven und effizienten Arbeitsweisen und Entscheidungsprozesse als zentrales Steuerungsgremium sehr bewährt.

Die Positionen und Vorschläge der BDA zur Verbesserung der BGF können im Positionspapier „Betriebliche Gesundheitsförderung: Unternehmen engagiert und erfolgreich.“⁸³ nachgelesen werden. Im Folgenden werden einige Aktivitäten der Arbeitgebenden bei der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung und dem gesetzlich verpflichtenden Arbeitsschutz in den Jahren 2018 bis 2022 dargestellt. Da seit 2020 die COVID-19-Pandemie die Präventionsarbeit maßgeblich beeinflusst, wird auch das Engagement der Arbeitgebenden im betrieblichen Infektionsschutz dargestellt.

83 Download möglich unter: <https://arbeitgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/arbeitsschutz/>.

2.3.1.1 Prävention und Gesundheitsschutz: Unternehmen engagiert und erfolgreich

Alle Arbeitgeber möchten, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst selten wegen Krankheit ausfallen, leistungsfähig und leistungsbereit sind sowie ohne Einschränkungen bis ins Rentenalter arbeiten können. Einen wesentlichen Beitrag leisten die Unternehmen im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden Arbeitsschutzes und der freiwilligen BGF. Der finanzielle Aufwand der Unternehmen für Prävention und Gesundheitsschutz ist erheblich: Von den insgesamt rund 14,6 Milliarden Euro, die 2020 insgesamt für Prävention und Gesundheitsschutz eingesetzt wurden, brachten die Betriebe einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung - neben Staat und privaten Haushalten - etwa 6,3 Milliarden Euro und damit über 43 % der Gesamtsumme auf.

Das Engagement der Unternehmen bei der Prävention und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz zeigt sichtbare Erfolge: Die Zahl der Arbeitsunfälle insgesamt als auch die Unfallquote (Arbeitsunfälle je 1 Millionen Arbeitsstunden) konnte seit 1991 halbiert werden. Der Krankenstand der gesetzlich Versicherten war 2021 mit 4,1 % niedriger als zur Zeit der Einführung der Lohnfortzahlung im Jahr 1970. Er betrug zu dieser Zeit 5,6 % (BMG, 2014). Die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist seit 1995 um rund 45 % zurückgegangen, gemessen am Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2019 (DRV Bund, 2020).

2.3.1.2 Immer mehr Betriebe engagieren sich bei Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich immer mehr Unternehmen mit vielfältigen Maßnahmen freiwillig beteiligen. Sie haben die hohe Bedeutung von BGF erkannt. Die Trendkurve bei der BGF in Unternehmen zeigt nach oben: Laut Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes ist die Zahl der mit BGF erreichten Betriebe von 2018 bis 2019 um knapp 19 % gestiegen. In den Betrieben, die BGF-Maßnahmen umsetzen, gehen Führungskräfte engagiert voran: Am häufigsten ist die Ebene der Führungskräfte (86 %) in den Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vertreten. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie sind BGF-Aktivitäten temporär zurückgegangen, da sich der Präventionsfokus auf den betrieblichen Infektionsschutz verschieben musste. 2022 sind aber bereits wieder Anzeichen einer Umkehr dieses kurzfristigen Trends zu

erkennen, beispielsweise bei den wieder ansteigenden Beratungsanfragen bei den BGF-Koordinierungsstellen. Zukünftig ist wichtig, dass BGF-Angebote auch auf KMU zugeschnitten sind sowie steuerliche und bürokratische Hürden abgebaut werden, z. B. bei der Steuerbefreiung arbeitgebergeförderter Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen.

2.3.1.3 KMU bei BGF auch engagiert: Kooperation mit BGF-Koordinierungsstellen weiter verbessern

Laut GKV-Präventionsbericht sind 73 % der im Jahr 2020 mit BGF erreichten Betriebe KMU. BGF ist längst in KMU angekommen. Insbesondere für KMU, die noch nicht über vollumfängliche Strukturen und Erfahrungen zum BGF verfügen, können die BGF-Koordinierungsstellen ein interessantes Angebot sein, einen ersten Einstieg zu finden. Die BGF-Koordinierungsstellen haben den Auftrag, Betriebe bei BGF zu beraten und zu unterstützen. Die BDA, ihre Mitglieder und viele weitere Unternehmensorganisationen unterstützen die Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen auf Bundes- und Länderebene. Die Qualität der Zusammenarbeit ist hoch. Dabei ist uns wichtig, dass die BGF-Koordinierungsstellen über ausreichend Ressourcen verfügen, um Beratungsanfragen aus den Betrieben auch in Zukunft bedarfsgerecht bedienen zu können.

2.3.1.4 Entwicklung der Gesundheitskompetenzen bei den Beschäftigten fördern

Bei der Gesunderhaltung kommt es in erster Linie auf die Eigenverantwortung und die Bereitschaft des Einzelnen zur Mitwirkung an. BGF-Maßnahmen lassen sich nicht einseitig durch die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber verordnen. Angesichts des hohen Anteils individuell verhaltensbedingter Gesundheitskosten an den Gesamtausgaben der Krankenkassen ist es dringend erforderlich, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit der oder des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken - insbesondere zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem. Vor diesem Hintergrund ist besorgniserregend, dass etwa 60 % der Bevölkerung in Deutschland über eine gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz verfügen (Schaeffer et al., 2021), die auch mit ungesunden Verhaltensweisen (z. B. zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung) einhergehen kann. Da es sich wesentlich auch um das private und

Freizeitverhalten handelt, zeigt, wie begrenzt die Einflussmöglichkeiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Gesundheitserhaltung und -förderung sind.

2.3.1.5 COVID-19-Pandemie: Arbeitgebende übernehmen in der Krise Verantwortung

Das Jahr 2020 stellt mit Beginn der COVID-19-Pandemie eine Zäsur dar. Wesentliches Ziel der Präventionsarbeit in den Betrieben wurde der Schutz vor SARS-CoV-2-Infektionen. Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände übernahmen für die Betriebe erfolgreich eine zentrale Koordinierungs- und Informationsfunktion in der COVID-19-Pandemie. Sie haben fragmentiert vorliegende Informationen, unter anderem zu gesetzlichen Regelungen, aufbereitet, gebündelt und in die Betriebe getragen. Sie haben ein koordiniertes Vorgehen – insbesondere auch in den Bereichen Testen und Impfen unter anderem durch die Onlineangebote www.wirtschaftstestetgegencorona.de und www.wirtschaftsimpftgegencorona.de – sichergestellt und sich für die Einbindung des betriebsärztlichen Impfens in die nationale Impfstrategie erfolgreich eingesetzt. Studien zeigen, dass sich die große Mehrheit der Beschäftigten in ihrem Betrieb gut geschützt fühlt (BAuA, o. D.). Die Arbeitsplätze sind, von Ausnahmen abgesehen, keine Corona-Infektionsherde geworden. Unternehmen und Betriebe beteiligten sich gemeinsam mit ihren Betriebsärztinnen und Betriebsärzten auch an der staatlichen Impfkampagne und unterbreiteten ihren Beschäftigten Impfangebote. Mit großem Erfolg: Die Impfquote bei den Beschäftigten liegt deutlich höher als die Impfquote der Gesamtbevölkerung (Bonin et al., 2021). Auch das Thema Long COVID wird von den Unternehmen ernst genommen. Die BDA unterstützt daher als Kooperationspartner das Online-Informationsportal zum Thema Long COVID (www.longcovid-info.de) der BZgA.

2.3.1.6 Mobile Arbeit wird gut durch die Betriebe ausgestaltet

Die BDA und Arbeitgeberverbände begleiten das Thema mobile Arbeit insbesondere seit den Regelungen durch die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung engagiert und sorgen im Rahmen ihrer Verantwortung im Arbeitsschutz bzw. des Arbeitszeitgesetzes für eine sichere und gesunde Umsetzung. Die Betriebe haben mobile Arbeit höchst verantwortungsvoll und umfassend zur Vermeidung von Infektionsrisiken und zur Aufrechterhaltung des Betriebs genutzt (Eickholt et al., 2021). Die zukünftige Möglichkeit mobiler Arbeit ist jedoch ein freiwilliges Angebot der Unternehmen an ihre Beschäftigten, also eine gegenseitige Verabredung darüber, wo gearbeitet wird. Wie diese Ver-

abredung gesetzlich und innerhalb der Betriebe ausgestaltet werden kann, diskutiert die BDA zusammen mit Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern und anderen Stakeholderinnen und Stakeholdern in der Politikwerkstatt des BMAS Mobile Arbeit und in weiteren Gremien, beispielsweise Gremien der DGUV, um eine sinnvolle und gemeinsame Basis für gute und gesunde mobile Arbeit zu finden. Die Ausgestaltung mobiler Arbeit findet in den Betrieben selbst statt, in denen Arbeitgebende und Beschäftigte zusammen die besten Lösungen generieren können.

2.3.1.7 Arbeitsgestaltung bei psychischer Belastung weiterhin wichtiges Thema

Psychische Belastung bei der Arbeit ist weiterhin ein zentrales Thema im betrieblichen Arbeitsschutz. Die BDA engagiert sich aktiv im Arbeitsprogramm „Psyche“ der GDA (z. B. bei Aus- und Überarbeitung der Belastungsfaktoren und Inhalten der Gefährdungsbeurteilung), bei der Erstellung einer damit korrespondierenden internationalen Norm sowie bei Forschungsprojekten (z. B. zur Arbeitsverdichtung). Sie setzt sich aktuell für einheitliche Definitionen und Rahmenbedingungen zur psychischen Belastung bei der Arbeit ein, um durch eine staatliche Regel Klarheit für alle Arbeitsschutzakteure zu schaffen. In Bezug auf die psychische Gesundheit befördert die BDA den Prozess der Enttabuisierung, den sie 2013 zusammen mit DGB und BMAS in ihrer gemeinsamen Erklärung mit angestoßen hat (BMAS et al., 2013), z. B. durch ihre Beiratstätigkeiten in Forschungsprojekten zur beruflichen Eingliederung psychisch erkrankter Menschen. Sie fördert den bewussten Umgang mit psychischer Gesundheit in den Unternehmen und ist Partnerin der „Offensive Psychische Gesundheit“ des BMAS, BMG und BMFSFJ.

2.3.1.8 Klima: Hohes Engagement beim UV-Schutz

Klimagrößen (z. B. Lufttemperatur) sowie ultraviolette Strahlung (UV-Strahlung) sind als Umgebungsfaktoren im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen, wenn sie die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen können. Die Einwirkung von Sonnenstrahlen auf den Menschen ist nicht grundsätzlich schädlich. In gewissem Maße ist sie für den menschlichen Organismus vielmehr lebensnotwendig und trägt zum Wohlbefinden bei. Für im Freien tätige Beschäftigte verschiedenster Branchen ist die Gefährdung durch natürliche UV-Strahlung relevant, z. B. in Bauwirtschaft oder Landwirtschaft. Über die Sozialpartnervereinbarung zum Umgang mit UV-Strahlung

bei Tätigkeiten im Freien haben sich die Sozialpartner darauf geeinigt, gemeinsam mit der BG BAU und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau durch diverse Initiativen die weitere Aufklärung und Sensibilisierung der Arbeitgebenden und Beschäftigten bezüglich natürlicher UV-Strahlung voranzutreiben. Die Bauwirtschaft evaluiert, ob die angestrebten Steigerungsraten der arbeitsmedizinischen Angebotsvorsorge bei UV-Strahlung erzielt werden konnten. Die bisherigen Erkenntnisse sind positiv.

2.3.2 BEITRAG DES SOZIALVERBANDS VDK DEUTSCHLAND E. V. (VDK), PATIENTENVERTRETUNG GEMÄSS § 140F SGB V

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) als Vertretung der Patientenvertretung der Einladung nachgekommen.

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. berät seine Mitglieder in sozialrechtlichen Angelegenheiten und vertritt ihre sozialpolitischen Interessen gegenüber der Bundes- und Landespolitik. Der VdK ist daher kein Träger der NPK oder Akteur der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung mit staatlichem Auftrag.

Durch die sozialrechtliche Beratung und sozialpolitische Interessenvertretung leistet der VdK seinen Beitrag zu den Zielbereichen Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter der BRE. In den zahlreichen Beratungsstellen beraten die 13 VdK-Landesverbände bundesweit die über 2,1 Millionen Mitglieder zu allen Fragen des Sozialrechts. Zu den Gegenständen der Rechtsberatung und Rechtsvertretung im Widerspruchsverfahren und vor den Sozialgerichten gehören auch die Ansprüche auf Präventionsleistungen von gesetzlicher Krankenversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung, sozialer Pflegeversicherung und gesetzlicher Unfallversicherung.

Im Einzelnen:

- In Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung berät der VdK seine Mitglieder auch zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 SGB V. Die Leistungen zur Gesundheitsprävention in Betrieben gemäß §§ 20b und 20c SGB V sind dabei nicht im Fokus, da die Geltendmachung nicht Sache der/des einzelnen Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmers, sondern der Arbeitgebenden ist. Es treten

weiterhin die medizinischen Vorsorgeleistungen gemäß § 23 SGB V hinzu.

- Bei der gesetzlichen Rentenversicherung wurde der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ durch das Gesetz Digitale Rentenübersicht im Jahr 2021 in § 14 Abs. 1 SGB VI ausdrücklich eingefügt. Damit wurde das SGB VI - zusätzlich zu dem in § 3 SGB IX festgelegten allgemeinen Vorrang der Prävention für alle Träger der Rehabilitation - um eine Pflicht der Rentenversicherungsträger, zu Präventionsleistungen zu beraten, ergänzt. Anfragen dazu bilden in der Rechtsberatung des VdK noch keinen Schwerpunkt, was an den noch ausbaufähigen Präventionsangeboten der Rentenversicherungsträger liegen mag.
- Der Anspruch auf Präventionsleistungen der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 5 SGB XI gehört dem Grunde nach ebenso zu den Gegenständen der sozialrechtlichen Beratung. Es gibt hierzu kaum Beratungsbedarf der VdK-Mitglieder. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es diese Präventionsleistungen in zu geringem Umfang oder lediglich mit großer Intransparenz verbunden gibt.
- Die Präventionsleistungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 14 SGB VII spielen keine herausgehobene Rolle. Hier ist ebenso die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber erste Ansprechperson, da sie oder er für den Arbeitsschutz in den Betrieben zuständig ist und es sich dabei um eine arbeitsrechtliche Streitigkeit handelt.
- Leistungen der privaten Krankenversicherer, die über den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) seit 2017 in der NPK vertreten sind, sind nicht Gegenstand der Rechtsberatung durch den VdK. Grundlage ist hier nicht das Sozialrecht, sondern der private Versicherungsvertrag.

Schwerpunkte des VdK in der Rechtsberatung und Vertretung im Rechtsmittelverfahren sind Fragen zur gesetzlichen Rente und zur Pflege. Dem folgend und dem etwas höheren Altersdurchschnitt in der VdK-Mitgliedschaft geschuldet, sieht der VdK seinen Schwerpunkt im Zielbereich Gesund im Alter.

Hier stehen die Leistungen zur Prävention der GKV und der SPV im Fokus. Dabei geht es unter anderem um den Anspruch auf eine stationäre medizinische Vorsorgeleistung, also eine Kur, die zur Verhütung von Krankheiten und von Pflegebedürftigkeit gemäß § 23 Abs. 1 SGB V dienen. Das betrifft ebenso pflegende Angehörige, die durch Vorsorgeleistungen Schäden an ihrer eigenen Gesundheit durch die Care-Arbeit verhindern sollten. Der

VdK bemerkt hier, dass diese Vorsorgeleistungen zu wenig bekannt sind oder Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme bestehen. Dies ist dann der Fall, wenn die Angehörigen keine Einrichtung finden, die auch die/den Pflegebedürftige/-n aufnimmt und es so deutlich erleichtert, Prävention für die eigene Gesundheit und Sorge um die pflegebedürftige Person zu vereinen. Der VdK trägt seinen Teil durch Beratung der Mitglieder und Öffentlichkeitsarbeit bei. Jedoch sind hier die gesetzlichen Krankenkassen in der originären Pflicht.

Der VdK erhebt zur Umsetzung von Zielen der NPK auch sozialpolitische Forderungen, die er an die Regierungen von Bund und Ländern heranträgt und in der Öffentlichkeitsarbeit bekannt macht. Dazu gehören insbesondere:

- Ärztinnen und Ärzte müssen Präventionsangebote direkt verordnen können, anstatt nur Empfehlungen auszusprechen. Dies gilt insbesondere für spezielle Präventionsangebote für ältere Menschen, für die es auch präventive Hausbesuche der Hausärztinnen und -ärzte geben muss.
- Die Kommunen müssen vermehrt sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und zur primären sowie sekundären Prävention auf- und ausbauen.
- Alle Politikbereiche müssen dem Ansatz Health in All Policies folgend die Auswirkungen aller Maßnahmen auf die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger berücksichtigen.

Auch in den beiden letzteren Forderungen legt der VdK immer wieder den Schwerpunkt auf die älteren Menschen in Deutschland, um für diesen Personenkreis eine gewichtige Stimme zu sein.

Deshalb macht der VdK die Bundesregierung durch seine regelmäßigen Stellungnahmen zum „Armut- und Reichtumsbericht“ darauf aufmerksam, dass mehr getan werden muss, um den Grundsatz „Armut macht krank, Krankheit macht arm“ zu durchbrechen. Während 27 % der Männer und 13 % der Frauen aus der niedrigsten Einkommensgruppe (weniger als 60 % des sogenannten mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens) vor Vollendung des 65. Lebensjahres verstarben, waren es in der höchsten Einkommensgruppe 14 % der Männer und 8 % der Frauen. Das betrifft auch und gerade Rentnerinnen und Rentner mit kleinen Renten. Der VdK mahnt dabei ein Umdenken bei der Prävention an: Maßnahmen der Prävention und Früherkennung wie Vorsorgekurse oder Gesundheits-Check-ups erreichen vorrangig Menschen mit guter Bildung und gutem Einkommen. Für Menschen in anderen Schichten bedarf es des Prinzips „Health in All

Policies“. Die Bundesregierung darf sich nicht auf einzelne Präventions- oder Aufklärungsangebote verlassen, sondern muss aktiv und bedarfsbezogen soziale Notlagen beheben und soziale Chancengleichheit herstellen.

Während der COVID-19-Pandemie haben die Beratungsstellen den einzelnen Lockdown-Regelungen folgend, phasenweise per Telefon und per E-Mail beraten. Auf diese Weise konnte die Rechtsberatung für die Mitglieder aufrechterhalten werden.

In sozialpolitischer Hinsicht hat der VdK seit März 2020 regelmäßig z. B. zu Fragen rund um die COVID-19-Schutzimpfung - eine klassische Präventionsmaßnahme - öffentlich und gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium Stellung bezogen. Dabei ging es z. B. um die Impfreihenfolge, die einrichtungsbezogene Impfpflicht und um die Möglichkeit der dritten und vierten Impfung etwa für pflegende Angehörige. Der Schutz der Risikogruppen war dabei stets das Leitmotiv.

2.3.3 BEITRAG DES PRÄVENTIONSFORUMS DER NATIONALEN PRÄVENTIONSKONFERENZ

Die beratenden NPK-Mitglieder wurden eingeladen, ihr Engagement im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht darzustellen. Mit diesem Beitrag ist das Präventionsforum, vertreten durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., der Einladung nachgekommen.

Die NPK wird gemäß § 20e Abs. 2 SGB V durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretenden der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK nach § 20e Abs. 1 SGB V zusammen.

2.3.3.1 Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Präventionsforums

Das Präventionsforum ist eine jährliche Veranstaltung, die sich inhaltlich an den BRE ausrichtet und als Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK und der Fachöffentlichkeit dient. So wird die beratende Beteiligung der Fachöffentlichkeit an der nationalen Präventionsstrategie ermöglicht. Das Präventionsforum wird von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) im Auftrag der Träger der NPK und des PKV-Verbands durchgeführt und dokumentiert. Das Veranstaltungskonzept, das jähr-

liche Programm und der jeweilige Kreis der Teilnehmenden werden auf Vorschlag der BVPG von den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK festgelegt.

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Präventionsforums durch die BVPG erfolgt dabei in enger Abstimmung mit Vertreterinnen und Vertretern der stimmberechtigten NPK-Mitglieder sowie der NPK-Geschäftsstelle.

Die Ergebnisse des Präventionsforums werden dokumentiert und in der NPK sowie den NPK-Arbeitsgruppen Kommunale Lebenswelten und Arbeitswelt beraten, auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Veranstaltungskonzepts. Dieser grundlegenden Konzeption entsprechend wurden bislang sieben Präventionsforen durchgeführt. Die Dokumentationen der bisher durchgeführten Präventionsforen werden auf der Internetseite der NPK veröffentlicht.⁸⁴

Am Präventionsforum nehmen - laut Geschäftsordnung der NPK - die stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK sowie Vertreterinnen und Vertreter der für die Gesundheitsförderung und Prävention und das Schwerpunktthema des jeweiligen Präventionsforums maßgeblichen Organisationen und Verbände teil. Wesentlich für die Erstellung des Einladungsverteilers sind die jeweils anstehenden Fachthemen. Kriterien für die Mitwirkung von Organisationen im Präventionsforum sind Kompetenzen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, der Bezug zu den Zielen und Handlungsfeldern der trägerübergreifenden bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen, wissenschaftliche Expertise und ein bundesweiter Tätigkeitsbereich. Die zu beteiligenden Organisationen und Verbände sollten sich durch hohe Fachlichkeit auszeichnen und keine eigenen wirtschaftlichen Interessen verfolgen.

2.3.3.2 Schwerpunkte der Präventionsforen 2019-2022

Im Folgenden wird auf die Präventionsforen der Jahre 2019 bis 2022 eingegangen. Die Foren der Jahre 2016 bis 2018 wurden bereits im ersten NPK-Präventionsbericht vorgestellt. Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum ersten NPK-Präventionsbericht hinsichtlich der Präventionsforen der Jahre 2016 bis 2018 konstatiert, dass die themenspezifische Ausrichtung des Präventionsforums fortgesetzt werden sollte, indem besonders bedeutsame Themen aufgegriffen werden, wie die Stär-

kung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern oder die Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen sowie Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderungen (BT-Dr. 19/26140).

Die Themenfindung der Präventionsforen erfolgt auf Vorschlag der BVPG, die diese wiederum durch Anregungen aus dem Vorstand, auf der Basis aktueller Diskussionen und Präventionsbedarfe sowie relevanter Themenfelder der Prävention und Gesundheitsförderung erhält. Die Festlegung des jeweiligen Themas wird zunächst durch eine Arbeitsgruppe des Präventionsforums und abschließend durch die stimmberechtigten Mitglieder der NPK vorgenommen. In den Jahren 2019 bis 2022 wurden folgende Themen bearbeitet:

- 2019: Ergebnisse des Präventionsberichts mit Fokus auf Qualitätssicherung und Evaluation der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention
- 2020: Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Herausforderungen - beispielhaft diskutiert an den NPK-Fokusthemen Pflege und Psychische Gesundheit
- 2021: Digitale Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (einschließlich der Arbeitswelt)
- 2022: Klimawandel und Gesundheit - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

2.3.3.3 Weiterentwicklung des Präventionsforums seit 2016

Die Präventionsforen haben sich seit dem ersten Forum im Jahr 2016 themenspezifischer ausgerichtet. Dies zeigte sich unter anderem

- in der Wahl des Schwerpunktthemas des Präventionsforums,
- in der Zusammensetzung der Teilnehmenden - hin zu einem größeren Kontingent für themenspezifische Fachverbände und einer stärkeren Berücksichtigung der kommunalen Ebene,
- in der Einbindung des wissenschaftlichen Beirats zur Erstellung des zweiten Präventionsberichts der NPK und
- in der Fortführung bzw. dem erneuten Aufgreifen eines Schwerpunktthemas (z. B. Pflege) in aufeinanderfolgenden Präventionsforen.

84 www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum

Dies hatte zur Folge, dass konkretere Ergebnisse erzielt werden konnten, die wiederum in der NPK und den NPK-Arbeitsgruppen Kommunale Lebenswelten und Arbeitswelt für die Weiterentwicklung der eigenen Arbeit genutzt werden konnten. Beispiele dafür, wie dies erfolgte, finden sich weiter unten in diesem Beitrag.

2.3.3.4 Ergebnissicherung und Schlussfolgerungen

Das Präventionsforum wird schriftlich - und seit 2020 auch digital als Videostream - dokumentiert.⁸⁵ Die im Rahmen des Forums mitgeteilten Impulse, Forderungen, Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen werden von der BVPG ausgewertet und entsprechend aufbereitet. Diese Ergebnissicherung wird dann zunächst mit den beratenden NPK-Mitgliedern der Arbeitsgruppen Kommunale Lebenswelten und Arbeitswelt vordiskutiert und schließlich von der BVPG in der NPK-Sitzung vorgestellt. Die Ergebnisse sollen die stimmberechtigten NPK-Mitglieder bei der Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie unterstützen.

Beispiele, wie die Ergebnisse des Präventionsforums von der NPK genutzt wurden:

Die Erhaltung bzw. Förderung der Gesundheit der oben erwähnten politisch in den Fokus gerückten Zielgruppen Kinder psychisch und suchtkranker Eltern sowie beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen bedarf des Engagements einer Vielzahl von Akteuren. Die stimmberechtigten NPK-Mitglieder haben daher dafür plädiert, die Zusammenarbeit in der Präventionsstrategie stärker gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend auszurichten. Anhand der beiden Themen soll modellhaft erprobt werden, wie im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit gelingen kann - und welche Ergebnisse erreichbar sind.

Als Auftakt und für die Vorbereitung und Gestaltung des Vorhabens wurde das Präventionsforum 2020 zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Herausforderungen“ geplant, um mit der Fachöffentlichkeit und der Wissenschaft zu diskutieren, welche Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention bei den Themen Psychische Gesundheit und Pflege gesehen werden - und wie den Herausforderungen gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend begegnet werden kann.

Auf Basis der Empfehlungen des Präventionsforums wurden von den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK in der Folge Workshops, gemeinsam mit maßgeblichen Akteuren aus dem Handlungsfeld der psychischen Gesundheit bzw. Akteuren der Pflege, durchgeführt und zeitlich befristete Ziele für die modellhafte Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 4) konsentiert. Zusätzlich wurden erste Ansätze diskutiert, mit welchen Unterstützungsbeiträgen sich die Akteure bei der Zielerreichung einbringen können.

Bei der Fortschreibung der BRE, die nach Erscheinen des zweiten Präventionsberichts ab dem Jahr 2023 beginnen soll, ist unter anderem vorgesehen, Empfehlungen zu den Themen Barrierefreiheit sowie Gesundheit und Klima zu ergänzen.

Das Thema Barrierefreiheit zu integrieren war ein Impuls, der für eine gelingende Gesundheitsförderung und Prävention beim Präventionsforum 2021 angemahnt und intensiv diskutiert wurde.

Das Thema „Klimawandel und Gesundheit - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ wurde im Rahmen des Präventionsforums 2022 beraten. Die Basis der Beratungen bildete das NPK-Papier „Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“, das in einem partizipativen Prozess von den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK gemeinsam mit den beratenden Mitgliedern der NPK sowie weiteren maßgeblichen Akteuren im Vorfeld erarbeitet worden war. Ziel war es, das NPK-Papier um die Impulse, Ergebnisse, Empfehlungen und Erkenntnisse des Präventionsforums 2022 zu ergänzen und insbesondere mit Blick auf die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu vervollständigen. Auf dieser Basis konnte das NPK-Papier zu Gesundheit und Klima Ende 2022 finalisiert und veröffentlicht werden (NPK, 2022).

2.3.3.5 Weiterentwicklung des Präventionsforums

Bewährtes fortführen

Ziel des Präventionsforums ist es, die NPK zu beraten. Dies konnte durch die stärkere inhaltliche Fokussierung der letzten Präventionsforen deutlich besser umgesetzt werden als noch zu Beginn des ersten Berichtszeitraums. Die beratende Funktion zu stärken, entspricht auch der Empfehlung der Bundesregierung in ihrer Stellungnahme und sollte entsprechend fortgeführt werden.

85 www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum

Aufgrund der COVID-19-Pandemie musste das Veranstaltungsformat ab 2020 von einer reinen Präsenzveranstaltung in ein hybrides Format umorganisiert werden. Das hybride Veranstaltungsformat fand Zustimmung: 91 % der Teilnehmenden bewerteten das Format 2020 als sehr gut bis gut, aber der fehlende Austausch mit den anderen Teilnehmenden wurde kritisiert. Diese Kritik wurde in der Planung des im Jahr 2022 stattgefundenen Präventionsforums berücksichtigt: Dort konnten erstmals seit Beginn der COVID-19-Pandemie wieder eine begrenzte Anzahl Teilnehmender vor Ort anwesend sein. Zudem wurde das Format so angepasst, dass auch wieder Workshops (digital und in Präsenz) durchgeführt werden konnten.

Die Zahl der Teilnehmenden hat sich durch das digitale Format nicht verändert – an jedem Präventionsforum haben durchschnittlich 300 Personen teilgenommen.

Sinnvolle Änderungen umsetzen

In der Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten NPK-Präventionsbericht wird eine Aufwertung des Präventionsforums durch Schaffung einer tragfähigen ganzjährigen Arbeitsstruktur, die die maßgeblichen Organisationen und Verbände einbindet, angemahnt. Auch der Bundesrat hat eine Konkretisierung der Aufgaben des Präventionsforums sowie eine Stärkung der Bedeutung seiner Empfehlungen durch Etablierung eines formalen Konsultationsverfahrens durch die NPK und des Ausbaus zu einer ganzjährigen Arbeitsstruktur empfohlen.

Dies könnte beispielsweise umgesetzt werden, indem die Zivilgesellschaft und die kommunale Ebene verstärkt in die Planungsphase des Präventionsforums wie auch in den sich anschließenden Beratungsprozessen eingebunden werden. Die Arbeitsgruppe Präventionsforum könnte um eine ständige Vertretung der Landesvereinigungen, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Patientenvertretung und der Kommunen erweitert werden – und je nach Thema könnten auch sachkundige Gäste hinzugezogen werden.

2.4 STEUERUNGSSTRUKTUREN AUF KOMMUNALER EBENE

Die Träger der NPK formulieren in den BRE ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel, das auf kommunaler Ebene unter anderem zur Entstehung von Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen für die Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung beitragen soll. Bei kommunalen Gesundheitskonferenzen handelt es sich um eine von mehreren Möglichkeiten, eine solche Struktur einzurichten.⁸⁶ In einigen Bundesländern sind kommunale Gesundheitskonferenzen gesetzlich verpflichtend einzurichten. Die Darstellung der Rechercheergebnisse in Tabelle 5 enthält die Information, in welchen Bundesländern dies der Fall ist. Eine Steuerungs- und Vernetzungsstruktur in einer Kommune wurde auch als vorhanden gewertet, wenn in einer Kommune der Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert wird (vgl. Abschnitt 2.1.1). Aus diesem Grund werden die Ergebnisse der Recherche zu kommunalen Gesundheitskonferenzen um die entsprechenden Informationen zum Förderprogramm ergänzt. Die Darstellung soll eine Orientierung zur Erreichung des Struktur- und Prozessziels ermöglichen.

2.4.1 KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZEN

Ein Gremium, in dem Vertreterinnen und Vertreter örtlicher bzw. kommunaler Einrichtungen aus Gesundheitsförderung, Prävention, gesundheitlicher Versorgung, Gesundheitspolitik, Selbsthilfe, Patientenschutz und dem Sozialbereich in gesundheitlich relevanten Handlungsfeldern aktiv werden, gemeinsam Prozesse planen und koordinieren, sich beraten und vernetzen, ist die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK). Diese eigenständigen Partnerschaften im Gesundheitswesen arbeiten nach dem Konsensprinzip und zielen auf Verständigung, örtliche Kooperation und Partizipation. Ausgerichtet an lokalen Bedarfen werden beispielsweise Präventionsbedarfe bestimmter Bevölkerungsgruppen oder die Gesundheit nach Lebensphasen und Settings fokussiert (Hollederer, 2015)⁸⁷.

⁸⁶ Die ersten kommunalen Gesundheitskonferenzen gab es Holleder (2015) zufolge seit 1995 in Landkreisen in Nordrhein-Westfalen. In welcher Beziehung die kommunalen Gesundheitskonferenzen zu der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV stehen, wurde durch die Recherche, die Grundlage für diesen Abschnitt ist, nicht erhoben. Grundsätzlich gilt, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte eingerichtet werden, während die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV auf Landesebene stattfindet. Zumindest episodisch wurde im Rahmen der Fallstudien zu den LRV bekannt, dass einzelne LRV-Beteiligte auch Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz sind. In der LRV Baden-Württemberg, NRW und Bayern wird auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen als potentieller Kooperationspartner Bezug genommen.

⁸⁷ Auch die folgenden Ausführungen zu allgemeinen Merkmalen kommunaler Gesundheitskonferenzen basieren auf diesem Beitrag. Die Definition ist als eine Arbeitsdefinition zu Zwecken der Recherche zu verstehen, auf definitorische Schwierigkeiten wird in Abschnitt 2.4.3 eingegangen.

KGK richten häufig eine Geschäftsstelle und einen Lenkungs- oder Steuerungskreis ein, der mindestens einmal jährlich tagt. Zudem finden Plenumsitzungen statt. Zur Bearbeitung bestimmter Aufgaben hat sich die Organisation in themenspezifischen Fach- oder Arbeitsgruppen etabliert. Zu den Arbeitsinhalten gehören unter anderem die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen und Handlungsempfehlungen, Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben, die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung und der regionalen Bedarfsplanung, die Identifikation örtlicher Gesundheitsrisiken, die Identifikation vulnerabler Bevölkerungsgruppen sowie das Formulieren darauf aufbauender Ziele. Die Ergebnisse umfassen üblicherweise die öffentlichkeitswirksame Wissens- und Informationsvermittlung, z. B. im Rahmen von Fachveranstaltungen und Gesundheitstagen, die Veröffentlichung gesundheitspolitischer Stellungnahmen und Strategieformulierungen etc.

Eine aktuelle und vollständige systematische Übersicht bezüglich der Einrichtung derartiger Gremien in kommunale Strukturen liegt derzeit nicht vor. Die letzte umfassende Erhebung fand im Zeitraum 2014/2015 statt (Hollerer, 2015). Um ein aktuelles Lagebild zu erlangen und Entwicklungen seit dieser letzten Erfassung feststellen zu können, führte IGES im Jahr 2022 eine Recherche zum Vorhandensein von KGK durch. Diese gibt Auskunft darüber, in welchen der 400 Landkreisen und kreisfreien Städten derzeit KGK (oder vergleichbare Steuerungsstrukturen) existieren und aktiv sind. Die Ergebnisse basieren auf Webrecherchen und Auskünften relevanter Einrichtungen (z. B. Gesundheitsämter, Landesvereinigungen für Gesundheit). Die Ergebnisse der Recherche lassen keine Aussage zu Qualität und Inhalten der Arbeit oder zum Steuerungspotenzial der KGK zu.

2.4.2 ERGEBNISSE

Basierend auf den Recherchen konnten für das Jahr 2022 in Deutschland 252 Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien identifiziert werden, die in Landkreisen oder kreisfreien Städten eingerichtet wurden (in Stadtstaaten: Stadtteile). In 107 von 203 ländlichen Räumen und in 145 von 237 städtischen Räumen ist eine KGK eingerichtet. Somit ist in 53 % der ländlichen und in 61 % der städtischen Regionen eine KGK eingerichtet.

KGK sind in den 16 Bundesländern sehr unterschiedlich verbreitet. Während KGK in zwei Bundesländern (Baden-Württemberg und Berlin) vollständig und in drei Ländern (Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) fast flächendeckend eingeführt sind, gibt es in den Län-

dern Sachsen und Sachsen-Anhalt keine KGK (vgl. Tabelle 5). Im Osten Deutschlands sind KGK insgesamt weniger stark verbreitet als in Westdeutschland (vgl. Abbildung 13).

In einigen wenigen Bundesländern sind Gesundheitskonferenzen als Aufgabe gesetzlich verankert. So sind beispielweise die Stadt- und Landkreise in **Baden-Württemberg** seit dem Jahr 2016 zur Einrichtung verpflichtet. Entsprechend wurde bis Ende 2018 in allen Stadt- und Landkreisen mit eigenem Gesundheitsamt eine kommunale Gesundheitskonferenz eingerichtet. Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg macht die Arbeit und Themen der KGK transparent und stellt jährlich aktualisierte Übersichten aller bisherigen Themen und Projekte der KGK bereit (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2022). Zwei Kommunen erhalten eine Förderung für den Strukturaufbau, davon eine Kommune (Stuttgart) im Rahmen von „KOMBI NE“ („KOMmunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen“). Mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) vom 20.11.1997 wurden auch in **Nordrhein-Westfalen** in allen Kommunen und kreisfreien Städten flächendeckend Gesundheitskonferenzen eingerichtet, die regelmäßig tagen. Inhaltliche Themenvorschläge stammen aus dem Kreis der Mitglieder, können aber auch von außen an die KGK herangetragen werden. Dazu gehörten bislang verschiedene Themen der Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenhausplanung, Pflegeausbildung, Frauen-, Mädchen- und Männergesundheit, Notfallversorgung und allgemeine oder spezifische Gesundheitsinformationen. Acht Kommunen erhalten eine Förderung für den Strukturaufbau, davon eine Kommune (Solingen) im Rahmen von „KOMBI NE“.

Tabelle 5: Kommunen mit kommunalen Gesundheitskonferenzen oder vergleichbaren Gremien (Stand 08/2022)

Land	KGK gesetzlich verpflichtend	Anzahl Kreise bzw. Städte mit KGK	Anzahl Kreise, Städte (1)	Abdeckungsgrad	Anzahl Förderungen kommunaler Strukturaufbau (2),(4)	Hinweise
BB	Nein	2	18	11 %	7	
BE	Ja	12	12	100 %	3	Bezirkliche Gesundheitskonferenzen
BW	Ja	44	44	100 %	2	
BY	Nein	77	96	80 %	1	In Bayern entsprechen die Gesundheitsregionen PLUS einer kommunalen Gesundheitskonferenz.
HB	Nein	0	23	0 %	3	In Bremen gibt es teils ähnliche Steuerungs- & Vernetzungsstrukturen auf Stadtteilebene, die hier aber nicht als KGK gezählt werden (3).
HE	Nein	7	26	27 %	5	Die KGK haben einen Fokus auf Versorgungsfragen.
HH	Ja	5	7	71 %	2	
MV	Nein	2	8	25 %	4	
NI	Nein	36	45	80 %	7	In Niedersachsen entsprechen die Gesundheitsregionen einer kommunalen Gesundheitskonferenz.
NW	Ja	52	53	98 %	8	
RP	Nein	7	36	19 %	4	
SH	Nein	5	15	33 %	4	
SL	Nein	1	6	17 %	3	
SN	Nein	0	13	0 %	3	Teils regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung, die hier aber nicht als KGK gezählt werden.
ST	Nein	0	14	0 %	4	
TH	Nein	2	22	9 %	6	

Quelle: IGES-Recherche. Die Ergebnisse erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Anmerkungen: KGK = kommunale Gesundheitskonferenz

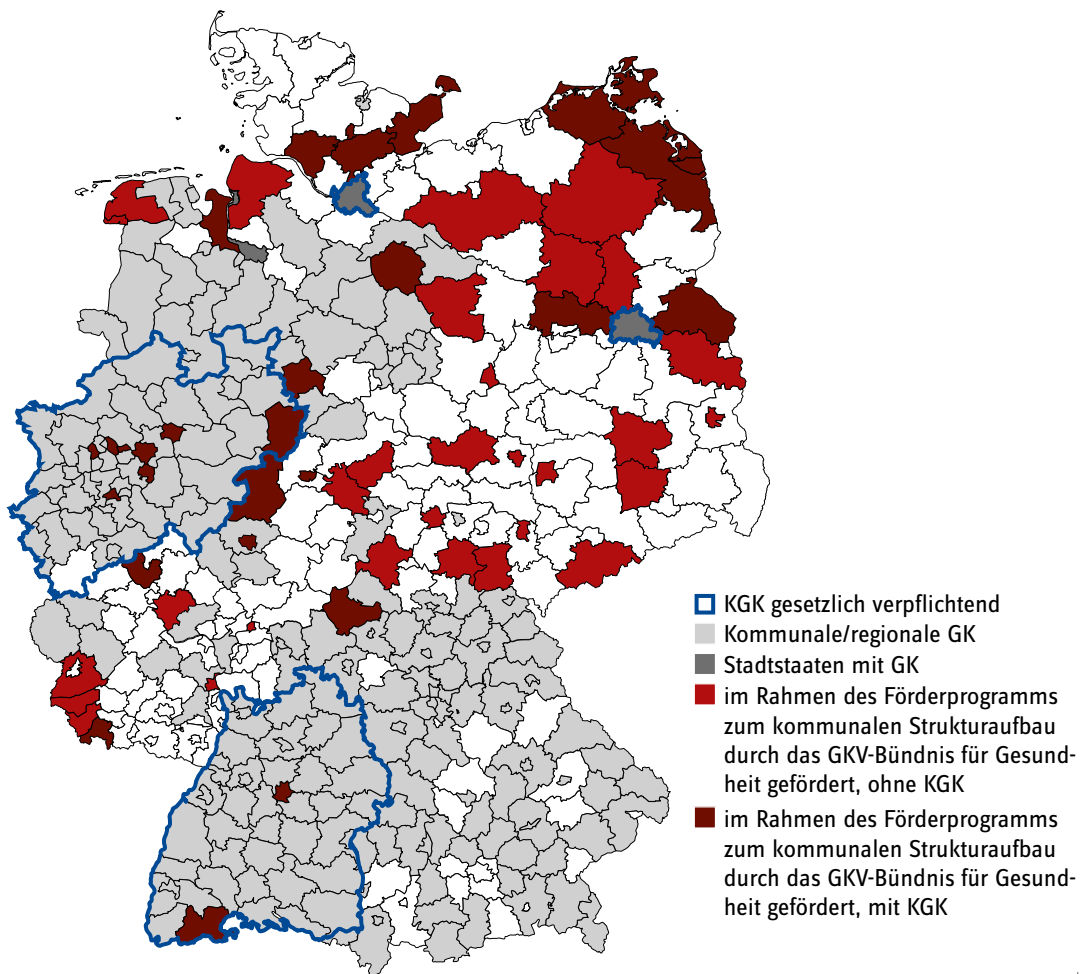
(1) Für Stadtstaaten, Bezirke oder Stadtteile

(2) Kommunen und kreisfreie Städte, die durch das kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum kommunalen Strukturaufbau gefördert werden.

(3) Für die Stadtteile in Bremerhaven sind derartige Strukturen nicht bekannt.

(4) Die sechs Modellkommunen (Landkreis Bad Kissingen, Landkreis Schmalkalden-Meiningen, Landkreis Segeberg, Marburg, Solingen und Stuttgart) im Projekt „KOMBI NE – KOMmunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen“ erhalten eine Strukturförderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit mit dem Schwerpunkt der kommunalen Bewegungsförderung.

Abbildung 13: Verteilung kommunaler Gesundheitskonferenzen sowie Förderungen zum kommunalen Strukturaufbau durch das GKV-Bündnis für Gesundheit (Stand 08/2022)



Quelle: IGES Recherche.

Anmerkungen: GK = Gesundheitskonferenz, GKV = gesetzliche Krankenversicherung, KGK = kommunale Gesundheitskonferenz. In den Stadtstaaten werden einzelne Bezirke im Rahmen des Förderprogramms durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert.

Für die kommunale Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in **Bayern** sind die „Gesundheitsregionen^{plus}“, die konzeptionell auf dem landeseigenen Modellprojekt „Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern“ (Hollederer & Stühler, 2017) fußen, von zentraler Bedeutung. Im Rahmen der „Gesundheitsregionen^{plus}“ wurden und werden – vergleichbar mit den Zielen, Strukturen und Arbeitsweisen der KGK – regionale Gesundheitsnetze aufgebaut, die die Zusammenarbeit der mit Gesundheit befassten Akteure vor

Ort unterstützen. Handlungsfelder, die in diesem Rahmen vorrangig adressiert werden, sind Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege. Dabei setzt das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderte Programm vor allem auf freiwillige Beteiligung (statt Gesetzgebung) und trifft auf eine weiter zunehmende Akzeptanz, die sich in fortlaufenden Beitrittsanträgen seitens der Städte und Landkreise zeigt. Bislang sind 77 von 96 Landkreisen und kreisfreien Städten „Gesundheitsregion^{plus}“. In

Online-Steckbriefen, bereitgestellt durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), lassen sich detaillierte Angaben zu den Themen und Aufgaben der derzeit geförderten Landkreise und kreisfreien Städte finden (LGL, 2023). In Bayern wird zudem der kommunale Strukturaufbau (Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen) im Landkreis Bad Kissingen durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des Modellprojekts „KOMBI“ gefördert.

Nach einem ähnlichen Konzept wie die „Gesundheitsregionen^{plus}“ wurde in **Niedersachsen** das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ins Leben gerufen. Seit 2014 setzt sich die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der ikk classic, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband Mitte für die Entwicklung kommunaler Strukturen und innovativer Projekte ein, um die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu fördern. Nach einer Modellprojektphase (unter dem Titel „Zukunftsregionen“) wurden inzwischen 38 Gesundheitsregionen aufgebaut, von denen einige eine finanzielle Förderung zur Strukturbildung erhalten (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, 2022). Die Konzeption sieht Strukturen in der Gesundheitsregion einschließlich regionaler Gesundheitskonferenzen im Sinne regelmäßiger Fachtagungen vor. In Niedersachsen wird außerdem der kommunale Strukturaufbau in derzeit sieben Landkreisen und Städten durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert.

Im **Berliner** Gesundheitsdienst-Gesetz ist unter anderem die Einrichtung der bezirklichen Gesundheitskonferenzen geregelt. Ein Gremium mit der Bezeichnung KGK, das regelmäßig tagt, existiert auf bezirklicher Ebene allerdings nicht. Stattdessen werden die bezirklichen GK von der Organisationseinheit „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (QPK) der jeweiligen Bezirke bzw. teilweise von Steuerungsgremien, die den Ausbau von Präventionsketten begleiten, ausgerichtet. Elf von zwölf Bezirken (Ausnahme ist Reinickendorf) führten in der Vergangenheit stadtteileneigene Gesundheitskonferenzen (alternative Bezeichnungen: Präventionskonferenz/Fachtag) durch. Drei Berliner Bezirke erhalten außerdem eine Förderung zum kommunalen Strukturaufbau durch das GKV-Bündnis für Gesundheit.

Auch in **Bremen** existieren keine KGK im klassischen Sinn. In vergleichbaren kommunalen Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen für Prävention und Gesundheitsförderung finden jedoch stadtteilbezogene Aktivitäten statt. Dazu gehören Stadtteilnetzwerke zur Gesundheitsförderung und Prävention, im Rahmen derer sich Akteure aus den Stadtteilen regelmäßig treffen. Themen sind unter anderem Bedarfserhebungen und die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil. Zu den Adressaten in Bremen gehören insbesondere ältere Menschen, Kinder und Jugendliche. Neben Gesundheitstagen zu Schwerpunktthemen werden zweijährlich Präventionskonferenzen des Strategieforums Prävention Bremen mit verschiedenen Inhalten ausgerichtet. Im Bundesland Bremen wird in zwei Bezirken sowie der Stadt Bremerhaven der kommunale Strukturaufbau gefördert.

In der Freien und Hansestadt **Hamburg** werden in der Regel alle ein bis zwei Jahre Gesundheitskonferenzen auf Ebene der Bezirke und/oder Stadtteile durchgeführt. Die zuständige Behörde stellt dafür entsprechende Mittel für die Bezirke zur Verfügung. Neben den Plenumsveranstaltungen tagen in einzelnen Bezirken unterjährig Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenzen. In zwei Bezirken wird außerdem der kommunale Strukturaufbau durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert.

In **Brandenburg** wurden bislang zwei KGK eingerichtet. Weitere befinden sich im Aufbau bzw. in der Planung und sollen über die kommenden Jahre umgesetzt werden. Sieben Landkreise und Städte erhalten eine Förderung für den kommunalen Strukturaufbau.

In **Hessen** existieren bislang nur einige wenige regionale Gesundheitskonferenzen, die allerdings überwiegend als Versorgungskonferenz (ohne Präventionshintergrund) konzipiert sind. Zudem erhalten insgesamt fünf Landkreise und Städte eine Förderung für den kommunalen Strukturaufbau, davon eine Kommune im Rahmen des Modellprojekts „KOMBI“.

Kommunale Gesundheitskonferenzen in **Mecklenburg-Vorpommern** finden sich aktuell in zwei Landkreisen (Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen). Insgesamt vier Landkreise und Städte im Land erhalten derzeit zudem eine Förderung zum kommunalen Strukturaufbau des GKV-Bündnisses für Gesundheit.

In **Schleswig-Holstein** gibt es vereinzelt Gesundheitskonferenzen, in denen sich Gesundheitsplanerinnen und Gesundheitsplaner und Mitarbeitende der Gesund-

heitsämter und andere örtliche Stakeholderinnen und Stakeholder austauschen. Aktuell erhalten außerdem drei Kreise und die Stadt Neumünster eine Förderung für den kommunalen Strukturaufbau, davon ein Landkreis im Rahmen des Modellprojekts „KOMBINE“. Im **Saarland** und **Rheinland-Pfalz** wurden bislang kaum Gesundheitskonferenzen eingeführt. Im Rahmen der Förderung zum kommunalen Strukturaufbau durch das GKV-Bündnis für Gesundheit baut der Landkreis Trier-Saarburg aktuell eine Struktur auf, die auch eine KGK vorsieht. Zudem erhalten drei weitere Kommunen in Rheinland-Pfalz sowie zwei Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken im Saarland eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit. In den Ländern **Sachsen** und **Sachsen-Anhalt** wurden bislang keine KGK als Gremium implementiert. In **Sachsen** haben sich bis ins Jahr 2018/2019 in allen 13 Landkreisen und kreisfreien Städten auf freiwilliger Basis Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (RAG) etabliert, deren Struktur, Auslegung und Umsetzung, teils abhängig von der Ressourcenlage vor Ort, regional jedoch sehr heterogen und kaum mit KGK vergleichbar ist. Drei Kommunen in Sachsen und drei Kommunen in Sachsen-Anhalt erhalten eine Förderung für den kommunalen Strukturaufbau. Auch in den **Thüringer** kreisfreien Städten und Landkreisen gibt es vielfältige Netzwerkaktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, aber momentan keine KGK. Derzeit wird der kommunale Strukturaufbau in sechs Landkreisen und Städten über das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit unterstützt, davon in einer Kommune im Rahmen des Modellprojekts „KOMBINE“.

In einigen Bundesländern mit gesetzlicher Verpflichtung, wie Baden-Württemberg, konnten Anschubfinanzierungen zur Einführung von KGK zum strategischen Erreichen definierter Landesgesundheitsziele bereits einen wichtigen Beitrag leisten. Zur Verstetigung derartiger Prozesse bedarf es allerdings auch in diesen Ländern zusätzlicher Unterstützung durch die Länder, beispielsweise im Rahmen einer substantiellen und nachhaltigen Grundfinanzierung. In anderen Ländern, insbesondere in jenen mit freiwilliger Selbstverpflichtung, fehlen derartige (finanzielle) Anreize bislang noch komplett. So werden in landeseigenen Gesetzen zum ÖGD zwar Aufgaben für die Gesundheitsämter definiert, wie z. B. das Durchführen von Beratungen über den Bedarf zur Gesundheitsförderung (z. B. in NRW im § 5 Abs. 2 ÖGDG), allerdings handelt es sich bei derartigen Strategien zur Umsetzung vorwiegend um sogenannte Kannbestimmungen, für die kaum inhaltliche und organisatorische Vorgaben, insbe-

sondere für die Einführung von KGK, aber auch bezüglich der dafür aufzuwendenden Ressourcen (personell und finanziell), vorliegen.

Im Vergleich zur letzten umfassenden Erhebung (Hollederer, 2015) sind einige Zuwächse zu erkennen, die allerdings zum Großteil aus den freiwilligen Beitritten der Kommunen zu den „Gesundheitsregionen“ in Bayern und Niedersachsen sowie aus der Einführung im Rahmen der gesetzlich verankerten Verpflichtung zur Einführung von KGK in Baden-Württemberg (2016) resultieren. Eine gesicherte und präzise Quantifizierung der Zuwächse ist aufgrund der nichtsystematischen Erfassungen im Rahmen beider Untersuchungen nicht möglich. So bezieht Holleder (2015) beispielsweise zum Teil Versorgungs- und Pflegekonferenzen in seinen Überblick ein, die in der vorliegenden Recherche nicht berücksichtigt wurden. Demnach kann die IGES-Erhebung nicht als Follow-up-Untersuchung verstanden werden, sondern allenfalls als orientierender Vergleich dienen.

2.4.3 LIMITATIONEN

Die Recherche zu KGK ist mit Limitationen verbunden. Auch wenn hier mit der Definition von Holleder (2015) im Sinne einer Arbeitsdefinition gearbeitet werden konnte, ist darauf hinzuweisen, dass es keine einheitliche Definition kommunaler Gesundheitskonferenzen gibt. Sie wird einerseits als Steuerungsgremium (inklusive Geschäftsstelle) verstanden, andererseits als offenes, gemeindenahes Veranstaltungsangebot zur Gesundheitsförderung und Prävention, das sich mit dem Ziel der Aufklärung und Wissensvermittlung direkt an die lokale Bevölkerung richtet. Hinzu kommen Begrifflichkeiten für ähnliche, aber nicht identische kommunale Steuerungsinstrumente (z. B. „Gesundheitsregionen“). Die „Gesundheitsregionen“ können mit amtlichen Raumschlüsseln schwer erfasst werden, weil hier häufig mehrere Verwaltungseinheiten wie Kreise, Kommunen, Stadt- oder Ortsteile zu Gesundheitsregionen, -verbänden oder -netzwerken zusammengelegt werden. Dies umfasst auch den Aspekt, dass Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien zum Teil auf kleinteiligerer Ebene (Stadtteile, Kieze, Quartiere) eingeführt wurden.

Die begrifflichen und räumlichen Mehrdeutigkeiten zeigen sich auch in den Rückmeldungen der im Rahmen der Recherche kontaktierten Stellen. So werden zwar vielfach Konferenzen, Projekte, Veranstaltungen oder Arbeitsgruppensitzungen benannt, allerdings bleibt häufig unklar, inwieweit diese als KGK eingeordnet werden können bzw. zu gleichen oder ähnlichen Zielen beitragen

(z. B. Armutskonferenzen, Dorfentwicklungsprogramme). Ferner bestätigt ein Abgleich eigener Online-Recherchen mit Angaben der Gesundheitsämter oder den Landesvereinigungen oder KGK eine geringe Aussagekraft der verfügbaren Informationen auf Webseiten (z. B. haus eigenen Seiten der Kreise, Kreisgesundheitsämter). Entweder werden Informationen nicht öffentlich vorgehalten bzw. eingepflegt oder nur in sehr großen und unregelmäßigen Zeitabständen aktualisiert. Einige Verantwortliche in den Kreisen gaben auf Nachfrage an, bereits eigene Erfassungen innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche initiiert oder geplant zu haben, die aufgrund mangelnder Ressourcen (Personal und Haushaltsmittel) bislang nicht umgesetzt oder abgeschlossen werden konnten. Zudem wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie die seit dem Jahr 2020 geplanten Vorhaben zur Initiierung oder Implementation von KGK teilweise verschoben bzw. im Rahmen der KGK üblicherweise stattfindende Aktivitäten (z. B. Gremiensitzungen, Projekte, Veranstaltungen und Konferenzen) ausgesetzt.

Aufgrund der genannten Limitationen erhebt die IGES-Recherche zur Erfassung von KGK in Deutschland keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

3 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

Die weitere Ausgestaltung der in den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) festgelegten Ziele für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt auf Landesebene unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse. Gemeinsam verständigen sich die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sozialen Pflegeversicherung (SPV), gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) sowie die in den Bundesländern zuständigen Stellen mit Verabschiedung einer Landesrahmenvereinbarung (LRV) auf gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit (§ 20f SGB V). Für die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene besteht eine Beitrittsoption gemäß § 20f Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die LRV wurden in allen Bundesländern mit Ausnahme Berlins zwischen April 2016 und Juni 2017 abgeschlossen. Seit Juli 2018 liegen in allen Bundesländern LRV vor.⁸⁸

Die LRV treffen gemäß § 20f Abs. 2 SGB V Festlegungen über:

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem SGB X,
5. die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Abs. 1 Satz 2 SGB V,
6. die Mitwirkung weiterer, für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

Im ersten Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) wurden die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der LRV auf Basis einer Inhaltsanalyse aller 16 LRV dargestellt. Darauf aufbauend erfolgt in diesem Kapitel eine Analyse der inhaltlichen Änderungen der LRV und der Zusammensetzung der Beteiligten sowie eine Darstellung der Zusammenarbeit unter dem

Dach der LRV. Hierzu gehören Antworten auf die Fragen, ob und wie die Ziele und Handlungsfelder der LRV Einfluss auf die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV haben, welche Steuerungsstrukturen sich die Beteiligten der LRV gegeben haben, wie Zuständigkeiten und Schnittstellen ausgestaltet sind und welche Aktivitäten die Beteiligten der LRV entfalten. Zudem wird die Kooperation mit weiteren, über den Kreis der LRV-Beteiligten hinausgehenden, Akteuren dargestellt. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowie Erfolgsfaktoren und Handlungsbedarfe schließen das Kapitel ab.

Die Darstellung beruht auf einer Inhaltsanalyse der LRV, auf einer standardisierten Online-Befragung der LRV-Beteiligten sowie auf leitfadengestützten Interviews, die im Rahmen von 16 Fallstudien, eine je Bundesland, mit LRV-Beteiligten geführt wurden. Die Fallstudien hatten jeweils ein bestimmtes Schwerpunktthema⁸⁹, beispielsweise wurde für die LRV Hessen deren Novellierung in den Mittelpunkt gestellt, in Sachsen die Arbeitsgruppe Betrieb, oder – in anderen Ländern – ein bestimmtes Projekt oder Programm, das durch Beteiligte der LRV gefördert wird. Der Zugang zu den LRV über einen solchen Fokus hat bestimmte Vorteile (insbesondere ist je Fallstudie ein passendes Thema sichergestellt), bringt aber auch Limitationen mit sich. Auf eine soll hier hingewiesen werden. Die unterschiedlichen Themen der Fallstudien führten dazu, dass nicht alle Aspekte gleichermaßen für jede LRV erhoben wurden, sodass in Bezug auf einige Fragen kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Näheres zur Methodik kann dem Abschnitt 1.4.3.3 entnommen werden, zudem sind die Ergebnisse der standardisierten Online-Erhebung in einem Tabellenanhang dargestellt.

⁸⁸ Die LRV können auf www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendern eingesehen werden.

⁸⁹ Die Schwerpunktthemen wurden durch IGES vorgeschlagen und in der Folge mit den Ansprechpersonen der LRV abgestimmt und ggf. weiterentwickelt. Die folgende Darstellung basiert auf den Fallstudien, der standardisierten Online-Befragung und der Inhaltsanalyse der LRV (vgl. Abschnitt 1.4.3). Die NPK dankt allen Kolleginnen und Kollegen, die an der Online-Befragung und den Fallstudieninterviews teilgenommen und bei deren Organisation unterstützt haben. Wir bedanken uns ebenfalls herzlich bei den Kolleginnen und Kollegen für die wichtigen Anregungen und Hinweise, die dieses Kapitel vervollständigt haben.

3.1 NOVELLIERUNGEN UND ÄNDERUNGEN DER ZUSAMMENSETZUNG DER BETEILIGTEN

Im folgenden Kapitel werden inhaltliche Veränderungen in der LRV sowie Änderungen in der Zusammensetzung der Beteiligten seit dem ersten NPK-Präventionsbericht berichtet.

3.1.1 INHALTLICHE VERÄNDERUNGEN

In zwei Ländern wurde die LRV im Berichtszeitraum (2018 bis 2021⁹⁰), und damit zum ersten Mal seit Abschluss geändert. In Hessen wurde am 20.12.2021 eine novellierte LRV unterzeichnet. Der Novellierungsprozess wurde federführend von der GKV-Vertretung angestoßen, die Novellierung in der Folge von allen LRV-Beteiligten verabschiedet. Die novellierte LRV soll es besser als ihre Vorgängerin ermöglichen, externe Akteure in die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV einzubinden, neue Formate der Zusammenarbeit zu schaffen und Expertinnen und Experten hinzuzuziehen. Möglich sind nun insbesondere Fachforen, die Untergremien des Dialogforums⁹¹ darstellen. Auch soll die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten mit den Kommunen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und kommunalen Lebensweltträgern gestärkt werden.

In Mecklenburg-Vorpommern wurde die zuvor bis 2021 befristete LRV entfristet. Weitere Novellierungen der LRV sind in den übrigen Bundesländern derzeit nicht vorgesehen.⁹²

3.1.2 BETEILIGTE

In allen Bundesländern haben mindestens zwölf Beteiligte nach § 20f Abs. 1 SGB V, das heißt die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen, die LRV unterzeichnet. Dazu gehören mit Ausnahme des Saarlandes stets Vertretungen

- der sechs Krankenkassensysteme aus dem jeweiligen Bundesland (zugleich in der Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen nach § 52 SGB XI): AOK, BKK, IKK, KNAPPSCHAFT, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Krankenkasse und Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK),
- des regionalen Rentenversicherungsträgers,
- der Deutschen Rentenversicherung Bund,

- der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (der jeweiligen Regionaldirektion),
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) in Vertretung der gewerblichen Berufsgenossenschaften und des regionalen Unfallversicherungsträgers der öffentlichen Hand,
- der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und
- des jeweiligen Landes (durch einschlägige Ministerien, Senatsverwaltungen oder Behörden).

Im Saarland hat sich die Zusammensetzung der Beteiligten im Berichtszeitraum verändert: Im Saarland ist die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft kein Beteiligter der LRV.

Beteiligter der LRV zu sein, bedeutet nicht zwangsläufig, auch in den Gremien mitzuarbeiten. Nicht alle Beteiligten der LRV nehmen regelmäßig an Sitzungen und Aktivitäten unter dem Dach der LRV teil. Dies trifft beispielsweise auf die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) zu. Hintergrund ist, dass die Rentenversicherung durch die regionalen Rentenversicherungsträger vertreten ist.

Neben den Beteiligten nach § 20f Abs. 1 SGB V können die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene der LRV beitreten (§ 20f Abs. 2 SGB V). Im Berichtszeitraum ist die Bundesagentur für Arbeit in allen 16 Bundesländern als Beigetretene an der jeweiligen LRV beteiligt, zuvor in nur 14 Bundesländern. In 13 Bundesländern werden die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden zugleich von den unterzeichnenden obersten Landesbehörden vertreten (Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen). Dadurch sind die obersten Arbeitsschutzbehörden in den jeweiligen Bundesländern einbezogen, ohne dass sie von der Beitrittsoption Gebrauch gemacht haben. In Baden-Württemberg lag die Zuständigkeit für den Bereich Arbeitsschutz vor dem Berichtszeitraum noch beim Ministerium für Soziales und Integration, aktuell liegt sie beim Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Baden-Württemberg. Sobald die Belange eines anderen Ministeriums wesentlich berührt sind, tritt dieses an die Stelle der unterzeichnenden Landesvertretung (vgl.

90 Zu einzelnen Aspekten und insbesondere in diesem Kapitel reicht der Berichtszeitraum bis ins Jahr 2022.

91 Das Dialogforum ist ein Gremium der LRV-Beteiligten zur Steuerung und Koordination der Aktivitäten unter dem Dach der LRV.

92 Dies ergab eine informelle Abfrage per E-Mail unter den LRV-Beteiligten.

§ 4 Abs. 2 Satz 4 LRV Baden-Württemberg). Ein Beitritt der obersten Arbeitsschutzbehörde war demzufolge ebenfalls nicht erforderlich. In Sachsen ist die oberste Arbeitsschutzbehörde im Steuerungsgremium vertreten. In Berlin ist die oberste Arbeitsschutzbehörde nicht der LRV beigetreten und wird auch nicht über die unterzeichnende Landesvertretung vertreten. Eine Verzahnung mit der LRV wird hier über die Landesgesundheitskonferenz Berlin (LGK), insbesondere über das Gesundheitsziel Gesund arbeiten, sichergestellt.

In acht Bundesländern ist mindestens einer der drei kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beigetreten. Dazu gehören fünf Bundesländer, in denen alle kommunalen Spitzenverbände von ihrem Beitrittsrecht Gebrauch gemacht haben: Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Hessen sind alle kommunalen Spitzenverbände beteiligt, jedoch explizit nicht über das Beitrittsrecht, sondern als Unterzeichner der LRV. Insgesamt sind also in neun Bundesländern die Kommunen über mindestens einen kommunalen Spitzenverband beteiligt (Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). In Bremen gab es zum Zeitpunkt des Berichtszeitraums des ersten NPK-Präventionsberichts noch keinen kommunalen Spitzenverband. Inzwischen wurde ein kommunaler Spitzenverband in Bremen gegründet, sein Beitritt in die LRV steht noch aus. In Baden-Württemberg, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen ist der Beitritt bisher nicht erfolgt. Auch für die Beigetretenen gilt, dass ein Beitritt nicht gleichbedeutend mit der Mitarbeit in den LRV-Gremien ist. Insbesondere die kommunalen Spitzenverbände arbeiten, auch weil sie unter anderem im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie andere Aufgaben vorrangig behandeln müssen, nicht in allen Bundesländern, in denen sie beigetreten sind, regelmäßig mit.

Wenn im weiteren Verlauf dieses Kapitels von LRV-Beteiligten die Rede ist, sind damit sowohl die Beteiligten im Sinne des § 20f Abs. 1 SGB V gemeint, das heißt die Sozialversicherungsträger und das Land, als auch die Beigetretenen nach Abs. 2, das heißt die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsschutzbehörden und die kommunalen Spitzenverbände. Sofern eine Unterscheidung beider Gruppen notwendig ist, wird die erstgenannte Gruppe als Partner der LRV, die letztgenannte als Beigetretene bezeichnet.

3.2 ZIELE UND HANDLUNGSFELDER

Im folgenden Kapitel wird über den Stand der Umsetzung der Ziele und Handlungsfelder der LRV berichtet. Dies beinhaltet die Darstellung der gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder in den Bundesländern sowie die Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei der Umsetzung der LRV. Das Kapitel schließt mit der Einschätzung der Befragten zur aktuellen Bedeutung der Ziele und Handlungsfelder als Grundlage für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV ab.

3.2.1 GEMEINSAME ZIELE UND HANDLUNGSFELDER DER LRV

In allen 16 LRV sind die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder für das jeweilige Bundesland aufgeführt, auf die sich die Partner der LRV verständigt haben. Unter dem Paragraphen „Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder“ werden sowohl bereits bestehende Ziele und Handlungsfelder als auch Datengrundlagen und Informationen genannt, auf die bei der Zieleplanung Bezug genommen werden kann.

In jeder LRV wird auf die prioritäre Ausrichtung auf die in den BRE festgelegten Ziele und Handlungsfelder entsprechend dem jeweiligen gesetzlichen Auftrag der Partner hingewiesen. Außerdem nehmen alle LRV Bezug auf die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). In zwölf LRV wird zusätzlich auf landesspezifische, gesundheitsbezogene Ziele verwiesen. Die LRV in Berlin, Bremen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein nennen keine landesspezifischen Ziele. Grundlage für die Zieleplanung bilden in allen 16 LRV Daten der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten Informationen und Daten der Sozialversicherungsträger.

Abgesehen von der LRV Hessen gibt es in den Bundesländern keine Änderungen der Ziele und Handlungsfelder in den LRV. Die landesspezifischen Ausführungen der Ziele und Handlungsfelder der LRV sind im ersten Präventionsbericht der NPK dargestellt.

Mit der Novellierung der LRV hat Hessen Ziele und Handlungsfelder ausführlicher definiert und um die Beschreibung der Arbeitsstrukturen erweitert. Hessen verweist dort auf die Gesundheitszieleplanung des Landes, den Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes, „RV Fit“ – Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention der Deutschen Rentenversicherung sowie die spezifischen

Zielkataloge der jeweiligen (Lebenswelt-)Träger. Ferner wird in § 3 Abs. 4 der LRV Hessen neben den Zielen und Handlungsfeldern der Strukturaufbau als Schwerpunkt festgelegt. Die Arbeitsstrukturen orientieren sich an den Lebensphasen; hierbei wird ein besonderer Fokus auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und der Gesundheitskompetenz gelegt.

Für gemeinsame Aktivitäten unter dem Dach der LRV werden in allen LRV gesundheitsbezogene Ziele geplant und festgelegt. Der Prozess findet entweder in Strukturen statt, die teilweise lange vor Bestehen der LRV entstanden sind und von der obersten Landesbehörde für Gesundheit initiiert wurden, oder in Strukturen, die durch den Abschluss der LRV geschaffen wurden. In Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern findet die Zieleplanung im Rahmen von Strukturen statt, die vonseiten des Landes vor Bestehen der LRV initiiert wurden. Dazu gehören die Landesgesundheitskonferenz (Baden-Württemberg und Berlin), die Bündnisse Gesund aufwachsen und Gesund älter werden, der Arbeitskreis Arbeit und Gesundheit (Brandenburg) sowie das Aktionsbündnis für Gesundheit (Mecklenburg-Vorpommern).

In den übrigen Bundesländern erfolgt die Zieleplanung maßgeblich durch die Beteiligten der LRV innerhalb der im Rahmen der LRV geschaffenen Strukturen. Dazu gehören folgende Gremien, in denen Entscheidungen zur Zieleplanung getroffen werden: das Steuerungsgremium der Beteiligten der LRV (Bayern, Nordrhein-Westfalen), das Strategieforum Prävention (Hamburg, Schleswig-Holstein), das Dialogforum Prävention (Niedersachsen, Hessen), die Landespräventionskonferenz (Rheinland-Pfalz, Saarland) sowie das Steuerungsgremium P.SACHSEN (Sachsen). In den LRV von Bremen, Thüringen und Sachsen-Anhalt ist die Verantwortlichkeit für den Zieleplanungsprozess nicht eindeutig benannt. In Thüringen wurden die Gesundheitsziele entlang der verschiedenen Lebensphasen in der vom Land initiierten Landesgesundheitskonferenz entwickelt. In Sachsen-Anhalt wirkt das zur Umsetzung der LRV gegründete Landesforum Prävention bei der Planung der Gesundheitsziele mit.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland werden die in der Landespräventionskonferenz gefassten Beschlüsse zur Weiterentwicklung von landesspezifischen Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention in Form eines Eckpunktepapiers verabschiedet. Zudem werden darin die Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele und Handlungsfelder festgehalten. In Rheinland-Pfalz wurde das Eckpunktepapier 2018 erstmalig verabschiedet und im

Jahr 2021 fortgeschrieben. Im Saarland wurde das Eckpunktepapier 2019 veröffentlicht und 2021 weiterentwickelt. In Berlin wird jährlich ein Bericht über gemeinsame Aktivitäten der Partner der LRV erstellt.

3.2.2 GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

Gesundheitsförderung und Prävention als Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung sollen zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die LRV haben Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Bezugnahme auf dieses Thema: Erstens weisen alle LRV in ihrer Präambel auf die gemeinsame Bedarfsermittlung der Beteiligten basierend auf der Gesundheitsberichtserstattung des Landes und der Kommunen und den verfügbaren Informationen vonseiten weiterer Beteiligter hin. Daran anschließend übernehmen zweitens die LRV mit Ausnahme von Thüringen die Formulierung des § 20 SGB V, der zufolge bei der Planung von Maßnahmen ein besonderes Augenmerk auf die „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ gelegt werden soll. Drittens erfolgt in acht Bundesländern eine Konkretisierung der Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder mit einem Bezug zur gesundheitlichen Chancengleichheit (Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen).

Die LRV-Beteiligten geben in den Fallstudien an, dass gesundheitliche Chancengleichheit bei der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV von Bedeutung ist und in der Arbeit berücksichtigt wird. Bei der Antragsbegleitung und Förderung von Projekten, die durch die LRV-Beteiligten gefördert werden, werde der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit auf zwei Wegen sichergestellt: Zum einen ist gesundheitliche Chancengleichheit ein Förderkriterium des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes, sodass dieses Kriterium auch für Projektförderungen im Rahmen der LRV erfüllt sein muss. Zum anderen werden Antragstellende bei Beratungen dabei unterstützt, gesundheitliche Chancengleichheit in ihren Projektanträgen zu berücksichtigen. Insbesondere in der Auswahl der Zielgruppen und Lebenswelten für die Umsetzung von Maßnahmen und Projekten sehen die LRV-Beteiligten die Möglichkeit, einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten. Die gemeinsame Fokussierung gesundheitlicher Chancengleichheit in der LRV ermögliche außerdem eine weitergehende Sensibilisierung der LRV-Beteiligten und fördere den Wissenstransfer.

Die ressortübergreifende Arbeit und Vernetzung im Rahmen der LRV ermögliche den Gewinn weiterer Partner zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, die wiederum Fachwissen und Erfahrung in die Planung von Maßnahmen und Projekten einfließen lassen können. Eine wichtige Rolle spielt außerdem die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC), die in unterschiedlichen Konstellationen mit den LRV-Beteiligten zusammenarbeitet und sich mit ihrer Expertise im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit einbringt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Nennung von Handlungsbedarfen und Weiterentwicklungen der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV in der standardisierten Online-Befragung zu sehen: Die stärkere Fokussierung auf Zielgruppen mit sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung liegt auf Rang 1 der Bereiche, in denen die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV eine Weiterentwicklung erfahren hat. 77 % der Befragten sehen diese Weiterentwicklung. Lediglich 9 % sehen hier noch weiteren Handlungsbedarf. Eine stärkere Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aktivitäten sehen dagegen nur 32 % der Beteiligten als eine Weiterentwicklung in den Aktivitäten unter dem Dach der LRV. Dennoch stellt sie aus deren Sicht keinen Handlungsbedarf dar, sondern liegt mit nur 1 % der Nennungen auf dem letzten Rang der Handlungsbedarfe.

3.2.3 BEDEUTUNG DER ZIELE UND HANDLUNGSFELDER FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT

Die Beteiligten der LRV sehen die in der LRV definierten Ziele und Handlungsfelder nach wie vor als eine wirksame und nützliche Grundlage für die Zusammenarbeit an. In der standardisierten Online-Befragung geben 88 % der Befragten die Einschätzung ab, dass die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder dazu beitragen, die nationale Präventionsstrategie umzusetzen.⁹³ Auch werden sie als Grundlage für die Zusammenarbeit bzw. für die Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention auf Landes- und kommunaler Ebene genutzt (85 bzw. 83 % Zustimmung). Dass die Ziele und Handlungsfelder dazu beitragen, „insbesondere sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren“, schätzen nur 67 % der Befragten so ein. Während die Zustimmung zu

den erstgenannten Aussagen im Vergleich zur Befragung für den ersten NPK-Präventionsbericht fast unverändert blieb, schätzen die LRV-Beteiligten die Bedeutung der Ziele und Handlungsfelder für die Reduzierung sozial- und geschlechtsbezogener Ungleichheit nun deutlich geringer ein. Die Zustimmung zur entsprechenden Aussage ging um 16 Prozentpunkte zurück. Ein Grund für diese zurückhaltende Einschätzung könnte darin liegen, dass sozialbedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen in einer gemeinsamen Frage erhoben wurden. In getrennten Fragen hätte möglicherweise die Aussage zur sozial bedingten Ungleichheit mehr Zustimmung und die zur geschlechtsbezogenen noch weniger Zustimmung erfahren. Diese Interpretation liegt aus zwei Gründen nahe: Erstens zeigen die Fallstudien, dass die LRV sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen adressieren, jedoch kaum geschlechtsbezogene Ungleichheit. Zweitens zeigt sich, dass die Nichtzustimmung zu dieser Aussage vor allem aus der „teils-teils“-Antwort besteht und nur zu einem geringen Anteil aus Ablehnung.

Eine Notwendigkeit der Anpassung von Zielen und Handlungsfeldern wird mehrheitlich nicht gesehen. Nur 15 % der Beteiligten halten die Ziele und Handlungsfelder nicht mehr für passend und sehen den Bedarf einer Weiterentwicklung. Gleichzeitig geben 64 % der Beteiligten an, dass es einen Prozess zur Weiterentwicklung der Ziele und Handlungsfelder gibt, 53 % sagen, dass ein solcher Prozess mit existierenden Prozessen der Landespolitik abgestimmt ist.

⁹³ In den Ergebnisdarstellungen werden die Antworten „trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“ als Zustimmung zu der jeweiligen Aussage berichtet. Die weiteren Antwortmöglichkeiten zur Bewertung der vorgelegten Aussagen sind „teils-teils“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

3.3 GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

Mit Unterzeichnung der LRV wurden in allen Bundesländern Strukturen zur Steuerung und Koordination der Aktivitäten unter dem Dach der LRV festgelegt. In einigen Bundesländern wurde an bereits bestehende Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention angeknüpft, in anderen Bundesländern sind neue Strukturen geschaffen worden. Die Gremienstrukturen zur Steuerung und Koordination unterscheiden sich zwischen den Bundesländern deutlich. Gleichwohl gibt es

Gemeinsamkeiten, die im Folgenden vorgestellt werden (Abschnitt 3.3.1). Die Gemeinsamkeiten werden im Sinne einer idealtypischen Architektur der Gremienstruktur dargestellt, vor deren Hintergrund die Besonderheiten einzelner Bundesländer verdeutlicht werden. Hieran schließt sich die Bewertung der LRV-Gremien durch die LRV-Beteiligten an (Abschnitt 3.3.2).

3.3.1 IDEALTYPISCHE ARCHITEKTUR DER GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

Eine idealtypische Gremienstruktur zeigt Abbildung 14.

Abbildung 14: Gremienstrukturen der LRV (Modell)



Quelle: Eigene Darstellung.
Anmerkungen: AG = Arbeitsgruppe

Gremium der LRV-Beteiligten

In 14 Bundesländern wurde ein Gremium zur Steuerung und Koordination der Umsetzung der LRV eingerichtet. Typischerweise sind dort alle an der Rahmenvereinbarung Beteiligten im Sinne § 20f Abs. 1 SGB V vertreten, die im regelmäßigen Turnus zusammenkommen. In Hamburg ist die DGUV zum Zeitpunkt der Erhebung nicht im Strategieforum Prävention vertreten⁹⁴.

Die Bildung eines Gremiums ist in zwölf Bundesländern in der LRV festgelegt (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-West-

falen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). In Mecklenburg-Vorpommern haben sich die LRV-Beteiligten gegen ein offiziell eingerichtetes Gremienformat entschieden, kommen aber einmal im Jahr für einen Austausch über Aktivitäten und Kooperationsvereinbarungen unter dem Dach der LRV zusammen. In Baden-Württemberg gibt es ebenfalls kein Gremium der LRV im Sinne des in Abbildung 14 dargestellten Modells, da die bereits im Vorfeld des Präventionsgesetzes bestehenden Strukturen für die Umsetzung der LRV genutzt werden.

Die Funktion bzw. Interaktionsorientierung dieser Gremien reicht von dialogorientierten Strukturen bis hin zu Entscheidungsgremien (Böhm & Klinnert, 2019). Das Gremium gibt einen grundsätzlichen Rahmen für die Umsetzung der LRV vor, indem es unter anderem Handlungsziele und Schwerpunkte zur Umsetzung der LRV festlegt, Handlungsbedarfe identifiziert, Handlungsempfehlungen ausspricht und die Zielerreichung der LRV überprüft. Zudem können die Mitglieder der Gremien mit der Beratung und Beschlussfassung zu Fördermöglichkeiten von Maßnahmen und Projekten, der Erweiterung von Kooperationen mit Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention oder mit der Zieleplanung und Weiterentwicklung der landesweiten Präventionsstrategie betraut werden. Die Tagungsfrequenz der Gremien variiert zwischen jährlich und vierteljährlich. Die Aufgaben und Arbeitsweise der Gremien wird in acht Bundesländern in einer Geschäftsordnung geregelt (Bayern, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). In Niedersachsen haben die LRV-Beteiligten sogenannte Verfahrensgrundsätze verabschiedet.

Geschäftsstelle

Unterstützend für die Arbeit der Gremien wurde in sieben Bundesländern eine Geschäftsstelle eingerichtet (Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen). Die Geschäftsstellen sind in der Regel bei der Landesvereinigung für Gesundheit bzw. -Gesundheitsförderung (LVG) und Landeszentrale bzw. -zentrum für Gesundheit (LZG) angesiedelt. Als Schnittstelle sind sie sowohl Ansprechpersonen für die Beteiligten der LRV als auch für weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention. Auf die Rolle und Aufgabenbereiche der LVG und LZG wird in Abschnitt 3.4.2 näher eingegangen.

Arbeitsgruppen

In sieben Bundesländern sind dauerhafte Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet, in denen die LRV-Beteiligten in der Regel gemeinsam mit externen Institutionen und Expertinnen und Experten unter anderem zu bestimmten Themen arbeiten, themenspezifische Ziele der LRV formulieren und inhaltlichen Input in das Gremium der LRV-Beteiligten geben (Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Saarland). In Hessen wurden Fachforen und in Rheinland-Pfalz Landespräventionsnetzwerke eingerichtet, die ähnliche Aufgaben wie die Arbeitsgruppen wahrnehmen. Zum Zwecke der Lesbarkeit wird im Folgenden der Begriff AG

verwendet. In vier Bundesländern richtet sich der Themenzuschnitt der Arbeitsgruppen nach den prioritären Handlungsfeldern oder Zielen der LRV. In Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen bilden die Arbeitsgruppen den Rahmen für eine Institutionalisierung der Zusammenarbeit von LRV-Beteiligten und weiteren (kommunalen) Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention. Auf die Kooperation mit kommunalen Akteuren und Akteuren der Arbeitswelt wird in Abschnitt 3.6 eingegangen.

Zusätzlich zu dauerhaft eingerichteten Arbeitsgruppen nutzen die LRV-Beteiligten auch temporäre Arbeitsgruppen, die z. B. zur Vorbereitung von Veranstaltungen, zur Ausarbeitung von Strategiepapieren oder zur Betreuung bestimmter Projekte, Programme oder Initiativen eingerichtet werden. Aufgrund ihres temporären Charakters werden sie hier nicht in den Gremienstrukturen aufgeführt.

Veranstaltungsformat

Um weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in den Austausch und die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV einzubinden, haben die LRV-Beteiligten in sieben Bundesländern ein Veranstaltungsformat eingerichtet. Namentlich sind diese: Die Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung; die Präventionskonferenz (Bremen, Sachsen-Anhalt); der Pakt für Prävention (Hamburg); die Sächsische Fachkonferenz Prävention und Gesundheitsförderung; die Saarländische Präventionskonferenz und das Strategieforum Prävention (Schleswig-Holstein). Sie finden in regelmäßigen Abständen, typischerweise jährlich, statt. Zu diesen Veranstaltungen werden relevante Akteure aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eingeladen; teils ist die Teilnahme auch für die breite Öffentlichkeit möglich. Ziele der Veranstaltungen sind unter anderem die Vernetzung der Akteure aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und die Herstellung von Transparenz über die Aktivitäten und Angebote unter dem Dach der LRV. Zusätzlich werden Workshops zu einzelnen Themen (etwa entlang verschiedener Lebensphasen) durchgeführt, um gemeinsam mit Akteuren aus der Gesundheitsförderung und Prävention Ideen, Maßnahmen und Ziele zu sammeln und weiterzuentwickeln.

Zweite Ebene

In vier Bundesländern gibt es neben dem Gremium der LRV-Beteiligten eine weitere Arbeitsebene (Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen). Die Funktionen dieser zweiten Ebene sind unter anderem die inhaltliche Vor- und Nachbereitung des Gremiums der LRV-Beteiligten und die Koordination der Umsetzung von Aktivitäten. Entsprechend ihrer Funktion setzt sich die Ebene aus verschiedenen LRV-Beteiligten zusammen. Häufig werden wichtige Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sowie weitere Landesbehörden in die Arbeit unter dem Dach der LRV hinzugezogen.

In Rheinland-Pfalz hat der Landespräventionsausschuss eine Beiratsfunktion und gibt wichtige Impulse. Seine zentralen Aufgaben sind die Vorbereitung der Landespräventionskonferenz sowie die Bündelung der in den Arbeitsgruppen weiterentwickelten Zielsetzungen, Schwerpunkte und Ergebnisse. Eine ähnliche Funktion hat im Saarland die AG Landespräventionskonferenz, die als Arbeits- und Fachebene zur Vor- und Nachbereitung der Landespräventionskonferenz dient. Das Koordinierungsgremium zur Umsetzung der LRV Hamburg bereitet die Sitzungen des Strategieforums Prävention vor und nach. In Sachsen befindet sich auf der zweiten Ebene die Arbeitsgruppe Strategieumsetzung. Sie stellt das Bindeglied zwischen dem Steuerungsgremium und den Arbeitsgruppen dar und übernimmt das Monitoring über die Aktivitäten zur Umsetzung der LRV. Die zweite Ebene dient in Rheinland-Pfalz, Sachsen und im Saarland zusätzlich als Plattform für den gemeinsamen Austausch der Arbeitsgruppenleitungen.

In Sachsen und Hamburg sind diese Strukturen außerdem explizit mit der Umsetzung und Steuerung der Strategie betraut. Diese Aufgabe übernehmen in Rheinland-Pfalz und im Saarland die Steuerungsgruppen der Sozialversicherungsträger (SV-Träger), die ebenfalls auf der zweiten Ebene einzuordnen sind. Die Steuerungsgruppen der SV-Träger sind maßgeblich für die Prüfung und Koordination landesweiter Projektkonzepte für besondere Zielgruppen verantwortlich und bereiten Beschlussfassungen über gemeinsame Kooperationen im

Rahmen von Projekten vor. Hamburg stellt im Hinblick auf die Beschlussfähigkeit eine Besonderheit dar: Das Koordinierungsgremium ist beschlussfähig und entscheidet über die Förderung von Maßnahmen im Rahmen der vom Strategieforum festgelegten Strategie.

Stimmrecht

Entsprechend den in der LRV festgelegten Ziele und Handlungsfelder werden im Gremium der LRV-Beteiligten grundlegende strategische und konzeptionelle Entscheidungen zur Umsetzung der LRV getroffen. In der Regel bedarf es zur Beschlussfassung einer Abstimmung unter den LRV-Beteiligten. In acht Bundesländern haben sowohl die LRV-Beteiligten nach § 20f Abs. 1 SGB V als auch die Beigetretenen nach § 20f Abs. 2 Satz 2 SGB V im Gremium ein Stimmrecht (Berlin, Brandenburg, Hamburg⁹⁵, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen). In sechs Bundesländern hat lediglich die erstgenannte Gruppe ein Stimmrecht im Gremium (Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). Die Beigetretenen der LRV haben eine beratende Funktion ohne Stimmrecht. In Niedersachsen wurde explizit kein Stimmrecht eingeführt. Hier gilt für die Prozesse und Zusammenarbeit im Dialogforum ein Konsensprinzip unter den Beteiligten und Beigetretenen der LRV ohne formale Abstimmung. In der LRV Nordrhein-Westfalen wird hervorgehoben, dass bei finanzwirksamen Beschlüssen ausschließlich die Förderer stimmberechtigt sind. Diese Regelung findet sich für Hamburg in der Geschäftsordnung des Koordinierungsgremiums.

3.3.2 EINSCHÄTZUNGEN DER LRV-BETeilIGTEN ZU DEN GREMIEN

Vertreterinnen und Vertreter der LRV-Beteiligten beurteilen die Steuerungsgremien und deren Arbeit überwiegend positiv.⁹⁶

„In dem Gremium arbeiten alle relevanten Akteure zusammen“ – insbesondere diese Aussage findet Zustimmung, bei 93 % der Befragten „voll und ganz“ oder „eher“. Die Struktur des Gremiums – damit ist z. B. Grö-

95 Dies trifft auf das Strategieforum Prävention zu; im Koordinierungsgremium haben die Beigetretenen eine beratende Funktion ohne Stimmrecht.

96 Die hier dargestellten Einschätzungen wurden durch die standardisierte Online-Befragung eingeholt. Die Einschätzungen beziehen sich, je nach Bundesland, auf die folgenden Gremien: BW: Koordinierungsausschuss; BY, NW, SH, TH: Steuerungsgremium der LRV; SH: Steuerungsgruppe; BE: Landesgesundheitskonferenz; BB: Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung; HB: Strategieforum Prävention; HH: Koordinierungsgremium zur Umsetzung der LRV; HE, NI: Dialogforum Prävention; MV: Aktionsbündnis für Gesundheit; RP: Landespräventionskonferenz; SL: Saarländische Präventionskonferenz; ST: Landesforum Prävention.

ße und Zusammensetzung der Teilnehmenden gemeint - halten dagegen nur drei Viertel der Befragten für die Themenbearbeitung geeignet, mithin sieht ein Viertel der LRV-Beteiligten Verbesserungsbedarf bezüglich der Gremienstruktur.⁹⁷ Ähnlich die Einschätzung zur Arbeitsweise des Gremiums, also z. B. Anzahl der Sitzungen, Etablierung von Untergremien oder Abstimmungsmodalitäten: 71 % halten diese für die Themenbearbeitung geeignet, 29 % dagegen stimmen der entsprechenden Aussage nicht uneingeschränkt zu oder lehnen sie ab.

Eine Mehrheit der Befragten sieht einen Beitrag des Gremiums für die Etablierung nachhaltiger Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (80 %), für die Stärkung politikfelderübergreifender Zusammenarbeit (77 %) und für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit (67 %). Die Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sehen 81 % durch das Gremium verbessert.

Die Einschätzung der Befragten legt nahe, dass den Gremien die Themenwahl nicht immer gelingt: Nur 66 % lehnen die Aussage ab, das Gremium nehme sich Themen vor, die es nicht wirklich beeinflussen kann. Auch Partikularinteressen spielen offenbar eine gewisse Rolle für die Arbeit der Gremien: Nur 62 % stimmen der Aussage zu, dass das Gremium nicht durch Partikularinteressen bestimmt sei.

Die Gremien beschäftigen sich mit der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen: 81 % der Befragten stimmen der Aussage zu, diese sei ein besonderer Fokus des Gremiums. Im Vergleich dazu spielt die geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen eine geringe Rolle in der Arbeit der Gremien: Nur 29 % sehen darin einen besonderen Fokus des Gremiums.

Viele der Fragen, deren Antworten hier dargestellt werden, wurden bereits 2018 im Zuge der Erhebung zum ersten Bericht der NPK gestellt, sodass ein Zeitvergleich der Einschätzungen möglich ist. Die Steuerungsgremien und deren Arbeit werden weitgehend so eingeschätzt wie vor vier Jahren. Verändert hat sich die Einschätzung, dass sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ein besonderer Fokus des Gremiums sei: Die Zustimmung zu dieser Aussage ging um etwa 6 Prozentpunkte zurück. Die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit als Fokus des Gremiums wird deutlich weniger gesehen als

zum ersten Erhebungszeitpunkt - hier zeigt sich ein Zustimmungsrückgang um etwa 12 Prozentpunkte. Weniger Zustimmung als vor vier Jahren findet die Aussage, das Gremium stärke die sektorenübergreifende Zusammenarbeit; hier nahm die Zustimmung um 15 Prozentpunkte auf etwa 66 % ab.

Ein größerer Anteil der Befragten gibt 2022 an, dass durch das Gremium die Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werde: Die Zustimmung nahm um etwa 6 Prozentpunkte zu.

⁹⁷ Wer nicht „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ geantwortet hat, hat eine der folgenden Antwortmöglichkeiten gewählt: „teils-teils“, „trifft eher nicht zu“, „trifft gar nicht zu“.

3.4 ZUSTÄNDIGKEITEN UND SCHNITTSTELLEN

Im Folgenden werden die verschiedenen Zuständigkeiten und Schnittstellen in der „gelebten Zusammenarbeit“ der LRV-Beteiligten und weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Formale Zuständigkeiten ergeben sich aus dem Inhalt der LRV und wurden bereits im ersten NPK-Bericht dargestellt.

3.4.1 ENGAGEMENT DER PARTNER (SV-TRÄGER UND LAND)

Alle Partner der LRV bringen sich, der empirischen Untersuchung zu den LRV zufolge, mit ihrer Expertise in die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV ein. Zudem arbeiten alle Partner in den Steuerungsgremien der LRV mit, insbesondere im Gremium aller LRV-Beteiligten (vgl. Abbildung 14). In der Förderung von Projekten und Programmen unter dem Dach der LRV sind insbesondere die Krankenkassen engagiert. Die Fallstudien mit ihren jeweiligen Schwerpunktthemen legen nahe, dass typischerweise die sechs Kassensysteme an der Förderung beteiligt sind und hierbei den Großteil der Förderung leisten. Von diesem typischen Modell gibt es allerdings Abweichungen, zudem wurde in der empirischen Untersuchung die Förderung nicht systematisch und vollständig erhoben. Das Land ist den Fallstudien zufolge seltener als die Krankenkassen, aber dennoch regelmäßig, an Förderungen beteiligt. Häufig finden die Partner hier ein Finanzierungsmodell, das den Rahmenbedingungen und Haushaltsvorschriften sowohl der Krankenkassen als auch des Landes gerecht wird. Die Träger der Unfallversicherung sind im Vergleich zu Krankenkassen und Land relativ selten an Projektförderungen beteiligt, gleichwohl sind in den Fallstudien einige Beispiele besprochen worden. Dies ist zum einen vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich die LRV mit ihren Projekten meist in nichtbetrieblichen Lebenswelten engagieren (insbesondere Kommunen, Schulen, Kindertageseinrichtungen), für die die Träger der Unfallversicherung nur bedingt zuständig sind. Zum anderen unterstützen die Unfallversicherungsträger in der Regel mit ihren Präventionsleistungen (z. B. Beratung und Qualifizierung) und nur bedingt mit finanziellen Mitteln in den für sie zuständigen Lebenswelten.⁹⁸

Den Trägern der Rentenversicherung gelingt es wegen ihrer gesetzlichen Rahmenbedingungen offenbar nicht, sich an Förderungen zu beteiligen, allerdings finden sich

Beispiele, in denen sich die Träger der Rentenversicherung durch Sachleistungen oder die Bereitstellung von Räumlichkeiten einbringen.

Insbesondere die Krankenkassen und das Land übernehmen den Vorsitz bzw. die Federführung in Gremien der LRV. Einige Bundesländer sehen explizit einen Wechsel des Vorsitzes zwischen Krankenkassen und Land vor. Auch für die Arbeitsgruppen gilt, dass diese häufig von einer Krankenkassenvertretung oder einer Vertretung des Landes moderiert oder geleitet werden. In Hessen und Sachsen übernimmt auch die DGUV eine koordinierende bzw. moderierende Rolle innerhalb der Gremienstruktur.

In einigen Ländern beziehen die zuständigen Ministerien weitere Ministerien für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV ein und tragen so zu einem „Health in All Policies“-Ansatz bei. Eine besondere Rolle des Landes kann auch in der Verstärkung von Projekten und Programmen liegen. Dies war in zwei Fallstudien bzw. in den dort thematisierten Projekten der Fall bzw. gab es die Absicht des Landes, ein Modellprojekt in eine regelhafte Finanzierung zu überführen.

3.4.2 ZUSAMMENARBEIT MIT LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT (LVG), LANDESZENTRALE/LANDESZENTRUM FÜR GESUNDHEIT (LZG) UND KOORDINIERUNGSSTELLE GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (KGC)

In 12 Bundesländern gibt es Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung), in Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen Landeszentralen bzw. ein Landeszentrum für Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV kann für Baden-Württemberg die Stiftung für gesundheitliche Prävention aufgeführt werden (BVPG, 2021). Bei den Landesvereinigungen und Landeszentren sind die KGC angesiedelt. In Baden-Württemberg ist die KGC seit 2022 an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration angegliedert.

In sieben Bundesländern wurden Geschäftsstellen der LRV eingerichtet. Sie unterstützen die LRV-Beteiligten bei der Umsetzung der LRV insbesondere in administrativen und organisatorischen Bereichen und sind für die Vernetzung mit anderen Akteuren zuständig. Diese werden im Auftrag der LRV-Beteiligten von der KGC geführt, die

⁹⁸ Die GUV ist die einzige Sozialversicherung, die nur durch Beiträge der Arbeitgebenden finanziert ist.

in einer LVG oder LZG angesiedelt ist (Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Thüringen, Schleswig-Holstein, Sachsen). Die Gemeinsame Stelle der GKV in Hessen ist bei der jeweiligen GKV-Federführung angegliedert. Aufgaben der Geschäftsstellen sind die Vor- und Nachbereitung von Gremiumssitzungen (Einladungen verschicken, Organisation der Sitzungen, Protokollierung), die Koordinierung und Bearbeitung von Anträgen sowie die Dokumentation von Entscheidungen.

In vielen Bundesländern arbeiten die LVG und LZG sowie die KGC eng mit den LRV-Beteiligten zusammen. Neben ihrer Funktion als Geschäftsstelle fördern sie sowohl den fachlichen Austausch unter den Akteuren als auch die Kooperation und Vernetzung unter ihnen. Ihre Aufgaben können dabei sehr vielfältig sein und reichen von der Unterstützung und Beteiligung an Gremiumssitzungen in beratender Funktion bis hin zur Rolle als Antragsstelle, bei der Projektkonzepte oder Förderanträge eingereicht und beraten werden können. In einigen Ländern werden LVG, LZG und KGC auch mit der Entwicklung und/oder Beratung bei der Umsetzung von Projekten und Programmen beauftragt.

In Bremen, Hamburg, Niedersachsen⁹⁹, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen sind die KGC, LVG bzw. LZG Gast des LRV-Gremiums in beratender Funktion. Auf diese Weise können sie mit ihrer Fachexpertise in der Gesundheitsförderung und Prävention und ihren Erfahrungen in der Projektarbeit wichtige Impulse, Handlungsempfehlungen und Ergebnisse in das LRV-Gremium einbringen. In einigen Ländern sind sie auch in themenspezifischen Arbeitsgemeinschaften zur Umsetzung der LRV eingebunden. Im Saarland ist die KGC mit der Koordination der Zusammenarbeit in der AG Landespräventionskonferenz betraut und der Verein für Prävention und Gesundheit im Saarland (PuGiS e. V.) mit der Organisation der Landespräventionskonferenz.

In Rheinland-Pfalz sind die LZG und die KGC in allen Arbeitsgruppen (Landespräventionsnetzwerken) vertreten. Im Netzwerk Kommunale Gesundheitsförderung in der Rolle der Moderation. Die LZG in Rheinland-Pfalz ist im Landespräventionsausschuss, dem Gremium, das die Landespräventionskonferenz vorbereitet, vertreten.

In fünf Bundesländern gibt es eine Anlaufstelle zur Einreichung von Anträgen für Projekte und Programme, die im Rahmen der LRV gefördert werden sollen. Diese werden in Bayern, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen von der KGC und in Sachsen von der LVG geführt. In Hamburg wurde für die Bearbeitung von Anträgen zwischen der Geschäftsstelle LRV und dem Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit die AG Projektförderung eingerichtet. Dort berät das Programmbüro zu Förderanträgen und prüft deren Förderfähigkeit. In Hessen ist die Gemeinsame Stelle der GKV für die Erstberatung zu konkreten Maßnahmen- bzw. Projektanträgen zuständig. Als Antragsstelle für Förderanträge übernehmen diese Institutionen die Beratung und Begleitung bis hin zur Prüfung der Förderfähigkeit der Anträge.

In Baden-Württemberg ist in der LRV und im Landesgesundheitsgesetz geregelt, dass die Geschäftsstelle des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention, die beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration angesiedelt ist, die Umsetzung der LRV begleitet.¹⁰⁰ Zudem wurde mit der Einbindung der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg eine zentrale Anlaufstelle für Antragstellende geschaffen (§ 5 der LRV). Die Stiftung wurde mit der Umsetzung des Förderverfahrens beauftragt und ist im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg verortet. Zur Umsetzung und Abstimmung mit den Beteiligten wurde hierfür eine gesonderte Vereinbarung geschlossen, in der die Gründung eines Koordinierungsausschusses geregelt wurde. Die Geschäftsstelle des Koordinierungsausschusses ist bei der Stiftung angesiedelt mit dem Ziel der Förderung trägerübergreifender Projekte im Rahmen der Umsetzung der LRV. In Brandenburg wurde die KGC von den LRV-Beteiligten mit der Umsetzung des Veranstaltungsformats sowie der Fachtagungen beauftragt.

3.4.3 KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

Für die Koordinierung von Leistungen können zwischen den jeweils beteiligten Partnern und Beigetretenen der LRV Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen werden (§ 20f Abs. 2 SGB V). Diese können sich auf einzelne Maßnahmen bzw. Projekte beziehen oder Grundsätze zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten beinhalten. In der LRV ist vorgesehen, dass an den Kooperati-

99 In Niedersachsen ist die Hinzuziehung der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG & AfS) in beratender Funktion in der LRV festgehalten.

100 Im Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention sind auch zahlreiche weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention vertreten.

onsvereinbarungen mindestens eine Krankenkasse und/oder ein Landesverband und/oder ein Träger der Rentenversicherung (RV) und/oder ein Träger der Unfallversicherung (UV) sowie mindestens ein/e Verantwortliche/-r für die Lebenswelt, in der die Aktivität durchgeführt wird, zu beteiligen ist.

Die folgenden Ergebnisse zur Beteiligung an Kooperationsvereinbarungen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass durch den Befragungskontext LRV nur solche Kooperationsvereinbarungen angegeben wurden, die unter dem Dach der LRV geschlossen wurden. Es ist davon auszugehen, dass die LRV-Beteiligten - außerhalb ihrer LRV-Beteiligung - weit mehr Kooperationen pflegen und auch formal durch Kooperationsvereinbarungen regeln.

Laut Online-Befragung sind 60 % der LRV-Beteiligten an solchen Kooperationsvereinbarungen beteiligt.¹⁰¹ Das bedeutet auch: 40 % der LRV-Beteiligten sind an gar keiner Kooperationsvereinbarung unter dem Dach der LRV beteiligt. Unter den Partnern der LRV sind die Krankenkassen am häufigsten beteiligt: 75 % der Befragten geben stellvertretend für ihre Krankenkasse/ihren Krankenkassenverband an, dass diese an mindestens einer Kooperationsvereinbarung beteiligt sind. Die Länder sind zu 54 %, die SPV zu 53 % an mindestens einer Kooperationsvereinbarung beteiligt. Die Befragten der Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsträger geben zu 40 bzw. 39 % an, dass ihre Organisation an einer oder mehreren Kooperationsvereinbarungen beteiligt ist.

Unter den Beigetretenen ist es die Bundesagentur für Arbeit, die mit 88 % am häufigsten an Kooperationsvereinbarungen beteiligt ist. Keine Vertreterin bzw. kein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände gibt an, dass sie oder er an einer solchen Vereinbarung beteiligt sind. 44 % der Arbeitsschutzbehörden geben eine Beteiligung an.

Im Schnitt sind die Beteiligten an 6,6 Kooperationsvereinbarungen beteiligt.¹⁰² Unter den Partnern der LRV haben die Krankenkassen mit Abstand die meisten Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen: Durchschnittlich 9,7. Unfallversicherungs- und soziale Pflegeversicherungsträger (SPV) sowie die Länder haben im Schnitt 4,1, 3,8 bzw. 3,9 Vereinbarungen. Die Rentenversicherungsträger haben im Schnitt nur 1,3 Vereinbarungen abgeschlossen.

Unter den Beigetretenen sind die Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit an 7,5 Kooperationsvereinbarungen beteiligt, die Arbeitsschutzbehörden geben im Schnitt 2,5 Kooperationsvereinbarungen an.

Seit der ersten Erhebung 2018 ist die durchschnittliche Anzahl der Kooperationsvereinbarungen pro Beteiligtem deutlich angestiegen: von 3,6 auf 6,6. Der Anstieg vollzog sich bei allen Beteiligten mit Ausnahme der RV-Träger, die 2018 noch 2,0 Vereinbarungen angegeben hatten. Insbesondere bei Krankenkassen, UV-Trägern und den Ländern ist ein starker Anstieg festzustellen.

101 Fragewortlaut: „Die Koordinierung von Leistungen kann in Kooperationsvereinbarungen geregelt werden. Diese können sich auf einzelne Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention oder auch Grundsätze zur Vorgehensweise beziehen. Ist Ihre Organisation an solchen Kooperationsvereinbarungen beteiligt?“

102 Fragewortlaut: An wie vielen Kooperationsvereinbarungen ist Ihre Organisation beteiligt?

3.5 AKTIVITÄTEN UNTER DEM DACH DER LRV

Zur Umsetzung der LRV sind die LRV-Beteiligten an verschiedenen Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinschaftlich im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten beteiligt. Dazu gehört die (gemeinsame) Förderung von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Im folgenden Abschnitt wird auf die verschiedenen Aktivitäten unter dem Dach der LRV eingegangen.

3.5.1 GEMEINSAME FÖRDERUNG VON AKTIVITÄTEN (PROJEKTEN UND PROGRAMMEN)

Unter dem Dach der LRV werden in vielen Bundesländern Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte und/oder vulnerable Zielgruppen gefördert.

Die LRV-Beteiligten fördern diese mit Mitteln in verschiedenen Konstellationen. Soweit aus den Fallstudien bekannt, gehören zu den typischen Konstellationen: eine Förderung durch die sechs Kassenarten; eine Förderung durch die sechs Kassenarten sowie das Land und - seltener - eine Förderung durch die sechs Kassenarten sowie einen UV-Träger, mit oder ohne Länderbeteiligung. Möglich ist auch eine Förderung durch eine Teilmenge der sechs Kassensysteme mit oder ohne Länder- und UV-Träger-Beteiligung. In den durch die Fallstudien untersuchten Beispielen gab es kein Projekt mit Beteiligung der RV-Träger. Diese scheinen sich jedoch in einzelnen Fällen mit Sachfinanzierung und dem Stellen von Räumen in kleinerem Umfang einzubringen. Die Beteiligung an der Förderung entscheiden die LRV-Beteiligten in jedem Einzelfall, es gibt kein a priori festgelegtes gemeinsames Budget. In Bayern ist in einer Finanzierungsvereinbarung eine Mindestbeteiligung aller Förderer eines gemeinsamen LRV-Projekts in Höhe von 5 % der gesamten Projektkosten festgelegt.

Entschließen sich Beteiligte der LRV zur Förderung eines Antrags, schließen sie eine Kooperationsvereinbarung ab. Voraussetzung dafür ist, dass mindestens eine Krankenkasse und/oder ein Landesverband und/oder ein Träger der Rentenversicherung und/oder ein Träger der Unfallversicherung sowie mindestens ein/e Verantwortliche/-r für die Lebenswelt, in der die Maßnahme oder das Projekt durchgeführt werden, beteiligt sind. Zudem werden Projektanträge, die als LRV-Projekt eingereicht werden, im Gremium der LRV mit den LRV-Beteiligten überprüft und bewertet (im Saarland: Steuerungsgruppe der SV-Träger). Die Aufgabe übernehmen entweder

die Geschäftsstellen der LRV oder die KGC. In einigen Bundesländern sind auch bereits Projekte aus dem LRV-Gremium im Rahmen einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit und der Erstellung von Projektskizzen heraus entstanden und gemeinschaftlich umgesetzt worden. Im Saarland und Berlin gibt es zudem Projekte, die bereits vor der LRV bestanden, unter das Dach der LRV genommen wurden und nun unter trägerübergreifender Förderung fortgeführt und weiterentwickelt wurden.

Antragsverfahren zur Förderung von LRV-Projekten

Typischerweise werden Antragstellende oder an einer Antragstellung Interessierte durch die LRV im gesamten Prozess der Antragstellung begleitet, der unter Umständen mit einer vagen Idee für ein Projekt beginnt und mit der formalen Einreichung des Antrags endet. Um Anträge entgegenzunehmen und Antragstellende zu begleiten, haben sechs Bundesländer eine entsprechende Stelle eingerichtet. In Bayern, Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein können Anträge bei der für die LRV zuständigen Geschäftsstelle eingereicht werden. Sie sind die erste Anlaufstelle und begleiten die Antragstellende von der Erstberatung bis zum ausformulierten Förderantrag. Sie prüfen außerdem die Förderfähigkeit der eingereichten Anträge und leiten die Anträge an die LRV-Beteiligten zur Abstimmung weiter.

Typischerweise übernimmt die Antragsstelle folgende Aufgaben:

- Beratung von Antragstellenden zur Umsetzung von LRV-Projekten
- Bereitstellung von Informationen zu Antrags- und Förderkriterien sowie zum Antragsverfahren
- Entgegennahme und Vorbegutachtung von Anträgen
- Prüfen der Anträge auf Fördermöglichkeiten
- Weiterleitung von Anträgen an die LRV-Beteiligten und Vorstellung im Gremium
- Unterstützung der LRV-Beteiligten bei Förderentscheidungen
- Steuerung und Kontrolle des Antragsverfahrens bei Bewilligung

In Nordrhein-Westfalen werden Anträge bei der Prüfstelle der KGC eingereicht und anschließend in das Gremium der jeweiligen thematisch passenden AG weitergeleitet. In Baden-Württemberg bietet die LRV unterschiedliche Möglichkeiten, um Projektanträge zu stellen (gemäß § 4 und § 5 LRV). Werden Anträge gemäß § 5 LRV bei der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg eingereicht, entscheiden die stimmberechtigten Mitglieder (Land und GKV) des Koordinierungsausschusses

über die Förderung. Die beratenden Mitglieder des Koordinierungsausschusses haben jederzeit die Möglichkeit, sich an der Finanzierung der Projekte zu beteiligen, um somit trägerübergreifende Projekte zu initiieren. Wird ein LRV-Projekt von der GKV (mit)gefördert, so muss es die Kriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband, 2022) erfüllen. Zusätzlich werden die „Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit berücksichtigt. Die Antragsstellen in Bayern¹⁰³, Hamburg¹⁰⁴, Nordrhein-Westfalen¹⁰⁵ und Sachsen¹⁰⁶ informieren über die Webseiten der jeweiligen LVG und LZG zum Prozess der Antragstellung, weisen ggf. auf die Förderkriterien hin und stellen Dokumente zum Antragsverfahren zur Verfügung. In Schleswig-Holstein¹⁰⁷ wird auf der Webseite der LVG auf die Antragsstelle verwiesen.

In zehn Bundesländern wurde keine Antragsstelle zur Förderung von Projekten unter dem Dach der LRV eingerichtet (Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz, Bremen, Brandenburg, Berlin, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Niedersachsen, Saarland). Eine Erstberatung für Projektanträge findet beim Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit statt, die Antragstellende über die Fördermöglichkeiten im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit informieren. Die Programmbüros arbeiten eng mit den LRV-Beteiligten zusammen und sind in die LRV-Strukturen miteingebunden. In Gremiumssitzungen informieren sie die LRV-Beteiligten über eingereichte Anträge und sprechen Empfehlungen aus. So können Projektanträge über die GKV in die LRV getragen und es kann gemeinsam mit den LRV-Beteiligten über trägerübergreifende Fördermöglichkeiten entschieden werden. In Hessen¹⁰⁸ können Anträge bei der Gemeinsamen Stelle der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention eingereicht werden.

3.5.2 WEITERE AKTIVITÄTEN

Neben der Förderung von Projekten und Programmen gehört zu den Aktivitäten der LRV die Vernetzung von Institutionen, kommunalen Akteuren und Organisationen. Für die Vernetzung spielen die Arbeitsgruppen eine besondere Rolle, da diese häufig Akteure einbeziehen, die nicht zu den LRV-Beteiligten gehören. Auch die ver-

schiedenen Veranstaltungsformate der LRV tragen zur Vernetzung relevanter Akteure im Land bei. Zudem werden in einigen Bundesländern zu bestimmten Themen ausgewählte Gäste zu einzelnen Gremiumssitzungen eingeladen. Die Vernetzung fördern, so die interviewten LRV-Beteiligten, sowohl die Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention als auch die Transparenz über die Aktivitäten unter dem Dach der LRV.

Zu den Aktivitäten der LRV gehört weiterhin die Entwicklung landesspezifischer Strategien und Ziele. Im Saarland und in Rheinland-Pfalz werden gemeinsame Präventionsziele entwickelt sowie die strategische Ausrichtung festgelegt und im Rahmen eines Eckpunktepapiers veröffentlicht. In Hamburg werden gemeinsame Schwerpunkte im Strategieforum Prävention entschieden.

103 www.lzg-bayern.de/taetigkeitsfelder/geschaeftsstelle-landesrahmenvereinbarung-praevention-bayern/antragstellung

104 www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheits-in-der-stadt/landesrahmenvereinbarung-umsetzung-des-praeventionsgesetzes

105 www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/index.html

106 www.p-sachsen.de/p-sachsen-unterstuetzt-sie/antragsverfahren/

107 www.lvgfsh.de/chancengleichheit/

108 www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir-in-den-laendern/hessen/gemeinsame-stelle-der-gkv/

3.6 KOOPERATION MIT KOMMUNALEN AKTEUREN UND AKTEUREN DER ARBEITSWELT

In den LRV ist die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten mit dem ÖGD und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe geregelt. Weiterhin wird in § 20f Abs. 2 Nr. 5 SGB V die Zusammenarbeit mit weiteren relevanten Einrichtungen und Organisationen gefordert. Hierbei spielen neben der Zusammenarbeit mit den Landkreisen und kreisfreien Städten auch Akteure der Arbeitswelt eine wichtige Rolle. In diesem Kapitel werden die verschiedenen Strukturen der Kooperation mit kommunalen und arbeitsweltbezogenen Akteuren vorgestellt.

3.6.1 KOOPERATION MIT KOMMUNALEN AKTEUREN

Die Kooperation unter dem Dach der LRV mit kommunalen Akteuren findet zum einen dadurch statt, dass einzelne Kommunen bzw. kommunale Akteure wie das Gesundheitsamt, Projekte durchführen, die durch die Beteiligten der LRV gefördert werden und die auf einem Projektantrag bei der LRV beruhen. Die Zusammenarbeit zwischen den LRV-Beteiligten und der Kommune gestaltet sich dann wie die zwischen Fördermittelgebende und Projektnehmende. Die Beteiligten der LRV lassen sich in regelmäßigen Abständen berichten und beraten unter Umständen hierbei auch inhaltlich. Die Kommune als Projektnehmer setzt die Fördermittel ein, um das durch den Projektantrag definierte Projekt umzusetzen. In einem der durch die Fallstudien untersuchten Fälle war die Förderung so angelegt, dass nach drei Jahren das Projekt durch Ehrenamtliche verstetigt werden soll. Eine wichtige Funktion der Kommune in diesem Zusammenhang ist, dass sie als kommunales Dach-Setting weitere Akteure wie Vereine, Schulen und Kindertageseinrichtungen für das Projekt mobilisiert.

Ein anderes Modell der Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten mit Kommunen besteht dort, wo die LRV ein kommunales Gesundheitsförderungsprogramm umsetzt bzw. umsetzen lässt, für das sie Kommunen als Kooperationspartner/-innen braucht. In Niedersachsen werden z. B. gezielt Kommunen zur Teilnahme an einem solchen Programm angesprochen. Auch im Saarland hat die LRV ein Projekt unter ihr Dach genommen, in dessen Rahmen sie mit saarländischen Kommunen zusammenarbeitet.

Eine Zusammenarbeit mit den kommunalen Gesundheitsämtern im Rahmen eines LRV-Projekts schließt in Bremen die Nutzung von Daten der Schuleingangsuntersuchung ein. Hier ist der kommunale Akteur demnach ein Kooperationspartner im Projekt, der insbesondere bei der initialen Bedarfsanalyse eine Rolle gespielt hat. Die Koordination des Projekts erfolgt durch das Gesundheitsamt Bremen und die LVG.

Neben der Zusammenarbeit anhand konkreter Projekte nutzen die LRV-Beteiligten verschiedene Möglichkeiten, die Kommunen und kommunalen Akteure in ihre Gremienstrukturen einzubinden. Hamburg und Bremen binden in das Gremium der LRV-Beteiligten Vertretungen der Gesundheitsämter ein, die dort eine beratende Funktion haben. In Rheinland-Pfalz ist der ÖGD Mitglied im Landespräventionsausschuss. Eine weitere Plattform für die Zusammenarbeit sind die unter dem Dach der LRV errichteten Arbeitsgruppen. In Rheinland-Pfalz gibt es ein spezielles Landespräventionsnetzwerk Kommunale Gesundheitsförderung, das die Aktivitäten in der Lebenswelt Kommune koordiniert und steuert. Eine ähnliche Zusammenarbeit findet in Sachsen in der AG Kommune (Dach-Setting) statt. Zudem ist in Sachsen eine kommunale Vertretung ständiges Mitglied in der AG Strategieumsetzung der LRV.

Der Beitritt der kommunalen Spitzenverbände wird von den LRV-Beteiligten als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit mit den Kommunen gesehen und umgekehrt, wo diese nicht Beteiligte der LRV geworden sind, ihr Fehlen bedauert.

In der standardisierten Online-Befragung drücken die befragten LRV-Beteiligten ihren Wunsch nach mehr Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren in den Handlungsbedarfen aus: Auf Rang 3 liegt der Bedarf nach einer stärkeren Einbeziehung der öffentlichen Hand (z. B. kommunale Verwaltungen, öffentlicher Gesundheitsdienst, örtliche öffentliche Jugendhilfe, Ministerien), 31 % der LRV-Beteiligten sehen dies als einen der fünf wichtigsten Handlungsbedarfe. Nach Kooperationen auf Grundlage der LRV gefragt, stimmen nur 35 % der Aussage zu, dass auf Grundlage der LRV die eigene Organisation verstärkt mit dem ÖGD zusammenarbeitet. Nur 21 % äußern die Einschätzung, dass ihre Organisation auf Grundlage der LRV verstärkt mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe zusammenarbeite. Gleichzeitig sehen 61 % eine Weiterentwicklung bei der Einbeziehung der öffentlichen Hand seit 2017. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass es den LRV zwar zunehmend

besser gelingt, mit kommunalen Akteuren zusammenzuarbeiten, gleichzeitig aber eine weitere Ausweitung der Zusammenarbeit als notwendig erachtet wird.

3.6.2 KOOPERATION MIT AKTEUREN DER ARBEITSWELT

Zur Kooperation mit Akteuren der Arbeitswelt geben die LRV-Beteiligten in der standardisierten Online-Befragung folgende Einschätzungen ab. 67 % sind der Auffassung, dass die Regelungen in der LRV eine abgestimmte Vorgehensweise in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention fördern. Die Regelungen in der LRV fördern die Zusammenarbeit der SV-Träger bei der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention: Dem stimmen 65 % zu. Weniger Zustimmung erfahren die Aussagen „Die Regelungen in der LRV fördern die Zusammenarbeit mit Arbeitsweltakteuren“ (57 %) und „Die Regelungen in der LRV fördern die gemeinsame überbetriebliche Information und Beratung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken“ (59 %).

Als Zugangsweg zu Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) eignen sich die regionalen BGF-Koordinierungsstellen. Die BGF-Koordinierungsstellen sensibilisieren durch die Zusammenarbeit mit Unternehmensverbänden zum Thema BGF und beraten mit verschiedenen Formaten und Methoden kleine und mittelständische Unternehmen über die Notwendigkeit von BGF. In Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen findet sich in den LRV ein Verweis auf die regionalen BGF-Koordinierungsstellen und deren Einbindung in die LRV. In vielen Bundesländern werden Akteure der Arbeitswelt (z. B. Industrie- und Handelskammern, Arbeitgeberverbände, Interessenvertretungen der Krankenhäuser und Pflege) für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in die Gremienstrukturen bzw. Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV eingebunden. Ausführungen zu der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen sind dem Abschnitt 2.1.1.2 zu entnehmen.

Um ein Beispiel für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV mit Arbeitsweltakteuren anzuführen, wurde für die Fallstudie zur LRV Sachsen deren AG Betrieb als Thema ausgewählt. Diese ist eine von fünf Arbeitsgruppen, in denen die Beteiligten zusammenarbeiten. Die AG Betrieb wird von der DGUV und einer Krankenkasse geleitet und ist im Organigramm der LRV unmittelbar an-

grenzend an die BGF-Koordinierungsstelle positioniert. Sie wird im Internetauftritt des Steuerungsgremiums P.SACHSEN dargestellt.¹⁰⁹

Gegründet wurde die AG durch das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, das zunächst die SV-Träger einbezogen hat, woraufhin in der Folge weitere Akteure dazukamen, darunter die Bundesagentur für Arbeit, die Industrie- und Handelskammer und die Betriebsärztinnen und -ärzte. Die Mitglieder der AG setzen sich gemeinsam dafür ein, insbesondere kleine und mittlere Betriebe über das Thema Gesundheit im Betrieb zu informieren, Unterstützungsangebote vorzustellen und abgestimmt miteinander zu arbeiten. Die AG führt Informationsveranstaltungen mit der Zielgruppe Betriebe und Unternehmen durch (und strebt zwei pro Jahr an). Um eine Basis für eine gute Zusammenarbeit zu bieten, hat sie ein Poster („Gesundheit im Betrieb - starke Partner für gesunde Arbeit“) und eine gleichnamige Broschüre entwickelt, die über die einzelnen Institutionen und ihr Leistungsspektrum sowie über die jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner informiert (Informationsstelle Gesundheit in der Arbeitswelt für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) in Sachsen, 2020).

109 www.p-sachsen.de/wie-p-sachsen-agierte/lebenswelt-betrieb/

3.7 ERFOLGSFAKTOREN UND HANDLUNGSBEDARFE

Im Rahmen der empirischen Erhebungen wurden die LRV-Beteiligten nach den förderlichen und hemmenden Faktoren der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV gefragt. Im Folgenden werden die Erfolgsfaktoren für eine gelungene Zusammenarbeit der Akteure unter dem Dach der LRV sowie Handlungsbedarfe im Hinblick auf die Zusammenarbeit zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt.

3.7.1 ERFOLGSFAKTOREN

Der Erfolg der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV kann durch die Vereinbarung allein nicht gewährleistet werden, sondern ist von verschiedenen Bedingungen abhängig. Darüber geben die Fallstudien Auskunft. Eine große Rolle spielen sogenannte weiche Faktoren, darunter bestimmte Haltungen und Kompetenzen aufseiten der beteiligten Personen, die in Vertretung ihrer jeweiligen Institutionen in den Steuerungsgremien der LRV arbeiten.

Allen voran ist es das gegenseitige Verständnis der Beteiligten für die gesetzliche Grundlage, den Auftrag und den Handlungsrahmen der jeweils anderen Sozialversicherungsträger und des Landes. Aus den Fallstudien wird deutlich, dass eine gelingende Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV von allen Beteiligten verlangt, die Unterschiedlichkeit der Institutionen wahrzunehmen und zu akzeptieren und die Rahmenbedingungen, insbesondere die gesetzliche Grundlage, aller Beteiligten zu kennen. Das folgende Zitat kann stellvertretend für eine Reihe ähnlicher Ausführungen der befragten LRV-Beteiligten stehen: „Und was ganz wichtig ist, wo man immer wieder dran arbeiten muss, dass jeder beteiligte Träger die Rahmenbedingungen aller anderen Träger kennt.“ Die Beteiligten müssen neugierig aufeinander sein und Fragen stellen.

Gegenseitiges Verständnis ist insbesondere im Kontext der Förderung von Programmen und Projekten unter dem Dach der LRV von Bedeutung. In der Regel bringt nur ein Teil der LRV-Beteiligten die Förderung für Projekte auf. In den Fallstudien, in denen ein trägerübergreifendes Projekt einen Themenschwerpunkt darstellte, waren dies fast immer die Krankenkassen, häufig unter Beteiligung des Landes, seltener die GUV. Hier gilt es, Verständnis dafür aufzubringen, dass sich SV-Träger und das Land nur entsprechend ihrer gesetzlichen Grundlage an der Förderung beteiligen dürfen, nicht aber man-

gelnder Wille der Beteiligten der Grund für die fehlende finanzielle Beteiligung an Förderungen ist. Dieses Verständnis wächst durch die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV; es finden sich auch aktive Bemühungen, dieses Verständnis füreinander aufzubringen, indem sich LRV-Beteiligte im Rahmen von Workshops und Steckbriefen die jeweilige gesetzliche Grundlage und den Handlungsrahmen gegenseitig nahebringen. Das gegenseitige Verständnis ändert im Kontext der Projektförderung natürlich nichts daran, dass eine Förderung durch alle LRV-Beteiligten aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten nicht zustande kommt, es schützt aber vor zeitraubenden Diskussionen und Spannungen, die die Zusammenarbeit insgesamt unter dem Dach der LRV belasten könnten.

Neben dem gemeinsamen Verständnis hinsichtlich Sprache und Begrifflichkeiten wird von den LRV-Beteiligten eine bestimmte Qualität der Beziehung zwischen den Beteiligten genannt, die zum Gelingen der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV notwendig ist. Folgendes Zitat steht stellvertretend für viele ähnliche Ausführungen: „Es steht und fällt mit der Beziehungsebene der Akteure untereinander, die ganz viel möglich macht, was formal zwischen den Institutionen nicht denkbar wäre.“ Im Einzelnen häufig genannt werden Augenhöhe, ein kooperatives und wertschätzendes Miteinander, Transparenz, Vernetzung und regelmäßiger Austausch sowie gegenseitige Rücksichtnahme und der Verzicht auf Durchsetzung der eigenen Interessen. Insbesondere in kleineren Bundesländern werden häufig die kurzen Wege, die gegenseitige Bekanntheit und die Niedrigschwelligkeit der Kontaktaufnahmemöglichkeiten genannt. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist den LRV-Beteiligten zufolge das Vorhandensein engagierter Einzelpersonen, die ein Vorhaben oder die Zusammenarbeit im Allgemeinen vorantreiben und die Fäden in der Hand halten.

Die Geschäftsstelle der LRV, in der Regel bei einer LVG bzw. LZG angesiedelt, gilt bei vielen Beteiligten als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit. Förderlich ist dabei zum einen die Unterstützung der Zusammenarbeit, unter anderem durch Moderation und Vor- und Nachbereitung von Sitzungen, zum anderen aber auch die Expertise und Arbeitsweise sowie die Neutralität der LVG bzw. LZG. Neben der Geschäftsstelle sehen die Beteiligten auch weitere Aspekte der durch die LRV geschaffenen Struktur als förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit. Zumindest einzelne Nennungen heben die Geschäftsordnung hervor (einschließlich einem ggf. festgeschriebenen Zwang zur Einstimmigkeit von Beschlüssen), formulierte Ziele und Unterziele, die

Grundsatzdiskussionen verhindern; die Kontinuität des Austauschs durch eine vorgeschriebene Sitzungshäufigkeit usw.

In einigen Fällen profitiert die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV von Strukturen im Bundesland, die bereits vor Unterzeichnung der LRV aufgebaut waren. Hierdurch konnten die LRV-Beteiligten bereits auf Erfahrungen in der Zusammenarbeit zurückgreifen, kannten sich in einigen Fällen bereits persönlich und konnten vorhandene Kommunikationswege nutzen: „Eine Historie von gemeinsamen Aktivitäten und gemeinsamen Akteuren, an die man anknüpfen kann.“

3.7.2 HEMMENDE FAKTOREN UND HANDLUNGSBEDARFE

Neben förderlichen Faktoren und Rahmenbedingungen wurde im Rahmen der empirischen Untersuchung auch nach hemmenden Faktoren für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV gefragt. Viele der LRV-Beteiligten bezogen die Frage auch auf die gemeinsame Förderung von Projekten und Programmen. In diesem Zusammenhang wurde als wichtigster hemmender Faktor aus Sicht der LRV-Beteiligten die unterschiedlichen gesetzlichen Zuständigkeiten der einzelnen SV-Träger, der Länder und der Kommunen genannt. Hierzu gehört vor allem, dass die rechtliche Zuständigkeit von Unfallversicherung (SGB VII) und Rentenversicherung (SGB VI) es häufig nicht zulässt, dass sich GUV und GRV an der Förderung von Projekten in nichtbetrieblichen (kommunalen) Lebenswelten beteiligen können, deren Förderkriterien sich bei Beteiligung der GKV am Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes orientieren.

Die fehlende gesetzliche Verpflichtung weiterer Akteure, insbesondere der öffentlichen Hand und hier wieder insbesondere der Kommunen, gilt den Beteiligten als weiterer hemmender Faktor für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV. Dies wiegt umso schwerer, als dass die öffentliche Hand und die Kommunen die Gestaltung von Bedingungen in vielen Lebenswelten beeinflussen können. Demnach liegt die stärkere Einbeziehung der öffentlichen Hand, z. B. kommunale Verwaltungen oder öffentlicher Gesundheitsdienst auf Rang 3 der in der standardisierten Befragung genannten Handlungsbedarfe: 31 % der Befragten sehen dies unter den fünf Bereichen mit dem größten Handlungsbedarf.

Die Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf Bundesebene liegt in der standardisierten Befragung der LRV-Beteiligten dementsprechend auf Rang 1 der Handlungsbedarfe¹¹⁰: 40 % der Befragten geben dies als Handlungsbedarf an. Auf Rang 2, mit 39 %, steht die Nachhaltigkeit der Finanzierung. Ebenso wird als hemmender Faktor die Unsicherheit für die Finanzierung von Projekten und Programmen genannt, die aus dem Urteil des Bundessozialgerichts entstanden ist, demzufolge die gesetzlichen Regelungen über die Beauftragung und Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch den GKV-Spitzenverband (§ 20a Abs. 3-4 SGB V) gegen Regelungen des Grundgesetzes zu Verwaltungskompetenzen des Bundes verstößt (BSG, Urteil vom 18.05.2021 B 1 A 2/20 R).

Gelegentlich wird auf das unterschiedliche Verständnis von Prävention zwischen den SV-Trägern verwiesen, das die Zusammenarbeit erschweren kann.

Ein hemmender Faktor für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV war und ist auch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen und Infektionsschutzmaßnahmen, in deren Konsequenz Gremiumssitzungen der LRV-Beteiligten und/oder Aktivitäten und Projekte ausgesetzt werden mussten. Hierauf wird im Abschnitt 3.8 eingegangen.

¹¹⁰ Der Fragewortlaut ist wie folgt: „Wo sieht Ihre Organisation den größten Handlungsbedarf, um Gesundheitsförderung und Prävention in [Bundesland] weiter zu verbessern? Bitte wählen Sie die fünf Bereiche mit dem größten Handlungsbedarf aus.“

3.8 AUSWIRKUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE

Etwa die Hälfte des Berichtszeitraums fällt in die Zeit seit März 2020, in der die COVID-19-Pandemie in Deutschland angekommen war und Einschränkungen des öffentlichen Lebens in Kraft traten, insbesondere der erste bundesweite Lockdown ab dem 22.03.2020. Die Pandemie beeinflusste auch die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV.

In der standardisierten Online-Befragung stellt sich allen voran die COVID-19-Pandemie als folgenschwer für die Zusammenarbeit mit dem ÖGD dar. Diese war deutlich erschwert, so 41 % der Befragten, oder etwas erschwert, so 29 %. Nur 30 % der Befragten geben an, dass die Zusammenarbeit mit dem ÖGD weitgehend so möglich war wie ohne Pandemie-Bedingungen. Ähnlich eingeschränkt war die Zusammenarbeit mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe: 33 % der Befragten sehen sie als deutlich, weitere 30 % als etwas erschwert an. Auch die Zusammenarbeit mit Arbeitsweltakteuren hat gelitten, hier sehen 23 % die Zusammenarbeit als deutlich und weitere 44 % als etwas erschwert an.¹¹¹

Im Unterschied dazu war die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten untereinander in vielen Ländern offenbar weitgehend so möglich wie ohne Pandemiebedingungen. 70 % der Befragten geben dies für die Zusammenarbeit der SV-Träger untereinander an, 77 % für die gegenseitige Beauftragung der LRV-Beteiligten und 78 % für die Klärung von Zuständigkeitsfragen. Am stärksten war den Angaben zufolge die Koordinierung von Leistungen betroffen. Nur 49 % geben an, dass diese weitgehend so möglich war wie ohne Pandemie-Bedingungen, dagegen gehen 14 % von einer deutlichen und 36 % von einer etwas erschwerten Koordinierung aus. In den Fallstudien wird zumindest für einzelne Länder berichtet, dass die Ministerien, in deren Zuständigkeit der Umgang mit der Pandemie fällt, durch diese stark in Anspruch genommen waren und den Aufgaben für die LRV demgegenüber eine niedrige Priorität geben mussten.

Auch die weiteren Ergebnisse der standardisierten Befragung legen nahe, dass die (interne) Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV vergleichsweise wenig durch die Pandemie-Folgen eingeschränkt war. Die Arbeitsfähigkeit des Gremiums blieb weitgehend erhalten – diese

Einschätzung teilen 77 % der LRV-Beteiligten, umgekehrt lehnen nur 9 % die Aussage ab. Eine Voraussetzung hierfür wurde häufig genannt: Die gute virtuelle Zusammenarbeit war möglich, weil man sich zu diesem Zeitpunkt schon gut aus den Präsenzveranstaltungen kannte und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bereits etabliert war. Erschwernisse der Zusammenarbeit zeigen sich dahingehend, dass infolge der COVID-19-Pandemie nicht immer alle LRV-Beteiligten eingebunden werden konnten – dies geben 25 % der Befragten an. Dass Entscheidungen länger dauerten, schätzen 33 % der Befragten so ein. Zudem verlangte die Arbeit im Gremium unter Pandemiebedingungen den Beteiligten mehr Anstrengung ab, z. B. durch schwierigere Diskussionen, technische Ärgernisse oder die ungewohnte Arbeitsweise. 51 % stimmen der entsprechenden Aussage zu. In den Fallstudien wird dieser Aspekt dahingehend ausgeführt, dass zwar der Informationsfluss erhalten blieb, jedoch Themen, die eine intensive Diskussion erfordern, kaum per Videokonferenz angemessen besprochen werden konnten. Zudem ging der Wegfall von Präsenzbesprechungen einher mit schriftlichen Abstimmungen, Beschlüssen, Umlaufverfahren usw., die mit einem größeren Aufwand verbunden sind.

Wenig Zustimmung findet dagegen die Aussage, dass die Qualität der Entscheidungen schlechter sei, z. B. durch Fehlen einer angemessenen Diskussion (13 %). Als negative Auswirkungen der Pandemie wurden fehlende persönliche Kontakte und Zufallsbegegnungen, die erschwerte Netzwerkarbeit, fehlende personelle und finanzielle Ressourcen und zeitliche Verzögerungen genannt. Einige der (potenziellen) Kooperationspartner/-innen, insbesondere der ÖGD, waren in die Pandemiebekämpfung eingebunden.

Einen positiven Aspekt der Pandemiefolgen sehen 80 % insofern, als dass neue Arbeitsformen erprobt werden konnten, die auch nach der Pandemie von Nutzen sein werden. In diesem Zusammenhang geht es unter anderem um die Zeit- und Ressourcenersparnis durch virtuelle Veranstaltungen, die Etablierung digitaler und hybrider Veranstaltungen, den vereinfachten kurzfristigen Austausch und den Umgang mit digitalen Formaten.

Während die Arbeitsfähigkeit der LRV-Gremien weitgehend erhalten blieb, waren Aktivitäten und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention von stärkeren

¹¹¹ In der Befragung wurde nicht nach Pandemiephasen unterschieden, so dass sich diese Aussagen auf den gesamten Zeitraum der COVID-19-Pandemie beziehen.

Einschränkungen betroffen.¹¹² Nur 16 % der Aktivitäten konnten weitgehend unverändert fort- bzw. umgesetzt werden. Ohne größere Einschränkungen, wenn auch mit Veränderungen konnten weitere 33 % der Aktivitäten fortgesetzt werden. 26 % konnten dagegen nur mit größeren Einschränkungen fort- bzw. umgesetzt werden. 19 % mussten abgebrochen oder ausgesetzt werden, wobei eine Wiederaufnahme bereits terminiert wurde, bei weiteren 7 % ist die Fortsetzung unklar.

Aus Ländern, in denen die Förderung von Projekten eine große Rolle für die LRV spielt, wird teilweise berichtet, dass sie während der Pandemie weniger und phasenweise gar keine Förderanträge erhalten haben.

¹¹² Fragewortlaut: „Bitte denken Sie an alle Aktivitäten und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention Ihrer Organisation in/ im [Bundesland], die vor dem März 2020 geplant oder bereits in der Umsetzung waren...“

4 NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat sich zum Ziel gesetzt, im Zeitraum von 2021 bis 2026 modellhaft zu erproben, wie im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann und welche Ergebnisse erreichbar sind (NPK-Vorhaben). Für die Erprobung wurden die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (kurz: Pflege) und Psychische Gesundheit im familiären Kontext (kurz: Psychische Gesundheit) ausgewählt. Beim NPK-Vorhaben zum Thema Pflege werden die Zielgruppen beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen in den Blick genommen. Beim NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit steht insbesondere die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-) belasteten Familien im Vordergrund.

Im Rahmen des NPK-Vorhabens bedeutet gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit, dass die für ein bestimmtes Thema der Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Akteure Maßnahmen umsetzen, die auf ein oder mehrere gemeinsame Ziele ausgerichtet sind. Damit wird dem Grundsatz der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) Rechnung getragen, dass der Schutz vor Krankheiten und Unfällen sowie die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und gesellschaftlicher Teilhabe in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Verantwortlichen sind. Das NPK-Vorhaben fügt sich in die bisherigen Aktivitäten zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie ein und beschränkt in keiner Weise den in den BRE definierten Handlungsrahmen.

In diesem Kapitel werden zunächst die Hintergründe des NPK-Vorhabens dargestellt (Abschnitt 4.1). Darauf folgt die Darstellung des NPK-Vorhabens zu den Themen Pflege (Abschnitt 4.2) und Psychische Gesundheit (Abschnitt 4.3). In Abschnitt 4.4 wird ein Konzept zur Evaluation des NPK-Vorhabens skizziert, auf dessen Grundlage im dritten Präventionsbericht der NPK über die Ergebnisse des NPK-Vorhabens berichtet werden soll. Abschließend wird das weitere Vorgehen beschrieben (Abschnitt 4.5).

4.1 HINTERGRUND UND ZIELE DES NPK-VORHABENS

Als global etabliertes Konzept zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention soll in diesem Kapitel zunächst das Konzept Health in All Policies (HiAP) der World Health Organization (WHO) eingeführt werden (Abschnitt 4.1.1). Als weitere Hintergründe des NPK-Vorhabens werden daraufhin die Chancen eines gesamtgesellschaftlichen Engagements (Abschnitt 4.1.2), der Stand der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit in Deutschland (Abschnitt 4.1.3) sowie die Impulse dargestellt, die verschiedene gesellschaftliche Akteure zur Ausgestaltung des NPK-Vorhabens gegeben haben (Abschnitt 4.1.4–4.1.5). Das Kapitel schließt mit Ausführungen zur Erstellung zweier Vorhabensbeschreibungen (eine zum Thema Pflege, eine zum Thema Psychische Gesundheit), durch die der konzeptuelle Rahmen für die Durchführung des NPK-Vorhabens geschaffen wurde (Abschnitt 4.1.6).

4.1.1 "HEALTH IN ALL POLICIES" ALS RAHMENKONZEPT FÜR GESAMTGESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT

Das Konzept HiAP ist ein Ausgangspunkt für die Klärung der Frage, was unter einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention verstanden werden kann und mit welchen Maßnahmen sich ein entsprechendes Engagement umsetzen lässt. HiAP wurde maßgeblich durch die WHO geprägt und beschreibt einen Handlungsansatz, der sich dadurch auszeichnet, dass politisches Handeln systematisch und ressortübergreifend

- die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt,
- nach Synergien zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung sucht und
- danach strebt, schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit zu vermeiden, um die Gesundheit der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (frei übersetzt nach Nutbeam & Muscat, 2021).

HiAP basiert auf dem Verständnis von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als Grundrechte und der Erkenntnis, dass Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit von Faktoren abhängen, die nicht allein durch den Gesundheitssektor beeinflusst werden können (World Health Organization [WHO], 2014). Im Rahmen des „analytic framework for HiAP“ (WHO, 2013)

werden Eigenschaften benannt, durch die sich Vorhaben auszeichnen, die der Idealvorstellung von HiAP nahekommen. Dabei handelt es sich unter anderem um förderliche Rahmenbedingungen, förderliche Prozessmerkmale und bestimmte Maßnahmen, die zur Umsetzung von HiAP angewendet werden. Als förderliche Rahmenbedingungen werden ein großer politischer Wille zur intersektoralen Zusammenarbeit und eine Vision von Gesundheit angeführt, die sich stärker an den sozialen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden als an der Abwesenheit von Krankheit orientiert (Salutogenese). Als förderlich für die Umsetzung von HiAP werden zudem die Verfügbarkeit solider Evidenz bezüglich des Zusammenhangs sozialer Determinanten von Gesundheit und ungleicher Gesundheitschancen sowie im Bereich Public Health qualifiziertes Personal bei den beteiligten Akteuren gesehen. Auf der Prozessebene stellt das „analytic framework for HiAP“ heraus, dass die Beziehung der gemeinschaftlich handelnden Akteure nicht allein auf dem Austausch von Informationen basieren sollte, sondern auf Kooperation in einer Form, die auch die Reduktion der Autonomie der beteiligten Ressorts einschließen kann. Darüber hinaus wird ein abgestimmtes Handeln aller Ebenen der politischen Administration sowie die Beeinflussbarkeit von Entscheidungsprozessen durch zivilgesellschaftliche Akteure positiv bewertet. Als idealtypische Maßnahmen zur Umsetzung von HiAP werden angeführt:

- die Formulierung expliziter Ziele zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit,
- die Nutzung von Evidenz bezüglich des Zusammenhangs sozialer Determinanten von Gesundheit und ungleicher Gesundheitschancen (siehe oben),
- die Umsetzung von Interventionen bzw. der Erlass von Gesetzen/Verordnungen/Vorschriften (policies) zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit,
- die Übertragung von Mandaten und finanziellen Budgets an Strukturen zur Umsetzung von HiAP sowie
- die Nutzung von impact assessments.

Anhand der benannten Maßnahmen ist festzustellen, dass sich die Realisierung von HiAP am „Public Health Action Cycle“ (Hartung & Rosenbrock, 2011) orientieren sollte, indem Aktivitäten zur Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung von Maßnahmen und Bewertung der Maßnahmen aufeinander aufbauend durchgeführt und bei Bedarf wiederholt werden. Diese

Vorgehensweise ist auch als „systematischer Prozess der lebensweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung“ in den BRE verankert.

Als global etablierter Handlungsansatz und normativer Rahmen zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist HiAP als wichtiger Hintergrund und Orientierungspunkt für das NPK-Vorhaben zu verstehen. Die Anschlussfähigkeit des NPK-Vorhabens – bei dem die Impulse zur Initiierung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern ausgehen – ergibt sich insbesondere daraus, dass HiAP sich zwar in erster Linie an Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger diverser Politikressorts („Whole-of-Government-Approach“) richtet, aber auch betont, dass es von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des gemeinschaftlichen Engagements ist, dass alle relevanten Akteure der Gesellschaft gesundheitsbezogen handeln und einbezogen werden („Whole-of-Society-Approach“).¹¹³

4.1.2 CHANCEN GESAMTGESELLSCHAFTLICHER ZUSAMMENARBEIT

Mit der Entwicklung gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geht die Chance einher, einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Denn bedeutsame Determinanten von Gesundheit, z. B. Wohnverhältnisse, Zugang zu Bildung, Arbeitsbedingungen und die individuelle Lebensweise, stehen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status von Personen, sodass sozial benachteiligte Personengruppen geringere Gesundheitschancen haben als bessergestellte (Dahlgren & Whitehead, 2007; Lampert et al., 2019). Die Akteure des Gesundheitssektors können viele dieser Determinanten kaum oder gar nicht beeinflussen, sodass eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit für die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit unerlässlich ist.

Aus dem Verständnis, dass Gesundheitsförderung und Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist zu schlussfolgern, dass sich Akteure aller Gesellschaftsbereiche die Bedeutsamkeit ihres Handelns für die Gesundheit der Bevölkerung vergegenwärtigen und entsprechend handeln sollten. Um das Potenzial eines gesamtgesellschaftlichen Handlungsansatzes

¹¹³ „[...] it is important to reiterate that advancing HiAP will depend greatly on the ability of health authorities to actively seek opportunities to collaborate with and influence other sectors. The ability to communicate effectively across and within sectors with politicians, civil servants, key civil society organizations, and the private sector, is crucial.“ World Health Organization (2014)

auszuschöpfen, ist darüber hinaus von entscheidender Bedeutung, dass die einzelnen Akteure miteinander in Austausch treten, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufeinander abstimmen und Kompetenzen bündeln. So kann beispielsweise die Vielfalt an Handlungsansätzen, die aus dem bundesdeutschen Föderalismus resultiert, als Chance betrachtet werden, wenn Bundes- und Landespolitik mit regionalen und/oder nichtstaatlichen Stellen (Kommunen, Wohlfahrt, Vereine, Selbsthilfe etc.) in Austausch treten, voneinander lernen und eine gemeinsame Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen (Geene et al., 2020).

Die Betrachtung des Einflusses, den Akteure außerhalb des Gesundheitssektors auf die gesundheitlichen Entwicklungspotenziale und Risiken von Bürgerinnen und Bürgern nehmen können, verdeutlicht die Chancen bzw. die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit. So können beispielsweise Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundsicherung für arbeitssuchende Menschen, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) initiiert und durch die Jobcenter umgesetzt werden, gesundheitliche Ressourcen von Leistungsempfängern stärken (z. B. indem finanzielle Mittel bereitgestellt werden, die eine gesunde Ernährung ermöglichen). Ein anderes Beispiel ist die Minderung gesundheitlicher Risiken durch Initiativen zum sozialen Wohnungsbau, wodurch die gesundheitsrelevante Belastung benachteiligter Bürgerinnen und Bürger durch Lärm und räumliche Enge verringert werden soll.

NPK-Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Mit den Anwendungsbeispielen qualitätsorientierte Gemeinschaftsverpflegung, Bewegungsförderung und Suchtprävention hat die NPK für drei Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention skizziert, wie das Zusammenwirken von Akteuren aller gesellschaftlichen Bereiche und föderalen Ebenen aussehen kann und welche Beiträge die einzelnen Akteure dazu einbringen können. In der Folge wird das Anwendungsbeispiel Suchtprävention auszugsweise dargestellt (NPK, o. D.b).

Für die Suchtprävention stehen die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen, Sozialversicherungsträger und Träger der Wohlfahrtspflege sowie zivilgesellschaftliche Organisationen in der Verantwortung.

Auch die privaten Krankenversicherungen übernehmen Verantwortung. Entsprechend dem Anwendungsbeispiel Suchtprävention können die gesellschaftlichen Akteure zusammenwirken, indem sie z. B. folgende – auf das gemeinsame Ziel einer qualitätsorientierten Suchtprävention gerichteten – Maßnahmen umsetzen:¹¹⁴

- Bund: Gesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel der Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln (Alterslimit, Verkaufsorte, Öffnungszeiten); Regulierung der Werbung
- Länder: Strukturelle und finanzielle Sicherung der Suchtprävention auf Landesebene; Regulierung von Verkaufsmöglichkeiten
- Kommunen (außerhalb von Trägerverantwortung): Umsetzung des Jugendschutzes; Bedarfsfeststellung im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung
- Lebenswelträger (Kindertageseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Freizeiteinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Betriebe): Förderung von Lebenskompetenzen; Mitwirkung in Netzwerken und Arbeitsgruppen zur (Sucht-)Prävention
- Gesetzliche Sozialversicherung und private Kranken- und Pflegeversicherung: Suchtpräventive Maßnahmen im Rahmen der lebensweltbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention mit verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung (GKV); suchtpräventive Maßnahmen im Rahmen der Präventions- und Rehabilitationsleistungen mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung (gesetzliche Rentenversicherung GRV).

Im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit, die sich durch Kooperation verantwortlicher Akteure auszeichnet, verweist das Anwendungsbeispiel Suchtprävention darauf, dass sich die Vernetzung von Fachkräften der Jugendhilfe-, Sozial- und Psychiatrieplanung sowie der Suchthilfeplanung positiv auf die sozialen, gesundheitsfördernden Strukturen für Kinder und Jugendliche in ihren Lebenswelten auswirken kann. Zudem wird angeführt, dass Suchtprävention eine gesicherte Finanzierung auf allen Ebenen der Verantwortlichkeiten in den Lebenswelten erfordert. Bezüglich der Sozialversicherungsträger und privaten Krankenversicherungen wird auf die Kooperation mit Trägern in Lebenswelten, einschließlich der Betriebe, verwiesen, die durch möglichst kombinierte verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote im Rahmen eines systematischen Prozesses unterstützt werden sollen.

¹¹⁴ Das Anwendungsbeispiel Suchtprävention thematisiert zudem Maßnahmen, die durch private Haushalte, insbesondere Eltern, umgesetzt werden können.

4.1.3 STAND DER GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENARBEIT IN DEUTSCHLAND

Auf Basis einer Bestandsaufnahme zur Umsetzung von HiAP in Deutschland kommt das Zukunftsforum Public Health im Jahr 2020 zu dem Schluss, dass sich verschiedene Akteure HiAP zum Ziel gesetzt haben, es bislang jedoch keinem dieser Akteure gelungen ist, sich als „[...] Motor für HiAP in Deutschland [...]“ zu profilieren (Gene, Kurth & Matusall, 2020). Als Akteure, die sich HiAP zum Ziel gesetzt haben, werden die NPK, das Gesunde-Städte-Netzwerk¹¹⁵ sowie der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit¹¹⁶ benannt. Ferner wird festgestellt, dass HiAP eher auf der kommunalen als auf der Landes- oder Bundesebene umgesetzt wird. Als Erklärungsansatz für diese Beobachtung wird angeführt, dass intersektorale Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene aufgrund kleinerer und flexiblerer Verwaltungen und kürzerer Entscheidungswege vermutlich einfacher umzusetzen ist. Dementsprechend ist dem NPK-Vorhaben ein besonders großes Potenzial zur Förderung der gesundheitsbezogenen gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit in Deutschland zuzuschreiben, da mit ihm die Umsetzung gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen unter Berücksichtigung aller föderalen Ebenen erprobt wird.

Bei Betrachtung der Bedeutung von HiAP im Rahmen des politischen Handelns in Deutschland („Whole-of-Government Approach“) ist zunächst festzustellen, dass im Koalitionsvertrag 2021 das Ziel einer „[...] modernen und sektorenübergreifenden Gesundheits- und Pflegepolitik“ ausgegeben wird (SPD Grüne FDP, 2021).¹¹⁷ Bezüglich der Umsetzung von HiAP in der Gesamtheit der assoziierten Politikfelder (Politikfelder außerhalb des Ressorts Gesundheit) kommen Böhm et al. (2020) für den Zeitraum bis 2020 zu dem Fazit, dass Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit bislang in keinem der Politikfelder umfassend und systematisch im Sinne von HiAP thematisiert werden, wenngleich gesundheitliche Aspekte in den Ressorts Bildung und Umwelt strukturell verankert sind. Zudem wird konstatiert, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten in den assoziierten Politik-

feldern tendenziell auf Einzelaspekte beschränkt sind und eher primärpräventiven als gesundheitsförderlichen Charakter haben.

Als besonders positiv für die Entwicklung von HiAP in Deutschland bewerten Böhm et al. (2020) die Verabschiedung des Präventionsgesetzes, durch das insbesondere in den Bereichen Bildung und Arbeitsmarktförderung sowie auf der kommunalen Ebene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne von HiAP angestoßen wurden.

Das Spektrum des Engagements in Deutschland, das im Sinne von HiAP bzw. im Sinne des NPK-Vorhabens als gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit bezeichnet werden kann, ist sehr breit und definitorisch nicht eindeutig abzugrenzen.¹¹⁸ Als Beispiele für die Diversität dieses Spektrums können der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (IN FORM)¹¹⁹ und die Mitgliedschaft der Landeshauptstadt Dresden im „WHO European Healthy Cities Network“ (WHO, 2023) betrachtet werden.

„IN FORM“ wird seit 2008 in gemeinsamer Verantwortung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt. Um das Ziel – das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern – zu erreichen, werden im Rahmen des Aktionsplans vielfältige Maßnahmen umgesetzt, unter anderem:

- Formulierung gemeinsamer Ziele der Träger des Aktionsplans
- Förderung lebensweltbezogener Projekte in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung durch die verantwortlichen Ministerien
- Einrichtung von Arbeitsgruppen, in denen sich neben Bund und Ländern auch die Kommunen einbringen und gemeinsam Leitfäden zur Kommunikation, Qualitätssicherung und Evaluation erarbeiten
- Etablierung einer Internetseite, die als zentrales Kommunikationsmittel für die an der Durchführung des Programms beteiligten Akteure fungiert und die

115 www.gesunde-staedte-netzwerk.de/

116 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/

117 An dieser Stelle ist bemerkenswert, dass die Anforderung an sektorenübergreifendes Handeln im Hinblick auf die Umwelt- und Klimapolitik im Koalitionsvertrag 2021 wiederholt aufgegriffen und betont wird.

118 Im Sinne von HiAP wie auch im Sinne des NPK-Vorhabens ist gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit ein Konstrukt, für das (unter anderem) die Zusammenarbeit verschiedener Akteure zentral ist. Wie viele und welche Akteure jedoch zusammenarbeiten sollten, damit von gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit gesprochen werden kann, und welche Form der Zusammenarbeit gegeben sein sollte, ist nicht präzise beschrieben.

119 www.in-form.de

Zielgruppe der Verbraucherinnen und Verbraucher, z. B. über Strategien zur Verhaltensänderung in den Handlungsfeldern, informiert (Niestroj & Schmidt, 2019).

Während „IN FORM“ Möglichkeiten zur Umsetzung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit auf Bundesebene illustriert, ist das seit 1991 bestehende Engagement der Landeshauptstadt Dresden als Mitglied im „WHO European Healthy Cities Network“ ein Beispiel dafür, was im Sinne von HiAP auf kommunaler Ebene realisiert werden kann. Im Zuge der Mitgliedschaft wurden unter anderem

- ein Projektbüro eingerichtet (fördert unter anderem den Transfer bewährter Projekte aus anderen europäischen Städten),
- der Dresdener WHO-Beirat etabliert (vereint Fachleute aus verschiedenen gesundheitlichen Bereichen, darunter Medizin, Pflege, Wissenschaft, öffentlicher Gesundheitsdienst und Politik),
- sechs sogenannte Stadtgesundheitsprofile (Gesundheitsberichte) veröffentlicht (Grundlage für die Ableitung von Handlungsschwerpunkten einer gesundheitsfördernden Stadtpolitik) und
- ein Aktionsplan für aktives und gesundes Altern aufgestellt, mit dem sich die Landeshauptstadt Dresden zu einer gesundheitsfördernden Seniorenpolitik bekennt.

4.1.4 IMPULSE ZUR AUSWAHL DES THEMAS GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PFLEGE

Die Fokussierung des Themas Pflege im Rahmen des NPK-Vorhabens ist unter anderem auf Empfehlungen der von der Bundesregierung initiierten Konzentrierten Aktion Pflege (KAP), die Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten Präventionsbericht der NPK sowie Empfehlungen der Präventionsforen 2020 und 2021 zurückzuführen. Diese Empfehlungen und Stellungnahmen betreffen auch inhaltliche Schwerpunkte bei der Bearbeitung des Themas und werden in der Folge dargestellt. Die Auswahl des Themas ist zudem durch die gesundheitliche Situation und die Präventionspotenziale der Zielgruppe begründet – Ausführungen dazu sind Anhang 2 zu entnehmen.

4.1.4.1 Vereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege

Die von der Bundesregierung initiierte KAP hat sich in der Arbeitsgruppe 2 (Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung) unter anderem mit dem Thema „Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung für beruflich pflegende Personen“ auseinandergesetzt. Resultat der im Juni 2019 vorgelegten Arbeitsergebnisse waren auch Vereinbarungen, die sich auf die NPK beziehen und ein Engagement im Sinne des NPK-Vorhabens empfehlen. So setzten sich die „[...] Partner der Arbeitsgruppe 2 der KAP¹²⁰ [...] zum Ziel,

- die lebensphasenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention für beruflich Pflegenden in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie zu stärken,
- dass die Träger der NPK einen Fokus auf die Lebenswelten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser und dabei auch auf die beruflich Pflegenden und ihre verschiedenen Lebensphasen richten,
- die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der NPK und den Trägern der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Stärkung der Gesundheitsförderung beruflich Pflegenden zu intensivieren“ (BMG, 2021).

Diesbezüglich haben die Partner der Arbeitsgruppe 2 der KAP folgende Maßnahmen vereinbart:

- Die Träger der NPK vereinbaren die zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung für beruflich Pflegenden, insbesondere für Beschäftigte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, als einen Schwerpunkt für die Jahre 2020 bis 2023. Die NPK berichtet über die Umsetzung und Ergebnisse dieses Schwerpunkts im zweiten Präventionsbericht (2023).
- Die Träger der NPK setzen sich dafür ein, die vereinbarten gemeinsamen Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern sowie in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen voranzutreiben.
- Die Träger der NPK erarbeiten eine Übersicht über ihre Leistungen zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement für ambulante, teil-

¹²⁰ Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 waren unter anderem stimmberechtigte NPK-Mitglieder bzw. deren Mitgliedsorganisationen und beratende NPK-Mitglieder: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Sozialpartner (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, ver. di), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen.

und vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser (BMG, 2021).

4.1.4.2 Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten NPK-Präventionsbericht

In ihrer Stellungnahme zum ersten NPK-Präventionsbericht (BT-Drs. 19/26140) gibt die Bundesregierung eine Reihe von Empfehlungen, die mit dem NPK-Vorhaben aufgenommen wurden. Diese Empfehlungen betreffen die Zusammenarbeit verschiedener Akteure zum Thema Pflege und/oder die Fokussierung bestimmter Aspekte im Themenbereich Pflege, die durch einen oder mehrere der relevanten Akteure aufgegriffen werden sollten:

- „Die Leistungen der jeweiligen Sozialversicherungsträger sollten in den Lebenswelten der Menschen noch stärker als bislang ineinandergreifen. Insbesondere in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung können sich die Leistungen und das Zusammenwirken aller Sozialversicherungsträger ergänzen und gleichermaßen den dort Beschäftigten und den pflegebedürftigen Menschen zugutekommen. Das Engagement der Pflegekassen in den Pflegeeinrichtungen gilt es kontinuierlich und qualitätsgesichert auszubauen. Die Bundesregierung empfiehlt der Nationalen Präventionskonferenz die jeweiligen Leistungen der Sozialversicherungsträger und deren Zusammenwirken in dieser und in weiteren Lebenswelten in den Bundesrahmenempfehlungen modellhaft zu erläutern, um insbesondere den Partnern auf Landes- und kommunaler Ebene Anregungen und Hilfestellungen zu geben. Es bietet sich an, dass die Leistungsträger hierzu gemeinsame Modellvorhaben nach § 20g SGB V durchführen.“
- „Die Bundesregierung hält es für erforderlich, dass die Pflegekassen mehr Pflegeeinrichtungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen gewinnen, um so die Zahl der mit Leistungen zur Prävention erreichten pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen weiter zu erhöhen. Die Leistungen der Pflegekassen sollten regelmäßig mit Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verknüpft werden.“
- „Um verstärkt auch ältere Menschen im eigenen Haushalt zu erreichen, unterstützen die Krankenkassen bereits die in einigen Ländern von den Kommunen durchgeführten ‚präventiven Hausbesuche‘. Zudem können interessierte Kommunen für diesen Zweck bei der Bundeszentrale für gesundheitli-

che Aufklärung Fördermittel des GKV-Bündnisses für Gesundheit beantragen.¹²¹ Die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen sollten im Rahmen der ‚präventiven Hausbesuche‘ mit den kommunalen Infrastrukturen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit und weiteren Hilfen verzahnt werden, die dazu dienen, die Selbstbestimmung sowie die Teilhabe älterer, noch nicht pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern.“

- „Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen und sämtliche weitere Sozialversicherungsträger.“
- „Berücksichtigung der Belange der pflegenden Angehörigen auch in der lebensweltbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention.“
- „Verstärkung der Anstrengungen der Krankenkassen, die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen.“
- „Verbesserung der Beratung und Unterstützung der Unternehmen unter anderem durch Schaffung von Anreizen zur Intensivierung der Zusammenarbeit der regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen für betriebliche Gesundheitsförderung mit den maßgeblichen Verbänden der Träger der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.“

Zudem empfiehlt die Bundesregierung „[...] die themenspezifische Ausrichtung des Präventionsforums [fortzusetzen] [...], indem etwa besonders bedeutsame Themen aufgegriffen werden, wie die Stärkung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern oder die Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen sowie Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderungen“. Empfehlungen der Präventionsforen zum Thema Pflege sind dem nachfolgenden Abschnitt zu entnehmen.

4.1.4.3 Empfehlungen der Präventionsforen 2020 und 2021

Im Rahmen der Präventionsforen 2020 und 2021 fand eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema Pflege statt, aus der Empfehlungen dazu resultierten, welche Aspekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppen beruflich Pflegende,

121 Die Antragsfrist ist zum 31.12.2021 abgelaufen.

pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen fokussiert werden sollten.¹²²

Zielgruppenübergreifende Empfehlung

- Möglichkeiten der Digitalisierung sollten in der Pflege verstärkt genutzt werden, z. B. durch digitale Pflegeanwendungen, die Etablierung von Digitalisierungsbeauftragten in Pflegeeinrichtungen und Tools zur Unterstützung zu Hause oder zur Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am digitalen Leben.

Zielgruppe beruflich Pflegende

- Die Akademisierung und Qualifizierung in der Pflege sollte vorangebracht werden.
- Beruflich Pflegende sollten als zentrale Ansprechpartnerinnen und -partner wahrgenommen werden - sie können in den Lebenswelten Verantwortung für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen übernehmen.
- Einrichtungen und Pflegekräfte sollten in die Lage versetzt werden, Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegealltag zu integrieren.

Zielgruppe pflegende Angehörige

- Pflegende Angehörige sollten mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt werden.
- Anreizsysteme für pflegende Angehörige zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten gestärkt werden.
- Kommunale Angebote für pflegende Angehörige (z. B. Pflegeberatung, Gesprächskreise, Runde Tische) sollten gefördert werden.

Zielgruppe pflegebedürftige Menschen

- Vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen der besonders vulnerablen Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen sollten identifiziert werden, um den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu ermöglichen.
- Pflegebedarf sollte vermieden, hinausgezögert oder gemildert werden, z. B. durch Förderung von sozialer Teilhabe, gesunder Ernährung und Bewegungs- bzw. Mobilitätsprogrammen.
- Die Versorgung und das Pflegesystem sollten konsequent präventiv bzw. auf den Erhalt von Ressourcen ausgerichtet werden, z. B. dadurch, dass Schmerz-

medikation so genutzt wird, dass soziale Teilhabe möglich wird.

4.1.5 IMPULSE ZUR AUSWAHL DES THEMAS PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT

Die Fokussierung des Themas Psychische Gesundheit im Rahmen des NPK-Vorhabens ist unter anderem auf Empfehlungen der von der Bundesregierung eingesetzten Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (AG KpkE), auf die Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten Präventionsbericht der NPK sowie Empfehlungen des Präventionsforums 2020 zurückzuführen. Diese Empfehlungen und Stellungnahmen betreffen auch inhaltliche Schwerpunkte bei der Bearbeitung des Themas und werden in der Folge dargestellt. Die Auswahl des Themas ist zudem durch die gesundheitliche Situation und Präventionspotenziale der Zielgruppe begründet - Ausführungen dazu sind Anhang 1.4 zu entnehmen.

4.1.5.1 Empfehlungen der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

Im Juni 2017 hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung einstimmig aufgefordert, „eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Gesundheit), relevanter Fachverbände und -organisationen sowie weiterer Sachverständiger einzurichten [...]“ (BT-Drs. 18/12780). Der AG KpkE wurde die Aufgabe übertragen, einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu entwickeln und dabei auch auf die Auswirkungen und Möglichkeiten des Präventionsgesetzes einzugehen. Der von der AG KpkE im Dezember 2019 vorgelegte Abschlussbericht enthält insgesamt 19 Empfehlungen, von denen zwei eine durch die NPK initiierte gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit thematisieren (BT-Drs. 19/16070). So wird den Trägern der NPK empfohlen,

- „[...] in den Bundesrahmenempfehlungen Kinder von psychisch und suchterkrankten Eltern und deren Familien fokussiert in den Blick zu nehmen, mit dem Ziel, die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie der Länder, Kommunen und Krankenkassen

¹²² Die Empfehlungen wurden sinngemäß auf Grundlage der Dokumentationen der Präventionsforen 2020 und 2021 (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (o. D.a, o. D.b))

sowie der Jugendhilfeträger u. a. zu Hilfenetzwerken und Gruppenangeboten zu befördern. Dabei sollen die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz von den maßgeblichen Organisationen und Verbänden insbesondere aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes beraten werden.“

- „[...] gemäß ihrer jeweiligen Zuständigkeit abgestimmte, koordinierte und vernetzte Vorgehensweisen in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder mit psychisch oder suchterkrankten Eltern und deren Familien zu fördern.“

Des Weiteren hat die AG KpKE Empfehlungen dazu formuliert, welche spezifischen Handlungsansätze und Maßnahmen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie genutzt werden sollten, um die gesundheitliche Situation der Zielgruppe zu verbessern. Die AG KpKE empfiehlt,

- „[...] dass die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen darauf hinwirken, dass die Landesrahmenvereinbarungen auf Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen im Sinne der Empfehlung Nr. 9 angepasst und erweitert werden.“
- „[...] im Rahmen der Bewertung des Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz prüfen zu lassen, ob und wie die Regelungen und Verfahrensweisen in der Prävention durch Krankenkassen weiterentwickelt werden können, um den Zugang zu präventiven Angeboten für betroffene Familien zu erleichtern.“

4.1.5.2 Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten NPK-Präventionsbericht

In ihrer Stellungnahme zum ersten NPK-Präventionsbericht (BT-Drs. 19/26140) empfiehlt die Bundesregierung „[...] am Beispiel der gesundheitlich hochbelasteten Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, die LRV auf Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen fortzuentwickeln und auf diese Kinder und deren Familien zu fokussieren, um so die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie der Länder, Kommunen und Krankenkassen sowie der Jugendhilfeträger unter anderem zu Hilfenetzwerken und Gruppenangeboten zu etablieren“. Neben dieser Empfehlung zur Förderung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit wird die Zielgruppe der

Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien auch in zwei weiteren Empfehlungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie aufgegriffen:

- „Die themenspezifische Ausrichtung des Präventionsforums sollte fortgesetzt werden, indem etwa besonders bedeutsame Themen aufgegriffen werden, wie die Stärkung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern oder die Förderung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen sowie Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderungen.“
- „Notwendig sind [...] innovative, digitale barrierefreie Leistungskonzepte, mit denen etwa die Gesundheit von Kindern und Familien auch dann noch unterstützt werden kann, wenn Kindertageseinrichtungen und Schulen aus Gründen des Infektionsschutzes geschlossen sind.“

4.1.5.3 Empfehlungen des Präventionsforums 2020

Entsprechend der Empfehlung der Bundesregierung (vgl. Abschnitt 4.1.5.2) fand im Rahmen des Präventionsforums 2020 eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema Psychische Gesundheit statt. Resultat dessen waren unter anderem Empfehlungen, die das Thema gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit berühren:¹²³

- Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern aus psychisch belasteten Familien sollte auf allen föderalen Ebenen gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend zusammengewirkt werden, um
 - verlässliche Angebotsstrukturen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auf- und auszubauen,
 - interdisziplinäre „Hilfegebinde“ zusammenzustellen und
 - „Leuchtturmprojekte“ flächendeckend auszurollen.
- Hilfen und Leistungen aus dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sollten abgestimmt bzw. zusammengeführt und die Kooperation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Kinder- und Jugendhilfe verbessert werden.
- Seitens der Bundesregierung sollte gemeinsam mit den Ländern, den Kommunen und den Sozialversicherungsträgern ein Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multipro-

123 Die Empfehlungen werden sinngemäß auf Grundlage der Dokumentation des Präventionsforums 2020 NPK (o. D.a) wiedergegeben.

fessioneller, qualitätsgesicherter und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme für psychisch belastete Familien erstellt werden (entsprechend Empfehlung Nr. 18 der AG KpKE [BT-Drs. 19/16070]).

- Der Bundestag sollte die Bundesregierung auffordern, gemeinsam mit den Ländern, den Kommunen und den Sozialversicherungsträgern einen Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstärkung multiprofessioneller, qualitätsgesicherter und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme für psychisch belastete Familien zu erstellen.

Zudem wurden Empfehlungen dazu gemacht, welche spezifischen Handlungsansätze und Maßnahmen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie genutzt werden sollten, um die gesundheitliche Situation der Zielgruppe zu verbessern.¹²³

- Auf kommunaler Ebene sollte ein Zusammenwirken von „Top-down-Unterstützung“ mit „Bottom-up-Strategien“ gefördert werden, damit eine bedarfsgerechte, tragfähige und nachhaltige Infrastruktur entwickelt werden kann.
- In den Kommunen sollten Präventionsketten aufgebaut werden.
- Es sollten Maßnahmen unternommen werden, um psychische Erkrankungen zu enttabuisieren.
- Die Sensibilisierung aller Akteure aus den Hilfesystemen, die mit der Zielgruppe in Kontakt stehen, sollte gefördert und eine gemeinsame Sprache und Haltung entwickelt werden.

4.1.6 ERSTELLUNG VON VORHABENSBSCHREIBUNGEN

Unter Berücksichtigung der Impulse zur Auswahl und Bearbeitung der Themen Pflege und Psychische Gesundheit haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK jeweils eine Vorhabensbeschreibung für die Themen Pflege und Psychische Gesundheit erstellt. In den Vorhabensbeschreibungen werden die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit definiert und die Aktivitäten, mit denen die stimmberechtigten NPK-Mitglieder auf die Erreichung der Ziele hinwirken wollen, beschrieben. Darüber hinaus beinhalten die Vorhabensbeschreibungen Ausführungen zum Rollenverständnis der NPK, die insbesondere die Aufgaben und die Zusammenarbeit der föderalen Ebenen betreffen. Die Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege wird in Kapitel 4.2 vorgestellt, die zum Thema Psychische Gesundheit in Kapitel 4.3.

In einem ersten Schritt zur Erstellung der Vorhabensbeschreibungen wurden im April 2021 vier zielgruppenspezifische Workshops durchgeführt (einer zu jeder der drei Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege sowie einer zur Zielgruppe des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit). Wesentliche Inhalte dieser Workshops waren die Diskussion und Abstimmung gemeinsamer Ziele im Rahmen des NPK-Vorhabens. An den Workshops nahmen neben Vertreterinnen und Vertretern der stimmberechtigten NPK-Mitglieder auch Vertreterinnen und Vertreter der beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere für das jeweilige Thema relevante Akteure teil (Listung der beteiligten Akteure im Rahmen des Workshops zum Thema Pflege in Abschnitt 4.2.1.1; Listung der beteiligten Akteure im Rahmen des Workshops zum Thema Psychische Gesundheit in Abschnitt 4.3.1.1). Auf Basis der Workshop-Ergebnisse haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder einen ersten Entwurf der Vorhabensbeschreibungen zum Thema Pflege und zum Thema Psychische Gesundheit erstellt. Die Diskussionen von Zielen für das NPK-Vorhaben wurde mit zwei themenspezifischen Workshops im Oktober 2021 (ein Workshop zum Thema Psychische Gesundheit und einer zum Thema Pflege) fortgeführt. 2022 fanden zunächst drei themenspezifische interne Workshops der stimmberechtigten NPK-Mitglieder statt (im Mai fanden zwei Workshops zum Thema Psychische Gesundheit statt, im Juni ein Workshop zum Thema Pflege). Neben den Zielen des NPK-Vorhabens wurden dabei auch Aktivitäten und Maßnahmen - mit denen die Ziele erreicht werden sollen - zusammengetragen und diskutiert. Die Vorhabensbeschreibungen wurden auf Basis der Ergebnisse der internen Workshops weiterentwickelt. Die weiterentwickelten Vorhabensbeschreibungen beinhalten die übergeordneten Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit, die als Ausgangspunkt für die Ausarbeitung spezifischer Ziele auf den Ebenen Bund, Länder und Kommunen dienen sollen. Darüber hinaus beinhalten sie die Ziele der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für das NPK-Vorhaben auf Bundesebene. Im Rahmen zweier themenspezifischer Workshops zum NPK-Vorhaben im Oktober 2022 wurden die teilnehmenden Akteure erneut angeregt, eigene Ziele zu erarbeiten. Es ist vorgesehen, weitere Fassungen der Vorhabensbeschreibungen zu verabschieden, sofern weitere Akteure der Ebenen Bund, Länder und Kommunen konkretisierende Zielformulierungen vornehmen und einbringen.

4.2 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT ZUM THEMA GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PFLEGE

In diesem Kapitel wird über den Stand der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zum Thema Pflege berichtet. Es beinhaltet zum einen die Darstellung der festgelegten Ziele und vorgesehenen Aktivitäten entsprechend der Vorhabensbeschreibung (Abschnitt 4.1.6), zum anderen die Darstellung von Zwischenergebnissen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege (betrifft bereits umgesetzte Aktivitäten gemäß Vorhabensbeschreibung sowie unmittelbare Resultate dieser Aktivitäten).

4.2.1 ZIELE

Für die Umsetzung des NPK-Vorhabens wurden Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppen beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen auf unterschiedlichen Ebenen formuliert. Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Abschnitt 4.2.1.1) geben den Rahmen für das NPK-Vorhaben zum Thema Pflege und stellen den Ausgangspunkt für die Ausarbeitung spezifischer Ziele auf den Ebenen Bund, Länder und Kommunen dar.¹²⁴ Im Rahmen des zweiten NPK-Präventionsberichts werden die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit und die Ziele der stimmberechtigten Mitglieder der NPK für das NPK-Vorhaben auf Bundesebene (Abschnitt 4.2.1.2) dargestellt.

4.2.1.1 Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit wurden gemeinschaftlich von allen für das Thema relevanten Akteuren auf Bundesebene entwickelt und konsentiert. Folgende Akteure waren beteiligt:

- Stimmberechtigte Mitglieder der NPK
- Beratende Mitglieder der NPK¹²⁵
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vertreten durch: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, Der Paritätische – Gesamtverband, Deutscher Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie Deutschland – Evangelischer Gesamtverband
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Robert Koch-Institut
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Deutscher Pflegerat
- Verbände der Pflegeeinrichtungen: Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Wissenschaftlicher Beirat des zweiten Präventionsberichts der NPK

Aus dem Zielfindungsprozess resultiert je Zielgruppe ein übergeordnetes Ziel, das anhand von zwei Teilzielen präzisiert wird (Tabelle 6, Tabelle 7, Tabelle 8). Neben der Formulierung der Ziele wurden im Rahmen des Zielfindungsprozesses auch beispielhafte Maßnahmen und Aktivitäten gelistet, die einen Beitrag zur Erreichung der Teilziele leisten können. Diese sollen den beteiligten Akteuren bei der Ausarbeitung spezifischer Ziele und bei der Identifizierung und Planung geeigneter Maßnahmen als Hilfestellung dienen. Die Beispielmaßnahmen und -aktivitäten sind in Tabelle 6, Tabelle 7 und Tabelle 8 unter dem jeweiligen Teilziel gelistet.

¹²⁴ Die spezifischen Ziele sollen von den Akteuren der jeweiligen Ebene ausgearbeitet werden.

¹²⁵ Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Vertretungen der Patientinnen und Patienten, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung als Vertreterin des Präventionsforums; für nähere Informationen siehe: www.npk-info.de/die-npk/mitglieder

Tabelle 6: Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Zielgruppe beruflich Pflegende)

Zielebene	Zielformulierung
Übergeordnetes Ziel	Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe (1) der beruflich Pflegenden (2) sind gestärkt.
Teilziel 1	<p>Gewährleistung wertschätzender Rahmenbedingungen für die berufliche Pflege einschließlich gesunder und sichererer Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - politische Initiativen und anderweitige Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs - niedrigschwellige Information, Beratung und Qualifizierung der Führungskräfte bzw. der mittleren und oberen Managementebene in Krankenhäusern, Pflege- und Reha-Einrichtungen und weiterer Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen und sicheren pflegerischen Arbeitsalltags - Vereinfachung der Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Krankenhäusern, Pflege- und Reha-Einrichtungen - Bereitstellung von (finanziellen bzw. personellen und zeitlichen) Ressourcen zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Krankenhäusern, Pflege- und Reha-Einrichtungen (z. B. auf Basis von Kennzahlen für den Stellenanteil zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention) - Umsetzung der im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) vereinbarten Maßnahmen, die Teilziel 1 unterstützen
Teilziel 2	<p>Stärkung der Gesundheitsressourcen beruflich Pflegenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (einschließlich der Ernährungskompetenz und der Fähigkeit zum Erkennen und Vermeiden von Unfallrisiken) und des Empowerments - Angebote der individuellen, verhaltensbezogenen Prävention - Verankerung des Themas Gesundheitsförderung und Prävention im beruflichen Pflegealltag in der Pflegeausbildung
Anmerkung:	<p>(1) Soziale Teilhabe bezeichnet die Einbezogenheit in eine Lebenssituation. Dies umfasst insbesondere den Zugang zu sowie die Möglichkeit zur Beteiligung und Mitbestimmung in allen für das Individuum relevanten Lebenswelten und gesellschaftlichen Bereichen, frei von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation. Leistungen zur Teilhabe im sozialrechtlichen Sinne durch die Träger der Rentenversicherung schließen Leistungen zur Prävention, medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge und ergänzende Leistungen ein. Ziel ist, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI).</p> <p>(2) Pflegekräfte in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern und in Reha-Einrichtungen.</p>

Tabelle 7: Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Zielgruppe pflegende Angehörige)

Zielebene	Zielformulierung
Übergeordnetes Ziel	Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe (1) der pflegenden Angehörigen (2) sind gestärkt.
Teilziel 1	<p>Gewährleistung von wertschätzenden, gesunden und sicheren Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege durch Angehörige.</p> <ul style="list-style-type: none"> - politische Initiativen und anderweitige Maßnahmen für eine größere Wertschätzung pflegender Angehöriger - Unterstützung der Ziele und Maßnahmen der nationalen Demenzstrategie - (betriebliche) Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und Pflege durch Angehörige - Anreize sowie Informationsangebote, um pflegende Angehörige bei der Vermeidung bzw. Reduzierung gesundheitlicher Belastungen, physischer und psychischer Beeinträchtigungen sowie von Unfallrisiken bei der Pflege zu unterstützen - Nutzung regionaler Gremien und niedrigschwelliger Zugangswege zu pflegenden Angehörigen (z. B. Gesundheits-/Pflegekonferenzen, Gesprächskreise, Fach- und Koordinierungsstellen, Pflege- und Demenznetzwerke, Selbsthilfegruppen/-organisationen/-kontaktstellen, Betroffenenorganisationen, Runde Tische, Netzwerk pflegeBegleitung, MDK, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, Pflegekurse), um pflegende Angehörige über Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Reduzierung gesundheitlicher Belastungen, physischer und psychischer Beeinträchtigungen sowie von Unfallrisiken bei der Pflege zu informieren und zu motivieren - Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Akteure der Pflegeberatungen) zur Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Vermeidung bzw. Reduzierung gesundheitlicher Belastungen, physischer und psychischer Beeinträchtigungen sowie von Unfallrisiken bei der häuslichen Pflege - Konkretisierung der Rolle von Hausärztinnen und -ärzten bei der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige (z. B. durch Anpassung der Verträge zur hausärztlichen Versorgung) - Bereitstellung von Ressourcen für die Arbeit von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren - Vernetzung aller relevanten Akteure aus den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege (z. B. unter Nutzung kommunaler Strukturen und Prozesse oder auch über die Anpassung von Verträgen) - Gewährleistung niedrigschwelliger, zentraler Anlaufstellen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Zielebene	Zielformulierung
Teilziel 2	<p>Stärkung der Gesundheitsressourcen pflegender Angehöriger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (einschließlich der Ernährungskompetenz und der Fähigkeit zum Erkennen und Vermeiden von Unfallrisiken) und des Empowerments - Angebote der individuellen, verhaltensbezogenen Prävention - Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe
Anmerkung:	<p>(1) Soziale Teilhabe bezeichnet die Einbezogenheit in eine Lebenssituation. Dies umfasst insbesondere den Zugang zu sowie die Möglichkeit zur Beteiligung und Mitbestimmung in allen für das Individuum relevanten Lebenswelten und gesellschaftlichen Bereichen, frei von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation. Leistungen zur Teilhabe im sozialrechtlichen Sinne durch die Träger der Rentenversicherung schließen Leistungen zur Prävention, medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge und ergänzende Leistungen ein. Ziel ist Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI).</p> <p>(2) Fokussiert Familienangehörige, Nachbarn, Freunde etc., die eine pflegebedürftige Person im häuslichen Umfeld pflegen; darüber hinaus auch Personen, deren Angehörige in der Kurzzeitpflege bzw. teil- oder vollstationär versorgt werden.</p>

Tabelle 8: Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Zielgruppe pflegebedürftige Menschen)

Zielebene	Zielformulierung
Übergeordnetes Ziel	Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe (1) der pflegebedürftigen Menschen (2) sind gestärkt.
Teilziel 1	<p>Für pflegebedürftige Menschen werden niedrigschwellige, aufeinander abgestimmte Hilfen und Leistungen erbracht sowie Maßnahmen initiiert, die ihre Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe fördern.</p> <ul style="list-style-type: none"> - politische Initiativen und anderweitige Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der pflegerischen Versorgung - niedrigschwellige Information, Beratung und Qualifizierung Verantwortlicher in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zur Integrierung von Gesundheitsförderung und Prävention in die Strukturen des Pflegealltags - weitere Etablierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen - niedrigschwellige Information und Beratung pflegender Angehörige zur Integrierung von Gesundheitsförderung und Prävention in die häusliche Pflege - Bereitstellung von Ressourcen für die Arbeit von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren - Vernetzung aller relevanten Akteure aus den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege (z. B. unter Nutzung kommunaler Strukturen und Prozesse) - Stärkung des Themas Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen in der Pflegeausbildung (unter anderem unter Beachtung der Notwendigkeit, dass bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen deren gesamtes soziales Umfeld zu berücksichtigen ist)

Zielebene	Zielformulierung
Teilziel 2	<p>Stärkung der Gesundheitsressourcen der pflegebedürftigen Menschen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (einschließlich der Ernährungskompetenz und der Fähigkeit zum Erkennen und Vermeiden von Unfallrisiken) und des Empowerments - Angebote der individuellen, verhaltensbezogenen Prävention - Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe
Anmerkung:	<p>(1) Soziale Teilhabe bezeichnet die Einbezogenheit in eine Lebenssituation. Dies umfasst insbesondere den Zugang zu sowie die Möglichkeit zur Beteiligung und Mitbestimmung in allen für das Individuum relevanten Lebenswelten und gesellschaftlichen Bereichen, frei von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation. Leistungen zur Teilhabe im sozialrechtlichen Sinne durch die Träger der Rentenversicherung schließen Leistungen zur Prävention, medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge und ergänzende Leistungen ein. Ziel ist Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI).</p> <p>(2) Personen, die aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen auf Hilfe bei Alltagsaktivitäten, bei der Gestaltung von Lebensbereichen und bei sozialer Teilhabe angewiesen sind.</p>

4.2.1.2 Ziele des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene

Auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.2.1.1) haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK gemeinschaftliche Ziele (Ziele, die durch gemeinsame Aktivitäten der stimmberechtigten Mitglieder der NPK erreicht werden sollen) und akteurspezifische Ziele (Ziele, die vorwiegend durch Aktivitäten eines einzelnen stimmberechtigten Mitglieds der NPK erreicht werden sollen) formuliert. Die gemeinschaftlichen Ziele der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für die Bundesebene lauten wie folgt:

- Die im Handlungsfeld relevanten Akteure auf Bundesebene sind mit ihren jeweiligen Aufgaben identifiziert und mit ihren jeweiligen Mitgliedsorganisationen zur aktiven Beteiligung am NPK-Vorhaben eingeladen.
 - Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind untereinander transparent gemacht.
 - Der Austausch zwischen den identifizierten Akteuren und deren Vernetzung sind gefördert.
 - Die Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind ergänzt und ausgeweitet.
- Entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Zuständigkeitsbereiche haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK akteurspezifische Ziele formuliert. Die **GKV** hat sich für den Zeitraum 2019 bis 2024 Ziele zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V gesetzt, an denen sie ihre Aktivitäten ausrichtet. Die folgenden akteurspezifischen Ziele der GKV knüpfen daran an und spezifizieren sie für den Bereich der Pflege:
- Die Zahl und der Anteil der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser, die in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende durchführen, sind erhöht.
 - Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser insbesondere mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht.
 - Die Zahl und der Anteil der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V mit den Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI verknüpfen, sind erhöht.
 - Die Zahl und der Anteil der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen in der Kommune zur Vorbeugung der Pflegebedürftigkeit sowie die damit erreichten Personen sind erhöht.
 - Erkenntnisse, die zur Weiterentwicklung des Themenfeldes der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige und/oder pflegebedürftige Menschen beitragen, wurden generiert, bewertet und wenn möglich verfügbar gemacht (z. B. durch Evaluationen, Modellvorhaben).

Die akteurspezifischen Ziele der sozialen Pflegeversicherung (**SPV**) betreffen insbesondere die Ausweitung und Qualitätssicherung spezifischer Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention gemäß SGB XI:

- Die Zahl und der Anteil der von den Pflegekassen mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung erreichten Pflegebedürftigen sind erhöht.
- Die Zahl und der Anteil der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die die Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI regelmäßig mit Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V verknüpfen, sind erhöht.
- Die Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI werden regelmäßig wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse wurden zur Weiterentwicklung der Grundlagen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genutzt.
- Der GKV-Spitzenverband hat über § 8 Abs. 3 SGB XI wissenschaftliche Vorhaben gefördert, um neues Wissen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege zu schaffen.
- Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde das Vorgehen zur Umsetzung der Präventionsempfehlungen untersucht um Ableitungen zu treffen, wie diese gestärkt werden können.

Die gesetzliche Unfallversicherung (**GU**) formuliert ein Ziel im Zusammenhang mit dem Aufbau des Online-Portals „Sicheres Altenheim“ (Arbeitstitel) und eines bezüglich individualpräventiver Leistungen für beruflich Pflegende:

- Ein Online-Portal „Sicheres Altenheim“ (Arbeitstitel) in einer zielgruppengerechten Ansprache und Nutzung für Pflegeeinrichtungen ist bis 2026 aufgebaut. Die einzelnen Arbeitsbereiche und Schwerpunktthemen werden im Zeitraum 2022 bis 2026 sukzessive eingerichtet, weiterentwickelt und aktualisiert. Darüber hinaus wird eine Verlinkung mit Portalen der Sozialleistungsträger und weiteren Akteuren im Sinne einer Verzahnung von Angeboten für die Zielgruppe geprüft und umgesetzt.
- Jeder und jedem anspruchsberechtigten Versicherten wird eine Maßnahme der sekundären Individualprävention zur Verhinderung oder Verhinderung

einer Verschlimmerung von berufsbedingten Rückenerkrankungen angeboten. Dafür sollen (insbesondere große) Mitgliedsbetriebe im Bereich der Pflege und Kliniken erreicht werden, die der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bisher keine oder nur wenige Verdachtsmeldungen der Berufskrankheit 2108¹²⁶ melden. Ziel ist eine Steigerung der Verdachtsmeldungen der Berufskrankheit 2108.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (**SVLFG**) formuliert Ziele zur Ausweitung bestehender Angebote für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige:

- Die SVLFG hat ihre Pilotaktivitäten im Projekt „Demenzverzögerer“ gemeinsam mit Kommunen ausgeweitet.
- Die SVLFG hat das Engagement von pflegenden Angehörigen besonders wertgeschätzt und sie bei ihrer anstrengenden Tätigkeit flächendeckend durch maßgeschneiderte Gesundheitsprogramme in Präsenz (Pflegeauszeit) unterstützt. Die SVLFG hat alle pflegenden Angehörigen turnusmäßig individuell über diese Angebote informiert.
- Entsprechend des Peer-Ansatzes hat die SVLFG die Vernetzung der pflegenden Angehörigen untereinander gestärkt und zur Förderung des Austauschs im belastenden Alltag beigetragen.

Die Ziele der **GRV** betreffen insbesondere die Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren:

- Durch Kooperationen mit den Koordinierungsstellen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde der Zugang zu Präventionsleistungen der GRV für beruflich Pflegende verbessert.
- Modellprojekte zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Prävention wurden durchgeführt.
- Die Präventionsleistungen der GRV wurden bei anderen Trägern bekannt gemacht und gemeinsame Schulungen zu den jeweiligen Angeboten durchgeführt.

Im Rahmen der akteurspezifischen Ziele des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. (**PKV**) wird insbesondere die Weiterentwicklung von Leistungen gemäß

¹²⁶ Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung.

§ 5 SGB XI (Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation) fokussiert:

- Das PKV-Engagement im Bereich der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, zur Gesundheitsförderung und Prävention in weiteren für die drei Zielgruppen des Vorhabens relevanten Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist ausgebaut.
- Die Leistungen nach § 5 SGB XI und § 20a SGB V werden regelmäßig wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse wurden zur Weiterentwicklung der Grundlagen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen und für die zielgruppenrelevanten Lebenswelten genutzt.
- Der Schwerpunkt Gesundheit und Klima ist als Querschnittsthema in die Leistungen nach § 5 SGB XI und § 20a SGB V integriert. Die Ansätze fließen in die Weiterentwicklung der NPK-Aktivitäten zum Thema Gesundheit und Klima ein.
- Digitale Infrastrukturen und Angebote, z. B. die Nutzung digitaler Arbeits-, Vernetzungs- und Lernräume, digitaler Tools zur Teilhabe pflegebedürftiger Menschen oder die Verknüpfung mit digitalen Dokumentationssystemen, sind in die Leistungen nach § 5 SGB XI und § 20a SGB V integriert. Evaluierte digitale Methoden, Ansätze und Infrastrukturen, die in diesem Zusammenhang entstehen, sind für Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zugänglich.
- Die Leistungen nach § 5 SGB XI und § 20a SGB V der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen bieten Schnittstellen zu Ansätzen der Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe von Beschäftigten in der Pflege, die durch die Sozialversicherungsträger erbracht werden. Die Zusammenarbeit hinsichtlich der Verzahnung der Leistungen ist ausgeweitet.
- Die Leistungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 5 SGB XI und § 20a SGB V, zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zur Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI sind hinsichtlich gegenseitiger Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten geprüft.

4.2.2 ROLLE UND AUFGABEN DER NPK

In der Vorhabensbeschreibung haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder das Rollenverständnis, Zuständigkeiten und damit verbundene Aufgaben relevanter Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene im Kontext des NPK-Vorhabens skizziert. Ihre Rolle haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder aufbauend darauf sowie auf den eigens definierten Zielen des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene (vgl. Abschnitt 4.2.1.2) anhand von Aufgabenstellungen konkretisiert.

Die Rolle der im Handlungsfeld relevanten Akteure der **Bundesebene** besteht zum einen darin, die Rahmenbedingungen einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu gestalten. Dazu gehören insbesondere die Anpassung und Entwicklung von Regelungen und Rechtsnormen, die Vernetzung aller relevanten Akteure auf Bundesebene sowie die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit. Zum anderen wird die Rolle der Akteure auf Bundesebene dadurch bestimmt, dass sie Aktivitäten im Sinne der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.2.1.1) auf der Landesebene anregen und unterstützen. Die Koordination des Engagements auf Bundesebene obliegt den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern.

Folgende Aufgabenstellungen konkretisieren die Rolle der stimmberechtigten NPK-Mitglieder im NPK-Vorhaben:

- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen auf die Zielgruppen und ihre Bedarfe aufmerksam. Dazu sensibilisieren sie insbesondere ihre Mitgliedsorganisationen, die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen das Vorhaben bekannt und informieren zum aktuellen Stand des Vorhabens.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK begleiten das Vorhaben und entwickeln es bei Bedarf weiter.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK unterstützen die Vernetzung und den Austausch in den entsprechenden Handlungsfeldern.
- Die stimmberechtigten Mitglieder unterstützen bei der Qualitätssicherung von Aktivitäten und Vorgehensweisen im Rahmen des Vorhabens.

Auf der **Landesebene** erfolgt über die Gremien der LRV die Konkretisierung der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und die daran anknüpfende Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit. Daran

anknüpfend sollten die Gremien der LRV Eckpunkte für ein gemeinsames Vorgehen und damit verbundene Aktivitäten vereinbaren, die zur Zielerreichung beitragen und die Umsetzung des Vorhabens auf kommunaler Ebene unterstützen. In die entsprechenden Prozesse sollten die kommunalen Akteure und - sofern vorhanden - ihre Landesorganisationen eingebunden werden. Die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit gehört ebenso zum Aufgabenbereich auf der Landesebene.

Auf der **kommunalen Ebene**, sollten Angebote in den Lebenswelten (z. B. Kommunen, Pflegeeinrichtungen) partizipativ (weiter-)entwickelt werden. Die Zielformulierungen auf Bundes- sowie Landesebene dienen dabei als Grundlage. Bei Bedarf können kommunale Ziele formuliert werden, um Schwerpunkte - z. B. in bestimmten Lebenswelten - zu setzen und Verbindlichkeiten zu fördern. Um Angebote bedarfsgerecht und entsprechend der Ziele auszurichten sowie eine politikfeld- und gesetzbuchübergreifende Zusammenarbeit zu stärken, sollten sie in kommunale Gesamtkonzepte eingebettet sein. Eine Koordination auf der Ebene der kommunalen Verantwortungsträger ermöglicht die Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und damit ein passgenaues Angebot.

4.2.3 MASSNAHMEN UND AKTIVITÄTEN DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER

Basierend auf den Zielen der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.2.1.1), den Zielen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für die Bundesebene (vgl. Abschnitt 4.2.1.2) und der Rolle der stimmberechtigten NPK-Mitglieder (Abschnitt 4.2.2) haben die stimmberechtigten Mitglieder in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege Aktivitäten festgelegt, mit denen ein Beitrag zur Erreichung der Ziele geleistet werden soll. Diese werden in der Folge dargestellt.

Aktivierung und Partizipation: Um die Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder und weitere Akteure, darunter die beratenden Mitglieder der NPK sowie weitere im Handlungsfeld relevante Akteure partizipativ in das Vorhaben einzubinden, zu informieren, zu aktivieren und bei der Umsetzung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu unterstützen, soll

eine Reihe von Workshops durchgeführt werden. Diese Workshops sind als Arbeits- und Austauschstruktur auf Bundesebene zu verstehen.

Im Verlauf des Vorhabens sollen die Workshops dazu dienen, über den Stand des Vorhabens zu berichten, die Beiträge und Aktivitäten - vor allem Beispiele guter Praxis -, insbesondere der beratenden Mitglieder der NPK, untereinander transparent zu machen, sich über die Ziele und deren Konkretisierung auszutauschen sowie ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen und zu koordinieren. So soll im Rahmen der Workshops unter anderem diskutiert werden, wie Akteure der Bundesebene Akteure der Landesebene bei der Umsetzung des Vorhabens unterstützen können. Zur Aktivierung der Teilnehmenden soll im Rahmen der Workshops dazu aufgerufen werden, sich mit Unterstützungsbeiträgen am NPK-Vorhaben zu beteiligen.

Ergänzend zu den Workshops auf Bundesebene sollen entsprechende Veranstaltungen durchgeführt werden, die die Umsetzung des Vorhabens insbesondere auf der Landesebene unterstützen. Solche Workshops können dazu dienen, einen länderübergreifenden Austausch bezüglich geplanter sowie durchgeführter Aktivitäten für die Zielgruppen zu fördern und somit zur Aktivierung, Vernetzung und Qualitätsentwicklung beizutragen.

Bestandsaufnahme und Aktivierung: Die Einladung, Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben einzureichen, soll relevante Akteure für das NPK-Vorhaben aktivieren und diesen die Möglichkeit geben, sich mit konkreten Maßnahmen an der gemeinsamen Aufgabe zur Erreichung der Ziele zu beteiligen.¹²⁷ Die Gesamtheit der eingereichten Unterstützungsbeiträge soll einen groben Überblick über bestehende bzw. geplante Aktivitäten und Angebote im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben. Des Weiteren sollen sie genutzt werden, um Einblicke in die Praxis zu erhalten sowie Beispiele guter Praxis, Synergien und Bedarfe zu identifizieren. Diese Informationen können dabei helfen, das weitere Vorgehen auf Bundesebene zu planen. Mithilfe der Unterstützungsbeiträge können auch Erfahrungen sowie Wissen über bereits etablierte Prozesse zur Initiierung und Verstetigung von Kooperationen in einzelnen Bundesländern zugänglich gemacht werden. Es ist geplant, die Unterstützungsbeiträge den Akteuren auf

¹²⁷ Die Einladung richtete sich an die beratenden Mitglieder der NPK und deren Untergliederungen oder Mitgliedsorganisationen sowie die in Abschnitt 4.2.1.1 genannten Akteure, ergänzt um die Kultusministerkonferenz. Sie wurden darum gebeten, die Einladung an relevante Akteure im Handlungsfeld weiterzuleiten.

Landesebene zur Verfügung zu stellen und die Veröffentlichung ausgewählter und aufbereiteter Beiträge auf der Internetseite der NPK zu prüfen.

Bedarfsanalyse: Im Sinne des systematischen Prozesses (vgl. BRE) bzw. des „Public Health Action Cycles“ (Hartung & Rosenbrock, 2011) werden die Bedarfe der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege (beruflich Pflegenden, pflegende Angehörige, pflegebedürftige Menschen) analysiert. Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK beauftragen Akteure mit entsprechender wissenschaftlicher Expertise, Berichte zur gesundheitlichen Lage sowie den Präventionsbedarfen und -potenzialen der Zielgruppen zu erstellen. Auf Grundlage der Analyseergebnisse können Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen des Vorhabens bedarfsgerecht geplant werden.

Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK: Der Internetauftritt der NPK soll zur kommunikativen Begleitung des NPK-Vorhabens genutzt werden. Dazu sollen entsprechende Themenseiten mit Informationen zum Vorgehen, zu Bedarfen der Zielgruppen sowie zu Handlungsansätzen und -empfehlungen erstellt und bei Bedarf weiterentwickelt werden.

Wissen zur Wirksamkeit von Interventionen verfügbar machen: Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen Wissen zur Wirksamkeit und zum Nutzen von lebensweltbezogenen Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppen des NPK-Vorhabens verfügbar.

Kontinuierliche Begleitung des Vorhabens und Kommunikation: Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK begleiten und koordinieren die Aktivitäten und das Vorgehen im Vorhaben. Dazu stehen sie im regelmäßigen Austausch untereinander, mit ihren Mitgliedsorganisationen, den beratenden Mitgliedern der NPK sowie weiteren relevanten Akteuren. Sie ermitteln und kommunizieren Bedarfe der Zielgruppen, machen Angebote und Maßnahmen transparent und fordern verantwortliche Akteure auf, sich entsprechend ihrer Zuständigkeiten zu beteiligen. Darüber hinaus vermitteln und regen sie Kooperationen an. Hierfür nutzen die stimmberechtigten Mitglieder der NPK die ihnen zur Verfügung stehenden, formellen und informellen politischen Zugangswege.

Bericht und Evaluation: Im Rahmen der Präventionsberichte der NPK soll über den Stand der Umsetzung des NPK-Vorhabens berichtet werden. Zudem soll ein Kon-

zept zur Evaluation des NPK-Vorhabens erstellt werden. Die Evaluationsergebnisse sollen im dritten NPK-Präventionsbericht 2027 dargestellt werden.

Neben Aktivitäten und Maßnahmen, die die stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemeinschaftlich durchführen, bringen sich die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder mit folgenden Aktivitäten und Maßnahmen ein, die sich aus ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen und Tätigkeitsfeldern ergeben.

Maßnahmen und Aktivitäten der GKV:

- Schaffung bzw. Ausweitung von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern nach § 20b SGB V, die auf beruflich Pflegenden ausgerichtet sind; jährliches Reporting der Ausgaben und Aktivitäten im gemeinsamen Präventionsbericht vom Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) und GKV-Spitzenverband
- Intensivierung beratender und vernetzender Aktivitäten der BGF-Koordinierungsstellen zum Aufbau einer betrieblichen Gesundheitsförderung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern nach § 20b Abs. 3 SGB V; jährliches Reporting der Ausgaben und Aktivitäten im gemeinsamen Präventionsbericht von MD Bund und GKV-Spitzenverband
- Intensivierung von primärpräventiven Angeboten nach § 20a SGB V für die Zielgruppe der älteren Menschen in der Kommune zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit
- Förderung von Modellprojekten für beruflich Pflegenden, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen nach § 20g SGB V
- Unterstützung des NPK-Vorhabens durch Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch die Berücksichtigung des NPK-Vorhabens in Austauschformaten, Veranstaltungen und Projekten mit Mitgliedsorganisationen sowie geeigneten GKV-Medien

Maßnahmen und Aktivitäten der SPV:

- Die Aktivitäten nach § 5 SGB XI werden für die Zielgruppe pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ausgeweitet, sodass die Pflegekassen die gesetzlich vorgeschriebenen Ausgabenwerte nach § 5 Abs. 2 SGB XI erreichen. Über die Aktivitäten wird im GKV-Präventionsbericht berichtet.
- Die Aktivitäten zur Verknüpfung der Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI mit Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförde-

rung nach § 20b SGB V werden ausgeweitet und im GKV-Präventionsbericht berichtet. Im Rahmen der Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen wird dieser Schwerpunkt bei den Erhebungen ebenfalls berücksichtigt.

- Die Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI werden 2021/2022 wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden zur Weiterentwicklung der Grundlagen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genutzt; der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI im Jahr 2023 entsprechend aktualisiert.
- Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht die Ergebnisse der über § 8 Abs. 3 SGB XI geförderten wissenschaftlichen Projekte mit Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention auf seiner Internetseite.
- Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht die im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die Ergebnisse auch mit Blick auf die Umsetzung der Präventionsempfehlungen auf seiner Internetseite.

Maßnahmen und Aktivitäten der **GUV**:

- Förderung des Themas „Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege“ innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung unter anderem durch Sensibilisierung der Unfallversicherungsträger für das Thema, Förderung von unfallkassenübergreifenden Aktivitäten sowie Förderung der Lotsenfunktion von Berufsgenossenschaften hin zu Angeboten der Unfallkassen für die Zielgruppe (beschäftigte) pflegende Angehörige.
- Verankerung des Themas „Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege“ in Konzepten/Leitfäden der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Beratung im Präventionsfeld Gesundheit bei der Arbeit. Entsprechende Schriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) werden geprüft und dahingehend angepasst.

Maßnahmen und Aktivitäten der **SVLFG**:

- Die SVLFG weitet ihre Pilotaktivitäten im Projekt „Demenzverzögerer“ gemeinsam mit Kommunen aus.
- Die SVLFG wertschätzt das Engagement pflegender Angehöriger und unterstützt sie bei ihrer anstrengenden Tätigkeit durch flächendeckende, maßgeschneiderte Gesundheitsprogramme in Präsenz (Pflegeauszeit). Über dieses Angebot wird die

SVLFG alle pflegenden Angehörigen turnusmäßig individuell informieren.

- Entsprechend des Peer-Ansatzes stärkt die SVLFG die Vernetzung der pflegenden Angehörigen untereinander und fördert den gegenseitigen Austausch im belastenden Alltag.

Maßnahmen und Aktivitäten der **GRV**:

- Leistungen zur Prävention der GRV nach § 14 SGB VI mittels RV Fit steigern
- Information, Kommunikation, Vernetzung, Mainstreaming, Öffentlichkeitsarbeit des NPK-Vorhabens für die jeweilige Zielgruppe
- Modellprojekte zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Prävention weiterführen
- Information und Austausch bzgl. der Präventionsleistungen der GRV mit anderen Trägern sowie gemeinsame Schulungen zu den jeweiligen Angeboten

Maßnahmen und Aktivitäten der **PKV**:

- Aktivitäten nach § 5 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen
- Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige mit Anschlussfähigkeit zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- Integration von Digitalisierung und Klimagesundheit als Querschnittsthemen in Aktivitäten nach § 5 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen
- Vernetzung von Leistungen des SGB XI hinsichtlich gesundheitsfördernder und präventiver Potenziale
- Die Leistungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung nach § 5 SGB XI werden fortlaufend evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluationen werden zur Weiterentwicklung der Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen genutzt und der Weiterentwicklung von Grundlagen und Rahmenbedingungen wie dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI zur Verfügung gestellt.
- Kooperation und Kollaboration mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. NPK-Mitgliedern) bei Aktivitäten für das Setting der ambulanten und stationären Pflege. Dies gilt auch für die Verknüpfung von Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen nach § 5 SGB XI.
- Information und Kommunikation des NPK-Vorhabens in geeigneten Medien, Schriften und Veranstaltungen des PKV-Verbands

4.2.4 ZWISCHENERGEBNISSE DES NPK-VORHABENS ZUM THEMA PFLEGE

In diesem Abschnitt werden Zwischenergebnisse des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege dargestellt. Dabei handelt es sich um die Outputs¹²⁸ der Aktivitäten, die die stimmberechtigten Mitglieder der NPK seit dem Beginn des Vorhabens 2021 durchgeführt haben.

Als zentraler Output ist die weiterentwickelte Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege zu betrachten (vgl. Abschnitt 4.2.1-4.2.3). Mit dieser wurde der konzeptionelle Rahmen für das Vorhaben gesetzt, an dem sich alle weiteren Aktivitäten ausrichten können. Weitere Outputs resultieren aus der Umsetzung der Aktivitäten, die gemäß der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege einen Beitrag zur Erreichung der Ziele des Vorhabens leisten sollen (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Zur Aktivierung und Partizipation der Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder und weiterer Akteure, darunter die beratenden Mitglieder der NPK sowie weitere im Handlungsfeld relevante Akteure, wurden seit April 2021 fünf Workshops zum Thema Pflege durchgeführt. Im April 2021 wurden drei Workshops durchgeführt, jeweils einer zu jeder der drei Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege (berufliche Pflegenden, pflegende Angehörige, pflegebedürftige Menschen). Wesentliche Inhalte dieser Workshops waren die Diskussion und Abstimmung gemeinsamer Ziele im Rahmen des NPK-Vorhabens sowie der Aufruf zum Einbringen von Unterstützungsbeiträgen und damit verbundener Ziele einschließlich der Diskussion dieses Handlungsansatzes. Im Rahmen des vierten Workshops im Oktober 2021 fand eine zielgruppenübergreifende Auseinandersetzung mit den bislang eingereichten Unterstützungsbeiträgen, den Empfehlungen des Präventionsforums 2021 (vgl. Abschnitt 4.1.4.3) sowie den Möglichkeiten der Bundesebene zur Unterstützung der Landesebene bei der Umsetzung des NPK-Vorhabens statt. Im Rahmen des fünften Workshops im Oktober 2022, an dem neben den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern weitere relevante Akteure auf Bundesebene teilnahmen, stand die ausführliche Präsentation der weiterentwickelten Ziele und Aktivitäten sowie einzelner Unterstützungsbeiträge mit Fokus auf zugrunde liegende Kooperationsstrukturen durch die jeweiligen Projektdurchführenden im Vordergrund.

Im Rahmen der Workshops wurde die Einbindung von 18 Institutionen aus der Gruppe der beratenden Mitglieder in das NPK-Vorhaben zum Thema Pflege realisiert.¹²⁹ Darunter z. B. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, der Deutsche Landkreistag und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen e. V. Aus der Gruppe der für das Handlungsfeld Pflege relevanten Akteure (keine Mitglieder der NPK) konnte die Einbindung von 17 Institutionen realisiert werden. Darunter z. B. der Deutsche Pflegerat e. V., der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD e. V. und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Hochschulen.

Infolge des Aufrufs zum Einreichen von Unterstützungsbeiträgen für das NPK-Vorhaben wurden bis zum 03.01.2022 50 Unterstützungsbeiträge für den Bereich berufliche Pflege, 26 für den Bereich informelle Pflege (Zielgruppe pflegende Angehörige) sowie 50 für den Bereich pflegebedürftige Menschen eingereicht. Für alle drei Bereiche ist zu berichten, dass die Unterstützungsbeiträge größtenteils von Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder eingereicht wurden (38 von 50 Unterstützungsbeiträgen im Bereich berufliche Pflege, 21 von 26 im Bereich informelle Pflege, 34 von 50 im Bereich pflegebedürftige Menschen). Die übrigen Unterstützungsbeiträge wurden von Bundes- und Landesministerien (21 Unterstützungsbeiträge), weiteren für die Handlungsfelder relevanten Akteuren (10 Unterstützungsbeiträge) sowie von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern selbst (2 Unterstützungsbeiträge) eingereicht. Die Gesamtheit der eingereichten Unterstützungsbeiträge wurde unter anderem hinsichtlich des Präventionsansatzes (Verhältnis- und/oder Verhaltensprävention), der Reichweite oder des Handlungsansatzes (z. B. Organisationsentwicklung, Beratung) analysiert (Anhang 3). Die Analyseergebnisse wurden im Rahmen der Workshops vorgestellt und somit für die fortlaufende Erarbeitung von Zielen und Aktivitäten des NPK-Vorhabens nutzbar gemacht.

Um den Bedarf der Zielgruppen zu analysieren, wurden drei Berichte zur Charakterisierung der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege erstellt (jeweils ein Bericht für jede Zielgruppe; vgl. Anhang 1.1 bis 1.3). Diese umfassen jeweils die Definition der Zielgruppe, Einfluss-

¹²⁸ Durch die Aktivitäten der Programmdurchführenden erzeugte Resultate wie (zählbare) Leistungen/Produkte oder Teilnahme-/Nutzungsmengen Bartsch et al. (2016).

¹²⁹ Gezählt wurden Institutionen, die an mindestens einem der fünf Workshops teilgenommen haben.

faktoren auf die Gesundheit der Zielgruppe, die gesundheitliche Lage der Zielgruppe sowie Präventionsbedarfe und -potenziale der Zielgruppe.

Entsprechend der vorgesehenen Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK wurde das Verzeichnis der Unterstützungsleistungen der stimmberechtigten Mitglieder der NPK für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser (einschließlich Reha-Einrichtungen und im Pflegebereich tätige Personaldienstleister) zur Gesundheitsförderung und Prävention zu einem benutzerfreundlichen Filtermodul weiterentwickelt.¹³⁰

Ein weiterer Output ist der in Abschnitt 4.4 dargelegte Entwurf für ein Evaluationskonzept. Der Entwurf beinhaltet unter anderem einen Ansatz zur systematischen Erfassung des Evaluationsgegenstands (Programmtheorie) und beschreibt wesentliche Anforderungen zur Durchführung der Evaluation (Ableitung von Indikatoren, geeignete Methode etc.).

4.3 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT ZUM THEMA PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT

In diesem Kapitel wird über den Stand der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zum Thema Psychische Gesundheit berichtet. Das beinhaltet zum einen die Darstellung der festgelegten Ziele und der vorgesehenen Aktivitäten entsprechend der Vorhabensbeschreibung (Abschnitt 4.1.6). Zum anderen die Darstellung von Zwischenergebnissen des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit (betrifft bereits umgesetzte Aktivitäten gemäß Vorhabensbeschreibung sowie unmittelbare Resultate dieser Aktivitäten).

4.3.1 ZIELE

Für die Umsetzung des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit wurden Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-) belasteten Familien auf unterschiedlichen Ebenen formuliert. Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Abschnitt 4.3.1.1) geben den Rahmen für das NPK-Vorhaben und stellen den Ausgangspunkt für die Ausarbeitung spezifischer Ziele auf den Ebenen Bund, Länder und Kommunen dar.¹³¹ Im Rahmen des zweiten NPK-Präventionsberichts werden die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit und die Ziele der stimmberechtigten Mitglieder der NPK für das NPK-Vorhaben auf Bundesebene (Abschnitt 4.3.1.2) dargestellt.

4.3.1.1 Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit wurden gemeinschaftlich von allen für das Thema relevanten Akteuren auf Bundesebene entwickelt und konsentiert. Folgende Akteure waren beteiligt:

- Stimmberechtigte Mitglieder der NPK
- Beratende Mitglieder der NPK¹³²
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, vertreten durch: Der Paritätische - Gesamt-

¹³⁰ www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege

¹³¹ Die spezifischen Ziele sollen von den Akteuren der jeweiligen Ebene ausgearbeitet werden.

¹³² Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Vertretungen der Patientinnen und Patienten, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung als Vertreterin des Präventionsforums; für nähere Informationen siehe: www.npk-info.de/die-npk/mitglieder

<ul style="list-style-type: none"> verband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie Deutschland - Evangelischer Gesamtverband - Jugend- und Familienministerkonferenz - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Robert Koch-Institut - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen - Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe - Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern - Bundesverband der Familienzentren - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 	<p>Aus dem Zielfindungsprozess resultierte ein übergeordnetes Ziel, das anhand von zwei Teilzielen präzisiert wird (Tabelle 9). Analog zum NPK-Vorhaben Pflege wurden im Rahmen des Zielfindungsprozesses neben der Formulierung der Ziele auch beispielhafte Maßnahmen und Aktivitäten gelistet, die einen Beitrag zur Erreichung der Teilziele leisten können. Diese sollen den beteiligten Akteuren bei der Ausarbeitung von spezifischen Zielen und bei der Identifizierung und Planung geeigneter Maßnahmen als Hilfestellung dienen. Die Beispielmaßnahmen und -aktivitäten sind in Tabelle 9 unter dem jeweiligen Teilziel gelistet.</p>
---	---

Tabelle 9: Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien)

Zielebene	Zielformulierung
Übergeordnetes Ziel	Kinder und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien sind in ihrer Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe (1) gestärkt.
Teilziel 1	<p>Für Kinder und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien werden niedrigschwellige, aufeinander abgestimmte Hilfen und Leistungen erbracht sowie Maßnahmen initiiert, die ihre Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe fördern.</p> <ul style="list-style-type: none"> - politische Initiativen/Verbesserung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene und anderweitige Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen (z. B. durch Umsetzung der Aufforderung des Deutschen Bundestages von Juni 2017 zum Starten entsprechender Aufklärungsmaßnahmen (vgl. BT-Drs. 18/12780), Umsetzung der Empfehlungen der AG KpkE oder durch Umsetzung entsprechender Maßnahmen im Rahmen der Offensive Psychische Gesundheit¹³³) - landesspezifische Vereinbarungen zu multiprofessionellen und rechtskreisübergreifenden Hilfesystemen für psychisch (einschließlich sucht-) belastete Familien - Rahmenvereinbarungen auf Länderebene, die sicherstellen, dass die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-) belasteten Familien als Gesundheitsziel für jedes einzelne Bundesland definiert wird - kommunale Gesamtkonzepte (z. B. Präventionsketten) im Sinne der Empfehlung 18 der AG KpkE¹³⁴ - Maßnahmen zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen

133 vgl. www.inqa.de/DE/wissen/gesundheit/offensive-psychische-gesundheit/uebersicht.html

134 vgl. www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/

Zielebene	Zielformulierung
Teilziel 1	<ul style="list-style-type: none"> - universelle (nichtstigmatisierende) Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Elternkompetenz in kommunalen Lebenswelten (z. B. Kindertageseinrichtungen und Schulen) und anderen kommunalen Einrichtungen (z. B. Familienzentren, Nachbarschaftsheime, Selbsthilfekontaktstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen bzw. Einrichtungen für Alleinerziehende) unter Berücksichtigung der speziellen Bedarfe und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien, einschließlich der Vermittlungsfunktion an weiterführende Angebote - spezifische (nichtstigmatisierende) Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien in kommunalen Lebenswelten bzw. kommunalen Einrichtungen
Teilziel 2	<p>Die Gesundheitsressourcen der Kinder und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien werden gestärkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (einschließlich der Ernährungskompetenz und der Fähigkeit zum Erkennen und Vermeiden von Unfallrisiken) und des Empowerments - Maßnahmen zur Förderung der Bildungsgerechtigkeit - Maßnahmen zur Frühprävention, insbesondere familienorientierte Maßnahmen - Maßnahmen zur Prävention von Folgen für die psychische Gesundheit im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, insbesondere digitale Angebote - Maßnahmen zur Förderung einer altersgerechten gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen - Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention - Angebote zur Förderung der (sozialen) Teilhabe
Anmerkung:	<p>(1) Soziale Teilhabe bezeichnet die Einbezogenheit in eine Lebenssituation. Dies umfasst insbesondere den Zugang zu sowie die Möglichkeit zur Beteiligung und Mitbestimmung in allen für das Individuum relevanten Lebenswelten und gesellschaftlichen Bereichen, frei von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation. Leistungen zur Teilhabe im sozialrechtlichen Sinne durch die Träger der Rentenversicherung schließen Leistungen zur Prävention, medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge und ergänzende Leistungen ein. Ziel ist Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI).</p>

4.3.1.2 Ziele des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene

Auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.3.1.1) haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK analog zum Thema Pflege gemeinschaftliche Ziele (Ziele, die durch gemeinsame Aktivitäten der stimmberechtigten Mitglieder der NPK erreicht werden sollen) und akteursspezifische Ziele (Ziele, die vorwiegend durch Aktivitäten eines einzelnen stimmberechtigten Mitglieds der NPK erreicht werden sollen) formuliert.

Die gemeinschaftlichen Ziele der stimmberechtigten NPK-Mitglieder lauten wie folgt:

- Die im Handlungsfeld relevanten Akteure auf Bundesebene sind mit ihren jeweiligen Aufgaben identifiziert und mit ihren jeweiligen Mitgliedsorganisationen zur aktiven Beteiligung am NPK-Vorhaben eingeladen.
- Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind untereinander transparent gemacht.
- Der Austausch zwischen den identifizierten Akteuren und deren Vernetzung sind gefördert.
- Die Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind ergänzt und ausgeweitet.

Entsprechend den gesetzlich vorgeschriebenen Zuständigkeitsbereichen haben die GKV, die SVLFG sowie die PKV akteursspezifische Ziele formuliert.

Die akteursspezifischen Ziele der **GKV** beziehen sich auf die Implementierung von Steuerungsgremien sowie auf die Verbreitung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Angeboten für die Zielgruppe:

- Die Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben, ist erhöht.
- Die Zahl und der Anteil der von Krankenkassen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen
 - in sozialen Brennpunkten/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf,
 - in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit dem kommunalen Steuerungsgremium bei Planung und Umsetzung,
 - mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in die Maßnahmenplanung und -gestaltung,
 - mit kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung sind erhöht.
- Die Zahl und der Anteil der auf Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten sowie der damit erreichten Personen sind erhöht.

Auch die akteursspezifischen Ziele der **SVLFG** beziehen sich auf die bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Angeboten für die Zielgruppe:

- Trägerübergreifende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere ernährungspräventive Maßnahmen) wurden fokussiert in Kindertageseinrichtungen implementiert, die sich im sozial schwachen Umfeld befinden.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krisenhotline der SVLFG wurden für die Zielgruppe sensibilisiert und bieten einen niederschweligen Anlaufpunkt insbesondere für Familienangehörige aus der Zielgruppe.

Die akteursspezifischen Ziele der **PKV** thematisieren die Erhöhung der Anzahl von für die Zielgruppe relevanten Angeboten:

- Die Anzahl der Angebote im Sinne des § 20a SGB V in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Familienzentren und weiteren familiennahen Beratungseinrichtungen sowie in Anlauf- und Beratungsstellen der Resozialisierung ist bis 2025 erhöht.
- Die Anzahl der Angebote für Kinder aus suchtbelasteten und psychisch belasteten Familien im Sinne des § 20a SGB V im Handlungsfeld Suchtprävention ist bis 2025 erhöht.

Die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure auf Bundesebene sind eingeladen, konkretisierende Ziele auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu entwickeln. Diesbezüglich bietet sich die Berücksichtigung des NPK-Handlungsrahmens zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext (NPK, 2023) an.

4.3.2 ROLLE UND AUFGABEN DER NPK

In der Vorhabensbeschreibung haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder das Rollenverständnis, Zuständigkeiten und damit verbundene Aufgaben relevanter Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene im Kontext des NPK-Vorhabens skizziert. Ihre Rolle haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder aufbauend darauf sowie auf den eigens definierten Zielen des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene anhand von Aufgabenstellungen konkretisiert.

Die Rolle der im Handlungsfeld relevanten Akteure der **Bundesebene** besteht zum einen darin, die Rahmenbedingungen einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu gestalten. Dazu gehören insbesondere die Anpassung und Entwicklung von Regelungen und Rechtsnormen, die Vernetzung aller relevanten Akteure auf Bundesebene sowie die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit. Zum anderen wird die Rolle der Akteure auf Bundesebene dadurch bestimmt, dass sie Aktivitäten im Sinne der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 4.3.1.1) auf der Landesebene anregen und unterstützen. Die Koordination des Engagements auf Bundesebene obliegt den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern.

Folgende Aufgabenstellungen konkretisieren die Rolle der stimmberechtigten NPK-Mitglieder im NPK-Vorhaben:

- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen auf die Zielgruppe und ihre Bedarfe aufmerksam. Dazu sensibilisieren sie insbesondere ihre Mitgliedsorganisationen, die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen das Vorhaben bekannt und informieren zum aktuellen Stand des Vorhabens.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK begleiten das Vorhaben und entwickeln es bei Bedarf weiter.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK unterstützen die Vernetzung und den Austausch im Handlungsfeld.
- Die stimmberechtigten Mitglieder unterstützen bei der Qualitätssicherung von Aktivitäten und Vorgehensweisen im Rahmen des Vorhabens.

Auf der **Landesebene** erfolgt über die Gremien der LRV die Konkretisierung der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und die darauf aufbauende Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit. Daran anknüpfend sollten die Gremien der LRV Eckpunkte für ein gemeinsames Vorgehen und damit verbundene Aktivitäten vereinbaren, die zur Zielerreichung beitragen und die Umsetzung des Vorhabens auf kommunaler Ebene unterstützen. In die entsprechenden Prozesse sollten kommunale Akteure und - sofern vorhanden - ihre Landesorganisationen eingebunden werden. Die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit gehört ebenso zum Aufgabenbereich auf der Landesebene.

Auf der **kommunalen Ebene** erfolgt die Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit vor Ort. Das umfasst insbesondere familienorientierte Angebote in den Lebenswelten, die entlang der vorherrschenden Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen partizipativ (weiter)entwickelt werden sollten. Die Zielformulierungen auf Bundes- sowie Landesebene dienen dabei als Grundlage. Bei Bedarf können kommunale Ziele formuliert werden, um Schwerpunkte - z. B. in bestimmten Lebenswelten - zu setzen und Verbindlichkeiten zu fördern. Um Angebote bedarfsgerecht und entsprechend den Zielen auszurichten sowie eine politikfeld- und gesetzbuchübergreifende Zusammenarbeit zu stärken, sollten sie in kommunale Gesamtkonzepte eingebettet sein. Eine Koordination auf der Ebene der kommunalen

Verantwortungsträger ermöglicht die Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und damit ein passgenaues Angebot.

4.3.3 MASSNAHMEN UND AKTIVITÄTEN DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER

Basierend auf den Zielen der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Abschnitt 4.3.1.1), den Zielen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für die Bundesebene (Abschnitt 4.3.1.2) und der Rolle der stimmberechtigten NPK-Mitglieder (Abschnitt 4.3.2) haben die stimmberechtigten Mitglieder in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit Aktivitäten festgelegt, mit denen ein Beitrag zu Erreichung der Ziele geleistet werden soll. Die Aktivitäten werden nachfolgend dargestellt.

Aktivierung und Partizipation: Um die Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder und weitere Akteure, darunter die beratenden Mitglieder der NPK sowie weitere im Handlungsfeld relevante Akteure partizipativ in das Vorhaben einzubinden, zu informieren, zu aktivieren und bei der Umsetzung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu unterstützen, soll eine Reihe von Workshops durchgeführt werden. Diese Workshops sind als Arbeits- und Austauschstruktur auf Bundesebene zu verstehen.

Im Verlauf des Vorhabens sollen die Workshops dazu dienen, über den Stand des Vorhabens zu berichten, die Beiträge und Aktivitäten - vor allem Beispiele guter Praxis -, insbesondere der beratenden Mitglieder der NPK, untereinander transparent zu machen, sich über die Ziele und deren Konkretisierung auszutauschen, sowie ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen und zu koordinieren. So soll im Rahmen der Workshops unter anderem diskutiert werden, wie Akteure der Bundesebene Akteure der Landesebene bei der Umsetzung des Vorhabens unterstützen können. Zur Aktivierung der Teilnehmenden soll im Rahmen der Workshops dazu aufgerufen werden, sich mit Unterstützungsbeiträgen am NPK-Vorhaben zu beteiligen.

Ergänzend zu den Workshops auf Bundesebene sollen entsprechende Veranstaltungen durchgeführt werden, die die Umsetzung des Vorhabens insbesondere auf der Landesebene unterstützen. Solche Workshops können dazu dienen, einen länderübergreifenden Austausch bezüglich geplanter sowie durchgeführter Aktivitäten für die Zielgruppe zu fördern und somit zur Aktivierung, Vernetzung und Qualitätsentwicklung beizutragen.

Bestandsaufnahme und Aktivierung: Die Einladung, Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben einzureichen, soll relevante Akteure für das NPK-Vorhaben aktivieren und diesen die Möglichkeit geben, sich mit konkreten Maßnahmen an der gemeinsamen Aufgabe zur Erreichung der Ziele zu beteiligen.¹³⁵ Die Gesamtheit der eingereichten Unterstützungsbeiträge soll einen groben Überblick über bestehende bzw. geplante Aktivitäten und Angebote im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben. Des Weiteren sollen sie genutzt werden, um Einblicke in die Praxis zu erhalten sowie Beispiele guter Praxis, Synergien und Bedarfe zu identifizieren. Diese Informationen können dabei helfen, das weitere Vorgehen auf Bundesebene zu planen. Mithilfe der Unterstützungsbeiträge können auch Erfahrungen sowie Wissen über bereits etablierte Prozesse zur Initiierung und Verstetigung von Kooperationen in einzelnen Bundesländern zugänglich gemacht werden. Es ist geplant, die Unterstützungsbeiträge den Akteuren auf Landesebene zur Verfügung zu stellen und die Veröffentlichung ausgewählter und aufbereiteter Beiträge auf der Internetseite der NPK zu prüfen.

Bedarfsanalyse: Im Sinne des systematischen Prozesses (vgl. BRE) bzw. des „Public Health Action Cycles“ (Hartung & Rosenbrock, 2011) werden die Bedarfe der Zielgruppe des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit analysiert. Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK beauftragen Akteure mit entsprechender wissenschaftlicher Expertise, Berichte zur gesundheitlichen Lage sowie den Präventionsbedarfen und -potenzialen der Zielgruppen zu erstellen. Als Datenbasis für die Analysen kommen unter anderem relevante Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring des Bundes in Frage, die durch das Robert Koch-Institut gemäß § 20d Abs. 4 SGB V zur Verfügung gestellt werden. Auf Grundlage der Analyseergebnisse können Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen des Vorhabens bedarfsgerecht geplant werden.

Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK: Der Internetauftritt der NPK soll zur kommunikativen Begleitung des NPK-Vorhabens genutzt werden. Dazu sollen entsprechende Themenseiten mit Informationen zum Vorgehen, zu Bedarfen der Zielgruppe sowie zu Handlungsansätzen und -empfehlungen erstellt und bei Bedarf weiterentwickelt werden.

Wissen zur Wirksamkeit von Interventionen verfügbar machen: Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen Wissen zur Wirksamkeit und zum Nutzen lebensweltbezogener Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe des NPK-Vorhabens verfügbar.

Entwicklung eines Handlungsrahmens: In Ergänzung zu dem vom GKV-Bündnis für Gesundheit entwickelten Handlungsrahmen für die Landesebene und die kommunale Ebene (Kölch et al., 2021) entwickeln die stimmberechtigten Mitglieder der NPK unter Einbezug der beratenden Mitglieder einen NPK-Handlungsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext mit Empfehlungen und abgestimmten Vorgehensweisen für Akteure auf der Bundesebene. Dieser Handlungsrahmen dient insbesondere der Einbindung, Aktivierung und Information relevanter Akteure im Handlungsfeld und soll im Internetauftritt der NPK zur Verfügung gestellt werden.

Kontinuierliche Begleitung des Vorhabens und Kommunikation: Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK begleiten und koordinieren die Aktivitäten und das Vorgehen im Vorhaben. Dazu stehen sie im regelmäßigen Austausch untereinander, mit ihren Mitgliedsorganisationen, den beratenden Mitgliedern der NPK sowie weiteren relevanten Akteuren. Sie ermitteln und kommunizieren Bedarfe der Zielgruppe, machen Angebote und Maßnahmen transparent und fordern verantwortliche Akteure auf, sich entsprechend ihrer Zuständigkeiten zu beteiligen. Darüber hinaus vermitteln und regen sie Kooperationen an. Hierfür nutzen die stimmberechtigten Mitglieder der NPK die ihnen zur Verfügung stehenden, formellen und informellen politischen Zugangswege.

Bericht und Evaluation: Im Rahmen der Präventionsberichte der NPK soll über den Stand der Umsetzung des NPK-Vorhabens berichtet werden. Zudem soll ein Konzept zur Evaluation des NPK-Vorhabens erstellt werden. Die Evaluationsergebnisse sollen im dritten NPK-Präventionsbericht 2027 dargestellt werden.

Neben Aktivitäten und Maßnahmen, die die stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemeinschaftlich durchführen, bringen sich die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder

¹³⁵ Die Einladung richtete sich an die beratenden Mitglieder der NPK und deren Untergliederungen oder Mitgliedsorganisationen sowie die in Kapitel 4.3.1.1 genannten Akteure, ergänzt um die Kultusministerkonferenz. Sie wurden darum gebeten, die Einladung an relevante Akteure im Handlungsfeld weiterzuleiten.

mit folgenden Maßnahmen und Aktivitäten ein, die sich aus ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen und Tätigkeitsfeldern ergeben.

Maßnahmen und Aktivitäten der GKV:

- Ausweitung universeller sowie spezifischer Aktivitäten für die Zielgruppe nach § 20a SGB V und Darstellung im GKV-Präventionsbericht
- Förderung von Angeboten für die Zielgruppe im Rahmen des Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit und Nutzung bestehender Projekte als Anknüpfungspunkte für weitere Aktivitäten
- Verfügbarmachung und Nutzung des Handlungsrahmens und der Handreichungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit sowie des NPK-Handlungsrahmens auf Bundesebene als Wissens- und Gesprächsgrundlage
- Verlinkung/Verfügbarmachung des NPK-Handlungsrahmens auf Bundesebene im Internetauftritt des GKV-Bündnisses für Gesundheit

Maßnahmen und Aktivitäten der GUV:

- Verlinkung/Verfügbarmachung des NPK-Handlungsrahmens auf geeigneten Internetauftritten der DGUV
- Information und Kommunikation des NPK-Vorhabens und Inhalte des NPK-Handlungsrahmens bezogen auf die Zielgruppe in geeigneten DGUV-Medien und Schriften
- Berichterstattung im jährlichen Spitzengespräch von Kultusministerkonferenz, Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik und Deutscher Gesetzlicher Unfallversicherung zum NPK-Vorhaben und den Aktivitäten der NPK zur Zielgruppe
- Aufgreifen des Themas im Rahmen von Veranstaltungen und Projekten mit Mitgliedern und Kooperationspartnern der DGUV

Maßnahmen und Aktivitäten der GRV:

- Durchführung von Modellprojekten mit anderen Leistungserbringern für Kinder aus suchtbelasteten Familien, um durch die Kooperation die Versorgung der Kinder und Familien zu verbessern.
- Vernetzung, Mainstreaming, Öffentlichkeitsarbeit (z. B. durch Verlinkung/Verfügbarmachung des NPK-Handlungsrahmens auf geeigneten Internetauftritten der GRV)
- Information und Kommunikation des NPK-Vorhabens und Inhalte des NPK-Handlungsrahmens in

Medien und Schriften der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV)

- Aufgreifen des Themas im Rahmen von Veranstaltungen und Projekten mit Mitgliedern und Kooperationspartnerinnen und -partnern der DRV

Maßnahmen und Aktivitäten der SVLFG:

- Fokussierung und Ausweitung der Implementierung trägerübergreifender Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere ernährungspräventive Maßnahmen) in Kindertageseinrichtungen, die sich im sozial schwachen Umfeld befinden
- Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krisenhotline der SVLFG für die Zielgruppe, damit diese als niederschwelliger Anlaufpunkt insbesondere für Familienangehörige aus der Zielgruppe fungieren können; das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wird kontinuierlich evaluiert.

Maßnahmen und Aktivitäten der PKV:

- Aktivitäten nach § 20a SGB V in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Familienzentren und weiteren familiennahen Beratungseinrichtungen sowie in Anlauf- und Beratungsstellen der Resozialisierung sowie von Aktivitäten nach § 20a SGB V für die Zielgruppe
- Angebot der Kooperation und Kollaboration mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. NPK-Mitgliedern) bei Aktivitäten für die Zielgruppe

4.3.4 ZWISCHENERGEBNISSE DES NPK-VORHABENS ZUM THEMA PSYCHISCHE GESUNDHEIT

In diesem Abschnitt werden Zwischenergebnisse des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit dargestellt. Dabei handelt es sich um die Outputs¹³⁶ der Aktivitäten, die die stimmberechtigten Mitglieder der NPK seit dem Beginn des Vorhabens in 2021 durchgeführt haben.

Als zentraler Output ist die weiterentwickelte Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit zu betrachten (vgl. Abschnitt 4.3.1-4.3.3). Mit dieser wurde der konzeptionelle Rahmen für das Vorhaben gesetzt, an dem sich alle weiteren Aktivitäten ausrichten können. Weitere Outputs resultieren aus der Umsetzung

¹³⁶ Durch die Aktivitäten der Programmdurchführenden erzeugte Resultate wie (zählbare) Leistungen/Produkte oder Teilnahme-/Nutzungsmengen (Bartsch et al., 2016).

der Aktivitäten, die gemäß der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit einen Beitrag zur Erreichung der Ziele des Vorhabens leisten sollen (vgl. Abschnitt 4.3.3).

Zur Aktivierung und Partizipation der Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder und weiterer Akteure, darunter die beratenden Mitglieder der NPK sowie weitere im Handlungsfeld relevante Akteure, wurden seit April 2021 drei Workshops zum Thema Psychische Gesundheit durchgeführt. Der erste Workshop wurde im April 2021 durchgeführt. Wesentliche Inhalte dieses Workshops waren die Diskussion und Abstimmung gemeinsamer Ziele im Rahmen des NPK-Vorhabens sowie der Aufruf zum Einbringen von Unterstützungsbeiträgen und damit verbundener Ziele einschließlich der Diskussion dieses Handlungsansatzes. Im Rahmen des zweiten Workshops im Oktober 2021 fand eine Auseinandersetzung mit den bislang eingereichten Unterstützungsbeiträgen, den Empfehlungen des Präventionsforums 2021 (vgl. Abschnitt 4.1.5.3) sowie den Möglichkeiten der Bundesebene zur Unterstützung der Landesebene bei der Umsetzung des NPK-Vorhabens statt. Im Rahmen des dritten Workshops im Oktober 2022, an dem neben den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern weitere relevante Akteure auf Bundesebene teilnahmen, stand die Vorstellung der weiterentwickelten Ziele und Aktivitäten und des NPK-Handlungsrahmens für die Bundesebene zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext (NPK, 2023) sowie die ausführliche Präsentation einzelner Unterstützungsbeiträge mit Fokus auf zugrunde liegenden Kooperationsstrukturen durch die jeweiligen Projektdurchführenden im Vordergrund.

Mit der Durchführung der ersten drei Workshops wurde die Einbindung von 16 Institutionen aus der Gruppe der beratenden Mitglieder in das NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit realisiert.¹³⁷ Darunter z. B. das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, der Deutsche Städtetag und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. Aus der Gruppe der für das Handlungsfeld relevanten Akteure (keine Mitglieder der NPK) konnte die Einbindung von 18 Institutionen realisiert werden. Darunter z. B. die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern, das Deutsche Rote Kreuz e. V. und der Bundesverband der Familienzentren e. V.

Infolge des Aufrufs zum Einreichen von Unterstützungsbeiträgen für das NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit wurden bis zum 03.01.2022 81 Unterstützungsbeiträge eingereicht. Die Beiträge wurden überwiegend vonseiten der GKV (29 Unterstützungsbeiträge) sowie von Bundes- und Landesministerien (28 Unterstützungsbeiträge) eingebracht. Weitere für das Handlungsfeld relevante Akteure beteiligten sich mit 22 Unterstützungsbeiträgen (die meisten davon durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern). Jeweils ein Beitrag wurde durch einen Träger der NPK und einen regionalen Träger der GRV eingebracht. Die Gesamtheit der eingereichten Unterstützungsbeiträge wurde unter anderem hinsichtlich des Präventionsansatzes (Verhältnis- und/oder Verhaltensprävention), der Reichweite oder des Handlungsansatzes (z. B. Organisationsentwicklung, Beratung) analysiert (Anhang 3). Die Analyseergebnisse wurden im Rahmen der Workshops vorgestellt und für die fortlaufende Erarbeitung von Zielen und Aktivitäten des NPK-Vorhabens nutzbar gemacht.

Ein Resultat der Aktivitäten zur kontinuierlichen Begleitung des NPK-Vorhabens und zur Kommunikation ist der „NPK-Handlungsrahmen für die Bundesebene zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext“ (NPK, 2023). Der Handlungsrahmen dient insbesondere der Einbindung, Aktivierung und Information relevanter Akteure auf der Bundesebene im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf die Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien und ihre Eltern.

Um den Bedarf der Zielgruppe zu analysieren, wurde ein Bericht zur Charakterisierung der Zielgruppe des NPK-Vorhabens zum Thema Psychische Gesundheit erstellt (Anhang 9.4). Diese umfasst die Definition der Zielgruppe, Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Zielgruppe, die gesundheitliche Lage der Zielgruppe sowie Präventionsbedarfe und -potenziale der Zielgruppe.

Ein weiterer Output ist der in Abschnitt 4.4 dargelegte Entwurf für ein Evaluationskonzept. Der Entwurf beinhaltet unter anderem einen Ansatz zur systematischen Erfassung des Evaluationsgegenstands (Progammentheorie) und beschreibt wesentliche Anforderungen zur Durchführung der Evaluation (Ableitung von Indikatoren, geeignete Methode etc.).

¹³⁷ Gezählt wurden Institutionen, die an mindestens einem der drei Workshops teilgenommen haben.

4.4 EVALUATIONSKONZEPT

Die Erstellung des zweiten NPK-Präventionsberichts beinhaltet neben der Darstellung des NPK-Vorhabens auch die Skizzierung eines Evaluationskonzepts. Die nachfolgenden Ausführungen stellen demnach eine Vorarbeit für eine Evaluation dar.

4.4.1 ZIEL DER EVALUATION

Die Evaluation soll den Erfolg des NPK-Vorhabens bewerten. Dieser bemisst sich danach, ob und in welchem Maße das NPK-Vorhaben dazu beigetragen hat, die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu den beiden Themen Pflege und Psychische Gesundheit zu verbessern und auszuweiten. Die Evaluation sollte zudem Erkenntnisse dazu generieren, wie gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann, welche förderlichen und hemmenden Faktoren auf dieses Gelingen einwirken und welche (gemeinsamen) Aktivitäten der stimmberechtigten Mitglieder geeignet sind, gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu fördern. Die Evaluation soll außerdem im Sinne einer formativen Evaluation die Umsetzung des NPK-Vorhabens begleiten und mit Zwischenergebnissen die weitere Umsetzung des NPK-Vorhabens unterstützen.

Durch die Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit sollen die übergeordneten Ziele des Vorhabens erreicht werden: die Stärkung der Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen, der beruflich Pflegenden und der pflegenden Angehörigen sowie der Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien (vgl. Abschnitte 4.2.1 und 4.3.1). Die Erreichung der übergeordneten Ziele des NPK-Vorhabens kann durch die Evaluation nicht geprüft werden. Dies wird in Abschnitt 4.4.6 erläutert.

4.4.2 EVALUATIONSGEGENSTAND UND PROGRAMMTHEORIE

Evaluationsgegenstand ist das NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (NPK, o. D.c). Wie in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 dieses Berichts dargelegt, erprobt die NPK gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel der Themen Pflege und Psychische Gesundheit. Die stimmberechtigten NPK-Mitglieder als Programmgeber geben durch verschiedene Aktivitäten einen Impuls zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit, um relevante Akteure (intermediäre Zielgruppen des NPK-Vorhabens) anzuregen, neue Aktivitäten

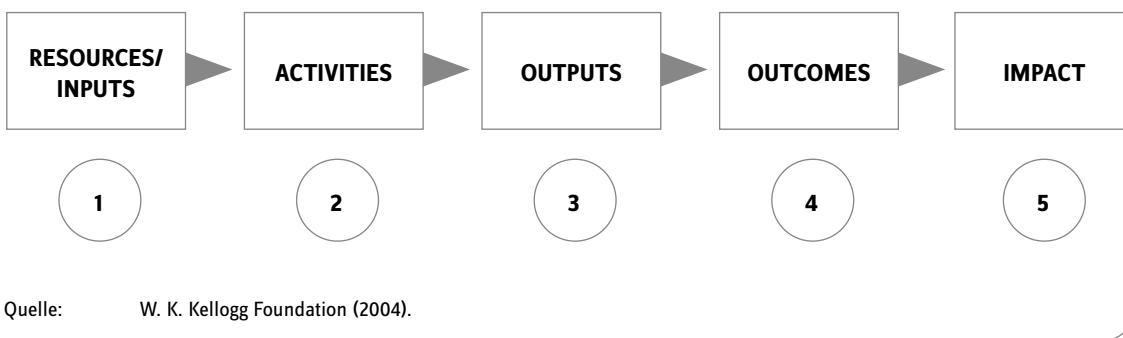
umzusetzen, bestehende Aktivitäten auszuweiten bzw. besser aufeinander abzustimmen sowie miteinander zu verzahnen. Durch die Aktivitäten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder wollen diese außerdem für die primären Zielgruppen (pflegebedürftige Menschen, beruflich Pflegende, pflegende Angehörige sowie Kinder aus psychisch [einschließlich sucht]belasteten Familien) bzw. deren Bedarfe sensibilisieren. Mit den Aktivitäten der relevanten Akteure werden die primären Zielgruppen des NPK-Vorhabens erreicht. Zu den intermediären Zielgruppen gehören z. B. die Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder, die beratenden Mitglieder der NPK, die Beteiligten der Landesrahmenvereinbarungen (LRV), Verbände, Länderministerien, Sportbünde und Gesundheitsämter. Relevante Akteure sind dabei nicht nur solche, die explizit mit Gesundheitsförderung und Prävention befasst sind, sondern alle, die einen Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit in den beiden Themenfeldern Pflege und Psychische Gesundheit im familiären Kontext haben bzw. die für Gesundheit bedeutsame Bedingungen in den entsprechenden Lebenswelten beeinflussen können.

Die Evaluation soll theoriegeleitet auf Basis einer Programmtheorie die Prozesse und Ergebnisse des NPK-Vorhabens begleiten, analysieren, dokumentieren und bewerten, um aus der Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit einen möglichst großen Erkenntnisgewinn zu erzielen.

Programmtheorie in der Evaluation

Eine Programmtheorie (auch Wirkungslogik oder Logikmodell genannt) ist die systematische und grafische Darstellung der Beziehungen zwischen den Ressourcen und Aktivitäten, die ein Programmgeber einbringt sowie den Resultaten, die durch das Programm erreicht werden sollen (W. K. Kellogg Foundation, 2004). Wie eine Programmtheorie zu formulieren ist, welche Elemente sie zwingend enthalten muss sowie ob und wie die Beziehungen zwischen diesen Elementen beschrieben werden sollten, variiert je nach wissenschaftlicher Quelle, Art des Programms, Evaluationsansatz sowie der Notwendigkeit, die Programmtheorie gegenüber verschiedenen Stakeholdern darzustellen und zu diskutieren.

Abbildung 15: Elementare Programmtheorie („Basic Logic Model“)



W. K. Kellogg Foundation (2004) sieht die obige Darstellung und die darin enthaltenen Elemente als elementare Programmtheorie an:¹³⁸

- Unter **Inputs** sind die Ressourcen zu verstehen, die für ein Programm vom Programmgeber aufgebracht werden, meist finanzielle und personelle Ressourcen, aber auch Sachmittel wie Räume und Technik, im weiteren Sinne auch Expertise und Information.
- Unter **Inputs** sind die Ressourcen zu verstehen, die für ein Programm vom Programmgeber aufgebracht werden, meist finanzielle und personelle Ressourcen, aber auch Sachmittel wie Räume und Technik, im weiteren Sinne auch Expertise und Information.
- **Aktivitäten** sind Aktivitäten des Programmgebers oder beauftragter Partner/-innen zur Erzeugung der Outputs unter Inanspruchnahme der Ressourcen, z. B. die Planung und Durchführung von Workshops, die Entwicklung von Partnerschaften oder die Erarbeitung einer Kampagne.
- **Outputs** sind die direkten und greifbaren Ergebnisse der Aktivitäten wie z. B. durchgeführte Workshops oder Informationsveranstaltungen, Broschüren oder ein Informationsangebot auf einer Webseite. Sie unterscheiden sich von Outcomes insofern, als dass durch die Erzeugung eines Outputs allein (noch) keine Wirkung eingetreten ist.
- **Outcomes** sind die intendierten Wirkungen auf Ebene der Zielgruppen. Häufig wird darunter verstanden, dass auf individueller Ebene eine Veränderung eingetreten ist, z. B. die Steigerung der durchschnittlichen Resilienz von Zielgruppen-

angehörigen. Auch wenn solche Veränderungen auf Ebene der Individuen typischerweise von Programmen und Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention angestrebt werden, können Wirkungen auch auf institutioneller Ebene angesiedelt sein. Das NPK-Vorhaben zielt - wie weiter unten ausgeführt wird - auf Veränderungen bei den relevanten Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention (intermediäre Zielgruppen des NPK-Vorhabens). Auf Veränderungen bei den primären Zielgruppen zielt das NPK-Vorhaben nur mittelbar.

- Der Impact eines Programms ist die über die unmittelbaren Zielgruppen hinausgehende gesellschaftliche Wirkung, je nach Quelle unter Einschluss auch nichtintendierter Wirkungen. In Abhängigkeit davon, wofür die Programmtheorie genutzt werden soll, kann auf die Reflexion von Impact verzichtet werden und die Programmtheorie nur entlang von Input, Aktivitäten, Outputs und Outcomes beschrieben werden. In der nachfolgend skizzierten Programmtheorie des NPK-Vorhabens wird auf die Beschreibung eines Impacts verzichtet.

Skizze der Programmtheorie des NPK-Vorhabens

Im Folgenden wird eine Skizze der Programmtheorie des NPK-Vorhabens vorgelegt. Da das Vorhaben dynamisch ist und sich das Verständnis des Vorhabens bei der NPK und weiteren Interessengruppen unter Umständen auch auf Basis einer erfolgenden formativen Evaluation weiterentwickelt, obliegt es der Evaluation, die Programm-

¹³⁸ Im deutschsprachigen Raum wird häufig der Programmbaum von Bartsch et al. (2016) genutzt, der sich unter anderem dadurch auszeichnet, dass die Inputs weiter differenziert werden. Auch die sogenannte Phineo-Wirkungstreppe wird im deutschsprachigen Kontext (eher für Projektmanagement und -planung als für Evaluation) genutzt. Im Kontext gesundheitsbezogener Programme wird häufig auf die CDC verwiesen, die auf ihren Webseiten Definitionen von und Anleitungen zur Entwicklung von Programmtheorien zur Verfügung stellt (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004). Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf den genannten Quellen.

theorie weiterentwickeln. Die Weiterentwicklung sollte zu einer konkreten und detaillierten Darstellung der Programmtheorie führen, die den Besonderheiten des NPK-Vorhabens gerecht wird und die sich für die Abstimmung und Diskussion mit der NPK und ggf. weiteren Interessengruppen eignet.

Outcomes: Die intendierte Wirkung des NPK-Vorhabens¹³⁹

Mit dem NPK-Vorhaben werden folgende übergeordnete Ziele verfolgt:

- Thema Pflege: die Stärkung der Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der drei Zielgruppen beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen
- Thema Psychische Gesundheit: die Stärkung der Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien

In der hier vorliegenden Skizze wird davon ausgegangen, dass diese übergeordneten Ziele nicht als Outcomes evaluiert werden. Grund dafür ist, dass das NPK-Vorhaben zwar initiiert wurde, um die gesundheitliche Situation der Zielgruppen zu verbessern, die NPK jedoch nur mittelbaren Einfluss auf die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der primären Zielgruppen hat. Sie kann Impulsgeber sein und weitere Akteure aktivieren sowie zur Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen beitragen.

Die Programmtheorie für das NPK-Vorhaben nimmt die Ziele des Vorhabens auf der Bundesebene (dargestellt in den Abschnitten 4.2.1.2 und 4.3.1.2) als Outcomes auf. Die Ziele auf der Bundesebene, die durch gemeinsame Aktivitäten der stimmberechtigten Mitglieder der NPK erreicht werden sollen, sind für die Themen Pflege und Psychische Gesundheit gleichlautend:

- Die im Handlungsfeld relevanten Akteure auf Bundesebene sind mit ihren jeweiligen Aufgaben identifiziert und mit ihren jeweiligen Mitgliedsorganisationen zur aktiven Beteiligung am NPK-Vorhaben eingeladen.
- Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind untereinander transparent gemacht.

- Der Austausch zwischen den identifizierten Akteuren und deren Vernetzung sind gefördert.
- Die Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind ergänzt und ausgeweitet.

In Ergänzung werden akteurspezifische Ziele formuliert, also Ziele, die vorwiegend durch Aktivitäten eines einzelnen Mitglieds der NPK bzw. durch dessen jeweilige Mitgliedsorganisationen erreicht werden sollen.¹⁴⁰

Inputs und Aktivitäten

Um die Outcomes zu erreichen, beabsichtigt die NPK, folgende Aktivitäten umzusetzen bzw. setzt sie bereits um. Sie sind bis auf eine Ausnahme für beide Themen gleichlautend:

- Aktivierung und Partizipation
- Bestandsaufnahme
- Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK
- Entwicklung eines Handlungsrahmens zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext
- Kontinuierliche Begleitung des Vorhabens und Kommunikation
- Bericht und Evaluation

Neben diesen gemeinsam umzusetzenden Aktivitäten nehmen sich die stimmberechtigten NPK-Mitglieder alleine bzw. ggf. in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedsorganisationen Aktivitäten vor, die auf ihre jeweiligen Ziele einzahlen.¹⁴¹

Hieraus ergibt sich die folgende Skizze einer Programmtheorie:

¹³⁹ Näheres zu den Zielen und ihrer Entwicklung sind den Abschnitten 4.2.2 sowie 4.3.2 zu entnehmen.

¹⁴⁰ Diese werden an dieser Stelle nicht wiederholt, stattdessen sei auf die Abschnitte 4.2.1.2 und 4.3.1.2 verwiesen.

¹⁴¹ Diese werden an dieser Stelle nicht wiederholt, stattdessen sei auf die Abschnitte 4.2.3 und 4.3.3 verwiesen.

Abbildung 16: Skizze der Programmtheorie des NPK-Vorhabens



4.4.3 ENTWICKLUNG QUANTITATIVER UND QUALITATIVER INDIKATOREN

Um aus der Evaluation der Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit anhand der Themen Psychische Gesundheit und Pflege möglichst umfassend lernen zu können, sollen Aktivitäten, Outputs und Outcomes begleitet, dokumentiert und analysiert werden. Der Schwerpunkt der Evaluation sollte sich zwar darauf beziehen, ob und inwiefern die Outcomes erreicht werden. Gleichwohl ist es erforderlich, die Aktivitäten und Outputs zu dokumentieren. Die Bewertung des Vorhabens muss durch Nachvollziehen des durch die Programmtheorie dargestellten Pfades von den Aktivitäten über die Outputs bis zu den Outcomes erfolgen.

Zur Dokumentation und Erfassung sind für alle Aktivitäten, Outputs und Outcomes qualitative und/oder quantitative Indikatoren zu entwickeln. Die nachfolgenden Beispiele sind als Skizzierung möglicher Indikatoren zu verstehen und im Rahmen des Feinkonzepts der Evaluation weiterzuentwickeln.

Indikatoren für Aktivitäten (beispielhaft)

Indikatoren für gemeinsame Aktivitäten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder sollen sich auf die in den Abschnitten 4.2.3 und 4.3.3 genannten Aktivitäten beziehen. Dazu können beispielsweise das Vorhandensein der Themenseite im Internetauftritt der NPK, die Menge und Art einschlägiger Informationen auf diesen Themenseiten, Einschätzungen und Bewertungen dieser Informationen durch die Zielgruppen (relevante Akteure auf der Bundesebene); Art und Anzahl der Anregungen von Kooperationen durch die stimmberechtigten Mitglieder gehören.

Auch für die Aktivitäten einzelner stimmberechtigter Mitglieder sollen Indikatoren hinterlegt werden wie beispielsweise die Steigerungsrate von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern nach § 20b SGB V, die auf beruflich Pflegende ausgerichtet sind.

Indikatoren für Outputs (beispielhaft)

Indikatoren für Outputs können beispielsweise sein: Anzahl und Dauer der Workshops, die zur Bekanntmachung und Begleitung des Vorhabens durchgeführt wurden, Zahl und Art der teilnehmenden intermediären Zielgruppen an diesen Workshops, Einschätzungen und

Bewertungen der Zielgruppen hinsichtlich der Workshops, Einschätzungen zu Informationen über und zur Kommunikation des Vorhabens, Vorhandensein des Handlungsrahmens zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext.

Indikatoren für Outcomes (beispielhaft)

Durch die Indikatoren für Outcomes sollen Aussagen darüber ermöglicht werden, inwieweit die intermediären Zielgruppen (die relevanten Akteure auf Bundesebene) durch die Aktivitäten und Outputs aktiviert wurden. Hierzu gehören Aussagen dieser Zielgruppen, dass sie vom NPK-Vorhaben wissen, sich zu Aktivitäten aufgefordert sehen und dass sie aufgrund dieser Aufforderung Aktivitäten entwickeln, initiieren, bestehende Aktivitäten ausweiten oder dies zumindest beabsichtigen, sie aufeinander abstimmen und verzahnen. Auch eine stärkere Präsenz der beiden Themen kann ein Outcome-Indikator sein. Diese Aussagen sollten unter anderem auf standardisierten Befragungen sowie auf qualitativen Erhebungen beruhen, ggf. können auch Dokumentenanalysen genutzt werden (Abschnitt 4.4.4).

Die Entwicklung von Indikatoren setzt eine final ausgearbeitete und abgestimmte Programmtheorie voraus. Eine weitere Voraussetzung ist eine explorative Phase, die Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der NPK sowie eine Analyse der für das Vorhaben relevanten Dokumente einschließt. Die Gesamtheit der Indikatoren erlaubt, wenn sie im nächsten Schritt durch Dokumentenanalysen und empirische Ergebnisse befüllt wird, Aussagen zu möglichst allen relevanten Aspekten des Vorhabens.

4.4.4 KONZEPTION UND DURCHFÜHRUNG VON DOKUMENTENANALYSEN UND DATENERHEBUNGEN

Bei der Generierung von Daten gemäß den Indikatoren sollte wo möglich auf bereits vorhandene Daten und Dokumentationen zurückgegriffen werden. Neben eigens durchgeführten Erhebungen sollte die Evaluation daher gemeinsam mit den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern die relevanten Daten und Dokumentationen identifizieren, anfordern und analysieren. Wo nicht auf vorhandene Daten und Dokumentationen zurückgegriffen werden kann, gilt es, Erhebungen zu konzipieren und durchzuführen. Erhebungen sollten sowohl qualitativ als auch standardisiert-quantitativ erfolgen. Zielgruppe der Erhebungen sind in erster Linie die intermediären Zielgruppen, also die relevanten Akteure auf Bundesebene. Die

stimmberechtigten NPK-Mitglieder sollten eine Liste anlegen und pflegen, die alle (beispielsweise durch Workshops) erreichten intermediären Zielgruppen festhält.

Mindestens in einer explorativen Phase sollten die stimmberechtigten NPK-Mitglieder befragt werden. Hierzu bieten sich sowohl Gruppendiskussionen als auch Einzelinterviews an. Die intermediären Zielgruppen sollten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt (Annäherung an T0-Befragung) und zu einem späteren Zeitpunkt befragt werden, wenn das NPK-Vorhaben weitgehend abgeschlossen ist (T1-Befragung).

4.4.5 ANALYSE UND BEWERTUNG DER WIRKUNG DES VORHABENS

Ziel der Evaluation ist eine Beschreibung, formative Begleitung, Dokumentation und Analyse sowie eine Bewertung der Wirkung des NPK-Vorhabens. Die Bewertung der Wirkung bezieht sich zunächst auf die Frage, in welchem Maße die Outcomes eingetreten und auf die Aktivitäten und Outputs des NPK-Vorhabens zurückzuführen sind. Außerdem bezieht sich die Analyse auf die Frage, in welcher Weise die Wirkung eingetreten oder nicht eingetreten ist. Welche Faktoren könnten z. B. dazu geführt haben, dass der Impuls der NPK nur abgeschwächt bei den intermediären Zielgruppen ankommt. Welche Bedingungen könnten z. B. dazu führen, dass, auch wenn der Impuls ankommt und Akteure aktiviert sind, dennoch nicht in erhofftem Maße Aktivitäten daraus entstehen? Weitere Analysen könnten Auskunft geben, welche Aktivitäten der NPK besonders stark zu einer Aktivierung der intermediären Akteure geführt haben, welche weniger. Im Idealfall kann die Evaluation den gesamten Pfad von den Aktivitäten bis zu den umgesetzten, ausgeweiteten, abgestimmten und verzahnten Maßnahmen verstehen und nachzeichnen.

Eine Gesamtbewertung des Vorhabens sollte auf Basis aller vorgenommenen Analysen und gemeinsam mit den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern und ggf. auch Vertretungen der intermediären Zielgruppen erfolgen.

4.4.6 LIMITATIONEN DER EVALUATION

Das skizzierte Evaluationskonzept sieht die aufzuzeigende Wirkung des NPK-Vorhabens auf den in Abschnitt 4.4.3 dargestellten Outcomes, z. B. in einer Identifizierung und Aktivierung der relevanten Akteure („Die relevanten Akteure auf Bundesebene sind identifiziert und zur Be-

teiligung am NPK-Vorhaben eingeladen“). Die Erreichung dieser Ziele wird - so die Erwartung - in der Folge zu einer Ausweitung und Verbesserung der Angebote für die primären Zielgruppen (pflegebedürftige Menschen, beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und Kinder aus psychisch [einschließlich sucht]belasteten Familien) führen, weil eine Vielzahl relevanter Akteure ihre Angebote ausweiten und besser aufeinander abstimmen, sodass die primären Zielgruppen hiervon gesundheitlich sowie in Bezug auf ihre Sicherheit und Teilhabe, profitieren. Übergeordnetes Ziel des Vorhabens bleibt daher, die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der primären Zielgruppen zu verbessern.¹⁴²

Ein Wirkungsnachweis der Ziele bzw. Outcomes auf Ebene der primären Zielgruppen ist aber aus mindestens drei Gründen nicht möglich: Erstens werden aller Voraussicht nach die durch den Impuls angeregten Aktivitäten von sehr verschiedener Größenordnung und Reichweite sein. Daher kann zwar davon ausgegangen werden, dass ein bedeutsamer und daher prinzipiell nachweisbarer Effekt einer Aktivität auf der Ebene einer Einrichtung, einer Gemeinde oder eines Landkreises eintritt. Ein solcher lokaler Effekt wird sich aber nicht auf die jeweilige Zielgruppe insgesamt und bundesweit auswirken. Zweitens gibt es zum jetzigen Stand kein verfügbares Indikatorensystem, auf dessen Basis eine Messung vor und nach der (möglichen) Auswirkung des NPK-Vorhabens möglich wäre. Eine solche Vorher-nachher-Messung müsste sich demnach auf eine eigens hierfür durchgeführte Datenerhebung für jede der vier primären Zielgruppen stützen. Der Aufwand für vier solcher Datenerhebungen wäre extrem groß. Der Zeitraum für eine Vorher-Erhebung ist zudem bereits verstrichen. Drittens sind die gesundheitlichen Outcomes auf Ebene der primären Zielgruppen von vielen Faktoren abhängig, sodass sich der Effekt des NPK-Vorhabens nicht um den Einfluss weiterer Variablen bereinigt nachweisen ließe.

142 Für die systematische Darstellung dieser Ziele vgl. Kapitel 4.

4.5 WEITERES VORGEHEN

Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK haben das Vorhaben 2020 initiiert und 2021 mit der Durchführung von Workshops zum NPK-Vorhaben begonnen, um über den Stand des Vorhabens zu berichten, weitere Akteure, darunter die beratenden Mitglieder der NPK, partizipativ in das Vorhaben einzubinden und die Umsetzung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu unterstützen. Die Workshops sollen zur Vernetzung relevanter Akteure auf Bundesebene beitragen und einen regelmäßigen Austausch zum Vorhaben und entsprechenden Entwicklungen ermöglichen. Diese Austausch- und Arbeitsstruktur auf Bundesebene soll zukünftig fortgeführt werden. Folgeworkshops sind bereits für das Jahr 2023 geplant.

Es soll auf Anregungen reagiert werden, das NPK-Vorhaben noch stärker in die Fachgremien der Wohlfahrtsverbände zu tragen. Hierzu ist bereits eine Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle Sucht und den Fachverbänden initiiert. Weitere Akteure werden Schritt für Schritt eingebunden. Auch die Landesebene und die Beteiligten der LRV sollen mit ihrer Expertise stärker einbezogen werden.

Die Evaluation des NPK-Vorhabens sollte zeitnah beginnen, um auf Basis des in Abschnitt 4.4 skizzierten Evaluationskonzepts ein Feinkonzept zu entwickeln und mit der Durchführung der Erhebungen zu beginnen. Im Sinne einer formativen Evaluation kann die Evaluation auch die weitere Umsetzung des Vorhabens begleiten und zu dessen Weiterentwicklung beitragen. Ergebnisse der Evaluation werden im dritten NPK-Präventionsbericht dargestellt. Als Ergänzung zur Evaluation des NPK-Vorhabens prüft die NPK, inwieweit die Verfügbarkeit von Wirkungsnachweisen von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext der beiden Themen Pflege und Psychische Gesundheit verbessert werden kann, indem Wirkungsevaluationen identifiziert, recherchiert sowie bewertet, zusammengestellt und der Öffentlichkeit sowie den Beteiligten des NPK-Vorhabens zur Verfügung gestellt werden können.

5 Weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes

In Kapitel 5 werden weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes dargestellt. Dabei handelt es sich um Erfahrungen im Rahmen der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention (Kapitel 5.1), der individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der GKV (Kapitel 5.2), der ärztlichen Präventionsempfehlungen (Kapitel 5.3) sowie der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention der sozialen Pflegeversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 5.4).

5.1 WEITERENTWICKLUNG DES LEITFADENS PRÄVENTION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Abs. 2 SGB V (GKV-Spitzenverband, 2022) definiert einheitliche Handlungsfelder und Qualitätskriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Er steckt damit den thematischen Rahmen möglicher Leistungen der Krankenkassen ab, regelt die inhaltlichen und methodischen Anforderungen an diese Leistungen und enthält darüber hinaus die von der GKV in Gesundheitsförderung und Primärprävention verfolgten Ziele. Der Leitfaden wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) jeweils unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen einer großen Zahl von Organisationen - wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Kooperationspartner-Verbänden - sowie in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene beschlossen. Die in den Jahren 2016 bis Mitte 2019 erfolgten Änderungen an diesem Regelwerk sowie die aufgrund des Präventionsgesetzes neugefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2019 bis 2024 wurden im ersten Präventionsbericht der NPK vorgestellt (Kapitel 7.6). Seither hat der GKV-Spitzenverband drei neue Auflagen des Leitfadens Prävention erstellt und veröffentlicht, mit denen unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen der Leistungskatalog der Krankenkassen in Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet weiterentwickelt wurde.

Fassung vom 14.12.2020 (in Kraft getreten am 01.07.2021): Mit dieser Fassung wurden die Möglichkeiten für digitale Anwendungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention erweitert. Neben den bereits seit 2003 geförderten E-Kursen wurden erstmals Qualitätskriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote ohne persönliche Kursleitung wie Internet- und mobile Anwendungen/Apps aufgenommen, die Versicherte mit einer Förderung durch die Krankenkassen nutzen können. Das neu eingefügte Kapitel 7 zur digitalen Gesundheitsförderung und Prävention beinhaltet Definitionen förderfähiger Angebote sowie Regelungen zum Schutz der Versicherten in Bezug auf Datenschutz und -sicherheit, zu den Anforderungen an Studien zum Beleg des gesundheitlichen Nutzens eines Angebots, zur Zertifizierung (einschließlich der Möglichkeit vorläufiger Zertifizierung eines Angebots für ein Jahr während der Studie) sowie zur Ermöglichung digitaler Angebote zur Förderung gesunden Schlafs. Die Zentrale Prüfstelle Prävention hat inzwischen auf Basis der neuen

Fördermöglichkeiten das erste Zertifizierungsverfahren für eine digitale Anwendung zur Förderung gesunden Schlafs erfolgreich abgeschlossen (Stand Oktober 2022). Im Kapitel „Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune“ wurden die Qualitätselemente integrierter und ressortübergreifender Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune auf der Grundlage neuer Studien des GKV-Bündnisses für Gesundheit und des Deutschen Instituts für Urbanistik neu gefasst. Darüber hinaus wurde ein Kapitel zur Gesundheitsförderung an Hochschulen (Universitäten und Fachhochschulen) neu in den Leitfadens Prävention aufgenommen.

Fassung vom 27.09.2021 (in Kraft getreten am 01.04.2022): In die Neuauflage wurden in dem Kapitel 7 zu den digitalen Anwendungen erstmals auch Kriterien für digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben integriert. Die digitale Unterstützung kann in die bestehenden digitalen Strukturen von Betrieben und Lebenswelten integriert sein oder als eigene Gesundheitsplattform etabliert werden. Zu den Aspekten Informationssicherheit und Datenschutz, Qualität der bereitgestellten Informationen, Information der Nutzerinnen und Nutzer, Einsatz webgestützter Befragungen und Messungen sowie Barrierefreiheit wurden Qualitätskriterien festgelegt (vgl. Kapitel 7.4). Ferner wurden in der Neuauflage die Ausführungen zum Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement (vgl. Kapitel 5.4.3) grundlegend überarbeitet, insbesondere hinsichtlich des systematischen Einbezugs ressourcenstärkender Maßnahmen in Angebote zum „multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement“ (erstes Präventionsprinzip dieses Handlungsfelds). Das zweite Präventionsprinzip „Förderung von Entspannung und Erholung“ wurde um Maßnahmen zur Förderung gesunden Schlafs als dem wichtigsten körper-eigenen Erholungsprozess erweitert. Im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten wurden die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung systematisch integriert.

Fassung vom 21.12.2022 (in Kraft getreten am 01.01.2023): Mit der Neuauflage stellt sich die GKV den Herausforderungen des Klimawandels und erweitert die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Verhütung der mit ihm einhergehenden Gesundheitsgefahren. An zentraler Stelle (Kapitel 1 und 4.2) wurde der One-Health- bzw. Planetary-Health-Ansatz verankert, der von der Verbundenheit der Gesundheit alles Lebendigen und der Bedeutung der Intaktheit der weltweiten Ökosysteme als Bedingung auch der individuellen Gesundheit ausgeht. Alle Leistungen der Gesundheitsförderung und

Primärprävention sollen neben ihrem Beitrag zur Verbesserung der individuellen Gesundheit möglichst zugleich zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen beitragen. Bei den Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention sowie der betrieblichen und lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wurden Hinweise zum gleichzeitigen Nutzen, z. B. von gesundheitsgerechter Ernährung und Bewegung sowohl für die persönliche Gesundheit als auch für die ökologische Nachhaltigkeit (sogenannte Co-Benefits), integriert. Bei der betrieblichen und lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention werden Möglichkeiten für eine Mitwirkung von Krankenkassen an der zugleich gesundheitsförderlichen und klimafreundlichen Ausrichtung der Gemeinschaftsverpflegung und Mobilität (Förderung von Radfahren, Zufußgehen, ÖPNV) aufgezeigt. Im Handlungsfeld der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention wurde ein Unterkapitel zur Prävention klimawandelbedingter Gesundheitsrisiken in Kommunen mit konkreten Unterstützungsmöglichkeiten durch Krankenkassen ergänzt. Um die Fähigkeiten der Versicherten zur Nutzung digitaler Anwendungen in Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, wurden Empfehlungen in den Leitfadens integriert, hierfür auch die Möglichkeiten des 2019 in das SGB V eingefügten § 20k (Leistungen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz) auszuschöpfen.

Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung

Der GKV-Spitzenverband beteiligt gemäß § 20 Abs. 2 SGB V regelmäßig unabhängigen Sachverständigen einer Vielzahl von Expertinnen und Experten aus allen für die Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Bereichen an den Weiterentwicklungen des Leitfadens Prävention. In der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung wirken Vertreterinnen und Vertreter von Fachorganisationen aller in § 20 Abs. 2 SGB V genannten wissenschaftlichen Disziplinen sowie der Menschen mit Behinderungen mit. Die Beratende Kommission besteht aus einem Kreis ständiger Mitglieder sowie einem erweiterten Kreis, der themenbezogen zur Stellungnahme bei anstehenden Weiterentwicklungen einbezogen wird. Ständige Mitglieder der Beratenden Kommission sind:

- Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Behindertenrat
- Robert Koch-Institut

An den ein- bis zweimal im Jahr stattfindenden Sitzungen der ständigen Mitglieder der Beratenden Kommission nehmen außerdem Vertretungen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Gesundheitsministerkonferenz der Länder als ständige Gäste teil. Auf Seiten der GKV nehmen der GKV-Spitzenverband (der auch die Organisation und Protokollierung übernimmt) sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene an den Besprechungen teil. Alle dargestellten Neuauflagen des Leitfadens erfolgten im Einvernehmen mit dem ständigen Mitgliederkreis der Beratenden Kommission. 2019 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen seine Mitwirkung in der Beratenden Kommission (ständige Mitglieder) auf eigenen Wunsch beendet. Anstelle des Sachverständigenrats wirkt seit 2020 das Robert Koch-Institut im Kreis der ständigen Mitglieder in der Beratenden Kommission mit.

5.2 INDIVIDUELLE VERHALTENSBEZOGENE LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Alle gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die Teilnahme ihrer Versicherten an individuellen verhaltensbezogenen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V (individuelle verhaltensbezogene Prävention). Individuelle verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen, vorwiegend sogenannte Präventionskurse, sollen die Motivation und Kompetenz für eine gesunde Lebensführung stärken. Die Handlungsfelder, Inhalte und Qualitätskriterien von Präventionsmaßnahmen legt der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen im Leitfaden Prävention mit Wirkung für alle gesetzlichen Krankenkassen fest. Die Umsetzung des Leitfadens Prävention in die Prüfpraxis erfolgt seit 2014 einheitlich und kontinuierlich durch die Zentrale Prüfstelle Prävention. Im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen werden in der Prüfstelle jährlich über 100.000 Präventionsmaßnahmen nach dem Leitfaden Prävention geprüft und bei Erfüllung der Anforderungen mit dem Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet. Das Qualitätssiegel signalisiert den Versicherten, dass die Maßnahme nach fachlich-wissenschaftlichen Standards konzipiert ist und von allen Krankenkassen in Deutschland anteilig finanziell unterstützt wird. Die Höhe der Unterstützung regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen jeweils autonom, wobei nach dem Leitfaden Prävention eine Höchstgrenze von zwei bezuschussungsfähigen Präventionsmaßnahmen pro Versicherten und Jahr gilt.

Förderfähig sind Leistungen aus vier Handlungsfeldern (fett) mit jeweils zwei Präventionsprinzipien (GKV-Spitzenverband, 2022):

Bewegungsgewohnheiten

1. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
2. Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

1. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
2. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stress- und Ressourcenmanagement

1. Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
2. Förderung von Entspannung und Erholung

Suchtmittelkonsum

1. Förderung des Nichtrauchens
2. Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

Präventionskurse können sowohl in Präsenz als auch unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) als sogenannte Online- oder E-Kurse und somit digital durchgeführt werden. Sie umfassen 8-12 Einheiten von 45-90 Minuten Dauer, in der Regel im wöchentlichen Rhythmus. Kurse können als live übertragene Online-Seminare mit einer maximalen Gruppengröße von 15 Personen angeboten werden oder als programmierte Online-Kurse, die Teilnehmende ohne feste Termine und im Selbststudium absolvieren. Ferner können gemäß Kapitel 7 Leitfadens Prävention digitale Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote wie Internet-Interventionen (Online-Gesundheitstrainings), mobile Anwendungen (Apps) und hybride Trainingskonzepte, deren gesundheitlicher Nutzen belegt ist, von den Krankenkassen in allen Handlungsfeldern gefördert werden.

Für Personen, denen es nicht möglich ist, an regelmäßigen wöchentlichen Treffen teilzunehmen (z. B. Schichtarbeitende, pflegende Angehörige), können Präventionskurse bei gleichem Gesamtumfang auch als sogenannte Kompaktangebote an ein bis zwei Wochenenden durchgeführt werden. Ferner können digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wie Internet-Interventionen (Online-Gesundheitstrainings), mobile Anwendungen (Apps) und hybride Trainingskonzepte, deren gesundheitlicher Nutzen belegt ist, von den Krankenkassen gefördert werden.

Somit bieten die Krankenkassen ihren Versicherten eine Bandbreite an unterschiedlichen Präventionsmaßnahmen. Alle durch die Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierten und damit qualitätsgeprüften Präventionsmaßnahmen sind auf den Webseiten der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht und mit Eingabe einer Postleitzahl in unmittelbarer Nähe recherchierbar. Dadurch können die Versicherten direkt Kontakt zur Anbieterin oder zum Anbieter aufnehmen, um eine Anmeldung vorzunehmen (GKV-Spitzenverband, o. D.).

Im Auftrag aller Krankenkassen prüft die Zentrale Prüfstelle Prävention Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention im Hinblick auf die Einhaltung der Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention. Die Prüfung erstreckt sich auf den Kursinhalt (Konzept) in Verbindung mit der Qualifikation der Kursleitung. Erfolgreich geprüfte Maßnahmen werden von der Prüfstelle mit dem Siegel „Deutscher Standard Prävention“ für drei Jahre zertifiziert mit der Möglichkeit der Rezertifizierung. Alle zertifizierten Kurse und Kursanbieter sind auf den Homepages der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes mit Postleitzahlen- und Handlungsfelder-Suchfunktion recherchierbar.¹⁴³

Der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst Bund (MD-Bund) dokumentieren die Inanspruchnahme von Präventionskursen im jährlichen GKV-Präventionsbericht. Im Berichtszeitraum ist die Teilnahme bis 2019 zunächst angestiegen (vgl. Tabelle 10). 2020 und 2021 ist die Inanspruchnahme der Präventionskurse um jeweils rund ein Drittel gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Infolge der Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie konnten Präventionskurse vielfach nicht in Präsenz durchgeführt werden. Um den Rückgang abzumildern, hat der GKV-Spitzenverband während der COVID-19-Pandemie ab März 2020 bis Ende 2022 ermöglicht, als Präsenzkurs zertifizierte Kurse auch online live durchzuführen. In der Dokumentation werden die digital ausgeführten Kurse, die in diesem Format realisiert wurden, jedoch nicht separat erfasst. Am stärksten werden Kurse aus dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten in Anspruch genommen, gefolgt von Kursen zum Stress- und Ressourcenmanagement (hier überwiegend zur Einübung von Entspannungsverfahren). Kurse zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum werden jeweils nur von wenigen Versicherten besucht. Rund 80 % der Kursteilnehmenden sind weiblich. Dieser Befund ist seit Jahren konstant. Ebenso unverändert ist die Konzentration der Teilnahme auf die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen: Diese machen mit 25 % den insgesamt höchsten Anteil der verschiedenen Altersgruppen an den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern insgesamt aus. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt mit 16 % deutlich darunter.

¹⁴³ www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

Tabelle 10: Kursteilnahmen nach Handlungsfeldern

Handlungsfeld	2017	2018	2019	2020	2021
Bewegungsgewohnheiten	1.159.826	1.155.187	1.223.676	732.653	466.144
Ernährung	54.278	50.112	46.327	35.610	28.289
Stress- und Ressourcenmanagement	438.854	462.829	514.285	363.332	275.593
Suchtmittelkonsum	11.647	10.675	8.552	5.362	4.297
Fehlende Angaben zum Handlungsfeld	10.403	6.687	13.049	20.348	22.272
Gesamt	1.675.008	1.685.490	1.805.889	1.157.305	796.595

Quelle: Medizinischer Dienst Bund (bis 2021 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) und GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Tabellenband zum Präventionsbericht. Essen und Berlin. Fortlaufend

Der GKV-Spitzenverband bereitet in Kooperation mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und dem geschäftsführenden Verband der Zentralen Prüfstelle Prävention (vdek) die Einführung eines kassenartenübergreifenden Evaluationssystems für Präventionskurse auf Stichprobenbasis vor. Da seit 2020 viele Präventionskurse ausfielen, konnten die vorbereiteten Instrumente und Verfahren nicht wie vorgesehen getestet werden. Deren Erprobung ist für das Jahr 2023 geplant.

5.3 ÄRZTLICHE PRÄVENTIONSEMPFEHLUNGEN

Durch das Präventionsgesetz wurde das SGB V um Regelungen für eine ärztliche Präventionsempfehlung ergänzt, die in Form einer schriftlichen Bescheinigung ausgestellt wird (§§ 20 Abs. 5, 25 Abs. 1 Satz 2 und 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Näheres dazu wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie geregelt. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte die schriftlichen Präventionsempfehlungen, sofern sie medizinisch angezeigt sind, im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemäß §§ 25 und 26 SGB V sowie im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung ausstellen. Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für Erkrankungen mit besonderer epidemiologischer Bedeutung zu senken und den Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten zu stärken.

Vorgesehen ist die Empfehlung individueller verhaltensbezogener Leistungen zur Primärprävention, also von sogenannten Präventionskursen, die die Teilnehmenden zur regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen sollen (vgl. Abschnitt 5.2). Bereits seit Mitte 2017 steht ein durch Bundesmantelvertragspartner vereinbartes Formular zur Verfügung, auf dem Vertragsärztinnen und -ärzte die empfohlenen Maßnahmen zur individuellen Prävention aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband, 2021c) auswählen sowie Sonstiges angeben können. Nach Ausstellen der Präventionsempfehlung sind die Versicherten

gebeten, sich bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse über zertifizierte Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen zu informieren. Auf der Grundlage der ärztlichen Präventionsempfehlung können sich die Versicherten - ergänzend zu der Möglichkeit, sich eigenständig über Präventionsangebote zu informieren - auch auf der Grundlage spezifischer ärztlicher Präventionsempfehlungen durch ihre gesetzliche Krankenkasse zu zertifizierten Präventionsangeboten informieren oder beraten lassen. Die Krankenkassen berücksichtigen gemäß § 20 Abs. 5 SGB V die ärztliche Präventionsempfehlung bei ihrer Förderentscheidung.

Im ersten Präventionsbericht der NPK wurden die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung der gesetzlichen Krankenkassen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) aus dem Herbst 2018 berichtet. Krankenkassenmitarbeitende gaben retrospektiv unter anderem Auskunft über die in den letzten sechs Monaten von den Versicherten vorgelegten oder erwähnten Präventionsempfehlungen. Die Ergebnisse der Befragung aus der Anfangsphase der ärztlichen Präventionsempfehlung deuten darauf hin, dass sie selten ausgesprochen und zudem ein relativ großer Anteil nicht für primärpräventive Leistungen ausgestellt wurde. Ein Teil der befragten Krankenkassenmitarbeitenden äußerte die Vermutung, dass ein Grund in der mangelnden Kenntnis über die Möglichkeit der ärztlichen Präventionsempfehlung sowohl in der Ärzteschaft als auch bei den Versicherten liegen könne.

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen sowie das Angebot an Präventionskursen wurde von einer erneuten Erhebung im Rahmen des zweiten Präventionsberichts der NPK abgesehen. Durch die im Januar 2022 durchgeführte Beschäftigtenbefragung für den DAK-Gesundheitsreport¹⁴⁴ liegen aktuelle Daten darüber vor, inwieweit Versicherte Kenntnis über ärztliche Präventionsempfehlungen haben. Bei der Beschäftigtenbefragung handelt es sich um eine standardisierte Online-Befragung von 7.104 Erwerbstätigen. Diese sind repräsentativ für die abhängig beschäftigte Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland. Themen der Befragung sind unter anderem das Vorliegen von Risikofaktoren, der Zugang zu und die Inanspruchnahme von betrieblicher Gesundheitsförderung, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der Krankenkassen sowie die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung („Check-up“). Für die Teilnehmenden der Befragung

wurde ausgeführt, dass seit dem 1. Juli 2017 Ärzte und Ärztinnen Patientinnen und Patienten zum Erhalt und zur Verbesserung ihrer Gesundheit eine Präventionsempfehlung (auch „Muster 36“) ausstellen können. Zudem wurde vermittelt, dass diese entsprechenden Leistungen bei der Krankenkasse beantragt werden können und sich die Präventionsempfehlung von einem ärztlichen Rat unterscheidet, der nicht mit der Ausgabe eines Formulars einhergeht. Die Frage, ob ihnen die Präventionsempfehlung oder das „Muster 36“ bekannt sei, beantworteten 4 % (n = 289) mit „Ja“, 94 % mit „Nein“ (n = 6.692) und 123 Teilnehmende machten keine Angabe. Die Befragten, welche angaben, die Präventionsempfehlung zu kennen, wurden um Auskunft gebeten, ob ihnen in den letzten beiden Jahren eine solche Präventionsempfehlung durch ihre Ärztin oder ihren Arzt ausgestellt wurde. Von den 289 Befragten, die angegeben hatten, dass ihnen die Präventionsempfehlung bekannt sei, antworteten 27 % (n = 79) mit „Ja“, 71 % (n = 205) mit „Nein“ und 2 % (n = 5) machten keine Angabe.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch über vier Jahre nach Einführung der ärztlichen Präventionsempfehlung diese nur einer kleinen Zahl von Versicherten ausgesprochen wird. Diese Schlussfolgerung ist jedoch vor dem Hintergrund folgender Sachverhalte zu bewerten. Zum einen liegen keine Daten zum tatsächlichen Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte vor. Unklar ist zudem weiterhin, wie hoch der tatsächliche Bedarf an ärztlichen Präventionsempfehlungen ist und inwieweit die Ärzteschaft um die ärztliche Präventionsempfehlung weiß. Zum anderen stellt die ärztliche Präventionsempfehlung keine Voraussetzung für die Teilnahme an einem Präventionskurs dar. Es wird deutlich, dass Erkenntnisse über das tatsächliche Verordnungsgeschehen und damit verbundene Hemmnisse beim Ausstellen einer ärztlichen Präventionsempfehlung fehlen.

Die gesetzlichen Krankenkassen werden weiterhin ihre Versicherten über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme und den Nutzen von Präventionskursen informieren und einen möglichst niedrigschwelligen Zugang ermöglichen. So können z. B. sowohl auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes als auch auf den Internetseiten der Krankenkassen alle zertifizierten Kurse recherchiert werden. Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen (z. B. elektronische Patientenakte) kann weitere Möglichkeiten bieten, den Zugang zu Präventionskursen, vermittelt über eine ärztliche Präventionsempfehlung, für die Versicherten zu erleichtern.

144 Beschäftigtenbefragung für den DAK-Gesundheitsreport 2022. Unveröffentlichte Ergebnisse.

5.4 WEITERENTWICKLUNG DES SPV-LEITFADENS PRÄVENTION IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Die Pflegekassen setzen seit 2016 Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen um. Zum Zweck der Berichterstattung gemäß § 20d Abs. 4 SGB V sowie zur Messung der Erreichung der Präventionsziele wird das Leistungsgeschehen von den Pflegekassen seit 2016 im Online-System des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bzw. in pflegekasseneigenen Dokumentationssystemen dokumentiert. Die Dokumentation der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention der Pflegekassen orientiert sich an den im Leitfaden festgelegten Zielen entlang des Gesundheitsförderungsprozesses und bildet die Entwicklung des Leistungsgeschehens in Kennziffern ab. Mit diesen Informationen liegt ein grundsätzlicher Einblick in das Leistungsgeschehen der Pflegekassen vor, das jährlich in den GKV-Präventionsberichten veröffentlicht wird. Allerdings existierte noch kein tieferes und gebündeltes Wissen über die konkreten Leistungsinhalte, etwa zu den Inhalten geförderter Konzepte in den einzelnen Handlungsfeldern sowie zu den Rahmenbedingungen ihrer Umsetzung und förderlichen bzw. hemmenden Faktoren.

Die letzte fachliche Aktualisierung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI fand unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise im Jahr 2018 statt, 2020 erfolgte lediglich eine redaktionelle Anpassung. Damit der leistungsbezogene Gestaltungsrahmen der Pflegekassen auch mit Blick auf die Handlungsfelder den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention im stationären Setting genügt, war auch aus diesem Grund eine erneute Expertise zur Evidenzlage von Gesundheitsförderung und Prävention im stationären Setting angezeigt.

5.4.1 WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION DER PRÄVENTIVEN LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSEN NACH § 5 SGB XI

Im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI sind die Kriterien für die Gesundheitsförderung und Prävention im stationären Pflege setting definiert. Im Leitfaden ist festgelegt, dass der GKV-Spitzenverband in regelmäßigen Abständen Aufträge zur wissenschaftlichen Evaluation der Leistungen vergibt (Kapitel 9). Fünf Jahre nach Beginn der Leistungser-

bringung durch die Pflegekassen wurde Ende 2020 eine erste Gesamtevaluation der präventiven Leistungen gemäß § 5 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband in enger Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene ausgeschrieben. Den Zuschlag erhielt eine Bietergemeinschaft bestehend aus der Prognos AG und der Fachhochschule Münster. Die Evaluation wurde von Mai 2021 bis August 2022 durchgeführt. An der Erhebung haben sich die Mehrheit der Pflegekassen und ihre Verbände beteiligt.

In die Evaluation wurde auch die Perspektive der Wissenschaft, der Pflegeeinrichtungen mit Blick auf die Rahmenbedingungen der Umsetzung präventiver Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen und deren Verbänden sowie die der Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen mit Blick auf die Partizipation an der Gestaltung und Umsetzung präventiver Maßnahmen aufgenommen.

5.4.1.1 Ziel der Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollte einen Beitrag dazu leisten, den aktuellen Umsetzungsstand des gesetzlichen Präventionsauftrages in Bezug auf die Vorgaben nach § 5 SGB XI aufzuzeigen. Hierfür sollte aktuelles Wissen hinsichtlich der im Leitfaden aufgeführten Handlungsfelder der Prävention, zum Leistungsgeschehen und zu den Rahmenbedingungen der Umsetzung dieser Leistungen erarbeitet werden. Die Erkenntnisse der Evaluation sollten geeignet sein, in die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI einzufließen. Hinweise bzw. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Leitfadens wurden hierbei insbesondere in Bezug auf die Erreichung der Präventionsziele in der stationären Pflege sowie die Weiterentwicklung der Handlungsfelder der Prävention erwartet.

5.4.1.2 Ergebnisse der Evaluation

Mit dem Abschlussbericht der Prognos AG und der Fachhochschule Münster liegt dem GKV-Spitzenverband seit August 2022 ein vertiefter Einblick und ein gebündeltes Wissen über die Leistungsinhalte der bisher umgesetzten präventiven Konzepte der Pflegekassen in den Handlungsfeldern der Prävention vor. Der Bericht enthält eine Übersicht zur inhaltlichen bzw. konzeptionellen Ausrichtung von 101 von den Pflegekassen umgesetzten Maßnahmen und Projektaktivitäten, die anhand struktureller Parameter erfasst und mit Bezug zu den Handlungsfel-

den beschrieben wurden. Auf Grundlage einer systematischen Analyse der nationalen und internationalen Literatur wurden aktuelle, wenn möglich, evidenzbasierte Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen mit Bezug zu den im Leitfaden aufgeführten Handlungsfeldern sowie zum gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess erfasst. Einbezogen wurden zusätzlich entsprechende Studien bzw. Fachveröffentlichungen der Kranken- und Pflegekassen. Damit liegen erstmalig aktuelle literaturgestützte sowie eigene empirisch begründete Hinweise und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen vor, die in die für 2023 geplante Aktualisierung des Leitfadens Prävention einfließen (z. B. Stärkung der Kombination gesundheitsfördernder Ansätze in allen Handlungsfeldern).

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Pflegekassen ihren Präventionsauftrag umfassend wahrnehmen. Beschrieben wird weiterhin das umfassende Kooperationsgeschehen der Pflegekassen untereinander und deren Zusammenarbeit mit Dienstleistern und Forschungseinrichtungen. Bezüglich der Rahmenbedingungen wurde eine Reihe förderlicher Faktoren, aber auch Umsetzungshürden identifiziert. Der Bericht enthält ferner Empfehlungen für den weiteren notwendigen qualitätsgesicherten Ausbau der präventiven Leistungen und eine stärkere Differenzierung der Angebote (z. B. mit Blick auf die unterschiedlichen Zielgruppen pflegebedürftiger Menschen und Versorgungsschwerpunkten in den Pflegeeinrichtungen, die umfassendere Digitalisierung von Angeboten oder die Verknüpfung von Angeboten mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Pflegeeinrichtungen).

Insbesondere stellen der Personalmangel und die Personalfuktuation in stationären Pflegeeinrichtungen aus Sicht aller befragten Akteure eine zentrale Hürde für die Verbreitung und Verstetigung präventiver Angebote dar. Es wird gleichzeitig herausgearbeitet, dass (befragte) Pflegeeinrichtungen, die bereits präventive Leistungen umsetzen, den mit der Gesundheitsförderung und Prävention verbundenen Arbeitsaufwand für angemessen halten und einen Benefit für Bewohnerinnen und Bewohner und das Personal in den Pflegeeinrichtungen feststellen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Partizipation der Pflegebedürftigen an der Gestaltung und Umsetzung präventiver Konzepte dar. Auch die Evaluation und die Qualitätssicherung der Konzepte gilt es systematisch auszubauen. Es werden konkrete Empfehlungen mit Blick auf die Weiterentwicklung der Präventionsziele und der Handlungsfelder der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gegeben.¹⁴⁵

5.4.1.3 Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention

Die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI ist für das Jahr 2023 vorgesehen.

¹⁴⁵ Die Ergebnisse der Evaluation wurden unter folgendem Link veröffentlicht: www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflegerpraevention_stationaere_pfleger.jsp. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Evaluation findet sich im GKV-Präventionsbericht 2022 Medizinischer Dienst Bund und GKV-Spitzenverband (2022).

6 Ausgaben

In diesem Kapitel werden die Ausgaben der stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) sowie – soweit möglich – der beratenden NPK-Mitglieder für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung dargestellt und eingeordnet. Dies erfolgt auf Basis der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (GAR) sowie auf Basis von Routinedaten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder. Berichtszeitraum sind die Jahre 2017 bis 2021.¹⁴⁶

Zunächst werden die Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsschutz“ (Kategorie der GAR) absolut und als Anteil an allen Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen auf Grundlage der GAR dargestellt (Abschnitt 6.1). In den Abschnitten 6.2.1 bis 6.2.6 erfolgt daraufhin eine detaillierte Darstellung der Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) auf Basis von Routinedaten der einzelnen Träger. Für die beratenden NPK-Mitglieder und weitere Akteure liegen keine Routinedaten vor, anhand derer erörtert werden kann, inwieweit die Ausgaben dieser Akteure für „Prävention und Gesundheitsschutz“ gemäß GAR den Ausgaben im Sinne der BRE entsprechen. Dementsprechend wird – soweit möglich – die Einordnung der Ausgaben dieser Akteure in Abschnitt 6.1 vor dem Hintergrund der Methodik der GAR diskutiert.

Weiterhin werden in diesem Kapitel Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Richt- und Mindestwerte für die Ausgaben der GKV gegeben (Abschnitt 6.3).

6.1 GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

Ziel der GAR ist „die vollständige Erfassung der Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen und ihre Gliederung anhand von nachvollziehbaren und sinnvollen Kriterien“ (Destatis, 2018). Die GAR misst aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive die ökonomische Belastung der Bevölkerung Deutschlands durch drei Aspekte: (1) Maßnahmen, die mit der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten oder der Pflege im Zusammenhang stehen, (2) Kosten der Verwaltung im Gesundheitswesen sowie (3) Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie dient als Datengrundlage für die gesundheitspolitische Diskussion und als Entscheidungshilfe für die Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Die GAR bildet die Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungsart, Einrichtung und Ausgabenträger ab. Den methodischen Ausgangspunkt des Rechenwerks bildet ein von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) veröffentlichter Standard zur Berechnung von Gesundheitsausgaben. Erfasst werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sozialen Pflegeversicherung (SPV), gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV), der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck. Zu den abgebildeten Leistungsarten gehören Investitionen und laufende Gesundheitsausgaben. Letztere werden in die Leistungsarten „Prävention und Gesundheitsschutz“, „ärztliche Leistungen“, „pflegerische und therapeutische Leistungen“, „Unterkunft und Verpflegung“, „Waren“ (z. B. Arzneimittel), „Transporte“ und „Verwaltungsleistungen“ untergliedert.

Zur Darstellung des finanziellen Gewichts der Gesundheitsförderung und Prävention im deutschen Gesundheitswesen auf Grundlage der GAR wird die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ herangezogen. Unter dieser Leistungsart „[...] werden in der GAR sämtliche Leistungen zusammengefasst, die bereits im Vorfeld oder im Frühstadium einer Erkrankung greifen und de-

¹⁴⁶ Durch den Einschluss des Jahres 2017 beginnt der Berichtszeitraum mit dem letzten Jahr des Berichtszeitraums des ersten NPK-Präventionsberichts. Einzelne Angaben für das Jahr 2017 unterscheiden sich von denen des ersten NPK-Präventionsberichts, wenn die entsprechende Statistik nach Veröffentlichung des ersten NPK-Präventionsberichts korrigiert wurde. Daten der GAR liegen für die Jahre 2017 bis 2020 vor.

ren Entstehen oder weitere Verbreiterung verhindern sollen. Hierzu gehören auch die von den Ministerien, den Gesundheitsämtern und sonstigen Institutionen erbrachten Überwachungs- und Aufsichtsfunktionen" (Destatis, 2018, 2020a). Die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ setzt sich aus den Unterleistungsarten „Allgemeiner Gesundheitsschutz“, „Gesundheitsförderung“, „Früherkennung von Krankheiten“ sowie „Gutachten und Koordination“ zusammen. Die Definitionen dieser Unterleistungsarten gemäß Statistischem Bundesamt werden in der Folge eingeführt.

Der Unterleistungsart „Allgemeiner Gesundheitsschutz“ werden insbesondere die von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung, des Infektionsschutzes, der allgemeinen und speziellen Hygieneüberwachung oder des Umweltmonitorings bereitgestellten Gesundheitsgüter zugeordnet. Als konkrete Beispiele können die HIV-Tests der Gesundheitsämter und der Impfschutz genannt werden.

Zielt eine Leistung darauf ab, das Verhalten einer oder eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten, wird sie der Unterleistungsart „Gesundheitsförderung“ zugeordnet. In der GAR werden unter dieser Unterleistungsart auch Leistungen zur Vorbeugung spezifischer Krankheiten erfasst, die unter dem Terminus „primäre Prävention“ geläufig sind. Das Leistungsspektrum, das dabei von staatlichen, privaten und betrieblichen Einrichtungen angeboten wird, ist breit gefächert und reicht von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge oder AIDS-Beratung über zahnprophylaktische Leistungen bis hin zu den Schutzimpfungen. Zur Gesundheitsförderung werden außerdem die von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erbrachten Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen gerechnet.

Bei den Leistungen zur „Früherkennung von Krankheiten“ steht das rechtzeitige Erkennen einer Erkrankung, einer Störung bzw. Fehlbildung oder eines sonstigen Gesundheitsschadens im Vordergrund. Diese Maßnahmen werden in der Literatur auch als „sekundäre Prävention“ bezeichnet. Vor allem die von gesetzlichen und privaten Krankenkassen angebotenen Vorsorgeuntersuchungen

bei Säuglingen und Kleinkindern, die Schwangeren- und Krebsvorsorge sowie die Früherkennungsuntersuchungen bei Herz- und Kreislauferkrankungen werden hier erfasst.

Der Unterleistungsart „Gutachten und Koordination“ werden in der GAR vor allem die Ausgaben für die gutachterlichen Stellungnahmen des sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienstes der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugeordnet. Die Begutachtungsaufgaben erstrecken sich dabei unter anderem auf die Prüfung von Arbeitsunfähigkeitsfällen, die Klärung von Anspruchsvoraussetzungen bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, auf die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung oder der Voraussetzungen für den Bezug von Pflegeversicherungsleistungen. Die Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfungsaufgaben des sozialmedizinischen Dienstes der gesetzlichen Rentenversicherung bei medizinischen Rehabilitationsleistungen oder Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind hier ebenfalls enthalten.

6.1.1 AUSGABEN DER LEISTUNGSTRÄGER FÜR DIE LEISTUNGSART PRÄVENTION UND GESUNDHEITSSCHUTZ

In Tabelle 11 sind die Ausgaben aller in der GAR berücksichtigten Leistungsträger für die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ sowie die laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland insgesamt¹⁴⁷ dargestellt. Aus der Tabelle geht hervor, dass die Ausgaben aller Leistungsträger für die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ von 2017 (12,7 Milliarden Euro) bis 2020 (14,6 Milliarden Euro) jedes Jahr leicht anstiegen. Dabei blieb der Anteil der Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ an den laufenden Gesundheitsausgaben insgesamt mit ca. 3,4 % stabil.

2020 verausgabte die GKV 6,4 Milliarden Euro für die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“, das entspricht 43,9 % der Gesamtausgaben. Die öffentlichen Haushalte verausgabten 3,5 Milliarden Euro (23,9 % der Gesamtausgaben), die Arbeitgeber 1,6 Milliarden Euro (11,3 % der Gesamtausgaben) und die GUV 1,4 Milliarden Euro (9,5 % der Gesamtausgaben). Für die SPV und die privaten Haushalte/Organisationen ohne Erwerbszweck sind Ausgaben von 537 bzw. 536 Millionen Euro zu ver-

¹⁴⁷ Die laufenden Gesundheitsausgaben insgesamt beinhalten alle in der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigten Leistungsarten (Prävention und Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische und therapeutische Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte und Verwaltungsleistungen).

zeichnen, was jeweils einem Anteil von 3,7 % an den Gesamtausgaben entspricht. Die PKV verausgabte 2020 388 Millionen Euro (2,7 % der Gesamtausgaben) und die GRV 129 Millionen Euro (0,9 % der Gesamtausgaben).

Bei Betrachtung der Ausgaben für die Unterleistungsarten werden deutliche Unterschiede zwischen den Leistungsträgern sichtbar. So entfällt bei der GUV und den öffentlichen Haushalten der größte Anteil der Ausgaben auf die Unterleistungsart „Allgemeiner Gesundheitsschutz“, während bei der SPV und GRV Ausgaben für „Gutachten und Koordination“ die größten Kategorien bilden. Bei der GKV entfällt (bis einschließlich 2019) der größte Anteil auf Ausgaben für die „Früherkennung von Krankheiten“, bei der PKV, den Arbeitgebern und den privaten Haushalten/Organisationen ohne Erwerbzweck hingegen auf Ausgaben zur „Gesundheitsförderung“.

Hinsichtlich der Frage, inwieweit die Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsschutz“ gemäß GAR Ausgaben im Sinne der BRE sind, ist für die öffentlichen Haushalte/Organisationen ohne Erwerbzweck auszuführen, dass Ausgaben im Sinne der BRE am ehesten in der Unterleistungsart „Gesundheitsförderung“ enthalten sein dürften. Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte für „Gesundheitsförderung“ setzen sich aus bestimmten Anteilen der Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Sozialhilfe zusammen. Eine weitere Aufschlüsselung ist anhand öffentlich verfügbarer Informationen nicht möglich. Daher kann auch die Höhe der tatsäch-

lich relevanten Ausgaben nicht ermittelt werden. Die unter „Allgemeiner Gesundheitsschutz“ veranschlagten Ausgaben könnten auch für Aktivitäten der öffentlichen Haushalte im Sinne der BRE getätigt worden sein. Insgesamt scheint dieses Konto jedoch breiter gefasst zu sein, da es die von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung, des Infektionsschutzes, der allgemeinen und speziellen Hygieneüberwachung oder des Umweltmonitorings bereitgestellten Gesundheitsgüter (z. B. HIV-Tests der Gesundheitsämter und Impfschutz) enthält. Bezüglich der Ausgaben der Arbeitgeber ist anzunehmen, dass Ausgaben im Sinne der BRE am ehesten in der Unterleistungsart „Gesundheitsförderung“ enthalten sind. Diese Leistungsart umfasst mit hohem Volumen den betrieblichen Gesundheitsdienst. Weiterhin enthält sie Anteile aus den Konten der Beihilfen der öffentlichen und privaten Arbeitgeber.

Es ist unbedingt zu beachten, dass die Zuordnungssystematik der GAR nicht auf die Darstellung von Ausgaben im Sinne der BRE ausgelegt ist. Zudem kann es zu Buchungsunterschieden zwischen den von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern an das Bundesamt für Statistik übermittelten Daten und den für die Darstellung der Ausgaben im Sinne der BRE im NPK-Präventionsbericht zur Verfügung gestellten Daten kommen. Mithin ist nicht gesichert, dass die Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder und der PKV im Sinne der BRE in Gänze als Anteil der Ausgaben für die Leistungsart „Prävention und Gesundheitsschutz“ betrachtet werden können.

Tabelle 11: Ausgaben für die Leistungsart Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts nach Leistungsträger und Unterleistungsarten (in Millionen Euro)

Leistungsträger und Unterleistungsart	2017	2018	2019	2020
GKV	5.828	6.132	6.722	6.408
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.551	1.665	1.951	2.193
Gesundheitsförderung	1.714	1.784	1.940	1.538
Früherkennung von Krankheiten	2.039	2.139	2.240	2.057
Gutachten und Koordination	524	544	591	620
SPV	434	454	501	599
Allgemeiner Gesundheitsschutz	0	0	0	62
Gesundheitsförderung	17	9	13	13
Gutachten und Koordination	417	445	488	524

Leistungsträger und Unterleistungsart	2017	2018	2019	2020
GUV	1.343	1.373	1.437	1.384
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.192	1.221	1.279	1.240
Gesundheitsförderung	66	66	70	56
Gutachten und Koordination	85	86	88	88
GRV	139	139	136	129
Gesundheitsförderung	34	38	38	42
Gutachten und Koordination	105	101	98	87
PKV	341	362	380	388
Allgemeiner Gesundheitsschutz	20	22	26	27
Gesundheitsförderung	154	171	184	186
Früherkennung von Krankheiten	139	142	144	148
Gutachten und Koordination	48	49	52	54
Öffentliche Haushalte	2.937	3.023	3.122	3.492
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.770	1.824	1.882	2.226
Gesundheitsförderung	1.064	1.098	1.137	1.163
Früherkennung von Krankheiten	18	15	15	26
Gutachten und Koordination	85	86	88	77
Arbeitgebende	1.115	1.200	1.418	1.646
Allgemeiner Gesundheitsschutz	16	50	227	465
Gesundheitsförderung	1.007	1.056	1.102	1.089
Früherkennung von Krankheiten	89	91	86	83
Gutachten und Koordination	3	3	3	9
Private Haushalte / Organisationen ohne Erwerbszweck	539	539	540	536
Gesundheitsförderung	499	497	498	491
Früherkennung von Krankheiten	40	42	42	45
Gesamt	12.696	13.243	14.285	14.607
Allgemeiner Gesundheitsschutz	4.549	4.782	5.365	6.212
Gesundheitsförderung	4.555	4.718	4.984	4.579
Früherkennung von Krankheiten	2.325	2.428	2.526	2.358
Gutachten und Koordination	1.268	1.315	1.410	1.458
Laufende Gesundheitsausgaben gesamt	369.980	385.865	406.251	431.805
Anteil Gesundheitsschutz und Prävention in %	3,4	3,4	3,5	3,4

Anmerkung: Abweichungen zum 1. NPK-Präventionsbericht sind auf eine Veränderung der Methodik zurückzuführen. Die laufenden Gesundheitsausgaben gesamt beinhalten alle in der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigten Leistungsarten („Prävention und Gesundheitsschutz“, „ärztliche Leistungen“, „pflegerische und therapeutische Leistungen“, „Unterkunft und Verpflegung“, „Waren“, „Transporte“ und „Verwaltungsleistungen“).

Quelle: (Destatis, o. D.), Code 23611-0004-2, Abruf: 24.08.2022.

6.2 ROUTINEDATEN DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER

In diesem Abschnitt werden die Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für Prävention, Gesund-

heits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V auf Basis von Routinedaten dargestellt. Für die GKV handelt es sich um Ausgaben, die zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V getätigt wurden; sie umfassen Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der BRE

Tabelle 12: Ausgaben der GKV zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V, das heißt Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage der §§ 20a–20c SGB V und für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention auf Grundlage von § 20 Abs. 5 SGB V

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Absolut (in Millionen Euro)					
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	153,3	158,3	165,6	102,6	147,5
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	158,1	172,2	239,9	159,4	246,9
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	207,6	214,0	225,3	152,3	143,3
Gesamt	519,0	544,5	630,8	414,3	537,7
Je Versicherte/-n (in Euro)					
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	2,12	2,18	2,27	1,40	2,01
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	2,19	2,37	3,28	2,18	3,37
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	2,87	2,94	3,08	2,08	1,95
Gesamt	7,18	7,48	8,63	5,65	7,34
Veränderungen der absoluten Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)					
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	n. z.	+5,1	+7,3	-63,0	+45,0
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	n. z.	+14,0	+67,7	-80,5	+87,5
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	n. z.	+6,4	+11,3	-73,0	-9,0
Gesamt	n. z.	+25,5	+86,3	-216,5	+123,4

Anmerkung: Die Ausgaben nach § 20a SGB V enthalten die Mittel, die die BZgA nach § 20a Abs. 3 SGB V erhielt. Die Ausgaben nach § 20b SGB V und § 20c SGB V enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist nichtverausgabte Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen.

Quelle: Amtliche KJ 1-Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung.

auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (Abschnitt 6.2.1). Für die SPV (Abschnitt 6.2.2), GUV (Abschnitt 6.2.3), GRV (Abschnitt 6.2.4), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) (Abschnitt 6.2.5) sowie die PKV (Abschnitt 6.2.6) handelt es sich um Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der BRE. Die gesetzliche Grundlage ergibt sich für die SPV aus § 5 SGB XI, für die GUV und die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft aus § 14 SGB VII, für die GRV aus § 14 SGB VI, für die SVLFG als Alterssicherung der Landwirte aus § 7 Abs. 1 ALG und für die PKV aus der gesetzlichen Option in § 20e Abs. 1 SGB V.

6.2.1 GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Tabelle 12 zeigt die Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention in den Jahren 2017 bis 2021. Die Ausgaben wurden zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V getätigt, das heißt sie entfallen auf drei Leistungen:

1. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Konto 5170 der KJ 1-Statistik),
2. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V (Konto 5155 der KJ 1-Statistik) sowie
3. Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (Konto 5110 der KJ 1-Statistik).

Die ersten beiden Leistungen erbringt die GKV im Rahmen der Umsetzung der BRE (vgl. Abschnitt 2.1.1). Die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention sind Bestandteil des Engagements der GKV zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V.

Im Jahr 2021 entfielen von den Gesamtausgaben (537,7 Millionen Euro) 394,4 Millionen Euro auf Leistungen im Sinne der BRE. Diese unterteilen sich in 147,5 Millionen Euro für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und 246,9 Millionen Euro für Leistungen zur BGF und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention betragen 143,3 Millionen Euro.

Bezüglich der Veränderung der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr ist Tabelle 12 zu entnehmen, dass die Gesamtausgaben bis 2019 jedes Jahr zunahmen. So ist von 2017 auf 2018 eine Erhöhung um 25,5 Millionen Euro zu verzeichnen (entspricht einer Zunahme um 5 % gegenüber Vorjahr) und von 2018 auf 2019 eine Erhöhung um 86,3 Millionen Euro (entspricht einer Zunahme um 16 % gegenüber Vorjahr). Im Jahr 2020 wurden 216,5 Millionen Euro weniger verausgabt als im Vorjahr (entspricht einem Rückgang um 34 % gegenüber Vorjahr), was auf Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. 2021 war es wieder möglich, mehr Mittel einzusetzen, sodass 123,4 Millionen Euro mehr als im Vorjahr verausgabt wurden (entspricht einer Zunahme um 30 % gegenüber Vorjahr).

6.2.2 SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Tabelle 13 zeigt - gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V - die Ausgaben der SPV in den Jahren 2017 bis 2021. Hierbei handelt es sich um Ausgaben für präventive Leistungen nach § 5 SGB XI, die die SPV im Rahmen der Umsetzung der BRE erbringt (vgl. Abschnitt 2.1.4). Die Ausgaben unterteilen sich in die tatsächlich verausgabten Mittel, die in der amtlichen Statistik PJ 1 im Unterkonto 09998 des Kontos 4720 erfasst werden, und den Betrag, der aufgrund einer Unterschreitung des Mindestwerts¹⁴⁸ nach § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) zur Verfügung zu stellen ist. Der GKV-Spitzenverband leitet die Mittel an Pflegekassen weiter, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie müssen die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen nach § 5 SGB XI im Jahr 2020 nicht dem Mindestwert entsprechen. Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind im Jahr 2020 nicht dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen. Die umverteilten Mittel sind von den Pflegekassen zweckgebunden für Prävention auszugeben.

Im Jahr 2021 betragen die Ausgaben insgesamt 24,9 Millionen Euro; davon entfielen 16,3 Millionen Euro auf Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, die die Pflegekassen tatsächlich erbrachten, und 8,6 Millionen Euro auf nichtverausgabte Mittel, die an den GKV-Spitzenverband abgeführt und zweckgebunden umverteilt wurden.

¹⁴⁸ Gemeint ist der Mindestwert gemäß § 5 Abs. 2 SGB XI.

Tabelle 13: Ausgaben der SPV für präventive Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 5 SGB XI

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Absolut (in Millionen Euro)					
Tatsächlich erbrachte Leistungen nach § 5 SGB XI	8,4	9,9	17,6	15,3	16,3
Nichtverausgabte Mittel nach § 5 SGB XI	13,7	12,5	5,8	n. z.	8,6
Gesamt	22,1	22,4	23,4	n. z.	24,9
Je Versicherte/-n (in Euro)					
Tatsächlich erbrachte Leistungen nach § 5 SGB XI	0,12	0,14	0,24	0,21	0,22
Nichtverausgabte Mittel nach § 5 SGB XI	0,19	0,17	0,08	n. z.	0,12
Gesamt	0,31	0,31	0,32	n. z.	0,34
Veränderungen der absoluten Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)					
Tatsächlich erbrachte Leistungen nach § 5 SGB XI	n. z.	+1,5	+7,7	-2,2	+1,0
Nichtverausgabte Mittel nach § 5 SGB XI	n. z.	-1,2	-6,7	n. z.	n. z.
Gesamt	n. z.	+0,3	+1,0	n. z.	n. z.

Anmerkungen: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden die 2019 nichtverausgabten Mittel 2020 nicht dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Der Mindestwert nach § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI wurde pandemiebedingt nach § 5 Abs. 7 SGB XI für 2020 ausgesetzt, sodass für das Jahr 2020 keine Angaben zu nichtverausgabten Mitteln gemacht werden.

Quelle: Amtliche PJ 1-Statistik der sozialen Pflegeversicherung.

Gemäß § 5 Abs. 2 SGB XI sollen die Ausgaben der Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention 2017 und 2018 0,31 Euro und 2021 0,34 Euro je Versicherte/-n betragen.¹⁴⁹ Tabelle 13 zeigt, dass diese Vorgaben erfüllt wurden, wobei zu konstatieren ist, dass die für die Erfüllung der Vorgaben zu betrachtenden Gesamtausgaben auch die Mittel beinhalten, die an den GKV-Spitzenverband zum Zweck der Weiterleitung abgeführt wurden. Die tatsächlich verausgabten Mittel betragen 2017 0,12 Euro, 2018 0,14 Euro und 2021 0,22 Euro je Versicherte/-n.

Hinsichtlich der Veränderungen der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr geht aus Tabelle 13 hervor, dass es 2019 zu einem starken Anstieg der tatsächlich erbrachten Leistungen kam - es wurden 7,7 Millionen Euro mehr als im Vorjahr verausgabt, das entspricht einem Anstieg von 77,8 %. In den Folgejahren war der Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen in vergleichsweise geringem Maße rückläufig (2020: -2,2 Millionen, 2021: Euro -0,4 Millionen Euro).

6.2.3 GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

In Tabelle 14 sind - gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V - die Ausgaben der GUV in den Jahren 2017 bis 2021 dargestellt. Es handelt sich um Ausgaben für Leistungen, die die GUV auf Grundlage von § 14 SGB VII zur Umsetzung der BRE erbringt (vgl. Abschnitt 2.1.3). Die Angaben basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Bei der Interpretation der Ausgaben ist zu berücksichtigen, dass die Unfallversicherungsträger die Steuerungskosten tragen, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Die Durchführungskosten, deren Umfang nicht erfasst wird, die jedoch um ein Vielfaches höher liegen dürften, werden von den Mitgliedsunternehmen und Einrichtungen selbst aufgebracht.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Die Mindestwerte basieren auf der jährlichen Anpassung des Mindestwerts entsprechend der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Ausgangspunkt war ein Mindestwert von 0,30 Euro je Versicherte/-n für das Jahr 2016.

¹⁵⁰ Dies gilt auch für die Durchführungskosten für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung der GKV.

Die Ausgaben der GUV im Sinne der BRE setzen sich aus acht Konten zusammen:

1. Kosten für die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften gem. §§ 15 und 16 SGB VII (Konto 590),
2. Personal- und Sachkosten der Prävention (Konto 591),
3. Kosten der Aus- und Weiterbildung gem. § 23 SGB VII ohne die Kosten für die Ausbildung in Erster Hilfe (Konto 592),
4. Zahlungen an Verbände für Prävention (Konto 593),
5. Aufwendungen und Erträge der überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienste (Konto 594),
6. Aufwendungen und Erträge der sicherheitstechnischen Dienste (Konto 595),
7. sonstige Kosten der Prävention wie z. B. Kosten für Prüfstellen sowie Prämien nach § 162 Abs. 2 SGB VII

und die Informationen für die Versicherten und die Mitgliedsunternehmen (Konto 597) und

8. Aus- und Fortbildungskosten der Ersten Hilfe nach § 23 Abs. 2 SGB VII (Konto 598).

Im Jahr 2021 betragen die Ausgaben der GUV im Sinne der BRE 1,2 Milliarden Euro. Davon entfielen 740,9 Millionen Euro auf Personal- und Sachkosten der Prävention. Dieser größte Ausgabenposten ist auf den gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherung zurückzuführen: Die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren umfasst unter anderem die Beratungs-, aber auch die Aufsichtstätigkeit der Aufsichtspersonen und sonstigen Präventionsfachkräfte und ist personalintensiv. 89,9 Millionen Euro entfielen auf die Aus- und Fortbildung, 116,5 Millionen

Tabelle 14: Ausgaben der GUV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VII

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Absolut (in Millionen Euro)					
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	1,7	1,7	1,6	1,4	1,1
Personal- und Sachkosten der Prävention	672,9	688,0	724,6	726,3	740,9
Aus- und Fortbildungen (§ 23 SGB VII)	140,1	138,5	138,3	103,9	89,9
Zahlung an Verbände für Prävention	125,6	130,9	136,2	138,6	116,5
Arbeitsmedizinische Dienste	48,2	47,2	45,6	37,6	43,4
Sicherheitstechnische Dienste	29,3	29,2	28,2	26,8	24,8
Sonstige Kosten der Prävention	114,6	123,3	141,2	140,1	144,9
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	65,2	64,8	69,4	55,0	63,7
Gesamt	1.197,7	1.223,6	1.285,1	1.229,7	1.225,2
Veränderungen der absoluten Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)					
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	n. z.	0,0	-0,1	-0,3	-0,2
Personal- und Sachkosten der Prävention	n. z.	+15,1	+36,5	+1,7	+14,6
Aus- und Fortbildungen (§ 23 SGB VII)	n. z.	-1,7	-0,2	-34,4	-14,0
Zahlung an Verbände für Prävention	n. z.	+5,2	+5,3	+2,5	-22,1
Arbeitsmedizinische Dienste	n. z.	-0,9	-1,6	-8,0	+5,8
Sicherheitstechnische Dienste	n. z.	0,0	-1,1	-1,4	-2,0
Sonstige Kosten der Prävention	n. z.	+8,7	+17,9	-1,1	+4,7
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	n. z.	-0,4	+4,7	-14,5	+8,7
Gesamt	n. z.	+25,9	+61,5	-55,4	-4,5

Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Tabelle 15: Ausgaben der GRV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VI

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Absolut (in Millionen Euro)					
Stationäre Leistungen zur Prävention (inkl. Übergangsgeld)	2,19	3,34	3,31	2,32	4,20
Nichtstationäre Leistungen zur Prävention (inkl. Übergangsgeld)	1,76	2,48	3,27	2,75	5,60
Gesamt	3,95	5,82	6,58	5,07	9,79
Veränderungen der absoluten Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)					
Stationäre Leistungen zur Prävention (inkl. Übergangsgeld)	n. z.	+1,15	-0,02	-0,99	+1,88
Nichtstationäre Leistungen zur Prävention (inkl. Übergangsgeld)	n. z.	+0,72	+0,79	-0,52	+2,84
Gesamt	n. z.	+1,87	+0,77	-1,51	+4,72

Quelle: Rechnungsergebnisse und Statistik der Deutschen Rentenversicherung.

Euro auf Zahlungen an Verbände, 144,9 Millionen Euro auf sonstige Kosten der Prävention, 63,7 Millionen Euro auf die Kosten der Ersten Hilfe, 43,4 Millionen Euro auf die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienste und 1,1 Millionen Euro auf die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften.

Mit dem Präventionsgesetz wurde die GUV dazu verpflichtet, sich an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d-20f SGB V zu beteiligen, ohne dass der gesetzliche Leistungsauftrag verändert wurde. Daher lässt sich auch kein direkter Effekt des Engagements der GUV im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie auf die Höhe ihrer Ausgaben ausmachen.

Wie aus Tabelle 14 ebenfalls ersichtlich, stiegen die Ausgaben der GUV für Prävention in den Jahren 2018 und 2019 an: 2018 wurden 25,9 Millionen Euro und 2019 61,5 Millionen Euro mehr als im Vorjahr aufgewendet. Das entspricht einer Steigerung um 2,2 % im Jahr 2018 und 5,0 % im Jahr 2019. Für das Jahr 2020 ist ein Rückgang der Ausgaben um 55,4 Millionen Euro zu verzeichnen, der größtenteils dadurch erklärt werden kann, dass viele Veranstaltungen zur Aus- und Fortbildung aufgrund

der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden konnten. Die Gesamtausgaben gingen auch 2021 zurück, wobei dieser Rückgang mit -0,4 % geringer ausfällt als 2020 (Rückgang um 4,3 %). Zum Teil beruht dieser auf einem verringerten Umfang der Zahlungen an Verbände für Prävention, zum Teil auf einem weiteren Rückgang der Ausgaben für die Aus- und Fortbildungen. Der Rückgang der Ausgaben für die Aus- und Fortbildung ist vor allem auf die Umstellung auf digitale Qualifizierungsformate zurückzuführen, durch die trotz geringerer Ausgaben 2021 eine ähnliche Zahl an Teilnehmenden wie 2020 erreicht werden konnte (jeweils ca. 210.000 Teilnehmende; (BMAS & BAuA, 2021, 2022).

6.2.4 GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG

In Tabelle 15 sind – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der GRV in den Jahren 2017 bis 2021 dargestellt. Es handelt sich um Ausgaben für das Engagement der GRV zur Umsetzung der BRE, das heißt um Ausgaben für Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI (vgl. Abschnitt 2.1.2.1), wobei zwischen stationären und nichtstationären Leistungen unterschieden wird. Die Ausgaben für stationäre Leistungen beinhalten sämtliche Pflegekosten der stationären Start- sowie Auf-

Tabelle 16: Ausgaben der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 7 Abs. 1 ALG bzw. § 14 SGB VII (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Alterssicherung der Landwirte	0,6	1,1	1,1	1,2	1,3
Leistungen zur Prävention und Nachsorge	0,6	1,1	1,1	1,2	1,3
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	62,9	65,9	66,4	68,3	68,2
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Personal- und Sachkosten der Prävention	57,2	59,1	59,8	62,2	61,8
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	2,0	2,0	1,8	1,6	1,8
Zahlungen an Verbände für Prävention	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	1,8	2,0	1,9	2,3	2,0
Sonstige Kosten der Prävention	1,1	1,6	1,7	1,2	1,5
Kosten der Ersten Hilfe	0,8	0,9	1,0	0,7	0,8
Gesamt	63,5	67,0	67,5	69,4	69,5

Anmerkung: UVVen = Unfallverhütungsvorschriften.
 Quelle: Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Rechnungsergebnisse der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte.

frischungsphase der Präventionsleistung „RV Fit“¹⁵¹, sowie dabei anfallende Fahrtkosten und Übergangsgeld. Die Ausgaben für nichtstationäre Leistungen beinhalten sämtliche Pflegekosten der ganztägig ambulanten Start- und Auffrischungsphase sowie in der ambulanten Trainingsphase anfallende Kosten.

2021 verausgabte die GRV insgesamt 9,79 Millionen Euro für Präventionsleistungen nach § 14 Abs. 1 SGB VI, wovon 4,20 Millionen Euro auf stationäre und 5,60 Millionen Euro auf ambulante Leistungen entfielen. Damit wurden die Ausgaben für stationäre Leistungen im Berichtszeitraum fast verdoppelt (2,19 Millionen Euro 2017 gegenüber 4,20 Millionen Euro 2021), die Ausgaben für nichtstationäre Leistungen wurden mehr als verdreifacht (1,76 Millionen Euro 2017 gegenüber 5,60 Millionen Euro 2021). Wie Tabelle 15 zu entnehmen ist, wurde der Trend zunehmender Ausgaben 2020 unterbrochen (insgesamt wurden 1,51 Millionen Euro weniger veraus-

gabte als im Vorjahr), was insbesondere darauf zurückgeführt werden kann, dass Leistungen aufgrund der pandemischen Lage nicht bzw. nur teilweise durchgeführt werden konnten.

6.2.5 SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU

Tabelle 16 zeigt – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der SVLFG in den Jahren 2017 bis 2021. Dargestellt sind die Ausgaben, die die SVLFG in ihrer Funktion als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen zur Umsetzung der BRE (vgl. Abschnitt 2.1.5) tätigt. Ausgaben der SVLFG in ihrer Funktion als Kranken- und Pflegekasse sind in den Ausgaben der GKV und SPV enthalten (vgl. Abschnitt 6.2.1 und 6.2.2).

¹⁵¹ Wie in Abschnitt 2.1.2.1 dargestellt, untergliedert sich die Präventionsleistung „RV Fit“ in vier Phasen (Initialphase, Trainingsphase, Eigeninitiative, Auffrischung). Die Initialphase kann entweder stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden.

In ihrer Funktion als Alterssicherung der Landwirte erbringt die SVLFG Leistungen zur Prävention gemäß § 7 ALG. Im Jahr 2021 betragen diese Ausgaben für Leistungen zur Prävention und Nachsorge 1,3 Millionen Euro. Ein Großteil der Kosten entfällt dabei auf ambulante Leistungen zur Prävention (1,0 Millionen Euro in 2021).¹⁵²

Die Leistungsausgaben, die die SVLFG als Berufsgenossenschaft der Landwirte im Sinne der BRE tätigt, basieren auf dem gesetzlichen Auftrag in § 14 SGB VII und setzen sich aus den gleichen Leistungsarten zusammen wie die Leistungsausgaben der GUV (Kapitel 6.2.3). Sie betragen im Jahr 2021 insgesamt 68,2 Millionen Euro. Davon entfielen 61,8 Millionen Euro auf Personal- und Sachkosten der Prävention, 2,0 Millionen Euro auf Kosten der sicherheitstechnischen Dienste, 1,8 Millionen Euro auf die Kosten der Aus- und Fortbildung, 1,5 Millionen Euro auf sonstige Kosten der Prävention und 0,8 Millionen Euro auf die Kosten der Ersten Hilfe.

In Tabelle 17 ist die Ausgabenentwicklung der SVLFG aufgeführt. Den Angaben ist zu entnehmen, dass die Gesamtausgaben der SVLFG für Prävention im Berichtszeitraum weitgehend stabil waren. Der leichte Anstieg der Gesamtausgaben von 2018 bis 2020 um 5,9 Millionen Euro (9,3 %) ist größtenteils auf zunehmende Personal- und Sachkosten der Prävention zurückzuführen. Das Präventionsgesetz verpflichtet die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft – wie die GUV im Allgemeinen –, sich an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d-20f SGB V zu beteiligen, gibt jedoch keine Veränderung des Leistungsauftrags für die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft vor. Daher lässt sich – wie erwartet und wie auch bei der GUV beobachtet (Kapitel 6.2.3) – kein direkter Effekt des Engagements im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie auf die Höhe der Ausgaben der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft beobachten. Hinsichtlich der Leistungen gemäß § 7 ALG (Präventi-

Tabelle 17: Veränderung der Ausgaben der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 7 Abs. 1 ALG bzw. § 14 SGB VII im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro).

Art der Ausgaben	2018	2019	2020	2021
Alterssicherung der Landwirte	+0,5	0,0	+0,1	+0,1
Leistungen zur Prävention und Nachsorge	+0,5	0,0	+0,1	+0,1
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	+3,0	+0,5	+1,8	-0,1
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	0,0	0,0	0,0	0,0
Personal- und Sachkosten der Prävention	+1,9	+0,7	+2,4	-0,4
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	+0,1	-0,2	-0,2	+0,2
Zahlungen an Verbände für Prävention	+0,1	+0,1	-0,1	-0,1
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	0,0	0,0	0,0	0,0
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	+0,2	-0,1	+0,4	-0,2
Sonstige Kosten der Prävention	+0,6	+0,1	-0,5	+0,3
Kosten der Ersten Hilfe	+0,1	+0,1	-0,2	0,0
Gesamt	3,5	0,5	1,9	0,0

Anmerkung: UVVen = Unfallverhütungsvorschriften.
Quelle: Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Rechnungsergebnisse der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte.

¹⁵² Weitere Kostenstellen betreffen stationäre Leistungen zur Prävention, die Beschäftigung von Betriebs- und Haushaltshilfen zur Prävention, ergänzende Leistungen zur Prävention sowie Leistungen zur Nachsorge.

on und Nachsorge im Rahmen der Alterssicherung der Landwirte) ist zu berichten, dass die erstmalig 2017 angefallenen Ausgaben in Höhe von 0,6 Millionen Euro in 2018 um 0,5 Millionen auf 1,1 Millionen Euro erhöht wurden. In den Folgejahren haben sich die Ausgaben auf diesem Niveau stabilisiert.

6.2.6 PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Tabelle 18 stellt – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – das von der PKV zur Verfügung gestellte Budget für Leistungen zur Prävention dar. Gemäß § 20e SGB V erhält die PKV einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz, wenn sich ihre Ausgaben zur Prävention je Versicherten mindestens nach dem Betrag richten, den die GKV und SPV gemäß § 20a SGB V bzw. § 5 SGB XI zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben (Orientierungswerte).¹⁵³ Das PKV Präventionsbudget (nach § 20e SGB V) wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) zur Verfügung gestellt und speist sich aus Zahlungen der Mitglieder des Verbands. Der Umfang des Budgets für ein bestimmtes Jahr ergibt sich aus den entsprechenden Orientierungswerten und der Anzahl der in der PKV Versicherten des vorvergangenen Jahres. Kann das Budget in einem Jahr nicht voll verausgabt werden, stellt die PKV die Restmittel im Folgejahr zusätzlich zum Präventionsbudget nach § 20e zur Verfügung. Das Präventionsbudget nach § 20e zuzüglich des jeweiligen Budgetübertrags bildet das Gesamtbudget.

2017 und 2018 hatte das PKV Präventionsbudget nach § 20e SGB V einen Umfang von jeweils 20,5 Millionen Euro. Der Umfang des Budgets vergrößerte sich im Jahr 2019 um 1,4 Millionen Euro auf 21,9 Millionen Euro und nahm in den Folgejahren im Vergleich zum Vorjahr jeweils leicht zu (2020: 22,0 Millionen Euro; 2021: 22,1 Millionen Euro). Die PKV entschied sich dafür, nicht von der Möglichkeit, den Orientierungswert und mithin auch das Präventionsbudget für 2020 gemäß § 20 Abs. 6 SGB V und § 5 Abs. 7 SGB XI auszusetzen, Gebrauch zu machen. Der Umfang des Gesamtbudgets stieg über die Berichtsjahre kontinuierlich an – 2021 (28,1 Millionen Euro) wurden 6,0 Millionen Euro mehr zur Verfügung gestellt als 2018 (22,1 Millionen Euro). Dies lässt sich auf Rückzahlungen von Restmitteln aus Programmaktivitäten und entsprechende Budgetübertragungen zurückführen.

Wie in Abschnitt 2.1.6 beschrieben, orientiert sich das präventive Engagement der PKV an den Lebensphasen Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten und Gesund im Alter. Tabelle 19 ist zu entnehmen, wie sich die von der PKV verausgabten Mittel in den Berichtsjahren auf die einzelnen Lebensphasen verteilen. 2021 wurden insgesamt 22,3 Millionen Euro (des Gesamtbudgets) verausgabt. Davon entfielen 5,8 Millionen Euro auf die Lebensphase Gesund aufwachsen, 2,4 Millionen Euro auf die Lebensphase Gesund leben und 7,3 Millionen Euro auf die Lebensphase Gesund im Alter. 6,9 Millionen Euro wurden für lebensphasenübergreifende Leistungen aufgewendet. Während die Ausgaben für das Engagement in der Lebensphase Gesund aufwachsen

Tabelle 18: Ausgaben der PKV im Sinne der BRE auf Grundlage von § 20e Abs. 1 SGB V (in Millionen Euro).

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
PKV Präventionsbudget nach § 20e SGB V	20,5	20,5	21,9	22,0	22,0
Restmittel aus Vorjahr/Budgetübertragung	n. z.	1,6	2,0	2,7	6,0
Gesamtbudget/PKV Präventionsbudget nach § 20e SGB V zzgl. Budgetübertragung	20,5	22,1	23,8	24,7	28,0

Anmerkung: Die Restmittel aus dem Vorjahr/Budgetübertragungen resultieren aus dem Gesamtbudget des Vorjahres.
Quelle: Haushalt bzw. Zahlenbericht des PKV-Verbands.

¹⁵³ In diesem Zusammenhang wurde zudem vereinbart, dass die PKV ihr Engagement in Lebenswelten sukzessive sowohl inhaltlich als auch finanziell ausweitet. Sie gewährleistet, auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstands und unter Beachtung anerkannter Qualitätsstandards zu agieren – einschließlich der Qualitätskriterien der GKV und der SPV, die in den jeweiligen Präventionsleitfäden des GKV-Spitzenverbandes definiert sind. Die Aktivitäten des PKV-Verbands sind im Berichtszeitraum vollständig gemäß § 20a SGB V und § 5 SGB XI weiterentwickelt worden. Die Aktivitäten der Stiftungen befinden sich in einer Weiterentwicklungsphase.

Tabelle 19: Ausgaben der PKV im Sinne der BRE auf Grundlage von § 20e Abs. 1 SGB V nach Lebensphasen (in Millionen Euro).

Art der Ausgaben	2017	2018	2019	2020	2021
Lebensphase Gesund aufwachsen	7,6	7,1	5,3	4,4	5,8
Lebensphase Gesund leben und arbeiten	2,4	2,4	2,3	2,6	2,4
Lebensphase Gesund im Alter	5,3	5,9	7,2	5,8	7,3
Lebensphasenübergreifend	3,7	4,8	6,3	5,9	6,9
verausgabte Gesamtsummen	18,9	20,2	21,1	18,7	22,3

Quelle: Haushalt bzw. Zahlenbericht des PKV-Verbands.

seit 2017 zurückgegangen sind (7,6 Millionen Euro im Jahr 2017 gegenüber 5,8 Millionen Euro im Jahr 2021), sind die Ausgaben für die Lebensphase Gesund im Alter (5,3 Millionen Euro im Jahr 2017 gegenüber 7,3 Millionen Euro im Jahr 2021) sowie für lebensphasenübergreifende Leistungen (3,7 Millionen Euro im Jahr 2017 gegenüber 6,9 Millionen Euro im Jahr 2021) gestiegen.

6.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG DER AUSGABENWERTE DER GKV

Entsprechend § 20d Abs. 4 Satz 4 SGB V sind im Präventionsbericht der NPK Empfehlungen zur Weiterentwicklung des in § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V bestimmten Richtwerts für Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach den §§ 20-20c SGB V und der in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b SGB V abzugeben.

6.3.1 GESETZLICHE VORGABEN ZU DEN AUSGABEN DER KRANKENKASSEN FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Für die Leistungsausgaben der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a und 20b/c gelten gemäß § 20 Abs. 6 SGB V die folgenden gesetzlichen Mindest- und Soll- bzw. Orientierungswerte:

- Der Mindestwert für Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (2023: 2,34 Euro je Versicherte/-n)
- Der Mindestwert für Ausgaben für Leistungen zur BGF/Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b/c SGB V (2023: 3,44 Euro je Versicherte/-n, davon 1,09 Euro je Versicherten zur BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen)
- Der Ausgabenrichtwert für die Summe der Leistungsausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, BGF und zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention zusammen (2023: 8,19 Euro je Versicherte/-n)

Bei dem Ausgabenrichtwert handelt es sich um einen Orientierungswert, der unter Berücksichtigung der Mindestwerte anzustreben ist und insbesondere auch überschritten werden kann. Die Höhe der für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention zur Verfügung stehenden Summe ist zwar nicht rechtlich, aber faktisch durch die beiden Mindestwerte und den Ausgabenrichtwert des Gesamtbetrags begrenzt. Die Krankenkassen haben demnach für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention Mittel ca. in Höhe der Differenz zwischen dem Richtwert abzüglich der beiden Mindestwerte zur Verfügung (2023: 2,41 Euro je Versicherte/-n).

Erreichen die Ausgaben einer Krankenkasse für Leistungen zur BGF nicht den Mindestwert, so muss sie den Unterschiedsbetrag an den GKV-Spitzenverband abführen. Dieser sammelt die Beträge und leitet sie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in die Länder zurück. Mit den rückgeführten Mitteln werden in den Ländern durch die BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen Beratungs- und Unterstützungsaufgaben für Betriebe und Unternehmen sowie die Förderung überbetrieblicher Netzwerke finanziert (§ 20b Abs. 4 SGB V). Im Falle von Unterschreitungen des Mindestwerts für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten hat die Krankenkasse den Unterschreibungsbetrag im kommenden Jahr zusätzlich zu verausgaben.

Alle genannten Ausgabenricht- bzw. Mindestwerte werden mit der Veränderung der Bezugsgröße in der gesetzlichen Sozialversicherung gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV fortgeschrieben. Die Veränderung dieser Größe wird von der Bundesregierung in einem Erlass mit Zustimmung des Bundesrats am Ende jedes Jahres für das Folgejahr festgelegt. Die Veränderungsrate ergibt sich aus der Entwicklung der Durchschnittslöhne und -gehälter der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Jahr.

Die den Krankenkassen für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen zur Verfügung stehenden Finanzmittel wachsen somit entsprechend dem

Durchschnittseinkommen der gesetzlich Versicherten. Krankenkassen können die Mindestwerte (innerhalb der von den Aufsichtsbehörden akzeptierten Grenzen) auch überschreiten, wodurch zusätzlich zu der genannten Dynamisierung auch Flexibilität gewährleistet wird.

Im Folgenden wird dargestellt, welche praktischen Erfahrungen mit den Ausgabenricht- und Mindestwerten vorliegen und inwieweit daraus resultierend gesetzliche Änderungen auf Grundlage von § 20d Abs. 4 Satz 4 SGB V empfohlen werden können. Die Darstellung schließt an die Ausführungen in Abschnitt 8.3 des ersten NPK-Präventionsberichts zu diesem Thema an.

6.3.1 Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen

Die Ausgabenentwicklung von 2015 bis 2022¹⁵⁴ kann in zwei Abschnitte eingeteilt werden, von denen der erste – die Jahre 2016 bis 2019 – durch starke und stetige Ausgabensteigerungen bei gleichzeitigem Strukturwandel hin zu den betrieblichen und lebensweltbezogenen Leistungen, der zweite – 2020 bis 2022 – durch einen Rückgang mit darauffolgendem Wiederanstieg gekennzeichnet ist.

Erste Phase: Im Zeitraum 2016 bis 2019 erhöhten die Krankenkassen in Reaktion auf die mit dem Präventionsgesetz eingeführten Mindestwerte in der lebensweltbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention ihre Leistungsausgaben in diesen Bereichen stark. Bei der BGF wurde der Mindestwert im Durchschnitt aller Krankenkassen bereits 2016 und auch in den Folgejahren übertroffen, im Falle der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gelang ihnen dies ab 2017. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, als der Gesetzgeber die Mindestwerte für BGF und lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention deutlich über den Ausgabenwerten des Jahres 2015 angesetzt hatte. Selbst als mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz 2018 der Mindestwert für Leistungen zur BGF mit Wirkung ab 2019 erneut deutlich heraufgesetzt wurde, übertrafen die BGF-Ausgaben im Durchschnitt aller Krankenkassen bereits 2019 diesen erhöhten Wert.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Die Tabelle in Anhang 4 enthält die Pro-Kopf-Mindestausgabewerte (MA), die faktischen Leistungsausgaben (LA) der Krankenkassen und die daraus berechneten Ausschöpfungsquoten der zur Verfügung stehenden Mittel (LA in v. H. der MA bzw. des Richtwerts) zu jedem der drei Teilbereiche lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention (Ze. 1-3), betriebliche Gesundheitsförderung/Mitwirkung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (Ze. 4-6), individuelle verhaltensbezogene Prävention (Ze. 7-9) sowie für den Gesamtwert (Ze. 10-12) für alle Jahre seit Inkrafttreten der finanzwirksamen Bestimmungen des Präventionsgesetzes. Zu Vergleichszwecken sind auch die Leistungsausgaben und der Orientierungswert des Jahres 2015 angegeben.

¹⁵⁵ Ab dem Jahr 2019 haben die Krankenkassen den erhöhten BGF-Mindestwert 1,00 Euro (ab 2020 ebenfalls dynamisiert mit der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße) für betriebliche Gesundheitsförderung für BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu verwenden.

Als Folge dieser Erhöhung des BGF-Mindestwerts wurden jedoch die rechnerisch zur Verfügung stehenden Mittel für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention ab 2018 deutlich verringert. Die Krankenkassen haben die drohende Verminderung der Ausgaben für Präventionskurse indessen abgewendet, indem sie für diese Leistungsart mehr als die durch den Ausgabenrichtwert zu verausgabenden Mittel aufgewendet haben. Dennoch verringerte sich der Anteil der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Präventionskurse) an den Gesamtausgaben aller drei Bereiche von 63,9 % (2015) auf 35,7 % (2019). Durch die deutliche Ausgabensteigerung, insbesondere bei der lebensweltbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, wurde auch der Ausgabenrichtwert insgesamt in den Jahren 2017 bis 2019 kontinuierlich übertroffen.

Zweite Phase: 2020 sanken demgegenüber die Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt um über ein Drittel: Rückgang von 8,63 auf 5,65 Euro je Versicherte/-n (-34,5 %). Dieser starke Rückgang war der COVID-19-Pandemie geschuldet, die Aktivitäten in allen drei Präventionsbereichen deutlich beeinträchtigte: Kita- und Schulschließungen, Homeoffice-Regelungen und Kontaktbegrenzungen im öffentlichen Raum (unter anderem Verkehr, Vereine, Volkshochschulen) haben die Möglichkeiten, Präventionsaktivitäten im direkten persönlichen Kontakt durchzuführen, vielfach verhindert. Durch die Umstellung auf digitale Formate konnte ein Teil der Aktivitäten gleichwohl aufrechterhalten, andere konnten nach der Lockerung von Kontaktbeschränkungen wiederaufgenommen werden. Der Gesetzgeber reagierte auf diese Umsetzungserschwernisse in der Gesundheitsförderung und Prävention durch Aussetzung der Geltung der Ausgabenricht- und Mindestwerte für das erste Pandemiejahr 2020. 2021 begannen sich die Ausgaben in den drei betrachteten Teilbereichen der Prävention wieder zu erholen; das Niveau vor Beginn der COVID-19-Pandemie wurde jedoch auch 2021 noch nicht ganz wieder erreicht.

Setzt man die unter die Regelungen des § 20 Abs. 6 SGB V fallenden Ausgaben der Krankenkassen ins Verhältnis zu den Präventionsausgaben der Krankenkassen insgesamt und zu den Präventionsausgaben aller Ausgabenträger in Deutschland, können auch Aussagen dazu

getroffen werden, inwieweit die finanziellen Regelungen des Präventionsgesetzes zu einer Stärkung von Primärprävention und Gesundheitsförderung im Gesamtgefüge der Prävention sowohl innerhalb der GKV als auch gesamtgesellschaftlich – als Anteil an den von allen Ausgabenträgern zusammen finanzierten Ausgaben – geführt haben.¹⁵⁶

Die von den Regelungen des § 20 Abs. 6 SGB V erfassten Ausgabenbereiche der GKV machen nur einen kleinen Teil der Präventionsausgaben der Krankenkassen und einen noch kleineren Teil der gesamtgesellschaftlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz aus: So lag der Anteil der von den Regelungen des § 20 Abs. 6 erfassten Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung der GKV im Jahr 2016 bei lediglich 8,1 % der gesamten präventiv orientierten Leistungsausgaben der GKV bzw. 4,0 % der Präventionsausgaben aller Träger. Der größte Teil der GKV-Präventionsausgaben fließt in die medizinische Primärprävention (Impfungen, zahnmedizinische Prävention – Gruppenprophylaxe und Fissurenversiegelung –, medizinische Vorsorgeleistungen) sowie die medizinische Sekundärprävention (Früherkennungsleistungen für Kinder und Jugendliche, „Gesundheits-Check-ups“ für Erwachsene, Früherkennungsprogramme für bestimmte Krebserkrankungen sowie zahnmedizinische Individualprophylaxe).¹⁵⁷ Das Präventionsgesetz mit seinen Vorschriften zur Mindestverausgabung hat jedoch einen Niveausprung in Bezug auf den finanziellen Stellenwert von nichtmedizinischer Primärprävention und Gesundheitsförderung im Gesamtgefüge der Prävention insbesondere im Vergleich zum Jahr 2015 (vor Inkrafttreten der finanzwirksamen Bestimmungen des Gesetzes) bewirkt. In den Jahren bis 2019 ist der Anteil von Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b/c SGB V an den GKV-Gesamtausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz weiter auf 9,3 % gestiegen, sein Anteil an den gesamtgesellschaftlichen Präventionsausgaben blieb hingegen nach dem Niveausprung des Jahres 2016 weitgehend konstant (2019: 4,4 %, nach 2,8 % vor dem Präventionsgesetz).

Die Regelungen des § 20 Abs. 6 SGB V haben demnach dazu beigetragen, den Anteil von nichtmedizinischer Primärprävention und Gesundheitsförderung im Gesamtspektrum der GKV-finanzierten Präventionsaufwendun-

¹⁵⁶ Die Daten zu den gesamten Präventionsausgaben der GKV und aller Ausgabenträger zusammen (einschließlich GKV) sind der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes destatis entnommen, die bis einschließlich 2020 vorliegt. Anhang 4: Leistungsausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b/c SGB V (Ze. 1) im Verhältnis zu den Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz der Krankenkassen insgesamt (Ze. 2) und aller Ausgabenträger für Prävention und Gesundheitsschutz (Ze. 4) in Millionen Euro.

¹⁵⁷ Zum Präventionsengagement der GKV insgesamt: Wanek und Schreiner-Kürten (2021).

gen zu stärken. Die weitgehende Konstanz des Anteils der GKV-Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung an den gesamtgesellschaftlichen Präventionsausgaben in den Folgejahren zeigt, dass der Anstieg dieser Ausgaben bis 2019 (nach dem Niveausprung von 2015 auf 2016) annähernd im Gleichschritt mit dem Anstieg der gesamten Präventionsausgaben aller Träger erfolgte.

6.3.1.2 Empfehlung für die weitere Entwicklung der Mindestausgabenwerte

Mindestwert BGF: Die geltenden gesetzlichen Regelungen haben bis zur COVID-19-Pandemie und der dadurch erzwungenen Rückführung vieler BGF-Aktivitäten seit 2015 zu einer Verdreifachung der GKV-Leistungsausgaben zur BGF geführt. Die hohe Summe der vom GKV-Spitzenverband umverteilten BGF-Restmittel aus 2021 (insgesamt 36,4 Millionen Euro) zeigt, dass die Krankenkassen Zeit benötigen, ihre Aktivitäten wieder auf das Niveau vor Beginn der COVID-19-Pandemie anzuheben und von dort weiter zu steigern. Sprungerhöhungen wie im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zugunsten der BGF für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erschweren eine bedarfsgerechte Verausgabung der Mittel, weil für eine sinnvolle Verwendung dieser zusätzlichen finanziellen Ressourcen zunächst geeignete Partner/-innen akquiriert und Strukturen aufgebaut werden müssen, was eine gewisse Vorbereitungszeit benötigt. Zudem beinhalten derartige Sprungerhöhungen zugunsten bestimmter Bereiche immer auch Benachteiligungen der Beschäftigten anderer Wirtschaftsbereiche und Präventionsfelder, im gegebenen Fall (in absoluten Beträgen) der individuellen verhaltensbezogenen Prävention und (zumindest relativ) auch gegenüber den Beschäftigten anderer Branchen: BGF darf nicht gegen andere ebenfalls wichtige Bereiche ausgespielt werden. Auf eine weitere Quotierung der BGF-Mittel, bezogen auf bestimmte Branchen oder Wirtschaftsbereiche, sollte daher verzichtet werden. Die geltenden Bestimmungen stellen einen verlässlich planbaren, wachsenden und flexiblen Ressourcenrahmen sicher. Es wird empfohlen, den Mindestausgabewert für Leistungen zur BGF/Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in seiner derzeitigen Höhe (3,43 Euro) unverändert zu belassen und die Koppelung an die Veränderung der Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung beizubehalten.

Mindestwert Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: Für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten haben die geltenden gesetzlichen

Regelungen in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie (erste Phase siehe oben) zu einer annähernden Vervielfachung der GKV-Leistungsausgaben geführt. Die Rückgänge im Zuge der COVID-19-Pandemie werden zurzeit aufgeholt. Wenn dies gelungen ist, stellen die geltenden Regeln einen verlässlich planbaren, wachsenden und zugleich flexiblen Ressourcenrahmen für die Krankenkassen zur Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Es wird empfohlen, den Mindestausgabewert für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in seiner derzeitigen Höhe (2,34 Euro) unverändert zu belassen und seine Koppelung an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung beizubehalten.

6.3.1.3 Empfehlung für die weitere Entwicklung des Ausgabenrichtwerts

Der Ausgabenrichtwert für die GKV-Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention nach §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b/c SGB V insgesamt in seiner Höhe (8,19 Euro 2023) ist an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung gekoppelt und damit eine dynamische, durch die gesetzlichen Krankenkassen auch überschreitbare Orientierungsgröße. Die geltenden gesetzlichen Vorgaben haben bis zur COVID-19-Pandemie zu einer annähernden Verdoppelung der von den Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Primärprävention aufgewendeten Mittel bei gleichzeitigem Strukturwandel hin zu den lebens- und arbeitsweltbezogenen Leistungen geführt. Die Rückgänge infolge der COVID-19-Pandemie werden zurzeit aufgeholt. Wenn dies gelungen ist, bilden die geltenden Regeln einen verlässlich planbaren, wachsenden und zugleich flexiblen Ressourcenrahmen für die Krankenkassen zur Förderung von Gesundheitsförderung und Primärprävention in den kommenden Jahren, sodass über die aufgrund der geltenden Regelungen erfolgenden Anpassungen hinaus kein Bedarf für eine Anhebung besteht.

7 Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie

– Nico Dragano, Hajo Zeeb, Simone Weyers, Marieke Gerstmann, Jannis Trümmler, Claudia Pischke¹⁵⁸

Die COVID-19-Pandemie ist auch eine Bewährungsprobe für die Struktur und die Kultur von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Das gilt von der kleinsten Ebene, also den gesundheitsförderlich handelnden Menschen, bis hin zu den Institutionen und Prozessen, in denen Gesundheitsförderung und Prävention organisiert, angeboten und finanziert wird. Ob diese Probe bestanden wurde und welche Schlüsse für die Zukunft gezogen werden können, sind Kardinalfragen. Wie die Antworten ausfallen, ist aber vorläufig offen und es ist weder Aufgabe noch Anspruch dieses Gastkapitels, eine solche Global-evaluation vorzulegen. Dies erklärt sich unter anderem mit der fragmentierten und unzureichenden Datenlage in der COVID-19-Pandemie („coronavirus disease 2019“), der allgemeinen Komplexität des deutschen Systems von Gesundheitsförderung und Prävention und der kurzen Entstehungszeit dieses Kapitels im vierten Quartal 2022. Die Zielsetzung dieser Darstellung ist also eine andere, weniger universelle. Und zwar werden auf Basis eines Rapid Reviews (ein schneller systematischer Literaturüberblick) und Interviews mit Expertinnen und Experten die Folgen der COVID-19-Pandemie für zwei ausgewählte Bereiche von Gesundheitsförderung und Prävention skizziert und die Reaktionen der Nutzerinnen und Nutzer sowie der Anbietenden auf diese Veränderungen beschrieben. Diese induktive und exemplarische Vorgehensweise hat das Ziel, Anhaltspunkte für allgemeine strukturelle Probleme zu identifizieren und mögliche Verbesserungsansätze für die Zukunft (mit einer speziellen Betrachtung der Chancen einer weiteren Digitalisierung) aufzuzeigen. Trotz des exemplarischen Charakters ist die Perspektive innerhalb der Beispiele aber breit und auf die gesamte Präventionslandschaft gerichtet. Das heißt, dass nicht nur auf den durch das Präventionsgesetz (und in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern) geregelten Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention geblickt wird, sondern dass prinzipiell alle institutionellen Akteure, von Vereinen bis hin zu kommunalen Verwaltungen, Gegenstand der Analyse sind. Dies entspricht der Realität von Gesundheitsförderung und Prävention, die von einem heterogenen, vielfältigen und nicht immer streng institutionalisierten Feld von Akteuren getragen wird. Das bedeutet jedoch nicht, dass auf eine Interpretation der Rolle der nationalen Präventionsstrategie während der Pandemie völlig verzichtet werden muss (siehe Diskussion).

7.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PANDEMIE: VORBEMERKUNGEN

Um das Gesamtbild nicht aus den Augen zu verlieren, wird den exemplarischen Analysen ein kurzer Überblick über die möglichen Folgen der COVID-19-Pandemie für Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen vorangestellt. Direkte Maßnahmen des Infektionsschutzes zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus im engeren Sinne werden hierbei aber ausgeblendet (siehe hierzu unter anderem die Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung in Abschnitt 2.1.3), da diese Maßnahmen spezifischen rechtlich-politischen Bedingungen unterliegen, die sich von denen der allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention deutlich unterscheiden (Sachverständigenausschuss, 2022).

Eine erste grundlegende Beobachtung ist, dass der Bedarf nach wirkungsvoller Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu der Zeit davor weiter gestiegen ist. Als Folge des Infektionsgeschehens und der wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen im Pandemieverlauf haben sich nämlich zusätzliche gesundheitliche Belastungen auf Bevölkerungsebene ergeben, während existierende gesundheitliche Herausforderungen einer alternden Gesellschaft weiterbestehen. Dies hat sich in steigenden Häufigkeiten einer ganzen Reihe von Risikofaktoren und Erkrankungen niedergeschlagen. Beispiele sind der Anstieg psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al., 2021) sowie bei Erwachsenen (Robinson et al., 2022), der Anstieg von Bewegungsmangel und Übergewicht (Bakaloudi et al., 2022; Jebile et al., 2022) oder gestiegene psychosoziale Arbeitsbelastungen, beispielsweise bei Beschäftigten im Gesundheitswesen (Sanghera et al., 2020). Hinzu kommen die indirekten Folgen akuter COVID-19-Erkrankungen und hier insbesondere persistierende Symptome (Long- oder Post-COVID), die einen Teil der Infizierten betreffen und zu Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitationsbedarf führen können (Montani et al., 2022). Diese gesundheitlichen Effekte müssen zudem im Lichte gesundheitlicher Chancen(un)gleichheit gesehen werden. Die ohnehin bestehende gesundheitliche Ungleichheit – also erhöhte Erkrankungs- und Sterberisiken von Menschen, die sozioökonomisch benachteiligt sind (z. B. Menschen in Armut, in prekärer Beschäftigung, mit Migrationshintergrund) – zeigt sich auch bei den Pandemiefolgen. Unter anderem wurde in empirischen Studien beobachtet,

158 Hinweise zu den Autorinnen und Autoren finden sich am Ende des Beitrags.

dass Menschen in benachteiligten sozialen Lagen schwerere COVID-19-Verläufe zeigten, also häufiger hospitalisiert wurden und häufiger verstarben (Bergman et al., 2021; Dragano et al., 2022; Feldman & Bassett, 2021). Dieses Muster zeigte sich auch für andere gesundheitliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. So war unter anderem ein erhöhter Anstieg psychischer Probleme bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu verzeichnen (Ravens-Sieberer et al., 2021).

Dem gestiegenen Bedarf nach sozialsensibler Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie steht der Umstand gegenüber, dass die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in nahezu allen Bereichen erschwert und eine bis dato übliche Funktion zeitweise nicht möglich war. Zugleich haben sich auch neue Chancen ergeben und vorhandene Stärken sind sichtbarer geworden als zuvor. Die COVID-19-Pandemie hatte grundsätzlich aber Konsequenzen auf allen Ebenen der Prävention, beginnend mit der Gesundheitsförderung und endend mit der Tertiärprävention. Naturgemäß waren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in starker Weise durch die Kontaktbeschränkungen beeinträchtigt. Ganze Settings waren zeitweise nicht zugänglich (z. B. Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe), sodass koordinierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht mehr in der Form durchgeführt werden konnten, in der dies vor der COVID-19-Pandemie möglich gewesen war (siehe unten). Dies schlug sich auch in reduzierten Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich nieder (MDS & GKV-Spitzenverband, 2021). In der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention kam es ebenfalls zu Beschränkungen. Dies betraf insbesondere Aktivitäten, die einen direkten persönlichen Kontakt, beispielsweise im Rahmen von Kursformaten, voraussetzten. Bei Gruppenaktivitäten im Bereich des Sports und der Bewegungsförderung waren primärpräventive Aktivitäten gleichermaßen eingeschränkt (siehe unten).

Bei der Früherkennung und insgesamt der Sekundärprävention ist davon auszugehen, dass zumindest vorübergehend erschwerte Bedingungen bei Maßnahmen mit direktem persönlichem Kontakt herrschten. So wird beispielsweise für den Bereich der Krebsvorsorge (etwa Brustkrebsfrüherkennung oder Hautkrebsscreening) von temporären Einbrüchen der Inanspruchnahme berichtet (Hajek et al., 2021; Hand, 2020; Mangiapane, Zhu, Kretschmann et al., 2021; Teglia et al., 2022). Entsprechend scheint die Zahl von neu detektierten Tumoren zeitweise signifikant gesunken zu sein (Jacob et al.,

2021). Hier spielten, wie bei gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Maßnahmen, neben reduzierten Angeboten auch psychologische Faktoren, wie Angst vor Infektionen und Unsicherheit über die Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen aufseiten der Nutzerinnen und Nutzer, eine wichtige Rolle (Hajek et al., 2021). Für die Tertiärprävention ergaben sich ähnliche Schwierigkeiten, indem einerseits aufgrund von Beschränkungen von Krankenhausbehandlungen für chronische Erkrankungen insgesamt weniger Personen überhaupt zur Tertiärprävention Zugang erhielten, und andererseits durch Hygienemaßnahmen und sonstige Beschränkungen der Zugang zu und die Nutzung von stationären und ambulanten rehabilitativen Maßnahmen erschwert waren (Hajek et al., 2021).

Zum Querschnittsthema der gesundheitlichen Chancen(un)gleichheit ist in Bezug auf präventive Maßnahmen festzuhalten, dass die komplizierten Rahmenbedingungen in der Pandemie mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die sozialsensiblere Prävention erschwerten. Gerade sozial benachteiligte Menschen profitieren von niedrigschwelligen Zugängen und einer aufsuchenden Prävention in bestehenden Settings. Genau diese Zugänge waren aber oft nicht mehr möglich, was angesichts der erhöhten gesundheitlichen Belastungen sozial benachteiligter Menschen während der Pandemie (siehe oben) als besonders problematisch einzuschätzen ist.

Bedeutsam für eine Bewertung der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der COVID-19-Pandemie ist jedoch auch, dass insgesamt der Stellenwert von Gesundheit, Gesundheitsinformationen und Gesundheitsschutz stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt ist. Diese Präsenz des Themas birgt durchaus das Potenzial, dass es insgesamt zu einer Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Zukunft kommen könnte. Dabei wird auch die umfassend vorangetriebene Digitalisierung einen Anteil haben, die, wie unten ausgeführt wird, in nicht wenigen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention einen regelrechten Schub erlebt hat. Insofern müssen neben den Schwierigkeiten auch die Chancen gesehen und herausgearbeitet werden.

7.2 FRAGESTELLUNG

Dieser Beitrag kann, wie bereits zu Beginn erwähnt, die Gesamtproblematik von Gesundheitsförderung und Prävention unter pandemischen Bedingungen nicht umfassend behandeln. Stattdessen werden zwei ausgewählte Teilbereiche exemplarisch betrachtet. Der erste ist die lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/Quartieren, die eines der Kernelemente von Gesundheitsförderung und Prävention überhaupt ist. Der zweite Bereich ist zielgruppenorientiert definiert, auch wenn er in der Praxis ebenfalls vor allem lokal/kommunal organisiert ist: Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche. Die Auswahl dieser beiden Beispiele erfolgte in Abstimmung mit den stimmberechtigten Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und vor dem Hintergrund, dass die an diesem Kapitel beteiligten Arbeitsgruppen zweier Standorte eigene Forschung in diesen Bereichen durchgeführt haben. Die Analyse dieser Bereiche umfasst zunächst die Darstellung von pandemiebedingten Veränderungen im präventiven Verhalten der jeweils adressierten Bevölkerungsgruppen sowie deren Zugang zu und die Inanspruchnahme von Angeboten der lebenswelt- und sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Anbieterseitige Reaktionen werden ebenfalls beschrieben und in ihrer Wechselwirkung mit dem Nutzerverhalten diskutiert. Als Querschnittsthemen werden zudem die Digitalisierung, speziell die Entwicklung der digitalen Gesundheitskompetenz, sowie die gesundheitliche Chancengleichheit behandelt. Das vorliegende Kapitel weist ferner auf Forschungs- und Wissenslücken hin, die es zu schließen gilt, um besser auf zukünftige Pandemien und andere Krisen vorbereitet zu sein.

7.3 METHODEN

7.3.1 LITERATURRECHERCHE

Kern der Literatursuche für diesen Beitrag war eine schnelle systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken (sogenanntes Rapid Review). Die Suche erfolgte in den Datenbanken PubMed, Google Scholar, PsycInfo und PSYINDEX mit vordefinierten Suchstrings (siehe Anhang 5.1). Zur Erstellung der Suchstrings wurden zunächst relevante Suchbegriffe mit Bezug zur Fragestellung identifiziert, die im Anschluss durch einen Abgleich mit dem MeSH-Katalog in PubMed sowie häufig verwendeten Schlüsselwörtern in themenbezogener Literatur um zusätzliche Synonyme und Schlagwörter ergänzt wurden. Zudem wurden Operatoren hinzugefügt, die die Suche auf Ergebnisse aus Deutschland und auf den Zeitraum der Pandemie (Veröffentlichungen 01.2020 bis 10.2022) beschränkten.

Insgesamt wurden drei Suchstrings entwickelt, um Literatur zu den folgenden Themenbereichen zu identifizieren: a.) Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie in Kommunen und Quartieren, b.) Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie bezogen auf Kinder und Jugendliche, und c.) digitale Gesundheitskompetenz in der COVID-19-Pandemie. Die über diese Strings gefundene Literatur wurde gesammelt und gesichtet. Hierbei wurden auch Querverweise untersucht und so weitere Literatur identifiziert.

Zusätzlich zur Analyse publizierter Artikel wurde eine gezielte Google-Suche nach grauer Literatur (das heißt nicht in wissenschaftlichen Datenbanken auffindbar) durchgeführt. Die gefundenen Quellen sind z. B. Jahresberichte von Vereinen, Berichte von Behörden und Ministerien, Dokumente über wissenschaftliche Konferenzen und Berichte oder Analysen von Krankenkassen.

7.3.2 INTERVIEWS MIT EXPERTINNEN UND EXPERTEN

Eine weitere Quelle waren zehn qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Praxis aus verschiedenen Regionen Deutschlands. Die Interviewten arbeiteten beispielsweise in Gesundheitsämtern oder leiteten Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen (die genauen Professionen werden weiter unten genannt). Für die Rekrutierung wurden existierende Netzwerke der

am Kapitel beteiligten Arbeitsgruppen genutzt. Alle Teilnehmenden dieser Erhebung erklärten ihre Bereitschaft zum Interview vorab schriftlich.

In den Interviews wurde der Fokus auf die Themenbereiche „Veränderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie“ sowie „Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention“ gelegt, um vertiefende und praxisbezogene Einblicke zu gewinnen. Hierbei wurde ein allgemeiner Interviewleitfaden genutzt, der durch spezifische Fragen zum Arbeitsbereich der jeweiligen Expertinnen und Experten ergänzt wurde (siehe Anhang 5.2). Die Interviewten erhielten die Leitfragen vorab, um ihnen Gelegenheit zur Vorbereitung zu geben.

Die Interviews wurden über Videotelefonie durchgeführt und digital aufgezeichnet. Nach Abschluss der Interviews wurden die wesentlichen Inhalte exzerpiert und Ankerzitate transkribiert. Die Exzerpte wurden zur Validierung von den Teilnehmenden geprüft und ggf. korrigiert. Die im Rahmen der Interviews gewonnenen Aussagen dienen im folgenden Bericht der Illustration der in der Literatur gefundenen Ergebnisse und weisen darüber hinaus auf innovative Konzepte und Interventionsansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention hin, die noch nicht in der Literatur berichtet sind.

7.4 LEBENSWELT- UND SOZIALLAGEN-BEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN KOMMUNEN/ QUARTIEREN

Insgesamt wurden 42 Literaturstellen zur Thematik eingeschlossen, davon 29 via PubMed und 13 via Google Scholar. Zusätzliche Beiträge entstammen der grauen Literatur. Ergebnisse der Interviews wurden passenden thematischen Bereichen zugeordnet. Das Screening der Literatur legte nahe, mit einer breiten Definition von lebenswelt- und soziallagenbezogener Prävention zu arbeiten, bei der einerseits verschiedene Settings, andererseits unterschiedliche Akteure in der settingbasierten Gesundheitsförderung und Prävention mit ihren jeweiligen Arbeitsbereichen und Adressatengruppen betrachtet werden.

Durch die COVID-19-Pandemie erschwerte Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen wurden schon vielfach beschrieben, so etwa im GKV-Präventionsbericht 2021 (MDS & GKV-Spitzenverband, 2021). Insbesondere war die Erreichbarkeit wichtiger Zielgruppen aufgrund fehlender Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme, technischer Einschränkungen bei Alternativangeboten und allgemein mangelnder Planbarkeit erschwert. Zudem wurden Maßnahmen und Aktivitäten entweder temporär ausgesetzt oder mit weniger Nachdruck betrieben, da die ohnehin knappen personellen Ressourcen, z. B. der Gesundheitsämter, für die unmittelbare Pandemiebekämpfung eingesetzt werden mussten. Dennoch zeigte die ebenfalls im GKV-Präventionsbericht 2021 vorgestellte Online-Befragung der Kranken- und Pflegekassen, dass ca. zwei Drittel der durch diese Träger unterstützten Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention fortgesetzt werden konnten, wenn auch häufig in veränderter oder eingeschränkter Form. Eine Übersicht über den Fortgang von Maßnahmen, auch außerhalb dieses Rahmens (z. B. eigenständig durch die Kommunen organisiert oder zivilgesellschaftlich getragen), liegt jedoch nicht vor.

Eine weitere Frage ist, ob angebotene Maßnahmen auch nachgefragt wurden. Antworten gibt eine Befragung zur Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention durch die Bevölkerung, die als Teil des COVID-19 Impfquoten-Monitorings in Deutschland (COVIMO) durchgeführt wurde. Von den Teilnehmenden gaben 63 % an, generell keine Präventionsangebote zu nutzen, wobei Männer deutlich seltener an Angeboten teilnahmen als Frauen. 28 % der Befragten nutzten zwar prinzipiell Präventionsangebote, hatten aber während

der COVID-19-Pandemie seltener als sonst daran teilgenommen. Hingegen gaben nur 2 % an, mehr an Angeboten teilgenommen zu haben, weitere 7 % berichteten über eine unveränderte Teilnahme im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie (Jordan et al., 2022).

Das Kapitel geht in der Folge auf bestimmte, in Literatur oder Interviews angesprochene Themenbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention ein, darunter unter anderem auf den Breitensport und die Gesundheitsbildung in Volkshochschulen (vhs). Den jeweiligen Abschnitten wird zur schnellen Übersicht ein Kurzfazit nachgestellt.

7.4.1 BREITENSSPORT

Obwohl Angebote des Breitensports maßgeblich zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen, gibt es nur wenige empirische Daten über pandemiebedingte Veränderungen, sodass wir ein Expertengespräch zur Vertiefung führten (siehe unten). Für den Bewegungs- und Sportbereich berichteten Kehl et al. (2021) auf der Basis von Interviews mit Expertinnen und Experten aus diesem Bereich, dass umfangreiche Anstrengungen unternommen wurden, um auf die veränderten Rahmenbedingungen während der COVID-19-Pandemie zu reagieren. Insgesamt, so der Bericht, konnten trotz der erheblichen Beschränkungen und Veränderungen des Angebots Kündigungen der Vereinsmitgliedschaft zwar weitgehend vermieden werden, andererseits war mit längerem Lockdown und fortgesetzten Einschränkungen ein wachsender Unmut bei den Mitgliedern zu verzeichnen. Digitale Angebote wurden unterschiedlich intensiv genutzt. Laut Angaben des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) erstellten ca. zwei Drittel der Vereine zwar solche Angebote, hatten dabei aber mit vielfältigen Schwierigkeiten zu kämpfen, die von technischer Ausstattung und Know-how bis hin zum fehlenden Gemeinschaftsaspekt und der fehlenden unmittelbaren Anleitung durch Trainerinnen und Trainer, die für viele Sportarten unumgänglich ist, reichten. Ableiten lässt sich hieraus die Notwendigkeit, den Breitensport stärker zu unterstützen, neue Angebote zu entwickeln und die erhebliche Bedeutung von Präsenzangeboten auch in zukünftigen Krisen zu berücksichtigen.

Gespräch mit einem Experten aus dem DOSB-Ressort Breiten- und Gesundheitssport

Ein Interview mit einem Experten aus dem Ressort Breiten- und Gesundheitssport des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) lässt das Ausmaß der Veränderung

erahnen: Die Teilnahme an Kursen der individuellen Prävention sei bis zu 50 % zurückgegangen, ebenso wurden statt jährlich ca. 800.000 vor Corona 2020/2021 nur noch etwa 400.000 Deutsche Sportabzeichen abgelegt. Mitgliedschaften wurden beendet oder ausgesetzt, ganze Vereine wurden vorübergehend oder dauerhaft geschlossen. Besonders bedeutsam war laut dieses Interviews die Flexibilität und Improvisationskraft der Vereine und ihrer Partner einschließlich der Krankenkassen, die recht schnell z. B. eine Sondergenehmigung zur Durchführung von Online- statt Präsenzkursen erteilten. Die COVID-19-Pandemie und ihre Folgen traf die Vereine und ihre Partner dem DOSB-Experten zufolge in einer Situation, in der unter anderem durch das Präventionsgesetz, eine neue Dynamik und verstärkter Kooperationswille bemerkbar waren, die nun ausgebremst wurden.

„Also sieht man ganz klar, dass Corona eine große Bremsfunktion hatte, auf das, was nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes so langsam in Bewegung gekommen war.“

Allerdings bot die COVID-19-Pandemie auch die Chance, das Krisenmanagement zu verbessern und digitale Angebote kennenzulernen oder sich mit ihnen „anzufreunden“. So erweitern zunehmend qualitätsgeprüfte digitale Angebote die Angebotsvielfalt der Sportvereine. Zudem scheint es besser gelungen zu sein, den Rehabilitationssport mit dem Präventionssport zu verknüpfen. Es wurde aber klar betont, dass für eine nachhaltige Prävention die Präsenzsituation in einer Gemeinschaft als entscheidend angesehen wird.

Durch die COVID-19-Pandemie sind eine Vielzahl neuer Ideen und Angebote entstanden, z. B. hinsichtlich der Nutzung von Outdoor-Sportangeboten und Sport in der Natur.

Fazit

Sportvereine mussten ihre Arbeitsweise umstellen. Der gesundheitsförderliche Breitensport wurde stark eingeschränkt. Präsenzangebote bleiben wichtig, Neuangebote mit Fokus auf den Bereich Outdoor-Aktivität sind chancenreich.

7.4.2 LANDESVEREINIGUNGEN FÜR GESUNDHEIT

Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention gehört zu den Aufgabenbereichen der Landesvereinigungen für Gesundheit(-sförderung) (LVG) und vergleichba-

rer Institutionen (z. B. LZG.NRW). Beispielhaft beschreibt der Jahresbericht 2021 der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) die veränderte Arbeitsweise unter Pandemiebedingungen. Dort setzte man z. B. auf eine verstärkte Nutzung von Online-Tools, neue Veranstaltungsformate und neue, situationsangepasste Projekte, etwa zur digitalen Unterstützung der kommunalen Entwicklung von Gesundheitsstrategien (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., 2021). In ähnlicher Weise haben die Institutionen in anderen Bundesländern reagiert - insbesondere digitale Formate wurden überall eingeführt (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., 2021; Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., 2020; Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V., 2021; Richter-Kornweitz et al., 2022).

Eine interessante Erkenntnis ist, dass es einigen LVGen gelang, bereits bewährte Konzepte anzupassen und auf pandemiebedingte Probleme anzuwenden. Ein Beispiel ist die LVG und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen in der Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die bereits bestehende Arbeit mit Gesundheitsfachkräften an Bremer Schulen wurde während der COVID-19-Pandemie um ein neues Projekt „Gesundheitsfachkräfte im Quartier“ erweitert. Hier wurden speziell geschulte Fachkräfte in benachteiligten Quartieren eingesetzt, um eine niedrigschwellige und gezielte Informationsvermittlung vor Ort umzusetzen. Dieses Projekt widmete sich zunächst den sozialspezifischen Unterschieden im Zugang zu Corona-Informationen, einschließlich Impfungen. Diese Orientierung wurde aber bereits nach kurzer Zeit um Angebote zu allgemeinen Gesundheitsthemen erweitert (z. B. Lotsenfunktion zu Gesundheitsangeboten in der Kommune; LVG und AfS Niedersachsen e. V., 2021). Eine wissenschaftliche Evaluation dieses Projekts steht jedoch noch aus. Da dieses Projekt Modellcharakter hat, wurde für das vorliegende Kapitel ein Interview mit einer Gesundheitsfachkraft in diesem Projekt geführt. Es lässt die besonderen Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune in Pandemiezeiten, aber auch die zukünftige Ausrichtung der Arbeit erkennen.

Gespräch mit einer Gesundheitsfachkraft im Quartier

Gesundheitsfachkräfte wirken als Ansprech- und Vertrauenspersonen im Quartier. Zu den Aufgaben gehört die Förderung der Gesundheitskompetenz, Informationsvermittlung und die Durchführung gemeinsamer Angebote mit Kooperationspartnerinnen und -partnern.

Die Pandemie brachte laut der Gesundheitsfachkraft einerseits den Wegfall vieler kommunaler Angebote, andererseits aber auch viele neue gesundheitsbezogene Aktivitäten zum Thema COVID-19 (Impfungen, Hygiene usw.). Mittlerweile sei dies weniger geworden und es gehe zunehmend wieder um andere Themen der Gesundheitsförderung wie Medienkonsum, Kompetenz im Bereich Digitales, aber auch Sucht, Ernährung und Bewegung. Gute Netzwerkstrukturen aus Zeiten vor der Pandemie waren wichtig und wurden während der Pandemie um neue Formen der Zusammenarbeit ergänzt.

Besondere Probleme ergaben sich bei den digitalen Angeboten für ältere Menschen, die den persönlichen Kontakt sehr schätzen. In Bezug auf Kinder beobachtete die Fachkraft, dass die motorischen Fähigkeiten zurückgegangen sind und die psychische Belastung zugenommen hat. Bei der Ernährung wurde in Familien vermehrt auf Vorratshaltung, somit weniger auf frische Ernährung gesetzt, bei manchen Jugendlichen gepaart mit einer fatalistischen Aussicht auf Gesundheit und Zukunft allgemein:

„... bei einigen Jugendlichen konnte man auch ein exzessives Verhalten sehen, weil sie vielleicht nicht mehr so den Zukunftsblick hatten, weil sie Angst vor Verlust hatten, vor einem weiteren Lockdown, vor Krieg z. B., das Thema Krieg ist momentan auch allgegenwärtig, also denken sich einige Jugendliche: ‚Warum soll ich dann jetzt auf meine Ernährung achten? Bald ist ja eh alles vorbei.‘“

Als Herausforderungen für die Zukunft sieht die Gesundheitsfachkraft das Thema Einsamkeit, die Schaffung neuen Vertrauens in das soziale Leben in den Kommunen und Quartieren sowie die Unterstützung von Familien. Insgesamt ginge es darum, Menschen wieder für Gesundheitsförderungsangebote zurückzugewinnen.

Fazit

LVGen stellten auf digitale Projekte und Arbeitsmethoden um. Vorhandene Konzepte wurden an die Bedingungen während der COVID-19-Pandemie angepasst, neue Themen haben an Relevanz gewonnen.

7.4.3 ALLGEMEINMEDIZIN, VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Allgemeinmedizinisch tätige Medizinerinnen und Mediziner übernehmen eine Vielzahl präventiver Tätigkeiten, einschließlich einer Lotsenfunktion in Kommunen. In der COVID-19-Pandemie traten viele infektionsmedizinische Aufgaben in den Vordergrund. Zudem war der Praxisablauf vielfach gestört, wodurch die Versorgung, einschließlich der präventiven Aufgaben, beeinträchtigt wurde. Das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zeigt für den Berichtszeitraum des Jahres 2020 auf, dass Leistungen der Vertragsärztinnen und -ärzte stark vom Ausmaß der Kontaktbeschränkungen abhingen. Die Zahlen für die ausgewiesenen individualpräventiven Leistungen dokumentieren dies. So zeigen sich deutliche Verringerungen im Quartalsvergleich etwa bei den Früherkennungsangeboten, zum Teil aber auch deutlich gesteigerte Zahlen bei Influenza- und Pneumokokkenimpfungen (Mangiapane et al., 2021). Ein kurz vor der Pandemie durchgeführter Scoping Review zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention in allgemeinmedizinischen Praxen in Deutschland (Dieckelmann et al., 2022) zeigte ferner, dass der Fokus dort grundsätzlich stärker auf Sekundär- und Tertiär- als auf Primärprävention liegt. Aus der COVID-19-Pandemie ergeben sich dem Review zufolge mögliche neue Aufgaben in der Prävention psychischer und psychosozialer Probleme, sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch beim Praxispersonal selbst. Die Autoren befürworten eine stärkere Kooperation in der Forschung mit Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit. Eine andere Quelle betont mit Blick auf die Allgemeinmedizin die Bedeutung der Prävention während der COVID-19-Pandemie gerade auch im Hinblick auf nichtübertragbare Erkrankungen (Wagle, 2020).

Fazit

Kontaktbeschränkungen beeinflussten die Präventionsarbeit, aber es gab auch positive Entwicklungen bei bestimmten präventiven Leistungen. Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychischer Gesundheit wurden als Aufgaben mit höherer Priorität identifiziert.

7.4.4 GESUNDHEITSÄMTER

Die öffentlichen Gesundheitsämter standen im Zentrum der Anstrengungen, Infektionen mit SARS-CoV-2 in der Bevölkerung einzudämmen. Das vorhandene Personal wurde für entsprechende Aufgaben zusammengezogen und es wurden viele Mitarbeitende z. B. als Scouts zur Kontaktnachverfolgung neu eingestellt. Aufgaben und Aktivitäten in der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, etwa im Bereich der Projektkoordination oder der Netzwerkarbeit in der Suchtprävention und psychischen Gesundheit (Reisig & Kuhn, 2020), gerieten in manchen Gesundheitsämtern belastungsbedingt zeitweilig in den Hintergrund. Zudem fehlten plötzlich krisenfesten Kommunikationswege mit wichtigen Zielgruppen des ÖGD, etwa zu älteren Menschen, Wohnungslosen und bestimmten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund (Beirat Pakt ÖGD, 2021, 2022).

Fördermittel für den Aufbau kommunaler Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention konnten nach Auskunft der interviewten Expertinnen und Experten aufgrund der COVID-19-Pandemie in einigen Fällen nicht genutzt werden, oftmals ebenfalls aus Gründen der Arbeitsbelastung und Priorisierung der Aufgaben des Infektionsschutzes. Insofern ist davon auszugehen, dass die Rolle des ÖGD als Akteur in der lebenswelt- und soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie nur noch sehr eingeschränkt ausgefüllt werden konnte. Eine publizierte Analyse hierzu konnte jedoch im Rahmen der Erstellung des Gastkapitels nicht identifiziert werden, was angesichts der Bedeutung des ÖGD für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention eine kritische Forschungslücke ist. Zu den (Veränderungen bei) Aufgaben ärztlicher Berufsgruppen und von Gesundheitsämtern finden sich weitere Ausführungen mit Bezug auf Kinder- und Jugendgesundheit im Abschnitt 7.5.

Gespräch mit Führungskräften eines Amtes für Gesundheit und Prävention

Ein Gespräch mit zwei Führungskräften eines Gesundheitsamts (Amt für Gesundheit und Prävention) ergab, dass zu Beginn der COVID-19-Pandemie mit Schließung der Schulen und Kindertageseinrichtungen Präventionsmaßnahmen „wie eingefroren“ waren, gleichzeitig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamts größtenteils andere Aufgaben übernehmen mussten. Entsprechend geriet der eigentlich vor der COVID-19-Pandemie gut etablierte Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in den Hintergrund. Beraten-

gen, Präventionskurse und andere Angebote wurden den Interviewten zufolge von den Zielgruppen deutlich weniger genutzt, zum Teil war es aufgrund der Vorschriften zum Infektionsgeschehen auch gar nicht möglich, diese durchzuführen. Die dann aufkommenden digitalen Angebote und Schulungen, die jedoch vor allem an andere Ämter der Kommunen sowie an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gerichtet waren, erreichten aber laut Einschätzungen der Interviewten mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer als in Präsenz.

Während es innerhalb des Amtes zwischen den verschiedenen Bereichen eine engere Verzahnung und Zusammenarbeit aufgrund intensiverer Kontakte gab, sei die strategische Zusammenarbeit, z. B. im Kontext der Landesrahmenvereinbarung, ausgesetzt worden, weil andere Aufgaben im Vordergrund standen. Andere Partner konnten hier jedoch weiterarbeiten, sodass die Gefahr einer Informationslücke für das Gesundheitsamt entstand.

Nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit wurden, so die Führungskräfte, in verschiedenen Gruppen beobachtet. Dazu gehörten die Mundgesundheit von Kindern, das Körpergewicht oder der Alkohol- sowie Medikamentenkonsum bei Älteren. Für Menschen mit Migrationserfahrung wirkten sich die fehlenden sozialen Kontakte und eingeschränkten Möglichkeiten zum Erlernen der Sprache unter anderem wegen Kita- und Schulschließungen negativ aus.

Fazit

Die Arbeit der Gesundheitsämter war während der Pandemie auf Krisenmanagement und Infektionsschutz fokussiert. Wichtige andere Public Health-Aufgaben konnten während der Zeit nicht immer im nötigen Umfang erfüllt werden.

7.4.5 GESUNDHEITSBILDUNG - VOLKSHOCHSCHULEN

Die Volkshochschulen (vhs) bieten viele Angebote im Bereich der Gesundheitsbildung mit dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus werden gesundheitliche Themen auch in anderen Programmteilen aufgegriffen so. z. B. in Alphabetisierungs- und Sprachkursen. Angebote der vhs richten sich niedrigschwellig an alle Bevölkerungsgruppen und werden auch dezentral in Quartieren angeboten.

Durch die Pandemie wurde eine massive Einschränkung und Veränderung der umfangreichen Angebote der vhs verursacht. Die Ergebnisse eines Interviews mit einer Fachbereichsleiterin einer großen vhs illustrieren die coronabedingte Situation, die von Angebotseinschränkungen und Digitalisierungsanstrengungen, aber auch von neuen Themen geprägt wurde.

Gespräch mit einer Fachbereichsleiterin Gesundheit an einer Volkshochschule

Gesundheitsbildung spielt in den vhs eine große Rolle – ein Fokus liegt auf körperlicher Aktivität, Stressbewältigung und Ernährung. Bundesweit werden, so die Interviewpartnerin, von den Volkshochschulen über zwei Millionen Teilnehmende pro Jahr erreicht (Huntemann et al., 2021). In der Pandemie kam es jedoch zu erheblichen Einschränkungen wie Schließungen oder Kursausfällen (41 % weniger Teilnehmende, 57 % weniger Unterrichtseinheiten (Echarti et al., 2022)). Dies führte zum Teil bis Ende 2022 zu Verunsicherungen seitens der Teilnehmenden gerade bei der Buchung länger laufender Kurse und Angebote.

Andererseits zeigt sich eine Tendenz, dass das Interesse für Gesundheitsthemen angestiegen ist: Während der Pandemie gab es einen Bedarf an unterstützenden Angeboten zur Bewältigung der mit der Pandemie einhergehenden Herausforderungen. Die Fachbereichsleiterin berichtet von einer gestiegenen Nachfrage bei Bildungszeiten gerade auch im Bereich Stressbewältigung und seelische Gesundheit. Dort gebe es ein sehr großes Interesse und sogar Wartelisten.

Auch bei den vhs gab es einen Digitalisierungsschub. Günstig war, dass die deutschen vhs schon vor der Pandemie digital aufgestellt waren (z. B. vhs.cloud, digitale Lernplattform), so konnten schnell neue Angebote gemacht werden. So wurde auch eine App zum Thema Datenkompetenz vom Deutschen Volkshochschulverband entwickelt (Stadt|Land|DatenFluss).

Online-Angebote mit passender Didaktik als Ergänzung zu Präsenzangeboten wurden jetzt vermehrt ausgebaut und umgesetzt.

Als besonders aktuelle Themen werden psychische Gesundheit, Sucht, Einsamkeit, Medienkonsum und Bewegungsmangel gesehen. Das Thema Resilienz und weitere psychosoziale Inhalte werden dem Interview zufolge künftig mehr Bedeutung einnehmen. Es sei dafür auch wichtig, die Vernetzung und Kooperation mit anderen

Trägern auszubauen und so neue Zielgruppen zu erreichen. Hierbei spielen auch die Wissenschaft eine wichtige Rolle. Die Interviewpartnerin wünschte sich zukünftig eine engere Zusammenarbeit und besseren Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis.

Fazit

Die Anzahl der vhs-Kurse war deutlich reduziert, die schon laufende Digitalisierung war hilfreich in der Pandemiesituation. Das Thema Gesundheit wurde vermehrt nachgefragt. Deutlich geworden in der Pandemie ist die Bedeutung einer Gesundheitsbildung, die breite Teile der Bevölkerung erreicht.

7.4.6 FORSCHUNG ZUR KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Nicht unerwartet wurden auch Forschungsprojekte zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention von der COVID-19-Pandemie beeinflusst. Dies betraf sowohl die Rekrutierung von Teilnehmenden als auch die Umsetzung und breitere Implementation von Maßnahmen (Till et al., 2022). Zum Teil mussten die geplanten Rekrutierungsprozesse und Erhebungsverfahren abgeändert und eine Verlagerung auf Telefon oder digitale Erhebungswege umgesetzt werden (Schraplau et al., 2021). In anderen gemeindebasierten Interventionsstudien mussten Erhebungszeitpunkte gänzlich ausfallen (Koeder et al., 2022). Eine Folge dieser Einschränkungen dürfte zumindest mittelfristig sein, dass relevante Forschungsergebnisse und Evidenz für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention nicht oder nur verzögert vorgelegt werden können (Hollederer et al., 2021; Till et al., 2022).

Fazit

Einschränkungen in Forschungsprojekten können zu Lücken in der Evidenz führen und Folgen für den Wissenstransfer haben.

7.5 LEBENSWELT- UND SOZIALLAGEN-BEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Insgesamt wurden aus der systematischen Recherche via PubMed, PsynDEX und Google Scholar sowie über Querverweise 49 Literaturstellen zur Thematik gesichtet. Die Zusammenfassung der Ergebnisse wird, angelehnt an den ersten Präventionsbericht der NPK, im Folgenden nach zentralen Akteuren der Prävention kategorisiert: Leistungserbringende der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsämter bzw. der ÖGD, Jugendämter und weitere kommunale Träger.

7.5.1 LEISTUNGSERBRINGENDE DER AMBULANTEN PÄDIATRIE (U-UNTERSUCHUNGEN)

Bei den U-Untersuchungen werden der allgemeine Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung des Kindes überprüft. Teil der Untersuchung ist auch die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung im Falle fehlender Impfungen. Für alle Früherkennungsuntersuchungen sind bestimmte Zeiträume vorgegeben (BMG). Im Zuge der Kontaktbeschränkungen während der Pandemie vergrößerte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Zeitfenster. Die Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 und U9 konnten dann auch bei einer Überschreitung der für sie festgelegten Untersuchungszeiträume in Anspruch genommen werden (Der Gemeinsame Bundesausschuss [G-BA], 2020). Solche befristeten Sonderregelungen werden auch weiterhin genutzt, beispielsweise derzeit im Zusammenhang mit dem Anstieg der Infektionen der oberen Luftwege bei Kindern (G-BA, 2022).

Eine Auswertung der an der Berliner Charité zentral erfassten Daten aus dem Einladungs- und Rückmeldewesen für die Früherkennungsuntersuchungen verglich die Inanspruchnahme von Januar bis Juni 2020 mit den jeweiligen Monaten des Vorjahres (Blankenstein et al., 2021). Demnach zeigte sich zunächst ein deutlicher Rückgang der durchgeführten Untersuchungen U4 bis U9, und zwar um 12,5 % im März, um 6,2 % im April und um 8,4 % im Mai 2020. Dies entsprach insgesamt etwa einem Minus von 5.500 Untersuchungen. Darauf folgte jedoch eine Zunahme von 22 % im Juni 2020 (4.400 Untersuchungen). Früherkennungsuntersuchungen, die mit einer Impfung zur Grundimmunisierung kombiniert sind (U4, U5), nahmen zudem deutlich weniger ab - die Grundimmunisierung für impfpräventable Erkrankungen wurde daher überwiegend zeitgerecht durchgeführt.

Zu einem ähnlichen Ergebnis wie die Berliner Auswertung kam eine Auswertung der Früherkennungsuntersuchungen für die Kalenderwochen 2 bis 26 der Jahre 2019 und 2020 aus 34 saarländischen Kinder- und Jugendarztpraxen (Theiß et al., 2021). Im ersten Lockdown (KW 12 - 18, 2020) war die Fallzahl der Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zu 2019 um 9,4 % zurückgegangen. Nach dem Lockdown holte die Früherkennungsfallzahl mit +9,4 % jedoch fast vollständig auf.

Anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten wurde zudem eine Sekundärdatenanalyse für den Zeitraum erstes Quartal 2015 bis drittes Quartal 2020 durchgeführt und die quartalsbezogenen Fallzahlen jahresweise gegenübergestellt (Mangiapane et al., 2021). Hierbei zeigte sich: Weder bei den Früherkennungsuntersuchungen noch bei den Impfungen war auf Quartalsebene ein Rückgang der Fallzahlen für 2020 zu erkennen. Vielmehr war bei einigen Früherkennungsuntersuchungen im zweiten und dritten Quartal 2020 sogar eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Dies betraf insbesondere die U2 und die zugehörigen speziellen Früherkennungsuntersuchungen. Eine weitere Studie auf Basis von Routinedaten zeigte jedoch, dass zwar im Durchschnitt Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie nicht zurückgingen, in benachteiligten Regionen wurden jedoch signifikante Rückgänge in den Teilnahmequoten beobachtet (Wuppermann et al., 2022). Die Autoren weisen außerdem darauf hin, dass für Kinder aus sozial benachteiligten Familien allgemeine Arztkontakte besonders stark zurückgegangen seien und weniger durch Telemedizin oder Videosprechstunden ersetzt wurden.

Fazit

Die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen ist insgesamt kaum zurückgegangen. Die Arztkontakte sozial benachteiligter Familien sind jedoch gesunken.

heterogenes Bild davon, wie diese Präventionsaufgabe fortgeführt werden konnte und es gab eine hohe Varianz in Abhängigkeit von regionalen Bestimmungen und Trägern. So fand die Gruppenprophylaxe in manchen Einrichtungen zeitweise weiterhin in vollem Umfang statt, in anderen war sie nicht oder nur reduziert möglich. Zur Schließung von Einrichtungen kam hinzu, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD teils in der Pandemiebekämpfung eingesetzt wurden (Theisen, 2021).

Kindertageseinrichtungen sind die meistbetreuten Einrichtungen zur Kariesgruppenprophylaxe. In einer 2021 durchgeführten Befragung von 655 bayerischen, in der Gruppenprophylaxe aktiven Zahnärztinnen und Zahnärzten des ÖGD (Schulz-Weidner et al., 2021) zeigte sich, dass nach Pandemiebeginn im Frühjahr 2020 nur 9,6 % der Befragten gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt haben. Ein Jahr später, im Frühjahr 2021, waren es mit 23,2 % mehr als doppelt so viele, die gruppenprophylaktisch aktiv waren. Zusätzlich wurden neue innovative Angebote der Prophylaxe eingeführt wie Garten- oder Fenstergespräche mit Eltern oder Lehr-Videos und vertiefendes Informationsmaterial (Theisen, 2021). Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) entwickelte zudem ein Strategiepapier mit konkreten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen (ZM online, 2020).

Insgesamt konstatieren Herrmann und Krämer (2022), dass die Gruppenprophylaxe vor gewaltigen Aufgaben stehe. Die orale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen habe in der Pandemie gelitten, gleichzeitig sei der Zugang zu den Einrichtungen erschwert gewesen.

Fazit

Die Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen ging massiv zurück, allerdings wurden auch neue Formate entwickelt.

7.5.2 ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST

7.5.2.1 Kariesprophylaxe

Die 380 Arbeitskreise der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege erreichen normalerweise 4,6 Millionen Kinder und Jugendliche pro Jahr mit Angeboten der Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Schulen (Bundeszahnärztekammer, 2022). In der COVID-19-Pandemie zeigte sich deutschlandweit ein

7.5.2.2 Kita-Untersuchung

Kita-Untersuchungen werden zunehmend durchgeführt, um die Entwicklung der Kinder möglichst früh einschätzen und fördern zu können. In Deutschland gibt es hierzu verschiedene Verfahrensweisen unter Beteiligung von Gesundheits- und Jugendämtern. Das Ziel ist in der Regel, Kinder und ihre Eltern auf Basis der Untersuchungsergebnisse in Fördersysteme zu vermitteln (Weyers et al., 2022). Zur Entwicklung der Kita-Untersuchung im

Verlauf der COVID-19-Pandemie gibt es bislang keine systematische Evidenz. Daher wurde diese Forschungslücke mit einem Interview exploriert. In der befragten Kommune findet die sogenannte Kita-Eingangsuntersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Kindertageseinrichtungen in Sozialräumen mit hohem sozialem Handlungsbedarf statt. Hierbei nimmt die oder der Präventionsmanager/-in im Stadtteilzentrum eine wichtige Rolle ein, da sie oder er die Familie in bestehende Förderangebote im Quartier vermittelt.

Gespräch mit einer Kinderärztin des KJGD und pädagogischen Fachkräften einer Kommune

Während der COVID-19-Pandemie wurden weniger Kita-Eingangsuntersuchungen durchgeführt als davor. Im Jahr 2020 erfolgte in der betroffenen Kommune beispielsweise gar keine ärztliche Untersuchung, sondern ausschließlich elterliche Beratung durch die Präventionsmanagerin und eine Fachkraft aus der Kindertageseinrichtung. Im Rahmen von Garten- oder Fenstergesprächen wurden Eltern zu Gesundheitsthemen beraten wie z. B. zu Vorsorgeuntersuchungen. Unter den Auflagen des Infektionsschutzes musste 2021 priorisiert und zeitlich anders gestaffelt werden und es konnten ca. zwei Drittel der normalerweise untersuchten Kinder untersucht werden. Dabei wurden insbesondere Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit, Sprachentwicklung und Fehlernährung in Verbindung mit Übergewicht/Adipositas beobachtet. Durch die COVID-19-Pandemie war auch die Vermittlung der Kinder an bestehende Förderangebote im Quartier erschwert. Viele Angebote fanden nicht statt oder waren nur mit langen Wartezeiten zu erreichen. Dabei passierte es, dass Kinder bei der Aufnahme in das Angebot bereits schulpflichtig waren.

Dass die Kita-Eingangsuntersuchung unter Pandemiebedingungen angepasst stattfinden konnte, lag am Engagement der Präventionsmanagerin, der Kooperationsbereitschaft der Kindertageseinrichtungen und der Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes (Kinder- und Jugendgesundheitspflege, Kinder- und Jugendmedizin), die weiterhin unterstützend im Amt zur Verfügung standen. Entscheidend war jedoch die Verankerung des Angebots im Stadtteilzentrum, das durchgehend besetzt war. Hierbei erfolgte der Kontakt mit den Familien in der Zeit des Lockdowns über Fenstergespräche, die auch über die Pandemie hinaus an Bedeutung gewonnen haben.

„Es hat sich so etabliert, dass alle Menschen an meinem Fenster stehen und mir Überweisungen und Briefe vom SPZ [Sozialpädiatrisches Zentrum, Anm. d. Verf.] und alles Mögliche reinreichen und fragen, ob sie einen Termin haben können. [...] Digitalisierung ist ein Thema. Das Problem ist aber, dass unsere Klienten da nicht mitgenommen werden.“

Fazit

Die Kita-Untersuchung wurde vermutlich reduziert durchgeführt.

7.5.2.3 Schuleingangsuntersuchungen

Schulärztliche Eingangsuntersuchungen finden in allen Bundesländern obligatorisch für die Schulneulinge statt. Ziel ist es, für den Schulbesuch relevante Gesundheits- und Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und die Eltern zu Fördermaßnahmen zu beraten (Deutscher Bundestag, 2009). Die Untersuchungen sind auch deshalb sehr wichtig, weil sozial benachteiligte Familien gezielt angesprochen und Fördermaßnahmen eingeleitet werden können (BVÖGD, 2021).

Im Verlauf der Pandemie fielen die Schuleingangsuntersuchungen in vielen Kommunen aus. So meldete der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) 2021, dass die Schuleingangsuntersuchungen wegen der COVID-19-Pandemie und aufgrund Personalmangels, so wie 2020 auch, nicht oder nur mit erheblichen Verzögerungen stattfinden konnten (BVÖGD, 2021).

Die einzige identifizierte systematische Analyse erfolgte anhand einer Befragung von KJGD-Leitungen aus elf Kommunen in Nordrhein-Westfalen (Horacek et al., 2021). Demnach waren alle KJGD-Teams in pandemiebezogene Aufgaben eingebunden. Die üblichen KJGD-Aufgaben, wie die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen, konnten daher nur teilweise umgesetzt werden. Von den elf Kommunen berichteten vier bzw. sieben, dass die Schuleingangsuntersuchungen nicht bzw. reduziert durchgeführt wurden. Sie wurden aber bei denjenigen Kindern priorisiert, bei denen soziale oder gesundheitliche Beeinträchtigungen bekannt waren oder bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorlag (Graebner, 2021; Horacek et al., 2021). Die befragten KJGD-Leitungen äußerten den dringenden Wunsch, zu den eigentlichen Kernaufgaben zurückzukehren wie gutachterliche Tätigkeiten für Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf

an Schulen, Kooperationen in Sachen Kinderschutz mit Jugendämtern und die Erstellung von Expertisen zu entwicklungsauffälligen Kindern in Kindertageseinrichtungen (Horacek et al., 2021). Während die wissenschaftliche Aufarbeitung der Schuleingangsuntersuchungen unter Pandemiebedingungen weiterhin begrenzt ist, weisen die Medien wiederholt auf Ausfälle in verschiedenen Regionen hin (Faulenbach, 2020; Unterberg, 2020; ZEIT Online, 2022).

Fazit

Schuleingangsuntersuchungen sind massiv zurückgegangen, meist ohne Alternativangebote. Teils wurden Kinder mit Risikofaktoren priorisiert untersucht.

7.5.3 KINDER- UND JUGENDHILFE, JUGENDAMT

7.5.3.1 Familienbildung und Familienberatung

Stätten für Familienbildung und Familienberatung sollen (werdende) Eltern und Familien unterstützen und in den unterschiedlichen Familienphasen kostenfreie oder kostengünstige Angebote vorhalten. Dabei haben Familienbildungsangebote einen primärpräventiven Fokus und das Ziel, familiäre Alltagsressourcen zu stärken, während Familienberatungsangebote versuchen, bestehende familiäre Probleme durch lösungsorientierte Beratungsangebote positiv zu beeinflussen. Beide Angebotsformate erfolgen üblicherweise im persönlichen Kontakt, häufig auch im Gruppensetting.

Inwiefern sich das Angebot an Familienbildung und Beratungsleistungen durch die Pandemie verändert hat, untersuchten Lüken-Klaßen et al. im Sommer 2020 im Rahmen einer Vollerhebung aller Einrichtungen von öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern (n = 402; Lüken-Klaßen et al., 2020). Hierbei berichtete ein Drittel der Einrichtungen für Eltern vollständig geschlossen gewesen zu sein, zwei Drittel berichteten eine eingeschränkte Zugänglichkeit, die sich jedoch nach Einrichtungstyp unterschied. Familienbildungsstellen waren stärker betroffen als Beratungsstellen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Juncke et al. (2021), die bundesweit 2.200 Einrichtungen der Familienbildung und Familienberatung befragten. Demnach waren rund zwei Drittel der Familienbildungseinrichtungen von zeitweisen Schließungen während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 betroffen, während dies bei Beratungseinrichtungen seltener der Fall war.

Die vielen Schließungen von Beratungsstellen im Verlauf der Pandemie stehen im Widerspruch zum erhöhten Beratungsbedarf. Dies berichtet etwa eine Fachkraft einer kommunalen Beratungsstelle im Interview.

Gespräch mit einer Fachkraft aus der Elternberatung

Die kommunale Beratungsstelle ist mit der Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Eltern betraut. Darüber hinaus schafft sie therapeutische Stabilisierungsangebote. Im Verlauf der COVID-19-Pandemie ist der Bedarf an Beratungsangeboten weiter gestiegen. Neben der Intensivierung von Beratungen haben sich auch die Anlässe der Inanspruchnahme geändert. Die Elternberatung fokussiert sich nun auf schwerwiegendere Belastungssituationen wie Angststörungen, Schulverweigerung, Probleme bei Übergängen (z. B. in die Ausbildung), Isolation, Sucht, Depressionen. „Im Zuge der Pandemie hat sich die Elternberatung zu einer Konflikt- und Krisenberatung entwickelt“, konstatiert die Fachkraft im Interview.

Durch die Digitalisierung konnten jedoch neue Kommunikationswege gefunden werden. Es gibt nun verschiedene Gesprächsvarianten bei den Fachkräften, was eine große Chance für niedrigschwellige Beratungswege ist. Allerdings gab es auch bürokratische Hürden, was die zeitnahe Umsetzung von Angeboten zuweilen verhindert hat.

Prävention in diesem Setting sollte, laut der Fachkraft, langfristig ansetzen und Sicherheit in sozialen Beziehungen vermitteln. Dies könnte durch gesellschaftliche Aktivitäten erreicht werden, die Menschen in einen guten und entspannten Kontakt bringen, etwa bei Freizeitaktivitäten oder Sport. „Prävention kann auch damit ansetzen, gute, positive, schöne Angebote zu machen, die entlasten und mental stärken, anstatt Belastung noch mehr zu analysieren.“

Mit der erschwerten Zugänglichkeit ist auch die Nachfrage nach den Angeboten zurückgegangen. Bei Einrichtungen der Familienbildung reduzierte sich die Nachfrage zwischen 2019 und 2020 um 80 %. Bei den Beratungsstellen war der Rückgang moderater, hier halbierte sich die Anzahl an Ratsuchenden (Lüken-Klaßen et al., 2020). Größere Hürden zeigten sich insbesondere bei der Ansprache von Familien mit Migrationshintergrund sowie Familien mit geringen Internetkenntnissen, berichteten beide Studien (Juncke et al., 2021; Lüken-Klaßen et al., 2020). Mit dem Wegbleiben von Teilnehmenden entfielen auch die durch die Ratsuchenden geleisteten Gebüh-

ren, sodass ein Teil der Familienbildungsstätten, die sich in stärkerem Maße über Teilnahmegebühren finanzieren, finanzielle Einbußen erlebte. Demgegenüber waren Beratungsstellen als finanziell weitgehend gesichertes Pflichtangebot der Kinder- und Jugendhilfe weniger betroffen. In der bundesweiten Erhebung 2021 berichteten knapp 30 % aller befragten Einrichtungen, finanzielle Hilfen durch kommunale oder Landesförderung in Anspruch genommen zu haben. Nur eine kleine Minderheit sah aber ihre Existenz durch die COVID-19-Pandemie gefährdet. Somit gingen die Autorinnen und Autoren davon aus, dass die COVID-19-Pandemie keine Erosion der Familienbildung und -beratung zur Folge haben würde (Juncke et al., 2021).

Bundesweit wurde auch für die Familienbildung und -beratung berichtet, dass im Zuge der COVID-19-Pandemie ein Digitalisierungsschub stattgefunden habe. Angebote erfolgten verstärkt via E-Mails, Videotelefonie, Messenger-Broadcasting, Webseminare oder Social Media. Dies gilt jedoch nicht für alle Angebote. Insbesondere offene Gruppenangebote, die stark auf Präsenz bauen (z. B. Eltern-Kind-Cafés), konnten kaum digital ersetzt werden (Lüken-Klaßen et al., 2020).

Juncke et al. (2021) konstatieren auf Basis ihrer Ergebnisse, dass die COVID-19-Pandemie die Arbeit der Einrichtungen eingeschränkt, zugleich aber zu innovativen Ansätzen geführt habe. Ein Beispiel für einen innovativen Ansatz, der auch nach dem Höhepunkt der Pandemie Bestand hat, berichtet der Leiter einer Jugend- und Elternberatung im Interview.

Gespräch mit dem Leiter einer Jugend- und Elternberatung, Koordination Beratungsstellen

In der Kommune wurden schnell nach Beginn der COVID-19-Pandemie neue Zugangswege geschaffen, z. B. eine ämter- und trägerübergreifende telefonische Beratungshotline, datensichere E-Mail-, chat- und videogestützte Beratungsformen sowie ein kostenfreies digitales Elternprogramm. Besonders förderlich in diesem Prozess, so der Leiter, waren eine schnelle konzeptionelle Entwicklung sowie unbürokratische Wege der Antragsstellung oder Verbesserung der IT-Ausstattung.

Im Kontakt mit den Klienten wurde deutlich, dass die psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt stark angestiegen waren, zugleich aber Regelangebote wegfielen und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Praxen und Kliniken überfüllt waren.

Um die Versorgungslücke und den hohen Bedarf an niedrigschwelliger systemischer therapeutischer Unterstützung zu schließen, wurde dank der Fördermittel des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Programm „AUF!leben – Kinder- und Jugendlichen-therapie in Corona-Zeiten“ in der Kommune umgesetzt. Zielgruppe waren psychosozial belastete Kinder zwischen 6 und 15 Jahren, insbesondere aus prekären Lebensverhältnissen mit geringen Chancen auf baldige ambulante therapeutische Versorgung. Ziel war die Stabilisierung und Entlastung der Kinder und ihrer Familien, entweder durch eigene Therapeutinnen und Therapeuten auf Honorarbasis oder durch gezielte Versorgung und Weitervermittlung an andere, passendere Angebote innerhalb des Regelsystems der Kinder- und Jugendhilfe. Auch nach Beendigung durch die Bundesförderung wird das Programm dank kommunaler Mittel bestehen bleiben und auf die Altersgruppe bis 27 Jahre ausgeweitet.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass gemischte Komm-, Geh- und digitale Strukturen in der Familienbildung und -beratung an Bedeutung gewonnen haben. Lüken-Klaßen et al. (2020) leiten aus ihren Befragungen zehn Empfehlungen ab, um mit Zielgruppen in Kontakt zu bleiben. Diese umfassen eine breite Palette von Strategien, wie beispielsweise grundsätzlich erreichbar zu sein und dies auch offensiv zu zeigen, unkomplizierte analoge Zugänge wie Fenstergespräche oder Beratungsspaziergänge, telefonische Beratungen, aber auch digitale Angebote.

Fazit

Es gab Einschränkungen in Angebot und Nachfrage bei Familienbildungs- und Familienberatungsangeboten, aber es wurden auch innovative Lösungsansätze entwickelt.

7.5.3.2 Frühe Hilfen

Im Rahmen der Frühen Hilfen erfolgt in den Kommunen längerfristige aufsuchende Betreuung von Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen durch Gesundheitsfachkräfte (Familienhebammen, Familien- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende). Hebammen und Familienhebammen betreuen Familien in den Phasen der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

In der COVID-19-Pandemie wurden die telefonischen und digitalen Beratungen oder Kurse von Hebammen durch Sonderregelungen des Hebammenverbands ab-

rechenbar (Becker, 2020). Eine Befragung im Jahr 2021 von 1.821 Müttern und 1.551 Hebammen zu ersten Erfahrungen mit digitaler Betreuung ergab, dass diese in der COVID-19-Pandemie als gute Alternative gesehen, eine rein digitale Hebammenbetreuung jedoch weitgehend abgelehnt wurde. Favorisiert wurde von beiden Gruppen eine Mischung aus digitalen Anteilen sowie Präsenztreffen bzw. Besuchen (Bauer & Schlömann, 2021).

Eine Befragung von 58 Gesundheitsfachkräften im Frühjahr 2020 (Scharmanski et al., 2020) zeigte, dass in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie die Betreuung auf das (Video-)Telefon verlagert wurde. Hausbesuche mit Schutzausrüstung waren auf die dringendsten Fälle beschränkt. Nach Aussage der Befragten habe darunter die Betreuungsqualität für die bestehenden Familien gelitten. Die Familien hätten die Veränderungen zwar akzeptiert, die Fachkräfte hätten jedoch Sorge geäußert, Probleme zu übersehen. Jede dritte Fachkraft gab an, derzeit keine neuen Familien mehr aufnehmen zu können. Hauptgründe für die Ablehnung einer Betreuung waren vor allem, dass keine Hausbesuche gemacht werden konnten, der Erstkontakt fehlte und eine Einschätzung fremder Familien per Telefon kaum möglich war. Des Weiteren waren die Personalkapazitäten oft erschöpft. Der Mehrheit der Befragten waren offizielle Informationen, Regelungen und Vorgaben bekannt. Viele Fachkräfte wünschten sich zu Beginn der COVID-19-Pandemie allerdings mehr Orientierung für ihre Arbeit in der COVID-19-Pandemie, z. B. von Berufsverbänden oder dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), sowie bessere technische Ausstattung, z. B. für Videochats mit den Familien (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2020).

Im Frühjahr 2021 wurden nochmals Gesundheitsfachkräfte nach ihren Erfahrungen gefragt (Renner et al., 2021). Nach Aussage der Fachkräfte fanden aufsuchende längerfristige Betreuung und Begleitung wieder vermehrt statt, das Vor-Pandemie-Niveau wurde jedoch nicht erreicht. Digitale Lösungen blieben weiterhin von großer Bedeutung. Jede zweite Fachkraft berichtete von Kompetenzzuwachs bei der telefonischen oder digitalen Familienbegleitung durch Einführung und Erprobung neuer Software und Apps – bei gleichzeitig wenigen Qualifizierungsangeboten und bestehenden Unklarheiten bzgl. des Datenschutzes. Insgesamt wurden die Vorteile (z. B. Spontaneität, Zeitersparnis) und die Nachteile (z. B. Wegfall der persönlichen Ebene, Vertrautheit) kritisch abgewogen.

Scharmanski et al. (2020) plädieren künftig für eine Präzisierung, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen Hausbesuche stattfinden sollen bzw. müssen – auch um einer drohenden Eskalation von intrafamiliären Konflikten und Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Sie plädieren auch für eine kritische Auseinandersetzung darüber, in welchen Stufen des Betreuungsprozesses digitale Zugänge und Konzepte sinnvoll und gewinnbringend eingesetzt werden können, aber auch wo ihre Grenzen sind. Es sei zudem unabdingbar, während massiver Kontakteinschränkungen zur Eindämmung einer Pandemie Anlaufstellen und Unterstützungsangebote auf kommunaler Ebene für Familien in schwierigen Lebenslagen offen zu halten.

Fazit

Fachkräfte hatten Sorge, Probleme zu übersehen, wenn persönliche Kontakte ins Digitale verlegt wurden.

7.5.3 Kinderschutz

Um Kinder und Jugendliche vor Kindeswohlgefährdung in ihren Familien zu schützen, erfolgt die Beratung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte der Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD) der Jugendämter. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie führte das Deutsche Jugendinstitut eine bundesweite Online-Befragung bei Jugendämtern durch, an der sich 371 Ämter (Rücklaufquote 65 %) beteiligten (Mairhofer et al., 2020). Demnach war die Anzahl von Gefährdungsmeldungen bzw. Inobhutnahmen im Erhebungszeitraum entweder nicht verändert (55 % bzw. 66 %) oder gesunken (25 % bzw. 19 %). Dieser Umstand wurde häufig mit dem Wegfall der Kommunikationswege durch Schließung von Kindertageseinrichtungen und Schulen begründet. Fast alle Jugendämter nahmen in Verdachtsfällen trotzdem Hausbesuche und Inobhutnahmen vor. 39 % der Jugendämter gaben an, keine Einschränkungen des Aufgabenspektrums vorgenommen zu haben. Ein Teil der Jugendämter berichtete jedoch, das Aufgabenspektrum des Allgemeinen Sozialdienstes verringert zu haben, wie Jugendwohnen oder Jugendhilfe im Strafverfahren. Weiterhin Hilfeplanung durchzuführen – jedoch in angepasster Form – gaben 87 % der Befragten an; 37 % meinten, Hilfeplanung nur bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung durchzuführen. Mit 47 % gab knapp die Hälfte der befragten Jugendämter an, zusätzliche Kapazitäten für Online-, Telefon- und Chatberatung in der Krise bereitgestellt zu haben. Insgesamt sei die Kommunikation mit der Zielgruppe allerdings erschwert gewesen.

Eine qualitative Befragung von ASD-Leitungen im Kinderschutz aus 40 Jugendämtern im Jahr 2020 untersuchte, inwiefern niederschwellige und ambulante Hilfsangebote im Kinderschutz verändert bzw. neu entwickelt wurden, um auf die Anforderungen der COVID-19-Pandemie zu reagieren (Witte & Kindler, 2022). Es wurden drei Entwicklungen berichtet: (i) ein Wegfall niedrigschwelliger Hilfsangebote und von Strukturen zur einfachen Kontaktaufnahme mit Klienten wie Beratungsstellen und offene Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Elterncafés und Eltern-Kind-Gruppen; (ii) eine Anpassung derjenigen Hilfsangebote, die spezifisch für einzelne Familien als ambulante Hilfen gewährt wurden. Hier wurde meist telefonisch oder digital Kontakt gehalten. Außerdem wurden Kontakte auf Abstand oder im Freien durchgeführt; (iii) die Entwicklung weniger neuer Angebote, vor allem zur leichteren Kontaktaufnahme (Anrufe, Haustürbesuche), zur Unterstützung in der Bewältigung der Pandemie (Hausaufgabengruppen, Frühstücksdosen), zur Alltagsstrukturierung (Bastelaktionen) sowie Jugendfreizeiten und Kontaktherstellung zu Familien in Quarantäne. Die Folgen der COVID-19-Pandemie in den ASD hätten zu schwierigen Priorisierungsentscheidungen geführt: Aufgrund der knappen Personalressourcen wurde auf Gefährdungsabklärungen zugunsten der Hilfeplanung und der Beratung und Begleitung von Familien unterhalb der Gefährdungsschwelle fokussiert.

Auf eine besondere Problematik im Zusammenhang mit dem Kinderschutz machen Yeşil und Weingraber (2021) aufmerksam. Im Rahmen problemzentrierter Interviews mit neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus (Mädchen-)Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt wurde ermittelt, inwieweit psychosoziale Beratungsangebote trotz Kontaktbeschränkungen umgesetzt und Adressatinnen erreicht werden konnten. Es wurde berichtet, dass Gruppenangebote und aufsuchende Beratung nicht mehr stattfinden konnten. Auch fanden weniger Erstanmeldungen statt. Zudem gab es fehlende geschützte Räume zu Hause, um Gespräche zu führen und es gab Zugangsbarrieren für Fremdsprachlerinnen und für Adressatinnen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen. Die Ergebnisse verdeutlichen strukturelle Diskriminierungsmechanismen (etwa durch Sprachbarrieren oder mangelhafte technische Ausstattung) im Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen. So meinen die Autorinnen, wer (Video-)Telefonie (primär in deutscher Sprache) nutzen könne, dem könne geholfen werden. Wer kein Telefon habe oder haben dürfe, nicht ausreichend Deutsch spreche oder Angst vor einem Telefonat mit einer fremden Person habe, „dem ist momentan leider nicht zu helfen“ (Yeşil & Weingraber, 2021).

Fazit

Kinderschutz musste mitunter auf kritische Fälle beschränkt werden. Bei digitalen Kommunikationswegen bestehen Zugangshürden.

7.5.3.4 Offene Kinder- und Jugendarbeit

Die Offene Kinder- und Jugendarbeit (OKJA) ist eine kommunale Infrastruktur mit einem niedrigschwelligen und freiwilligen Angebot, das sich an Themen und Interessen junger Menschen orientiert und ihnen Freiräume eröffnet, ihre Perspektive einzubringen und mitzugestalten. Im Unterschied zu anderen sozialen Leistungen erreicht die OKJA in hohem Maße benachteiligte Kinder und Jugendliche und kann präventive Wirkung entfalten (Icking & Deinet, 2017). Im Frühjahr 2020 wurden 41 Hamburger Einrichtungen der OKJA zur Arbeit in Krisenzeiten befragt (Voigts, 2020). Demnach erreichte etwa die Hälfte der Einrichtungen mehr als 50 % ihrer sonstigen Stammbesucherinnen und Stammesbesucher, indem neue Wege ausprobiert wurden wie aufsuchende Arbeit im Freien. Digitale Messenger- und Social-Media-Dienste waren eine wichtige zusätzliche Kontaktoption. Die notwendige Ausstattung mit digitalen Endgeräten war in den Einrichtungen der OKJA allerdings mangelhaft. In vielen Einrichtungen waren keine Diensthandys (31 %) oder veraltete bzw. nicht-internetfähige Geräte vorhanden. Die erreichten Altersgruppen haben sich in der OKJA verschoben. Es waren vor allem Jugendliche im Alter zwischen 14 und 16 Jahren, die während der Pandemie gut erreicht wurden. Die große Mehrheit der einbezogenen Einrichtungen (87 %) bemühte sich zudem intensiv um Kinder und Jugendliche, die in der Pandemie schwierig (digital) zu erreichen waren. Dazu wurde aufsuchend gearbeitet, was aber im Widerspruch zum eigentlichen Ansatz der OKJA stand, der normalerweise darin besteht, dass Kinder und Jugendliche die Angebote freiwillig aufsuchen. 14 Einrichtungen der OKJA in NRW wurden im Frühjahr 2021 befragt, inwiefern sich durch die Krise Formen, Inhalte und Methoden geändert hätten. Die Befragten drückten überwiegend den Wunsch aus, zum Prinzip des freiwilligen Aufsuchens zurückzukehren. Offene Kinder- und Jugendarbeit komme nur zustande, wenn Kinder und Jugendliche sich aktiv einbrächten. Dies sei in der Krise nur begrenzt möglich gewesen (Deinet & Surzenhecker, 2021).

Fazit

Während der Pandemie war die OKJA vor allem aufsuchend tätig. Eine Rückkehr zur offenen Kinder- und Jugendarbeit wird als wichtig erachtet, damit Kinder und Jugendliche aus eigener Motivation teilnehmen und es ihnen ermöglicht werden kann, sich aktiv einzubringen.

7.5.4 FÖRDERANGEBOTE IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN UND SCHULEN

Kindertageseinrichtungen leisten durch ihre pädagogische Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Förderung einer altersentsprechenden Entwicklung von Kindern, auch in Vorbereitung auf den Schulbesuch. Zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen ist jedoch mit wenigen Ausnahmen erstaunlicherweise wenig bekannt. Im Rahmen der bundesweiten „Corona-KiTa-Studie“ wurden ab September 2020 die Leitungen von etwa 3.000 Kindertageseinrichtungen befragt. Die Befragung wurde nach etwa drei Monaten wiederholt. In 600 dieser Einrichtungen fanden vertiefende Befragungen von Fachkräften und Eltern statt (Autorengruppe Corona-KiTa-Studie, 2021). Insgesamt zeigte sich, dass die pädagogischen Kernaufgaben wie die sprachliche, sozio-emotionale und motorische Förderung auch in Pandemiezeiten den höchsten Stellenwert einnahmen. Inwiefern pädagogische Aufgaben aber weiter umgesetzt werden konnten, wurde vor allem durch pandemie- und ressourcenbezogene Faktoren erklärt, insbesondere die gelingende Umsetzung von Schutzmaßnahmen wie Gruppentrennung, Abstandhalten, Lüften und Desinfizieren. Ergänzende Förderbereiche, zu denen auch die Gesundheitsförderung gehört, wurden hingegen weniger häufig durchgeführt. Nach der zweiten Pandemiewelle zwischen Dezember 2020 und Februar 2021 wurde, so das Ergebnis der Befragung, jedoch für fast alle Förderbereiche das Vor-Niveau wieder erreicht.

Bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen nehmen auch Schulen eine Schlüsselrolle ein. Auch hier wurde nur eine Studie zu den Folgen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention identifiziert. Dadaczynski et al. (2022) befragten 2.186 Mitarbeitende der Schulleitungsebene aus allgemeinbildenden Schulen in vier Bundesländern. Es zeigte sich, dass besonders die COVID-19-bezogenen Maßnahmen wie Hilfen zum Schutz vor einer Ansteckung in den Schulen umgesetzt wurden. Im Vergleich dazu wurden gesundheitsförderliche Lehr-, Lern- und

Arbeitsbedingungen in einem geringeren Ausmaß angegangen (31,2 % gaben einen geringen Umsetzungsstand an). Jedoch gab der Großteil der Schulleitungen an, zumindest Lehrerinnen und Lehrer zu unterstützen, z. B. im Umgang mit Stress und Belastung, wobei über die Qualität der angebotenen Maßnahmen keine Aussage möglich war. Mehr als die Hälfte der Befragten (52 %) gab an, dass Schülerinnen und Schüler bei der Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (eher) nicht einbezogen wurden. Die Autoren schlussfolgerten, dass die COVID-19-Pandemie ein disruptives Ereignis für die schulische Gesundheitsförderung war. Als zukünftige Maßnahmen schlagen sie unter anderem ein kontinuierliches Monitoring schulischer Gesundheitsförderung und entsprechender Bedarfe sowie die systematische Unterstützung von Schulleitungen als Gatekeeper für Gesundheit an Schulen vor.

Fazit

In Kindertageseinrichtungen hatten pädagogische Kernaufgaben mit Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert. In Schulen gab ca. jede dritte Schulleitung an, dass Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lehr-, Lern- und Arbeitsbedingungen und der schulischen Gesundheitsförderung nur geringfügig umgesetzt wurden.

7.6 DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ

7.6.1 EINFÜHRUNG (BEDEUTUNG, MESSUNG)

In der COVID-19-Pandemie stellten die vielfach entstandenen Unsicherheiten und die nötige eigenverantwortliche Umsetzung von Präventionsempfehlungen hohe Anforderungen an die Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern. Gesundheitskompetenz beinhaltet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen und zu verstehen, sich über Gesundheitsinformationen auszutauschen, diese abzuwägen und im eigenen Leben anzuwenden (Abel, 2020). Während der COVID-19-Pandemie konnte gezeigt werden, dass eine erhöhte Gesundheitskompetenz mit einer stärkeren Einhaltung von COVID-19-Maßnahmen assoziiert war (Umanthan & Lawrence, 2022). Laut einer bevölkerungsbezogenen Studie zu Beginn der Pandemie im März/April 2020 hatten von den Befragten aber nur 49,9 % eine ausreichende COVID-19-bezogene Gesundheitskompetenz, 15,2 % eine problematische oder 34,9 % eine unzureichende (Okan et al., 2020).

Im Zuge der Kontaktverbote und Einschränkungen von Alltagsaktivitäten wurden immer mehr gesundheitsbezogene Angebote im digitalen Raum angeboten. Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass dieser Trend in nahezu allen der für dieses Kapitel betrachteten Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zu beobachten war und dass er sich, aller Voraussicht nach, auch nach dem Ende der COVID-19-Pandemie fortsetzen wird. Angebote müssen jedoch auch aus der Sicht der Anwenderinnen und Anwender betrachtet werden, die für eine adäquate Nutzung sowohl eine basale allgemeine digitale Kompetenz sowie eine spezifische digitale Gesundheitskompetenz haben sollten (Babitsch et al., 2022). Die digitale Gesundheitskompetenz umfasst Kompetenzen und Ressourcen, die für das Suchen, Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden digitaler Gesundheitsinformationen erforderlich sind (Zeeb et al., 2022). Eine hohe digitale Gesundheitskompetenz war in verschiedenen Studien mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit verbunden, vermittelt z. B. durch eine Befähigung zu mehr Selbstbestimmung im Alltag (Kolpatzik et al., 2020), durch gesundheitsförderliches Verhalten (Mitsutake et al., 2016) oder die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (Mitsutake et al., 2012).

7.6.2 VERÄNDERUNGEN DER DIGITALEN GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER COVID-19-PANDEMIE

Schaeffer et al. (2021) haben in ihrer Studie die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der COVID-19-Pandemie untersucht. Die bevölkerungsbasierten Erhebungen fanden Ende 2019 / Anfang 2020 und im August / September 2020 statt (n = 2.151 Befragte vor und 532 Befragte während der Pandemie). Die Ergebnisse der ersten Erhebung Ende 2019 / Anfang 2020 zeigten, dass 75,8 % der Befragten über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz verfügten und beim Umgang mit digitalen Informationen Schwierigkeiten auftraten, insbesondere bei der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und Neutralität digitaler Informationen.

Unterschiede in der digitalen Gesundheitskompetenz bestanden nach Alter, Bildung und Sozialstatus. Menschen im Alter von 65 Jahren und älter wiesen zu 86 % eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf und Menschen mit geringer Bildung zu 86,7 %. Insgesamt verbesserte sich die digitale Gesundheitskompetenz während der COVID-19-Pandemie leicht und die Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen stieg an. Diese Verbesserung konnte speziell in der jüngeren Altersgruppe (< 40 Jahre), bei Frauen, bei Menschen mit niedrigem und mittlerem Bildungsstand sowie bei Menschen mit Migrationshintergrund nachgewiesen werden. In der älteren Bevölkerung war keine Verbesserung sichtbar und bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung war sogar eine Verschlechterung zu erkennen (Schaeffer et al., 2021).

Einen im Vergleich niedrigeren Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz zeigten Studiendaten einer weiteren Studie während der Pandemie in Deutschland (Zeeb et al., 2022). Von den 8.500 im September und Oktober 2020 befragten Personen hatten 52,4 % eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz. Besonders die Bewertung des Schutzes eigener Daten und der Privatsphäre in den sozialen Medien stellte die Befragten vor Herausforderungen. In dieser Studie konnten keine Unterschiede nach Alter oder Migrationsstatus nachgewiesen werden. Jedoch standen ein höherer Schulabschluss und ein als gut selbsteingeschätzter Gesundheitszustand mit einer höheren digitalen Gesundheitskompetenz im Zusammenhang (Zeeb et al., 2022).

Digitale Kompetenzen: Gespräch mit Führungskräften aus einem Amt für Gesundheit und Prävention

Auch im Gesundheitsamt haben viele Arbeitsprozesse und Angebote in der COVID-19-Pandemie online stattgefunden, insbesondere bei größeren Treffen oder Schulungen. Hierbei zeigte sich aber, dass hauptsächlich bei älteren Menschen die digitale Kompetenz nicht ausreichend und oftmals eine hohe Hürde für die Inanspruchnahme von digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention darstellte.

„Wir mussten manchmal auf online Angebote umschwenken, gerade bei größeren Treffen, bei Schulungen, da haben wir festgestellt, dass einige Teilnehmer eine geringe Medienkompetenz haben, gerade auch ältere Bürger, dass sie auch nicht so affin sind mit manchen Instrumenten.“

In einer weiteren Befragung zur subjektiven digitalen Gesundheitskompetenz im Oktober 2020 schätzten Internetnutzerinnen und -nutzer (1.014 Teilnehmende) ihre digitale Gesundheitskompetenz zwar größtenteils als gut ein (Mittelwert 31 von 40 Punkten), jedoch gab nur die Hälfte von ihnen an, digitale Informationen für ihre Gesundheitsentscheidungen zu nutzen (De Santis et al., 2021). In einer anderen, im Frühjahr 2020 durchgeführten Studie, wurde anhand von 1.570 ausgewerteten Online-Fragebögen festgestellt, dass Männer und Befragte mit einem hohen Bildungsniveau und einem hohen subjektiven Sozialstatus ihre digitale COVID-19-bezogene Gesundheitskompetenz höher einschätzten, Frauen jedoch insgesamt eine höhere COVID-19-bezogene Gesundheitskompetenz aufwiesen als Männer (Babitsch et al., 2022).

Der jungen Generation wird häufig eine gute digitale Kompetenz zugeschrieben und daher lässt sich vermuten, dass sie auch über eine gute digitale Gesundheitskompetenz verfügt. In einer Studie mit Studierenden konnte festgestellt werden, dass die befragten Studierenden im Mittel eine ausreichende digitale Gesundheitskompetenz hatten, jedoch Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Zuverlässigkeit von Informationen und möglichen kommerziellen Interessen berichteten. Teilweise hatten sie zudem Probleme, die gesuchten Informationen online zu finden, ihre Anliegen verständlich zu formulieren und einzuschätzen, wer ihre geposteten Nachrichten in den sozialen Netzwerken lesen kann. Studierende mit einer hohen digitalen Gesundheitskompetenz hatten zugleich ein höheres psychisches Wohlbefinden als solche mit geringer Kompetenz (Dadaczynski et al., 2020).

Einen interessanten Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und dem psychischen Wohlbefinden beschreibt eine Studie aus Österreich (Reitegger et al., 2022): Höhere Werte in Bezug auf digitale Gesundheitskompetenz waren dort mit einer niedrigeren Zukunftsangst assoziiert. Gesundheitsinformationen wurden von Studierenden seit der Pandemie vermehrt online gesucht (Schäfer et al., 2020). Während männliche Studierende hauptsächlich Wikipedia, online-Enzyklopädien und YouTube als Quellen nutzten, waren es bei den Frauen die sozialen Medien und Gesundheitsportale. Weibliche Studierende wiesen eine niedrigere Gesundheitskompetenz in den Bereichen der Informationssuche und der Bewertung der Zuverlässigkeit auf (Dadaczynski et al., 2021).

Menschen mit einem niedrigeren subjektiven Sozialstatus und einem niedrigen Bildungsstand haben häufig auch eine niedrigere digitale Gesundheitskompetenz (Kogel et al., 2022). Zudem spielen Erkrankungen und Behinderungen für die Ausprägung der digitalen Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. Da es gerade Menschen mit Vorerkrankungen und Behinderungen leicht gemacht werden sollte, Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen, wurde dieser Aspekt in einem Interview mit zwei im Bereich Gesundheit von Menschen mit Behinderung tätigen Experten vertieft.

Gespräch mit zwei Professorinnen und Professoren im Bereich Gesundheit von Menschen mit Behinderung

Die wichtigste Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit Behinderung und insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten. Neben der kognitiven Beeinträchtigung liegen häufig zusätzliche körperliche und psychische Erkrankungen vor. In der Arbeit der Interviewten geht es um inklusive Medizin, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung. Die COVID-19-Pandemie hat, so eine der Interviewten, in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung „alles auf den Kopf gestellt“, auch weit über die notwendige Umstellung auf digitale Kommunikation hinaus.

Kontaktbeschränkungen, Erkrankungen von Begleitpersonen, die hohe Belastung von Angehörigen, aber auch einzelne Vorkommnisse von Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe hätten die Situation sehr geprägt. In der psychiatrischen Behandlung waren die Masken ein größeres Problem, da Lippenlesen und Mimik wichtig sind. Als Folgen seien eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und weiterer psychischer Störungsbilder samt eines sinkenden „Vertrauens auf die Welt“ auf-

grund der Besuchsverbote erkennbar, sowie insgesamt eine Verschlechterung der Versorgungsstrukturen. In den Interviews wurde angemerkt, dass die digitale Gesundheitskompetenz, auch im Hinblick auf Corona-Informationen, bei vielen Menschen mit Behinderung problematisch sei. Vor allem die Bewertung von Quellen stellt eine Schwierigkeit dar.

„Bei der digitalen Kompetenz, sind wir noch ganz am Anfang. Da gibt es noch viel zu tun. Das beginnt beim sicheren Surfen im Internet bis zur Anwendung einfacher Apps. Gute Sachinformationen aufzufinden oder die Qualität von Informationen zu überprüfen, ist für viele bislang noch unmöglich.“

Jedoch erfolgte aufgrund der COVID-19-Pandemie auch im Bereich der Behindertenhilfe ein Digitalisierungsschub. Angesichts des Personal mangels war die Umsetzung aber eine Herausforderung. Dennoch fanden häufiger online Kontakte statt und datensichere Programme wurden häufiger genutzt. Ein Ausprobieren und Nutzen von digitalen Medien sowie Interesse und Freude konnten auch bei sehr vielen Menschen mit Lernschwierigkeiten beobachtet werden. Neugierde, Motivation und Attraktivität seien laut der Interviewten bereits vorhanden, was eine gute Basis für die Förderung der digitalen Kompetenz ist.

„Der Kontakt zu digitalen Technologien hatte eine Sogwirkung und die Neugierde geweckt. Man war mit allen anderen Menschen ohne Behinderung verbunden, die täglich und allgegenwärtig digitale Geräte verwenden. Mit dem eigenen Gebrauch gehörte man nun zur digitalen Gesellschaft dazu, das war und ist für viele spannend.“

Ein Beispielprojekt für die Gesundheitsförderung während der COVID-19-Pandemie zeigte zudem, dass die angesprochene Gruppe von Menschen mit Behinderung digitale Anwendungen einfach nutzt, durch Ausprobieren oder Nachmachen. In dem Projekt wurden Videos mit alltäglichen Bewegungsaufgaben einmal wöchentlich mit der Aufforderung verschickt, ein Video von der Umsetzung zurückzusenden. Dieses Projekt hat gezeigt, dass Spaß an der Aufgabe bestand und die Umsetzung der Videos gut gelungen ist.

Die digitalen Angebote können den Alltag von Menschen mit Behinderung erleichtern, die oft abhängig von Fahrerinnen und Fahrern und Begleitpersonen sind. Dies galt jedoch in der Pandemie nicht für alle Gruppen in gleichem Maße. Besonders bei Minderjährigen

oder Menschen mit einer stärker ausgeprägten Behinderung spielte diese Einschränkung in den Möglichkeiten zur Begleitung eine Rolle bei Arztbesuchen und Ausflügen. Der Wegfall dieser Begleitung hatte in der COVID-19-Pandemie gravierende Folgen, die durch digitale Unterstützung kaum ausgeglichen werden konnten.

Den Interviewteilnehmenden zufolge ist die Hoffnung da, dass digitale Angebote bestehen bleiben und ausgebaut werden. Hierfür sind neben der technischen Ausstattung die Förderung und Bildung digitaler Kompetenz notwendig und nicht nur das alleinige Hinweisen auf Gefahren der Digitalisierung.

Fazit

Es gibt Hinweise auf einen allgemeinen Anstieg der digitalen Gesundheitskompetenz im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Unterschiede nach Alter und verschiedenen anderen Merkmalen bleiben weitgehend bestehen. Allgemein ist digitale Gesundheitskompetenz noch sehr verbesserungsfähig.

7.7 DISKUSSION

Das Ziel dieses im Winter 2022 entstandenen Kapitels ist eine Bestandsaufnahme der zurückliegenden pandemiebedingten Veränderungen in der lebenswelt- und soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention samt der sich ergebenden Perspektiven für die Weiterentwicklung dieses Felds. Aufgrund der Komplexität des Themas ist die zugrundeliegende Recherche auf zwei Bereiche beschränkt worden, nämlich auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen und Quartieren sowie Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche. Als Querschnittsthemen wurden zudem die Rolle der Digitalisierung bei der Reaktion auf pandemiebedingte Veränderungen und der Aspekt der gesundheitlichen Chancen(un)gleichheit betrachtet.

Insgesamt sind quer über alle Bereiche und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention hinweg vielfältige Einschränkungen bei Gesundheitsförderung und Prävention aufgetreten – auch wenn viele davon mittlerweile wieder aufgehoben wurden. Besonders zu Beginn der COVID-19-Pandemie führte die notwendige Konzentration auf Infektionsschutz und Kontaktbeschränkung dazu, dass bewährte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ausgesetzt oder im Umfang eingeschränkt wurden. Die genauen gesundheitlichen Auswirkungen dieser Veränderungen sind auf Bevölkerungsebene derzeit nicht klar zu quantifizieren. Es ist aber aus unserer Sicht festzustellen, dass die Schwächung der Gesundheitsförderung und Prävention besonders für sozial und gesundheitlich stark belastete Personengruppen nachteilig war, wie der Bericht vielfach dokumentiert. Die einzelnen Anbieter von Gesundheitsförderung und Prävention haben sehr unterschiedlich auf diese Herausforderungen reagiert. Manche Akteure setzten Angebote teils längerfristig aus, während an vielen Stellen eine große Flexibilität und Kreativität beim Versuch Gesundheitsförderung und Prävention auch unter den schwierigen Bedingungen der Pandemie weiter – oder wieder – durchzuführen, gezeigt wurde. Jedoch macht die Krise auch deutlich, dass die strukturellen Voraussetzungen für eine schnelle und wirksame Krisenreaktion in der organisierten Gesundheitsförderung und Prävention nicht optimal sind. Knappe Ressourcen, insbesondere beim Personal, sowie strukturelle Defizite setzten hier immer wieder Grenzen. Dies führte auch zu erheblichen Belastungen bei vielen Beschäftigten, die mit Gesundheitsförderung und Prävention in ihrem jeweiligen Setting betraut waren.

Nahezu durchgängig wurde bei allen betrachteten Bereichen die Bedeutung digitaler Angebote deutlich. Das Potenzial der Digitalisierung ist für die Gesundheitsförderung und Prävention auf diese Weise gut erkennbar geworden – allerdings auch deren Schwächen und Risiken. Insbesondere erreichten digitale Angebote in der COVID-19-Pandemie nicht alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen und gerade sozioökonomisch benachteiligte Menschen, ältere Menschen und Menschen mit chronischen gesundheitlichen Einschränkungen konnten die neuen Angebote nicht oder nur eingeschränkt in Anspruch nehmen.

Diese allgemeinen Einschätzungen werden in den folgenden Abschnitten konkretisiert. Trotz Fokussierung auf die beiden exemplarischen Bereiche hat sich aber mitnichten ein einheitliches Bild ergeben, das als Grundlage für eindeutige Aussagen zu Defiziten, Verbesserungspotenzialen und politischen Forderungen dienen könnte. Vielmehr wurden heterogene Reaktionen auf die COVID-19-Pandemie in Abhängigkeit von Akteuren, Angeboten und Nutzerinnen und Nutzern deutlich. Insofern handelt es sich bei den folgenden Beiträgen vor allem um Interpretationen, die kritisch diskutiert und – wo sinnvoll – durch weitere Forschung überprüft werden müssen. Die folgenden Abschnitte beginnen mit der Diskussion der Ergebnisse zu den beiden Schwerpunktbereichen und den Querschnittsthemen. Abschließend folgen ein Diskussionsbeitrag zur Rolle der nationalen Präventionsstrategie bzw. zu den strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland sowie methodische Anmerkungen und offene Forschungsfragen.

7.7.1 BEREICH 1: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN KOMMUNEN/QUARTIEREN

Gesundheitsförderung und Prävention in den lokalen Lebenswelten der Kommunen/Kreise und ihrer Quartiere ist ein Herzstück der Prävention in Deutschland. Die Kommunen waren auch in der COVID-19-Pandemie wichtige Träger für Maßnahmen sowohl zum Infektionsschutz als auch von vielen weiteren Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. Zugleich waren gerade kommunale Strukturen in besonderem Maße von Veränderungen betroffen. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft in den Kommunen und Quartieren war beispielsweise seit Beginn der COVID-19-Pandemie durch viele Schließungen und Neuausrichtungen von Angeboten geprägt. Die unterschiedlichen Akteure berichteten von einem starken Rückgang an Kursangeboten. Aber auch die durchgängig angebo-

tenen Leistungen wurden weniger nachgefragt. So ging z. B. im Breitensport die Kursteilnahme an Präventionskursen um die Hälfte zurück, die vhs berichtete ähnliche Rückgänge. Um Angebote zu sichern, wurden diese vermehrt digital durchgeführt. Zudem sind Themen wie die psychische Gesundheit, Resilienz, Sucht oder Einsamkeit, stärker in den Vordergrund getreten als vor der Pandemie. Darüber hinaus konnten wichtige Stärken kommunaler Gesundheitsförderung wie die soziale Vernetzung und das Empowerment von Einzelnen und Gruppen, während der COVID-19-Pandemie nur noch eingeschränkt ausgespielt werden (Scharinger, 2021), während zugleich individuelle gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Kompetenzen stärker in den Vordergrund rückten.

In den Kommunen und Quartieren wird es also eine wichtige Aufgabe für die Zukunft sein, das soziale Miteinander und die Gemeinschaftlichkeit als Grundlage für Gesundheitsförderung wieder zu stärken. Angesichts der neuen Themen und Aufgaben im Kontext der COVID-19-Pandemie erscheint eine strukturelle Stärkung dieses Bereichs, bei der auch die Resilienz in Krisenzeiten thematisiert wird, dringend geboten. Zukunftspotenzial im Setting Kommune (Gemeinde) ist insbesondere im Handlungsfeld Gesundheitsinformation und Stärkung der Gesundheitskompetenz zu sehen. Die zentralen Paradigmen der Gesundheitsförderung mit Fokus auf gesundheitsförderliche Verhältnisse und Netzwerke haben sich aus Sicht von Scharinger (2021) in der Pandemie bestätigt.

Strukturell entstand der Eindruck, dass Prävention in vielen Kommunen/Kreisen primär als Aufgabe der lokalen Gesundheitsämter gesehen wird und entsprechend verankert ist. Gerade der ÖGD war aber in der Pandemie mit der direkten Pandemiebekämpfung befasst und größtenteils ausgelastet. Somit fehlten die Ressourcen, um andere Präventionsbereiche aufrecht zu erhalten. Zudem hat der lokale ÖGD häufig auch eine koordinierende Funktion und führt sowohl andere Verwaltungsbereiche als auch Akteure außerhalb der Verwaltung zusammen. Der Ausfall des ÖGD während der COVID-19-Pandemie bedeutete daher für diese Netzwerke dann einen Wegfall der Steuerung und damit im ungünstigsten Fall das Aussetzen gemeinsamer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Umstände sind auch für die lebensweltbezogene Prävention im Rahmen des SGB V nachteilig, weil Kommunen, die hier als Partner auftreten möchten, einen erheblichen personellen und planerischen Aufwand leisten müssen. Dies ist in normalen Zeiten bereits für viele Kommunen eine He-

rausforderung, in der COVID-19-Pandemie war es aber eine besonders hohe Hürde. Eine krisenfeste Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene wird nach dieser Lesart nur möglich sein, wenn der ÖGD als Partner vor Ort massiv gestärkt und besser ausgestattet wird. Weiterhin ist kritisch zu diskutieren, ob die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen verbessert werden müssen. Soll der ÖGD eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen einnehmen, müssen Strukturen existieren, die es einerseits erlauben, die Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter zu koordinieren sowie gemeinsame Qualitätsstandards festzulegen und andererseits eine gleichberechtigte Teilnahme des ÖGD an der administrativ-politischen Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention auf der Landes- und Bundesebene zu sichern. Die Frage der strukturellen Einbindung des ÖGD richtet sich demnach auch an die NPK.

7.7.2 BEREICH 2: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Bei Kindern und Jugendlichen zeigten sich je nach Maßnahme unterschiedliche Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitsförderung und Prävention. Bei den U-Untersuchungen der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte war insgesamt kein Einbruch zu verzeichnen, wohingegen die durch den kommunalen ÖGD durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen für einen längeren Zeitraum während der Pandemie reduziert worden sind. Damit fiel ein wichtiges Gelegenheitsfenster der Prävention aus, denn die Schuleingangsuntersuchung ist in den meisten Bundesländern für alle Kinder verpflichtend (Deutscher Bundestag, 2009) und eröffnet damit auch Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Kindern - die gleichzeitig einen erhöhten gesundheitlichen Förderbedarf haben (Lampert & Kuntz, 2015). Allerdings gibt es Hinweise, dass in manchen Kommunen Kinder mit erhöhten gesundheitlichen (z. B. chronische Erkrankung) oder sozialen Risiken (belastetes Quartier) mit Priorität eingeladen und untersucht wurden. Die der Schuleingangsuntersuchung vorgelagerte Kindergartenuntersuchung, die zunehmend für Kinder in sozialräumlich belasteten Quartieren angeboten wird, wurde vermutlich ebenfalls seltener durchgeführt. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse ergibt sich die Notwendigkeit eines krisenfesten ÖGD, der auch unter erschwerten Bedingungen wichtige und - wie im Falle der Schuleingangsuntersuchung - gesetzlich vorgeschriebene präventive Aufgaben für Kinder durchführen kann.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe durch Jugendämter oder kommunale Träger ergibt sich ein gemischtes Bild. Einerseits gab es Einschränkungen in der Zugänglichkeit, andererseits gab es erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Recht früh gab es hinreichende Evidenz, dass die Prävalenz psychosozialer Beschwerden bei Kindern im Verlauf der COVID-19-Pandemie angestiegen war (Ravens-Sieberer et al., 2021; Viola & Nunes, 2022). Um den Mehrbedarf aufzufangen, wurden innovative Ansätze mit gemischten Komm-, Geh- und digitalen Strukturen entwickelt. Die Bedeutung des persönlichen Kontakts wurde jedoch immer wieder unterstrichen, insbesondere in den Frühen Hilfen für junge Familien. Der Kinderschutz schließlich hatte auch in der COVID-19-Pandemie eine hohe Priorität bei den kommunalen Trägern. Allerdings ist es auch als problematisch zu bewerten, wenn Priorisierung von Gefährdungsabklärungen zulasten der Begleitung von Familien unterhalb der Gefährdungsschwelle erfolgt und diese „durchs Raster fallen“.

Im Bereich der Kindertageseinrichtungen zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass vor allem pädagogische Kernaufgaben (die auch einen hohen Gesundheitsbezug haben) wie die sprachliche, sozio-emotionale und motorische Förderung auch in Pandemiezeiten weiter durchgeführt wurden. Die Erfüllung dieser Kernaufgaben konnte naturgemäß aber nur erfolgen, wenn die Einrichtungen auch geöffnet waren. Angesichts der längeren Schließungen von Einrichtungen in vielen Phasen der Pandemie verwundert es nicht, dass Trend-Daten zur Entwicklung von Kindern Defizite in dieser aufzeigen. So ist der Anteil von Kindern mit Befunden im Bereich von Sprachentwicklung (Bantel et al., 2021; Bredahl, 2022), Motorik (Pajek, 2022; Wessely et al., 2022) und Übergewicht (Bantel et al., 2021; Jenssen et al., 2021) im Verlauf der COVID-19-Pandemie deutlich angestiegen. Kindertageseinrichtungen benötigen daher ausreichende Ressourcen, um auch in Krisen ihren Betrieb aufrecht zu erhalten. Zudem sollten Schließungen nur die Ultima Ratio sein.

Bei den Themen schulische Gesundheitsförderung und Offene Kinder- und Jugendarbeit wurde ein weiterer Problembereich deutlich, und zwar, dass Kinder und Jugendliche über viele Monate einen Verlust der Teilhabe und Mitgestaltung erlebten. Erfahrungen von Partizipation und Selbstwirksamkeit sind auch in gesundheitlicher Hinsicht relevant, da sie Grundlage präventiven Verhaltens sind. Entsprechend forderte die Landeschüler*innenvertretung NRW 2021, dass ein verstärktes Mit-

spracherecht bezüglich einer Gestaltung von Schule für Kinder und Jugendliche unabdingbar sei (Börgermann, 2022).

7.7.3 QUERSCHNITTSTHEMA DIGITALISIERUNG

Digitalisierung war während der COVID-19-Pandemie das zentrale Instrument, um ausfallende Präsenzangebote der Gesundheitsförderung und Prävention in lokalen Settings zu ersetzen. Mit fortschreitender Dauer der COVID-19-Pandemie scheint es aber zunehmend nicht mehr nur um Substitution klassischer Präsenzformate gegangen zu sein, sondern es wurden verstärkt eigene für den digitalen Raum konzipierte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und implementiert. Beide Entwicklungen stimmen für die Zukunft positiv. Zum einen ist es wiederholt gelungen, Präventionsangebote digital anzubieten und somit den potenziellen Nutzerkreis zu erweitern. Zum anderen wurden aufseiten der Anbieter (in der Regel lokale Akteure der Prävention wie Gesundheitsämter, kommunale Verwaltungen oder Schulen) zunehmend digitale Kompetenzen aufgebaut und innovative digitale Angebote konzipiert. Allerdings war in der identifizierten Literatur nicht erkennbar, inwiefern es einen regionalen oder sogar bundesweiten Austausch über lokale digitale Entwicklungen gab. Funktionierende Lösungen laufen daher Gefahr in Zukunft ein Inseldasein zu fristen, statt als Modelle für andere Kommunen oder Akteure zu dienen.

In jedem Fall sollte der Digitalisierungsschub, den die COVID-19-Pandemie ausgelöst hat, genutzt und in den unterschiedlichen Lebenswelten (unter anderem in Schulen, Gesundheitsämtern etc.) gezielt weiterverfolgt werden, einschließlich einer Förderung von digitaler Kompetenz der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Eine solche Entwicklung braucht allerdings adäquate Rahmenbedingungen bei allen Beteiligten. Auf der Anbieterseite bedeutet dies, dass die Bereitstellung von Technik, technischem Wissen und Kompetenzen im Bereich der digitalen Didaktik zentrale Aufgaben sind. Aber auch die Nutzerinnen und Nutzer müssen befähigt werden. Schon aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitssektor – nochmal verstärkt in der COVID-19-Pandemie – wird es immer wichtiger werden, Kompetenzen zu fördern, die einen bewussten und selbstbestimmten Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen ermöglichen. Allerdings zeigen verschiedene aktuelle Studien (siehe oben), dass die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland insgesamt auf einem zu niedrigen Niveau liegt und zudem noch sozial- und altersbezogen ungleich verteilt ist. Mit fortschreiten-

der Digitalisierung der Gesundheitsförderung und Prävention muss also befürchtet werden, dass in Zukunft die Kluft in der Gesellschaft zwischen hoher und geringer digitaler Gesundheitskompetenz noch größer wird.

Während der COVID-19-Pandemie hat sich die digitale Gesundheitskompetenz einer ersten Studie zufolge verbessert. Ob sich diese positiven Veränderungen beibehalten lassen, werden weitere Untersuchungen zeigen müssen. Schmidt-Kaehler et al. (2021) regen eine stärkere Nutzerorientierung digitaler Angebote als Weg zur Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz an. Zudem sollte die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der organisationalen Ebene stattfinden. Bei der Auswahl und Nutzung digitaler Informationen und Dienste könnten Personen aus den Gesundheitsberufen helfen. Des Weiteren könnte die Einschätzung von Informationsquellen durch zusammengefasste und passgenaue digitale Gesundheitsinformationen unterstützt werden. Zudem wird eine allgemeine Aufklärung und Information von Bürgerinnen und Bürgern bei neuen oder veränderten Digitalisierungsgesetzen notwendig (Schmidt-Kaehler et al., 2021).

Während Digitalisierung und Virtualisierung somit bedeutsamer wurden (Hilgenböcker et al., 2021), traten gleichwohl auch Grenzen dieser Ansätze hervor. Dazu gehören unter anderem die bereits erwähnten sozioökonomischen, technischen und strukturellen Barrieren. Chancen bieten sich allerdings ebenfalls: Scharinger (2021) verweist auf das Konzept der Agilität, das einen Fokus auf Anpassungsfähigkeit in unsicheren, veränderlichen und komplexen Situationen legt und durch Digitalisierung unterstützt wird. Wie relevant eine hohe Anpassungsfähigkeit von Gesundheitsförderung in Kommunen und Settings ist, hat sich in der Pandemie bereits gezeigt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass digitale Formate während der COVID-19-Pandemie substanziell weiterentwickelt und zeitnah auch in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt wurden. Es ist davon auszugehen, dass digitale oder kombiniert analog-digitale Formate für die Gesundheitsförderung und Prävention der Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen werden. Hier sollte im Rahmen partizipativer Forschung und Entwicklung die optimale Zusammensetzung von digitalen und Präsenzangeboten systematisch evaluiert und pilotiert werden. Insbesondere in Bezug auf Adressatengruppen mit geringer digitaler Gesundheitskompetenz und erschwerten

Zugängen zu digitalen Angeboten müssen ferner Konzepte zur Steigerung der Gesundheitskompetenz entwickelt und umgesetzt sowie der Aspekt der gleichen Zugänge beim Design von digitalen Angeboten regelhaft berücksichtigt werden. Die digitale Gesundheitskompetenz hat in der Pandemie tendenziell zugenommen, wenn auch ausgehend von einem niedrigen Niveau. Diesen Trend fortzuführen, ist aus unserer Sicht eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention für die kommenden Jahre.

7.7.4 QUERSCHNITTSTHEMA GESUNDHEITLICHE CHANCEN(UN)GLEICHHEIT

Zunächst ist festzuhalten, dass die Gesundheit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen im Verlauf der Pandemie besonders beeinträchtigt wurde. Betroffen sind alle Altersklassen, wobei gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen besonders schwer wiegen. Hier wurde gezeigt, dass die psychische Gesundheit sozioökonomisch benachteiligter Kindern in der COVID-19-Pandemie besonders gelitten hat (Ravens-Sieberer et al., 2022), ebenso wie ihre sprachliche (Bantel et al., 2021) und motorische (Wessely et al., 2022) Entwicklung. Darüber hinaus verzeichnen sozial benachteiligte Kinder einen größeren Zuwachs an Übergewicht als ihre besser gestellten Altersgenossen (Bantel et al., 2021; Wessely et al., 2022; Weyers & Rigó, 2023).

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ist per se ein Ziel von Gesundheitsförderung (und teils auch von Prävention) und ist zumindest für die im SGB V geregelte Gesundheitsförderung und Prävention auch gesetzlich gefordert. Bereits vor der COVID-19-Pandemie wurde dieses Ziel (aus vielfältigen Gründen) aber nicht ansatzweise erreicht und mittlerweile scheint sich die Problematik eher verschärft als verringert zu haben (vgl. unter anderem die Beispiele zur Kindergesundheit im Abschnitt zuvor). Die Ergebnisse der Literaturrecherche legen zudem nahe, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen noch schlechter als schon vor der COVID-19-Pandemie von der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht wurden (siehe Ergebnisteil). An den beschriebenen Entwicklungen konnte auch die forcierte Digitalisierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten während der Pandemie zunächst wenig ändern. Wie oben ausgeführt, fehlten oftmals gerade in sozial benachteiligten Haushalten die digitalen Kompetenzen und die technische Ausstattung (Destatis, 2020b). Sprachliche Barrieren oder körperliche Beeinträchtigungen stellten weitere Hürden für die Inanspruchnahme digitaler Angebote dar.

Somit stellt sich die Frage, wie Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet werden könnten, um in Zukunft mehr gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Sollte diese Frage nicht beantwortet werden, steht zu befürchten, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen in der nächsten Krise wieder die höchste gesundheitliche Bürde tragen. Eine einfache Lösung für dieses Problem gibt es zweifellos nicht. Es ist zudem klar, dass dem strukturellen Problem der gesundheitlichen Ungleichheit – dem ja vielfältige Formen sozialer und ökonomischer Ungleichheit zugrunde liegen – nicht mit Einzelmaßnahmen und nicht durch Maßnahmen des Gesundheitswesens allein beizukommen ist.

Insofern möchten wir an dieser Stelle die Einschätzung vornehmen, dass eine Rückkehr zu prä-pandemischen Ansätzen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zum Erfolg führen wird. Vielmehr bedarf es aus unserer Sicht der Entwicklung einer großen politikfeldübergreifenden nationalen Public-Health-Strategie, um echte Fortschritte auf dem Weg zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu erzielen und der Komplexität der Problematik gerecht zu werden. Welche Rolle die nationale Präventionsstrategie hierbei spielen könnte, wäre zu diskutieren. Zugleich bleiben lokale Lösungen in kommunalen Lebenswelten (und anderen, hier nicht thematisierten Bereichen wie der beruflichen Prävention) sehr wichtig. Ein primäres und zeitnahes Ziel der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention könnten z. B. verstärkte Bemühungen sein, die während der COVID-19-Pandemie schlecht erreichten Adressatengruppen für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zurückzugewinnen. Hierfür wäre zu erwägen, die dafür benötigten lokalen Akteure temporär finanziell und organisatorisch zu unterstützen.

7.7.5 STRUKTURELLE FRAGEN MIT BEZUG ZUR NATIONALEN PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Die Recherche für dieses Gastkapitel hat nicht explizit nach veröffentlichten Berichten zur Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie im speziellen Kontext der nationalen Präventionsstrategie gesucht. Gleichwohl hätten solche Beiträge durch die unspezifisch angelegte Suche durchaus identifiziert werden können. Insofern ist der Umstand bemerkenswert, dass in den gefundenen Berichten zur Situation der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune bzw. der Gesundheitsförderung und Prävention für die junge Bevölkerung die nationale Präventionsstrategie

und ihre Gremien/Instrumente, bis auf Ausnahmen, nur eine untergeordnete Rolle spielten (vgl. Hinweise unter Abschnitt 7.7.6 Limitationen).

Dieser Befund kann zwei Gründe haben. Erstens könnte dies mit der Methodik in Verbindung stehen. So ist denkbar, dass entsprechende Aktivitäten von der Suchstrategie nicht erfasst worden sind, z. B. wenn Aktivitäten zwar publiziert, aber nicht als Aktivität im Kontext der nationalen Präventionsstrategie ausgewiesen waren. Zudem war in den für diesen Bericht geführten Gesprächen die nationale Präventionsstrategie kein explizit angesprochenes Thema und Praktikerinnen und Praktiker stellten ihrerseits keine direkten Bezüge dazu her. Weiterhin ist festzuhalten, dass dieser Bericht exemplarisch vorgegangen ist und nur die Bereiche kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und für Kinder und Jugendliche betrachtet hat, zu denen bestimmte Träger der nationalen Präventionskonferenz qua Aufgabenzuschnitt nicht beitragen. Zweitens könnte es aber auch so sein, dass es tatsächlich nur einen eingeschränkten Einfluss der im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie geschaffenen Angebots-, Steuerungs- und Finanzierungsstrukturen auf den Umgang der lokalen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention mit der Pandemie gegeben hat. Träfe dies zu, könnte dies aus unserer Sicht mit verschiedenen Aspekten zusammenhängen. Beispielsweise sind die Landesrahmenvereinbarungen, als ein wichtiges Steuerungselement, teils so vage gehalten, dass sie im konkreten Gesundheitsnotstand der Pandemie nur wenig Orientierung geben konnten. Zudem war die Umsetzung der Vereinbarungen in tragfähige Strukturen und Prozesse in den Bundesländern schon vor der Pandemie unterschiedlich weit entwickelt (Böhm et al., 2018). Wie genau einzelne Gremien gearbeitet haben, z. B. ob die Gesundheitskonferenzen gewohnte Routinen aufgeben und Krisenreaktion betrieben haben, ist leider schlecht dokumentiert und daher schwer zu bewerten. Ein weiterer Punkt ist, dass es dort, wo es im Kontext der Strategie Förderung für Gesundheitsförderung und Prävention gibt, diese oft rein projektbezogen ist – was sich aus der derzeit bestehenden Zuordnung von Zuständigkeiten und den gesetzlichen Grundlagen ergibt. Wie im vorangegangenen Abschnitt zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention schon angedeutet, wären in der Pandemie aber vor allem tragfähige und dabei flexible Strukturen hilfreich gewesen. Der notwendige Strukturaufbau scheint allerdings unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen des Präventionsgesetzes erschwert. So richten sich die NPK und ihre Gremien derzeit nicht direkt an die Praxis. Es geht

in der nationalen Präventionsstrategie vor allem darum, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure zu ermöglichen; Instrumente für einen direkten Praxistransfer fehlen weitgehend.

Diskussionswürdig ist auch die Frage der Finanzierung gerade von koordinierter und nicht kassenindividuell geförderter Gesundheitsförderung und Prävention. Mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (19.05.2020) sind der gesetzliche Richtwert und die Mindestausgabenwerte der Kranken- und Pflegekassen für 2020 für Prävention in Lebenswelten vorübergehend ausgesetzt worden. Dies reflektierte vermutlich auch die geringere Nachfrage nach Mitteln aufgrund vorübergehender Schließung von Einrichtungen und dem Krisenfokus vieler Akteure, wodurch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weniger Priorisierung erfuhren. Infolge ging der Geldbetrag für Prävention in Lebenswelten auf 1,40 Euro pro Versicherte/-n 2020 zurück (2,27 Euro im Jahr 2019 (MDS & GKV-Spitzenverband, 2021)). Diesem Schritt ist seinerzeit von den gesetzlichen Krankenkassen nicht widersprochen worden (GKV-Spitzenverband, 2020b). Aus heutiger Sicht sollte diese Aussetzung jedoch kritisch betrachtet werden. Es ist mittlerweile gut belegt, dass soziale und ökonomische Krisenereignisse die Gesundheit der Bevölkerung in vielfältiger Weise bedrohen (Backhaus et al., 2022). Das bedeutet, dass genau in solchen Situationen der Bedarf nach wirksamer Prävention hoch ist. Insofern sollten vorausschauend Strukturen geschaffen werden, die es erlauben, schnell auf Krisen zu reagieren und vorhandene Mittel in alternative und bestenfalls innovative Aktionen umzuleiten.

Mit Blick auf die nationale Präventionsstrategie haben sich zudem Hinweise ergeben, dass der Fokus auf die Sozialversicherungsträger zu kurz greift und zahlreiche andere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreichend eingebunden sind. Die vielen in diesem Kapitel genannten kommunalen Akteure, die eine wichtige Bedeutung für die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen haben, spielen konzeptionell weiterhin eine noch untergeordnete Rolle. Dies wurde bereits an verschiedenen Stellen kritisiert (Gerlinger, 2021; Hommel, 2019). Soll die Präventionsstrategie ihrem Auftrag der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit nachkommen und dem Leitbild einer Health in All Policies (Gerlinger, 2021) gerecht werden, sollten demnach weitere Akteure, wie der ÖGD oder die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe regelhaft

einbezogen werden, wie es verschiedentlich auch schon heute festgeschrieben ist, aber nicht umfassend umgesetzt wird.

Es sollten außerdem komplexe Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention, die verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombinieren, systematisch implementiert und auf ihre Wirksamkeit evaluiert werden (Deutscher Bundestag, 2021). Bei den Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V ist daher der seit 2016 verlagerte Fokus auf verhältnispräventive Maßnahmen weiter zu stärken. Es ist bekannt, dass verhaltenspräventive Maßnahmen weiterhin eher von privilegierten Gruppen in Anspruch genommen werden und so gesundheitliche Ungleichheiten eher zementieren als reduzieren. Des Weiteren sollte vor dem Hintergrund aktueller und zukünftiger Krisen (Klimawandel, Energiekrise, Kriege) die Gesundheitsförderung und Prävention der Zukunft so aufgestellt sein, dass der Aspekt des Krisenmanagements neu gedacht und als wichtige Rahmenbedingung von Gesundheitsförderung und Prävention gesehen wird. Auf diese Weise könnten die während der COVID-19-Pandemie erlebten Einschränkungen in Zukunft reduziert und die ebenfalls in Pandemiezeiten aufgedeckten kreativen Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention weiter ausgeschöpft werden. Zusammenfassend erscheint empfehlenswert, dass eine entsprechende krisenorientierte Präventionsstrategie in eine übergeordnete Public-Health-Strategie eingebunden wird, für die schon Eckpunkte vorliegen (Zukunftsforum Public Health, 2021).

7.7.6 METHODISCHE ANMERKUNGEN UND ZUKÜNFTIGER FORSCHUNGSBEDARF

Das vorliegende Kapitel wirft mit seiner gemischten Methodik eine Vielzahl von Schlaglichtern auf das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie. Diese Vorgehensweise hat einige Limitationen, die wir im Folgenden benennen möchten. Zunächst ist festzuhalten, dass die Konzentration auf nur zwei Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zwar notwendig war, aber naturgemäß wichtige andere Bereiche ausblendet. So wurden bestimmte Settings nicht berücksichtigt, darunter zentrale Bereiche wie z. B. Betriebe oder die äußerst problematische Gesundheitsförderung und Prävention in Altenpflegeeinrichtungen. Dementsprechend blieben Aktivitäten und Maßnahmen vieler Sozialversicherungsträger unbeachtet, sofern sie nicht in der Literatur oder von Interviewteilnehmenden direkt angesprochen wurden. Ferner ist die eher schmale empirische Basis dieses Berichts als Limitati-

on anzuführen. Die diesem Kapitel zugrunde liegende Methodik musste an den engen zeitlichen Rahmen der Ausarbeitung angepasst werden, so dass eine vollumfängliche systematische Literaturanalyse oder gar eigene Sekundärdatenanalysen nicht möglich waren. Daher beruht dieses Kapitel auf einer schnellen systematischen Literatursuche in wissenschaftlichen Datenbanken und der grauen Literatur. Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle relevanten Arbeiten - insbesondere bei Berichten und anderer grauer Literatur - gefunden wurden und zudem kontinuierlich weitere Arbeiten veröffentlicht werden. Die Zusammenfassung der Ergebnisse erlaubt daher nur einen unvollständigen Rückblick auf die ersten zwei Jahre der COVID-19-Pandemie. Zudem sind die Interviews zur Ergänzung von Erfahrungen aus der Praxis mit ad hoc ausgewählten Personen geführt worden, was die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Hier ist eine weitere Limitation, dass die Ergebnisse aus den Interviews aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit nicht vollständig transkribiert und systematisch kodiert, sondern narrativ zusammengefasst wurden.

Komplett ausgeblendet wurden in diesem Bericht auch die Geschehnisse jenseits der deutschen Landesgrenzen. Zwar unterscheiden sich die Gesundheitssysteme und die Organisation von Gesundheitsförderung und Prävention teils stark zwischen Ländern, dennoch ist es unzweifelhaft möglich, internationale Erfahrungen gewinnbringend auch in die Diskussion über die deutsche Gesundheitsförderung und Prävention einzubringen. Eine verstärkte internationale Kooperation in Forschung und Praxis, zumindest innerhalb der Europäischen Union, wäre daher in unseren Augen angeraten.

Künftige Forschung sollte die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf lebenswelt- und soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention systematisch untersuchen. Allerdings ist eine Globalevaluation mit Blick in die Vergangenheit wohl nicht unbedingt zielführend. Wir halten es für sinnvoller, die Erfahrungen, die in der COVID-19-Pandemie gemacht wurden, systematisch für zukunftsorientierte Fragen nutzbar zu machen. Hierfür bietet sich der Klimawandel, der jetzt schon eine elementare Krise für die Bevölkerungsgesundheit darstellt, als Thema an.

Nico Dragano - Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Hajo Zeeb - Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS GmbH, Abt. Prävention und Evaluation

Simone Weyers - Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Marieke Gerstmann - Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS GmbH, Abt. Prävention und Evaluation

Jannis Trümmel - Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Claudia Pischke - Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren des Kapitels danken Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, die wichtige Anregungen zu Inhalten und Ausrichtung des vorliegenden Kapitels gegeben haben. Allen Interviewteilnehmenden danken wir ebenfalls herzlich.

8 Fazit und Ausblick

Der NPK-Präventionsbericht schafft Transparenz bezüglich Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland. Nachdem die Nationale Präventionskonferenz (NPK) 2019 mit dem ersten NPK-Präventionsbericht eine umfassende Bestandsaufnahme vorgelegt hat, zeigt sie nun mit den Ausführungen in den Kapiteln 2-7 Entwicklungen und Verstärkungen auf. Der Berichtszeitraum besteht etwa zur Hälfte aus den beiden Jahren vor (2018/2019) und den beiden Jahren während der COVID-19-Pandemie (2020/2021). Um die Folgen der Pandemie zu analysieren und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, hat die NPK die Expertise „Lebenswelt- und soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie“ beauftragt.

Die NPK setzt den Rahmen für erfolgreiche Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten (Bundesrahmenempfehlungen), ist Impulsgeber für relevante Themen und unterstützt die Implementierung in den Ländern über die Landesrahmenvereinbarungen. Sie fördert seit ihrem Bestehen eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Leistungsbereiche und setzt sich für eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention ein. Mit dem NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit greift die NPK zwei Themen von hoher Public-Health-Relevanz auf (Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sowie psychische Gesundheit im familiären Kontext). Ziel des Vorhabens ist es, alle relevanten Akteure einzubinden und zu aktivieren, ihr Engagement zu verstärken und auf gemeinsame Ziele hin auszurichten. 2022 hat sich die NPK intensiv dem Thema „Gesundheit und Klima“ gewidmet. Das Thema ist auf die Agenda für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie gesetzt worden.

8.1 STAND DER UMSETZUNG DER NATIONALEN PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Die Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung standen in den beiden Jahren 2020/2021 erheblich unter dem Einfluss der Folgen der COVID-19-Pandemie. Durch die Pandemie veränderte Priorisierungen und Rahmenbedingungen in den nichtbetrieblichen Lebenswelten und der Arbeitswelt führten zu einer veränderten Inanspruchnahme von Leistungen. Gleichzeitig konnten Leistungen teilweise nur eingeschränkt umgesetzt werden (beispielsweise aufgrund von Kita- und Schulschließungen, Kontaktverboten und Kurzarbeit). Der Bericht verdeutlicht, dass notwendige Maßnahmen getroffen wurden, um auch unter veränderten Rahmenbedingungen die Leistungen zur Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung aufrechtzuerhalten. Es wurden neue Ansätze pilotiert, umgesetzt und innovative Kommunikations- und Umsetzungskonzepte realisiert. Gerade in Krisenzeiten sind Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung und können die individuelle, organisationale und gesellschaftliche Resilienz fördern und stützen. Auf Einflüsse der COVID-19-Pandemie und Lehren aus dieser Krise wird detailliert in Abschnitt 8.3 eingegangen.

8.1.1 BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

Die erstmals im Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen (BRE) wurden im August 2018 weiterentwickelt. Sie setzen mit den darin vereinbarten gemeinsamen Zielen von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), gesetzlicher Unfallversicherung (GUV), gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) und sozialer Pflegeversicherung (SPV) den Rahmen für die Umsetzung der Aktivitäten. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) hat sich auf freiwilliger Basis verpflichtet, an der Umsetzung der BRE mitzuwirken. Die in den BRE bereits integrierten Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Bewegungsförderung und Gemeinschaftsverpflegung) unterstützen die Einbindung aller zuständigen Akteure. Im Berichtszeitraum wurden mit verschiedenen Aktivitäten für ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken¹⁵⁹ Vorarbeiten für eine Weiterentwicklung der BRE geleistet, die nach Veröffentlichung des zweiten NPK-Präventionsberichts geplant ist.

159 Hierzu ist das NPK-Papier „Gesundheit und Klima“ zu zählen, das Anwendungsbeispiel Qualitätsorientierte Suchtprävention sowie das NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit einschließlich der Vorhabensbeschreibungen und des Handlungsrahmens zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext.

Das in Kapitel 2 berichtete Engagement der Sozialversicherungsträger, des PKV-Verbands, des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der Zivilgesellschaft und weiterer Akteure zeigt, dass sich die BRE bewähren und dass die NPK-Mitglieder ihre Aktivitäten im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags auf die Ziele der BRE hin ausrichten. Viele der Aktivitäten konnten in den Jahren 2018 und 2019 ausgeweitet und/oder noch stärker im Sinne der BRE ausgerichtet werden, bevor dann die COVID-19-Pandemie zu starken Einschränkungen führte und die Rahmenbedingungen für Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung deutlich verschlechterte. Insgesamt tragen die BRE zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bei und unterstützen bei der Umsetzung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Rente“. Es wurden Kooperationen ausgebaut, die im besten Falle Synergieeffekte für die Gesundheitsförderung und Prävention nach sich ziehen.

Zur Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen haben die NPK-Träger vereinbart, präventive sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Leistungen, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungsauftrag haben, im Sinne der Inklusion barrierefrei zu gestalten. Sie verpflichten sich, bei gemeinsamen Vorhaben der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an und fortlaufend zu berücksichtigen.

8.1.2 NPK-VORHABEN ZUR ERPROBUNG EINER GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENARBEIT

Der Schutz vor Krankheiten und Unfällen sowie die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in Lebenswelten sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Verantwortlichen. Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention gilt es nachhaltig und gesamtgesellschaftlich zu gestalten und in allen Politikfeldern handlungsleitend zu verankern. Für Gesundheitsförderung und Prävention relevante Akteure bzw. jene, die einen Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit bzw. für die gesundheitlich bedeutsamen Bedingungen in den entsprechenden Lebenswelten haben, müssen eingebunden und aktiv werden. Um ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken bei diesen Aufgaben zu fördern, hat sich die NPK das Ziel gesetzt, im Zeitraum von 2021 bis 2026 modellhaft anhand der beiden Themen Pflege und Psychische Gesundheit zu erproben, wie im Rahmen der nationalen Präventions-

strategie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann und welche Ergebnisse erreichbar sind (NPK-Vorhaben). Durch eine Evaluation sollen hemmende und förderliche Faktoren sowie Ansatzpunkte zur Stärkung gesamtgesellschaftlicher und politikfeldübergreifender Zusammenarbeit im Bereich von Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung identifiziert werden.

Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK laden die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure ein, sich am Vorhaben zu beteiligen und zur Erreichung der Ziele beizutragen. Die NPK sendet mit dem NPK-Vorhaben einen Impuls aus, der zur Förderung von Health in All Policies auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene beitragen soll.

8.1.3 LANDESRAHMENVEREINBARUNGEN

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie haben die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (LRV) geschlossen. Diese konkretisieren die Bundesrahmenempfehlungen unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse. Der NPK-Präventionsbericht hat auf Basis umfangreicher empirischer Untersuchungen gezeigt, dass sich im Rahmen der LRV nach mittlerweile etwa sechs- bis siebenjährigem Bestehen vielfältige Kooperationsstrukturen entwickelt haben. Die Beteiligten arbeiten unter dem Dach der LRV produktiv und vertrauensvoll zusammen. Sie tragen zur Vernetzung der relevanten Akteure in den Bundesländern bei und entwickeln – je nach Bundesland – strategische Linien und/ oder fördern Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags. Entsprechend wirken sie insbesondere auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit hin und berücksichtigen dies in den Landesrahmenvereinbarungen.

Dass sich unter dem Dach der LRV stabile Kooperationen etabliert haben, wurde durch die COVID-19-Pandemie deutlich. Mit nur geringen Einschränkungen konnte die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV auch während der Pandemie fortgesetzt werden.

8.1.4 PRÄVENTIONSFORUM

Das Präventionsforum ist eine jährlich stattfindende Veranstaltung, zu der die NPK bundesweit agierende Organisationen und Verbände einlädt, die sich maßgeblich in der Gesundheitsförderung und Prävention enga-

gieren. Die Veranstaltung dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK, ihren Mitgliedsorganisationen und der Fachöffentlichkeit. Zudem berät das Präventionsforum die NPK. Die Ergebnisse des Präventionsforums werden dokumentiert, in der NPK beraten und in die Weiterentwicklung der BRE einbezogen. Die Präventionsforen haben sich aktuellen Themen und Zukunftsfragen gewidmet, die sowohl für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention als auch der BRE und LRV relevant sind.¹⁶⁰ Im Berichtszeitraum wurden mehr und verstärkt Akteure an den Aktivitäten der NPK beteiligt. Die Empfehlungen des Präventionsforums konnten durch eine gezielte Beratung seitens der Forumsteilnehmer verbessert werden. Im Jahr 2022 wurde das NPK-Papier „Gesundheit und Klima“ in einem breiten partizipativen Prozess entwickelt, im Präventionsforum diskutiert und auf Basis der Beratungsergebnisse weiterentwickelt.

8.2 STAND DER UMSETZUNG VON STRATEGIEN ZUR VERMINDERUNG DER UNGLEICHHEIT VON GESUNDHEITSCHANCEN¹⁶¹

Sozial bedingte Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zeigen, dass es eine erhebliche Ungleichheit von Gesundheitschancen gibt. Menschen mit niedrigem sozialem Status, der in der Regel anhand des Einkommens, des Berufsstatus und der Bildung gemessen wird, haben im Vergleich zu Menschen mit hohem sozialem Status ein erhöhtes Risiko für chronische Beschwerden und Erkrankungen sowie ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko. Es ist davon auszugehen, dass in den letzten 25 Jahren die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen fortbestand und dass die Unterschiede bezüglich Lebenserwartung und allgemeinem Gesundheitszustand sogar zugenommen haben (Lampert et al., 2019; Destatis et al., 2021).

Die Verminderung ungleicher Gesundheitschancen ist der NPK ein wichtiges Anliegen, das in den BRE fest verankert ist. Darüber hinaus ist die gesundheitliche Chancengleichheit auch Teil der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV in der Periode 2019 bis 2024. Sie ist damit ein verbindliches Ziel für Aktivitäten der Krankenkassen und des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Entsprechend konzentriert sich ein Teil des Engagements im Sinne der BRE auf solche Lebenswelten, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden können, ohne diese zu stigmatisieren. Ein Beispiel hierfür ist die Kooperation gesetzlicher Krankenkassen mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit an etwa 230 Standorten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation arbeitsloser Menschen durch Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt.¹⁶²

Insbesondere durch die Arbeit unter dem Dach der LRV wird das Ziel der Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit verfolgt. Die Ergebnisse einer Befragung der LRV-Beteiligten und Fallstudien zeigen, dass das Engagement zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit fest in den Gremien und den Aktivitäten der LRV verankert ist.

¹⁶⁰ <https://www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum>

¹⁶¹ Gesundheitsförderung und Prävention als Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung sollen zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Für die anderen NPK-Träger besteht hingegen keine vergleichbare gesetzliche Verpflichtung.

¹⁶² <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung/>

Die Expertise zu den Folgen der COVID-19-Pandemie (vgl. Kapitel 7) für die Gesundheitsförderung und Prävention hat gezeigt, dass sozial und gesundheitlich stark belastete Personengruppen besonders deutliche Nachteile durch die Folgen der COVID-19-Pandemie erfahren. Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen im Verlauf der COVID-19-Pandemie besonders stark beeinträchtigt wurde. Auswirkungen zeigen sich unter anderem im Bereich der psychischen Gesundheit, in der Adipositasprävalenz, beim Thema Bewegung sowie bei der sprachlichen und motorischen Entwicklung benachteiligter Kinder. Die COVID-19-Pandemie hat ein Schlaglicht auf eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention geworfen, die auch vor der Krise bestand: Vulnerable Gruppen sind besonders von gesundheitlichen Nachteilen betroffen, aber gleichzeitig oft schwer für die Gesundheitsförderung und Prävention erreichbar. Daher gilt es, die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Sinne einer netzwerkorientierten, partizipativen und niedrigschwelligen Gestaltung weiter auszubauen, um sozial benachteiligte Gruppen noch häufiger und verlässlicher zu erreichen, ohne sie zu stigmatisieren.

Außerdem wurde im Zuge der Pandemie noch deutlicher, wie wichtig die bevölkerungsweite Gewährleistung verlässlicher sozialer Rahmenbedingungen ist. Der „Health in All Policies“-Ansatz muss gestärkt werden, weil hierdurch alle Determinanten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, in den Blick genommen und beeinflusst werden können. Somit können jenseits von Einzelmaßnahmen größere und langwirkende Effekte erzielt werden, die zu einer Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen. Dies schließt unter anderem den Zugang zur Bildung und die Qualität des Bildungswesens sowie der sozialen und gesundheitlichen Versorgung ein. Die NPK setzt sich auch für die Umsetzung und Stärkung des „Health in All Policies“-Ansatzes ein und richtet Aktivitäten – wie viele der im NPK-Bericht beschriebenen Projekte und Maßnahmen – auch daran aus. Ob diese erfolgreich sein werden, hängt maßgeblich davon ab, ob die beratenden NPK-Mitglieder – insbesondere die Länder und Kommunen – sich auch mit verbindlichen Beiträgen daran beteiligen. Strategien zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen sollten bekannt gemacht und gezielt genutzt werden.¹⁶³

8.3 COVID-19-PANDEMIE UND LEHREN AUS DER KRISE

Die COVID-19-Pandemie ließ eine Reihe von Problemen, die schon vor der Pandemie bestanden, nun besonders deutlich hervortreten. Die Folgen der Pandemie werden in Kapitel 7 dargestellt.

Viele Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention konnten aufgrund von Kontaktbeschränkungen nicht durchgeführt werden oder mussten gegenüber dringenden Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung zurückgestellt werden. Die Umstellung auf digitale oder hybride Formate hat diesen Rückgang zwar abmildern, aber nicht vollständig kompensieren können.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), dessen stärkeres Engagement in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentliches Ziel aller Beteiligten darstellt, fiel als Akteur über lange Zeiträume fast ganz aus, weil dort alle Ressourcen für die Bekämpfung der Pandemie benötigt wurden. Insbesondere den LRV-Beteiligten konnte es unter diesen Bedingungen kaum gelingen, Kooperationen mit dem ÖGD zu etablieren oder fortzusetzen. Gesundheitsförderung und Prävention stießen also auf zahlreiche pandemiebedingte Durchführungshemmnisse, sodass die Nachfrage und Inanspruchnahme der Zielgruppen stark zurückgingen, während gleichzeitig der Bedarf nach Gesundheitsförderung und Prävention stieg. Insbesondere die Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen verschlechterten sich durch die COVID-19-Pandemie (vgl. Abschnitt 8.2).

Eine Lehre aus der COVID-19-Pandemie ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesetzlich als Pflichtaufgaben der Kommunen und des ÖGD in den Ländern verankert werden müssen. Nur eine dauerhafte Verankerung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen und eine damit verbundene ausreichende Finanzierung durch Steuermittel ermöglichen tragfähige Strukturen, die auch Krisen standhalten und bedarfsbezogene Unterstützung möglich machen.

Während die nichtbetriebliche Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie durch Schul- und Kindertageseinrichtungsschließungen und Kontaktbeschränkungen stark eingeschränkt waren, konnte das System des Arbeitsschutzes, das Aufsuchen der Betriebe sowie das Engagement der Unternehmen, Betriebe und betrieblichen Akteure während

¹⁶³ Das GKV-Bündnis für Gesundheit stellt hierzu einen Leitfaden zur Verfügung: Sörensen et al. (2018).

der COVID-19-Pandemie weitgehend aufrechterhalten bleiben. Unfallversicherungsträger sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV; in einer koordinierenden Rolle) konnten rasch und branchenspezifisch mit entsprechenden Unterstützungsleistungen reagieren und die Anforderungen des Arbeitsschutzes an die COVID-19-Pandemie anpassen. Einer von mehreren Ansätzen, der sich während der Pandemie für alle Sozialversicherungsträger als hilfreich erwiesen hat, um weiterhin Präventionsleistungen umsetzen zu können, war das Angebot digitaler oder hybrider Formate. Diese gilt es – wo sinnvoll – nachhaltig zu verankern, weiterhin voranzutreiben und auch in Zukunft für eine gelingende Zusammenarbeit zu nutzen.

8.4 WEITERENTWICKLUNG DER NATIONALEN PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Die NPK-Träger entwickeln die nationale Präventionsstrategie, gewährleisten ihre Umsetzung und schreiben sie im Rahmen der NPK fort (§ 20d SGB V). Der NPK-Präventionsbericht dient als Grundlage für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie.

Der zweite NPK-Präventionsbericht hat gezeigt, dass die stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufträge und ihrer Möglichkeiten als Akteure auf Bundesebene ihre sich aus dem Präventionsgesetz ergebenden Aufträge erfüllen und ihr Engagement fortlaufend weiterentwickeln. Sie engagieren sich im Sinne der BRE und erproben mit dem NPK-Vorhaben gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu zwei relevanten Public-Health-Themen. Unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarung haben sich in den Bundesländern lebendige und leistungsfähige Kooperationsstrukturen entwickelt.

Zugleich haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Berichtszeitraum die Initiative ergriffen und Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext des Klimawandels auf die Agenda gesetzt. In einem partizipativen Prozess mit den beratenden Mitgliedern sowie weiteren maßgeblichen Akteuren wurde ein Papier „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“ erarbeitet. Damit möchte die NPK einen Beitrag dazu leisten, den mit dem Klimawandel einhergehenden gesundheitlichen Risiken frühzeitig durch lebensweltbezogene wirksame und zweckmäßige Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung unter Nutzung der besten verfügbaren Evidenz zu begegnen. Dies erfordert eine Koordination der Anstrengungen durch alle Zuständigen, die konsequente Beachtung der vorhandenen Schutznormen, gesundheitsfördernde Strukturen im Sinne der Verhältnisprävention sowie eine Sensibilisierung und Befähigung (Empowerment) der Verantwortlichen sowie der Menschen in den Lebenswelten. In dem Papier werden Handlungsmöglichkeiten, Handlungsnotwendigkeiten und insbesondere Unterstützungsbeiträge der verschiedenen Akteure aufgabenbezogen zusammengetragen und transparent gemacht. Das Papier wurde im Präventionsforum 2022 beraten und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Forum finalisiert. Es ist für alle Lebenswelten einschließlich der Arbeitswelt relevant und soll in die Bundesrahmenempfehlungen integriert werden (NPK, 2022).

Im Rahmen der Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen werden die sich aus diesem Bericht ergebenden Weiterentwicklungs- und Handlungsbedarfe ausführlich beraten und diskutiert.

8.4.1 WEITERENTWICKLUNG GEMEINSAMER ZIELE

Die gemeinsamen übergeordneten Ziele auf Bundesebene, die die NPK in den BRE formuliert, sind Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie, Gesund im Alter. Diese Zielformulierungen stellen durch ihren Allgemeinheitsgrad sicher, dass alle Lebenswelten berücksichtigt und Menschen in jeder Lebensphase adressiert werden können. Ziele für speziellere Zielgruppen und Lebenswelten können in diese Zielesystematik integriert werden. Die NPK beobachtet kontinuierlich, ob sich ein Bedarf zur Definition weiterer Zielgruppen ergibt.

Seit der 2018 erfolgten Überarbeitung der BRE enthalten diese ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel sowie speziellere Ziele für die Zielgruppen Erwerbstätige und arbeitslose Menschen. Die NPK-Träger laden die beratenden Mitglieder ausdrücklich ein, sich in die zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten einzubringen, da insbesondere das Engagement der Verantwortlichen für die Betriebe und der Träger von Lebenswelten sowie der politisch Verantwortlichen für das Erreichen der Ziele unverzichtbar ist.

Die NPK wird Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext klimatischer Veränderungen in die Ziele aufnehmen und sieht außerdem geringfügigen Anpassungsbedarf hinsichtlich der Verortung der Lebenswelt Hochschule und der Zielgruppe der Studierenden in der Zielesystematik der BRE. Zudem wird die NPK prüfen, ob das übergeordnete Struktur- und Prozessziel für die lebensweltbezogene Prävention sowie die Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung noch stärker herauszustellen ist. Gemäß diesem Ziel wird angestrebt, dass die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen für Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung etablieren (vgl. Abschnitt 2.4).

8.4.2 WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND KOORDINATION

Bereits vor der Einführung der NPK durch das Präventionsgesetz haben sich die NPK-Träger für die Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger

und ein koordiniertes Vorgehen an den Schnittstellen ihrer Leistungsbereiche eingesetzt. Dieses Engagement ist wesentlicher Motor der Aktivitäten unter dem Dach der Bundesrahmenempfehlungen. Für den Zeitraum von 2019 bis 2024 wird das Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE unter anderem mit einem Prozessziel konkretisiert, das dahingehend zusammengefasst werden kann, dass die Träger der NPK abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen bei der Leistungserbringung fokussieren.

Kapitel 2 zum Stand der Umsetzung der BRE zeigt unter anderem die Kooperation und die Koordination von Leistungen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auf (vgl. Abschnitt 2.1.1.2 zu den BGF-Koordinierungsstellen). Hier ist zum Beispiel dargestellt, dass die Lebensweltverantwortlichen und die Krankenkassen bei etwas mehr als der Hälfte der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mit weiteren Kooperationspartnern zusammenarbeiten. Auch in der BGF gibt es viele Kooperationen: An knapp 40 % der in den Jahren 2017 bis 2020 durchgeführten Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung waren sowohl Krankenkassen, Betriebe als auch weitere Kooperationspartner beteiligt. Allerdings gingen die in Kooperation durchgeführten BGF-Aktivitäten danach pandemiebedingt auf 25 % zurück. Sowohl in nichtbetrieblichen als auch in betrieblichen Lebenswelten ist anzustreben, die Kooperationen und damit auch die Koordination von Leistungen auszubauen.

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Beschäftigten der Einrichtung zu adressieren. Hierfür werden bereits Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V mit Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI verknüpft. Diese Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger sollte weiter ausgebaut werden. Durch Informations- und Aufklärungsstrategien sollten mehr Pflegeeinrichtungen für die Umsetzung von präventiven Maßnahmen gewonnen werden. Durch das NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder einen zusätzlichen Impuls für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Der jährlich erscheinende GKV-Präventionsbericht veröffentlicht seit 2021 die Entwicklung der koordiniert erbrachten Leis-

tungen von Kranken- und Pflegekassen.¹⁶⁴ Auch andere Akteure wie die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) beteiligen sich an Aktivitäten und tragen zur deren Erfolg bei.

An der Schnittstelle zwischen den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung in der Lebenswelt Betrieb haben die NPK-Träger vielfältige Aktivitäten zur Förderung von Vernetzung und Kooperation durchgeführt. Dabei wurden auch andere Akteure der Prävention mit einbezogen, z. B. wenn es darum geht, Präventions- und Rehabilitationsbedarfe in der betrieblichen Lebenswelt frühzeitig zu erkennen.

Ob es um die Unterstützung der Betriebe bei der Gefährdungsbeurteilung geht, um das Angebot der BGF-Koordinierungsstellen, das insbesondere die Sensibilisierung und Erstberatung von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zur Förderung von Gesundheit und einem Gesundheitsbewusstsein in der Arbeitswelt zum Ziel hat, oder um Leistungen der medizinischen Prävention für Beschäftigte: Bei der Verbreitung und Ausgestaltung dieser Themen arbeiten die Sozialversicherungsträger in fast allen Bundesländern – unter anderem auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen – zusammen.

Ein weiteres Beispiel für die Kooperation von Sozialversicherungsträgern ist die Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ von DGUV und Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) aus dem Jahr 2016. Aufgrund dieser Erklärung sind vielfältige Kooperationen wie gemeinsame Modellprojekte, die Zusammenarbeit bei der Beratung von Unternehmen, die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit entstanden. Eine von der DGUV veröffentlichte „Landkarte der Unterstützenden“ hilft den Aufsichtspersonen und weiteren Präventionsfachkräften dabei, ihrer Lotsenfunktion gerecht zu werden und bei betrieblichen Bedarfen auf Unterstützungsleistungen anderer Sozialleistungsträger hinzuweisen. Darüber hinaus stellt die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) eine wesentliche Plattform der sozialversicherungsträgerübergreifenden Zusammenarbeit der Unfall- und Krankenversicherung sowie themenspezifisch mit der DRV zur Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt dar (vgl. Kapitel 2.1).

Diese – hier beispielhaft aufgeführten und in Kapitel 2 ausführlicher dargestellten – Koordinierungen und Kooperationen der Sozialversicherungsträger sollten weiter ausgebaut werden.

Potenzial für den Ausbau weiterer Kooperationen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie liegt in der stärkeren Integration und Verpflichtung der beratenden Mitglieder zu sachlichem, personellem und finanziellem Einsatz. Hiermit würden der „Health in All Policies“-Ansatz gestärkt und Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich ein höherer Stellenwert beigemessen. Abstimmungen sollten hierbei auf allen Ebenen möglichst konkret und mit dem Ziel einer nachhaltigen Ausrichtung von Projekten und Aktivitäten erfolgen, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Ressourcen effizient einzusetzen.

Kooperationen sollten zudem gestärkt werden, indem z. B. die in den Fallbeispielen der LRV offengelegten Hemmnisse abgebaut werden. Hierzu gehört die fehlende gesetzliche Verpflichtung weiterer Akteure, insbesondere der öffentlichen Hand und allen voran der Kommunen, zur Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen. Die fehlende Verpflichtung gilt als wesentlicher hemmender Faktor für die Zusammenarbeit mit den Kommunen unter dem Dach der LRV. In der Kommune kann der „Health in All Policies“-Ansatz besonders gut gelebt werden. Durch mehr Kooperationen und eine Steigerung des gemeinsamen Engagements in Netzwerken, z. B. regionalen Netzwerken zur Förderung von Betriebsnachbarschaften, Präventionsketten oder gemeinsamer Beteiligung an Modellprojekten, sind Gesundheitsförderung und Prävention zu intensivieren bzw. auszuweiten.

Zur Stärkung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung sollten die NPK-Träger noch stärker auf anschlussfähige Konzepte im Sinne einer Verknüpfung der Themen Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, betrieblicher Gesundheitsförderung und medizinischer Leistungen der Prävention hinwirken. Ein Impuls zur Weiterentwicklung von Kooperationen ist vom NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit zu erwarten. Hier wollen die NPK sowie die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder die im jeweiligen Themenfeld relevanten Akteure zu Aktivitäten und Kooperationen anregen. Durch die Evaluation des Vorhabens sollen Erkenntnisse zu förderlichen und hem-

164 Beispielsweise der GKV-Präventionsbericht 2022 mit Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

menden Faktoren der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit gewonnen werden, die in der Folge zur Verbesserung von Kooperationen genutzt werden können.

Die NPK-Träger streben an, eine Weiterentwicklung der BRE noch stärker mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) abzustimmen. Außerdem sprechen sie sich dafür aus, die LRV noch stärker mit den BGF-Koordinierungsstellen zu verzahnen. Zudem wird das Präventionsforum 2023 einen arbeitsweltbezogenen Schwerpunkt haben.

8.4.2.1 Stärkung der Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie des „Health in All Policies“-Ansatzes

Das Engagement der NPK unterliegt erheblichen Limitationen, solange der ÖGD nicht personell besser ausgestattet und stärker in die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden wird. Dies gilt insbesondere für die kommunale Lebenswelt, wo das Engagement der NPK-Mitglieder darauf angewiesen ist, dass ein Kooperationspartner vor Ort als Verantwortliche zur Verfügung steht, die lokalen Bedarfe ermittelt und sich mit den eigenen Kompetenzen einbringt. Diese Rolle kommt dem ÖGD zu.¹⁶⁵ Die finanzielle und personelle Ausstattung des ÖGD sollte an den steigenden Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention angepasst werden. Dies wäre auch eine wichtige Voraussetzung für eine stärkere Zusammenarbeit der Beteiligten der LRV mit dem ÖGD. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention darf zudem nicht von Prioritäten in anderen Aufgabenfeldern abhängig sein. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, welche Ressourcen gerade strukturschwache und sozioökonomisch benachteiligte Regionen und Kommunen benötigen. Diese Ressourcen sind über den Pakt für den ÖGD oder auf anderem Wege aus Steuermitteln zur Verfügung zu stellen.

Keinem Akteur ist es bisher zufriedenstellend gelungen, die Funktion eines Motors für den „Health in All Policies“-Ansatz zu erfüllen (vgl. Abschnitt 4.1.3). Auch die NPK kann eine solche Aufgabe auf Basis des Präventionsgesetzes nur eingeschränkt wahrnehmen, solange im Gesetz nur die Sozialversicherungsträger verbindlich verpflichtet werden. Sozial bedingt schlechtere Gesundheitschancen können nicht allein durch die Sozialversicherungsträger und im Gesundheitsbereich

gelöst werden. Eine gesamtgesellschaftlich gestützte Präventionsstrategie, die alle Einflussfaktoren auf die Gesundheit in den Blick nimmt, erfordert insbesondere eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen. Auf kommunaler Ebene sowie auf Länder- und Bundesebene sollte der ÖGD der „Motor“ für die Förderung des „Health in All Policies“-Ansatzes sein. Dafür ist es erforderlich, dass der ÖGD auf kommunaler Ebene in die Entscheidungsstrukturen eingebunden wird, um seine Public Health-Expertise einbringen und ressortübergreifendes Handeln sicherstellen zu können, und dass Maßnahmen mit den dafür notwendigen Ressourcen hinterlegt werden.

Darüber hinaus ist ein Ausbau des „Health in All Policies“-Ansatzes auf Bundesebene zu organisieren. Für den weiteren Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention sind auch hier bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Aktuelle Reformvorhaben, wie die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, die Einrichtung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit, die Entwicklung eines Nationalen Präventionsplans, einer Ernährungs- und Klimaanpassungsstrategie sowie der „Pakt für den ÖGD“ bieten Synergiepotenziale und Möglichkeiten für einen entscheidenden Ausbau des „Health in All Policies“-Ansatzes.

8.4.2.2 Weiterentwicklung der Zusammenarbeit unter dem Dach der NPK und der LRV

Der Bericht hat gezeigt, dass in den Bundesländern die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV weit entwickelt ist. Weiteres Potenzial bieten eine länderübergreifende Vernetzung sowie eine Vernetzung zwischen den LRV-Vertretungen und der NPK. Innerhalb der Bundesländer ist es wünschenswert, dass weitere relevante Akteure Ressourcen einbringen und es damit ermöglichen, zusätzliche Partnerschaften zu begründen und auszubauen, um Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune noch stärker umzusetzen und als integralen Bestandteil zu verankern. Die NPK würde es begrüßen, wenn die Einladung an den ÖGD zur Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV stärker angenommen würde. Die Kommunen sind ebenfalls eingeladen, ihr Engagement unter dem Dach der LRV zu intensivieren, beispielsweise durch den Ausbau von Partnerschaften.

¹⁶⁵ Zuletzt hatte das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023) auf das Potenzial des ÖGD als Träger der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene hingewiesen.

Auch in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Arbeitsweltbezug besteht weiteres Potenzial, Kooperationen und Netzwerke unter dem Dach der LRV auszubauen. Zur weiteren Stärkung der bereits etablierten arbeitsweltbezogenen Aktivitäten sollten die LRV und die BGF-Koordinierungsstellen noch stärker als bisher als Verzahnungs- und Kooperationsplattformen auch für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden. Die Arbeitsschutzakteure in den Ländern sollten stärker in die LRV-Strukturen eingebunden werden.

Vernetzung schafft Mehrwert. Dazu bietet die NPK als Plattform für ihre stimmberechtigten und beratenden Mitglieder eine geeignete Basis, die auf Landesebene in den Strukturen der LRV ihre Entsprechung findet. Die NPK legt mit dem übergreifenden Ziel zur verstärkten Etablierung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen, insbesondere auf kommunaler Ebene, einen besonderen Fokus auf die Vernetzung.

8.4.2.3 Verstärkte Nutzung von Daten und Indikatoren

Strategien und Aktivitäten der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind evidenzinformiert und auf regionale Bedarfe abgestimmt zu planen und umzusetzen. Sie sollten zudem auf Basis von Daten zur Bevölkerungsgesundheit regelmäßig überprüft werden.

Es sind aktuelle, vergleichbare und möglichst kleinräumige Daten aus einer Präventionsberichterstattung erforderlich, damit Länder und Kommunen Bedarfe feststellen, ressortübergreifend planen und gezielt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen können. Dies würde auch einen besonderen Fokus auf solche Lebenswelten ermöglichen, in denen insbesondere Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden können. Die NPK begrüßt daher die Entwicklung von Präventionsindikatoren durch die Gesundheitsministerkonferenz bzw. die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (vgl. Abschnitt 2.2.5). Sie sieht darin ein großes Potenzial zur Bedarfserhebung und Umsetzung der genannten Anforderungen.

Auch die stimmberechtigten NPK-Mitglieder verfügen über Daten und Berichte, aus denen sich Risiken und mögliche Gesundheitsgefahren für bestimmte Personengruppen – wie z. B. arbeitsbedingte Gefährdungen für Berufsgruppen – ermitteln lassen und die einen Beitrag

zur Planung, Umsetzung sowie zum Monitoring und zur Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention leisten können. Sie prüfen daher die Eignung und Machbarkeit der sozialversicherungsträger-übergreifenden Nutzung dieser Daten und Berichte für ihre gemeinsamen Bedarfsanalysen und um ihrerseits Forschung für die Präventionsarbeit anzustoßen.

Weiterhin wird die NPK die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts nutzen. Sie würde es begrüßen, wenn diese gezielt weiterentwickelt würde, um die Aussagekraft bezüglich der Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder für Maßnahmen im Sinne der BRE zu verbessern.

8.4.3 AUSBLICK AUF DEN DRITTEN PRÄVENTIONSBERICHT DER NPK

Die NPK wird die Offenheit für Methoden und Inhalte, die über die gesetzlich festgelegten Bestandteile gemäß § 20d Abs. 4 SGB V hinausgehen (NPK-Vorhaben, Gastbeitrag), auch im dritten NPK-Präventionsbericht beibehalten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erarbeitung des NPK-Berichts eines angemessenen Zeitraums bedarf. Um für den dritten Bericht erneut die erforderlichen empirischen Erhebungen, Recherchen und Analysen durchführen zu können, sollte die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) innerhalb einer kurzen und verlässlichen Frist erfolgen.

Präventionsaspekte und -aufgaben finden sich in allen Lebens(welt)bereichen und gehen weit über die Aufgaben der NPK-Träger hinaus. Die NPK setzt sich seit ihrem Bestehen auch für eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit ein und fordert auch alle anderen maßgeblichen Akteure auf, die in ihren Zuständigkeitsbereichen liegenden Aufgaben engagiert umzusetzen und auszubauen. 2027 wird vertieft über die Ergebnisse der Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit bei den Themen Pflege sowie Psychische Gesundheit berichtet. Die NPK wird daraus, sowohl in Bezug auf diese beiden Themen als auch themenübergreifend, Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie ziehen.

Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung insbesondere auch im Kontext des Klimawandels sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und können aufgrund der Größe und Dringlichkeit der damit verbundenen Herausforderungen nur dann erfolgreich und nachhaltig umgesetzt werden, wenn sie auch auf Landes- und kommunaler Ebene ausreichend mit Steu-

ermitteln finanziert werden. Die NPK wird Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext klimatischer Veränderungen in die Bundesrahmenempfehlungen integrieren und über die Umsetzung berichten.

Die sich abzeichnenden politischen und gesetzgeberischen Aktivitäten (z. B. Novellierung der §§ 20 SGB V sowie Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, Nationaler Präventionsplan, Einrichtung des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit) sollen im dritten Präventionsbericht berücksichtigt werden.

9 Literaturverzeichnis

- Abel, T. (2020). Gesundheitskompetenz und die Corona-Krise. *Das Gesundheitswesen*, 82(04), 301-302. <https://doi.org/10.1055/a-1099-8110>
- AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. (o. D.). ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH UND SUCHTKRANKER ELTERN: Berichte und Expertisen. <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>, letzter Zugriff: 16.01.2023.
- Ahlers, C. H., Ammel, S., Boeckenbrink, V., Bröring, E., Dreller, S., Janosch, J. C., Ludwig, S., Moser, N.-T., Scholz, H. & Wanek, V. (2022). Leitfaden zur Zusammenarbeit der Sozialeistungsträger bei der Beratung der Betriebe einschließlich Bildungseinrichtungen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung). Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4416>.
- Alayli, A. F. G., Witte, C., Haß, W., Zeeb, H., Heise, T. L. & Hupfeld, J. (2021). Wissen für gesunde Lebenswelten: Eine Datenbank zum Praxistransfer von Erkenntnissen aus systematischen Übersichtsarbeiten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(5), 552-559. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03309-w>
- Allmendinger, J., Bergholz, W., Brenner, M., Bunte, A., Domschke, K., Dreier, H., Drosten, C., Huster, S., Kießling, A., Kingreen, T., Kroemer, H. K., Rosenbrock, R., Rübsamen-Schaeff, H., Schmidt, C. M., Siegmund, B., Stöhr, K., Streeck, H., Taupitz, J. & Teichert, U. (2022). Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik: Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IFSG. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/220630_Evaluationsbericht_IFSG_NEU.pdf.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Düsseldorf. https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf.
- Aune, D., Norat, T., Leitzmann, M., Tonstad, S. & Vatten, L. J. (2015). Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *European journal of epidemiology*, 30(7), 529-542. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0056-z>
- Aust, V., Belz, T., Ludwig, S., Post, J., Rehn, B. & Theiler, A. (2020). Landkarte der Unterstützenden. Eine Information für Aufsichtspersonen und weitere Präventionsfachkräfte über die Unterstützungsleistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausgewählter Sozialeistungsträger. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3729>.
- Autorengruppe Corona-KiTa-Studie. (2021). 5. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (III/2021). München. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/abt2/KiTaCo/CoKita_5.Quartalsbericht_III_2021.pdf.
- Babitsch, B., Hannemann, N., Schmidt, L. & Götz, N.-A. (2022). Gesundheitskompetenz und digitale Kompetenzen in Zeiten der Corona-Pandemie. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1-11). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_89-1
- Backhaus, I., Hoven, H., Di Tecco, C., Iavicoli, S., Conte, A. & Dragano, N. (2022). Economic change and population health: lessons learnt from an umbrella review on the Great Recession. *BMJ open*, 12(4), e060710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060710>
- Bakaloudi, D. R., Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., Wickramasinghe, K. & Chourdakis, M. (2022). Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review and a meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 41(12), 3046-3054. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.04.015>
- Bantel, S., Buitkamp, M. & Wünsch, A. (2021). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1541-1550. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>
- Bär, G. (2017). Literatur- und Datenbankrecherche zur Evidenz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Bezug auf die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC): Ergebnisbericht. Berlin. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/KGC_Baer_2016.pdf.
- Bartsch, S., Beywl, W. & Niestroj, M. (2016). Der Programmbaum als Evaluationsinstrument. In S. Giel, K. Klockgether & S. Mäder (Hrsg.), *Waxmann-E-Books Soziologie. Evaluationspraxis: Professionalisierung - Ansätze - Methoden* (2. Aufl., S. 89-112). Waxmann Verlag GmbH.

- Bauer, N. H. & Schlömann, L. (2021). Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/Abschlussbericht_Digiheb_31.08.2021.pdf.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. (2023). Gesundheitsregionenplus. <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/index.htm>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Beck, D., Taşkan, E., Elskamp, E., Gold, M., Gregersen, S., Klamroth, H., Miels, J., Sandrock, S., Schuller, K., Thorein, A., Tiedemann, M.-B., Willingstorfer, B. & Wittmann, S. (2022). Arbeitsschutz in der Praxis: Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung – Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis. Berlin. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Psychische-Belastung-Gefaehrdungsbeurteilung-4-Auflage.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Becker, M. A. (2020). Die Coronakrise zeigt uns die Lücken im System. *Die Hebamme*, 33, 21-28.
- Beirat Pakt ÖGD (2021). Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/2021_10_Erster_Bericht_Beirat_Pakt_OeGD.pdf.
- Beirat Pakt ÖGD (2022). Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/221124_Beirat_PO_GD_2_Bericht_Risiko_Krisenkommunikation_bf.pdf.
- Beise, D., Dietrich, A., Drewicke, E., Elbracht, M., Fardel, B., Gundelfinger, T., Hahn, A., Hermann, A., Hoffmann, U., Hundloh, H., Mikolajski-Kusche, M., Rehn, H., Streubel, H. & Wallossek, S. (2019). Schwimmen Lehren und Lernen in der Grundschule: Bewegungserlebnisse und Sicherheit am und im Wasser. *DGUV Information* 202-107. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3655>.
- Bell, F., Dreller, S., Edelhäuser, S., Foege, E., Groß, M., Kuhn, A., Mühlbach, A. & Wetzstein, A. (2021). Pilotprojekt Zentrumsmodell für die betriebliche Betreuung: *DGUV Report* 1/2021. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4067>.
- Bergman, J., Ballin, M., Nordström, A. & Nordström, P. (2021). Risk factors for COVID-19 diagnosis, hospitalization, and subsequent all-cause mortality in Sweden: a nationwide study. *European Journal of Epidemiology*, 36(3), 287-298. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00732-w>
- Blankenstein, O., Rintisch, W., Buchholz, T., Lüder, S., Bartezky, R., Kolbow, D. & Dame, C. (2021). Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf die Früherkennungs-Untersuchungen bei Kindern. *Klinische Pädiatrie*, 233(2), 94-95. <https://doi.org/10.1055/a-1247-5119>
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Leschik-Bonnet, E., Müller, M. J., Oberitter, H., Schulze, M., Stehle, P. & Watzl, B. (2012). Stellungnahme Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. Bonn. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/stellungnahmen/DGE-Stellungnahme-Gemuese-Obst-2012.pdf>.
- Böhm, K. & Klinnert, D. (2019). Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen [Implementation of the Preventive Health Care Act at the Level of The Federal States: An Analysis of the Framework Agreements]. *Das Gesundheitswesen*, 81(12), 1004-1010. <https://doi.org/10.1055/a-0638-8172>
- Böhm, K., Klinnert, D. & Weidtmann, J. (2018). Die Bundesländer als Verhandlungspartner der Krankenkassen: Zur länderspezifischen Varianz bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes. *Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft*, 12(4), 763-781. <https://doi.org/10.1007/s12286-018-0407-8>
- Böhm, K., Lahn, J., Köckler, H., Geene, R. & Bräunling, S. (2020). Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung? In K. Böhm, S. Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe* (S. 427-434). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_41
- Bonin, H., Krause-Pilatus, A. & Rinne, U. (2021). Arbeitssituation und Belastungsempfinden von abhängig Beschäftigten im von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2021: Zentrale Ergebnisse repräsentativer Befragungen von Februar bis September 2021. *Forschungsbericht* 570/10. Bonn. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-570-10-arbeitssituation-belastungsempfinden-corona-pandemie-jahr-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

- Börgermann, J. (2022). Die Schulsituation in der Pandemie aus Sicht der Landesschüler*innenvertretung NRW. In A. Oommen-Halbach, S. Weyers & A. Griemert (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche in der COVID-19-Pandemie*. de Gruyter Berlin Boston.
- Bredahl, R. (2022). Corona-Pandemie: Entwicklungsprobleme bei Schulneulingen nachweisbar. In A. Oommen-Halbach, S. Weyers & M. Griemert (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche in der COVID-19-Pandemie* (S. 83-90). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110760361-008>
- Brünger, M., Bernert, S., Graf, A., Spyra, K., Martin Brünger, Sebastian Bernert, Antonia Graf & Karla Spyra. (2021). Validierung eines Fragebogens zur Erfassung des Rehabilitations- und Präventionsbedarfs von Über-45-Jährigen (Ü45-Screening II). // Validierung eines Fragebogens zur Erfassung des Rehabilitations- und Präventionsbedarfs von Über-45-Jährigen (Ü45-Screening II): Abschlussbericht. Charité - Universitätsmedizin Berlin. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4568919>
- Bundeministerium für Gesundheit. (2022). Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>, letzter Zugriff: 30.09.2022.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (o. D.). Betriebe in der COVID-19-Krise (BeCovid-Studie): F 2514. <https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2514.html>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o. D.). Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit). <https://www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2019). Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Arbeitsschutz/gemeinsame-deutsche-arbeitsschutzstrategie.html>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (2021). <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/5QH1uegEXs2GTWXKeln/content/5QH1uegEXs2GTWXKeln/BAanz%20AT%2022.01.2021%20V1.pdf?inline>.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2021). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - Berichtsjahr 2020: Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund, Berlin, Dresden. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2022). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - Berichtsjahr 2021: Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund, Berlin, Dresden. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=7.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände & Deutscher Gewerkschaftsbund. (2013). *Gemeinsame Erklärung psychische Gesundheit in der Arbeitswelt*. Bonn. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a-449-gemeinsame-erklaerung-psychische-gesundheit-arbeitswelt.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). (2021). *Nationale Strategie zur Stillförderung*. Bonn. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?__blob=publicationFile&v=10.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. (2022). *Das Produktmonitoring zur Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie: Regelmäßige Erhebungen begleiten die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten (NRI)*. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/reduktionsstrategie/reduktionsstrategie-produktmonitoring.html>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Bundesministerium für Gesundheit. (o. D.). *Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html>, letzter Zugriff: 17.11.2022.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Arbeitsunfähigkeit: Monatlicher Krankenstand 1970 bis Oktober 2014. Ergebnisse der Mitgliederstatistik KM1 der gesetzlichen Krankenversicherung*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/Krankenstand_Okt_2014.pdf.

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021). *Konzertierte Aktion Pflege: Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Pflegekurse*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegekurse.html>, letzter Zugriff: 21.10.2022.
- Die Bundesregierung. (2021). *Seit dem 23. August gilt die 3G-Regel: Zutritt nur für Geimpfte, Genesene oder Getestete [Infografik]*. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bundlaender-beratung-corona-1949606>, letzter Zugriff: 30.09.2022.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2021). *Landesvereinigungen*. <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13485>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2022). *Digitalisierung in der Prävention und Gesundheitsförderung: „Angebote der Setting-Prävention: ab 2024 auf einer innovativen Online-Plattform“*. <https://www.bvpgblog.de/blog/angebote-der-setting-praevention-ab-2024-auf-einer-innovativen-online-plattform/>, letzter Zugriff: 03.02.2023.
- Bundeszahnärztekammer. (2022). *Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe*. <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/zahnmedizinische-gruppenprophylaxe.html>, letzter Zugriff: 21.12.2022.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2019). *Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit für die Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention: Öffentliche Bekanntmachung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Foerderprogramm/Zielgruppenspezifische_Projektfoerderung/Foerderbekanntmachung_Zielgruppenspezifische_Interventionen.pdf.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). *Impulsgeber Bewegungsförderung*. <https://www.aelter-werden-in-balance.de/impulsgeber-bewegungsfoerderung/>, letzter Zugriff: 11.10.2022.
- BVÖGD (2021). *Schuleingangsuntersuchungen - Schuleingangsuntersuchungen fallen wegen Corona aus - soziale Benachteiligung nimmt zu*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 26(04), 193. <https://doi.org/10.1055/a-1539-3894>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Evaluation Guide. Developing and Using a Logic Model*. Atlanta. https://www.cdc.gov/dhds/docs/logic_model.pdf.
- Charité - Universitätsmedizin Berlin. (o. D.). *Ü45-Check Gesundheitsvorsorgeuntersuchung*. https://sportmedizin.charite.de/forschung/ue45_check/, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Christiansen, H., Anding, J. & Donath, L. (2014). *Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern*. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 80-105). Beltz Juventa.
- Chung, R. Y.-N., Marmot, M., Mak, J. K.-L., Gordon, D., Chan, D., Chung, G. K.-K., Wong, H. & Wong, S. Y. S. (2021). *Deprivation is associated with anxiety and stress. A population-based longitudinal household survey among Chinese adults in Hong Kong*. *Journal of epidemiology and community health*, 75(4), 335-342. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214728>
- Dadaczynski, K., Okan, O. & Messer, M. (2022). *Schulische Gesundheitsförderung in pandemischen Zeiten. Ergebnisse der COVID-HL-Schulleitungsstudie*. *Bundesgesundheitsblatt (Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz)*, 65(7-8), 758-767. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03535-w>
- Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leung, A. Y. M., Rosário, R., Darlington, E. & Rathmann, K. (2021). *Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study*. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24097. <https://doi.org/10.2196/24097>
- Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. & Rathmann, K. (2020). *Digitale Gesundheitskompetenz von Studierenden in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung*. Fulda. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/843>.

- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>.
- De Santis, K. K., Jahnel, T., Sina, E., Wienert, J. & Zeeb, H. (2021). Digitization and Health in Germany: Cross-sectional Nationwide Survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(11), e32951. <https://doi.org/10.2196/32951>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Deinet, U. & Sturzenhecker, B. (2021). Neustart der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in NRW in der Corona-Zeit. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft & diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe. (2021). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022: Die Bestandaufnahme. https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2022_final.pdf.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (o. D.a). Corona-Informationportal. <https://www.dguv.de/de/praevention/corona/index.jsp?query=webcode+d1183426>, letzter Zugriff: 03.02.2023.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (o. D.b). Regelwerk. <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2012). Unfallverhütungsvorschrift: Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. (DGUV Vorschrift 2); - abgestimmter Mustertext -. https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/vorschriften_regeln/dguv-vorschrift_2/mustervorschr_2.pdf.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2018a). DGUV-Statistiken für die Praxis 2017: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3510>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2018b). KulturCheck und Online-Lernprogramm. <https://www.dguv.de/de/praevention/visionzero/kulturderpraevention/kulturcheck/index.jsp>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2018c). Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3533>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2019). DGUV-Statistiken für die Praxis 2018: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3673>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2019). Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3170>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2020). DGUV-Statistiken für die Praxis 2019: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3903>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2021a). DGUV-Statistiken für die Praxis 2020: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4290>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2021b). Gesundheitsverhalten und Unfallgeschehen im Schulalter - Eine Panelstudie. <https://www.dguv.de/ifa/forschung/projektverzeichnis/ff-fp0347.jsp>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2021c). Die Präventionskampagne zur Kultur der Prävention! kommmitmensch. https://www.dguv.de/de/praevention/kampagnen/praev_kampagnen/ausblick/index.jsp, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2021d). Studienbedingungen und (psychische) Gesundheit Studierender: Weiterentwicklung und Erprobung des Bielefelder Fragebogens zu Studienbedingungen als Instrument für die psychische Gefährdungsbeurteilung Studierender und Aufbau einer Hochschuldatenbank: Projekt-Nr. FF-FP 0460. <https://www.dguv.de/ifa/forschung/projektverzeichnis/ff-fp0460.jsp>, letzter Zugriff: 07.03.2023.

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2022a). DGUV-Statistiken für die Praxis 2021: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4588>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2022b). Das Messsystem. Gefährdungsermittlung der UV-Träger (MGU). Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4602>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.). (2022c). Muskel-Skelett-Belastungen - erkennen und beurteilen: DGUV Information 208-033. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/458>.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. & Deutsche Rentenversicherung Bund. (2016). Erklärung - Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten. Berlin. https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Betriebe_und_Interessenvertretungen/2016/DGUV-DRV_Bund_-_gemeinsame_Erklaerung.pdf.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Test. (o. D.). Holz und Metall. <https://www.dguv.de/dguv-test/prod-pruef-zert/pruefgrundsaeetze-erfahrung/pruefgrundsaeetze/holz/index.jsp>, letzter Zugriff: 16.08.2022.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Test. (2021). Allgemeine Grundsätze für die sicherheitstechnische Bewertung von Künstlicher Intelligenz. <https://publikationen.dguv.de/praevention/pruefung-zertifizierung/4348/allgemeine-grundsaeetze-fuer-die-sicherheitstechnische-bewertung-von-kuenstlicher-intelligenz?c=20>.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2020). RV Fit Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/04_Rehabilitation/03_Rahmenkonzepte/rahmenkonz_praev_rvfit.html.
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen. (2019). Modellprojekt „Ü45-Gesundheits-Check“ startet exklusiv in Münster. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Presse/Pressemitteilungen_neu/Ueber_45_Gesundheits_Check.html, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Deutscher Bundestag. (2009). Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland - Leistungsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und landesrechtliche Regelungen zur Steigerung ihrer Inanspruchnahme. <https://www.bundestag.de/resource/blob/411930/18d6c195b496b4c5b4ed19d053f48df4/WD-9-113-09-pdf-data.pdf>.
- Deutscher Bundestag. (2021). Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Erster Präventionsbericht) mit Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin. Bundestag, Deutscher. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/261/1926140.pdf><https://dserver.bundestag.de/btd/19/261/1926140.pdf>.
- Deutscher Turner Bund. (o. D.). AuF-Leben: Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Lebenswelt Kommune. <https://www.dtb.de/auf-leben>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Dieckelmann, M., Schütze, D., Gerber, M., Siebenhofer, A. & Engler, J. (2022). Preventive and health-promoting activities in general practices in Germany: A scoping review. *Health Soc Care Community*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/hsc.13801>
- Dockweiler, C., Stark, A. L. & Albrecht, J. (2023). Setting-bezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation: Transdisziplinäre Perspektiven. *NOMOS*.
- Dragano, N., Dortmann, O., Timm, J., Mohrmann, M., Wehner, R., Rupprecht, C. J., Scheider, M., Mayatepek, E. & Wahrendorf, M. (2022). Association of Household Deprivation, Comorbidities, and COVID-19 Hospitalization in Children in Germany, January 2020 to July 2021. *JAMA Network Open*, 5(10), e2234319. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.34319>
- Echarti, N., Huntemann, H., Reichart, E. & Lux, T. (2022). Volkshochschul-Statistik. 59. Folge, Berichtsjahr 2020. <https://www.die-bonn.de/doks/Volkshochschulstatistik/2022/2022-Volkshochschule-Statistik.pdf>.
- Eickholt, C., Trimpop, T., Winkelmann, A., Templer, M., Hamacher, W. & Schmitz, L. (2021). Evaluation von SARS-CoV-2 Arbeits- und Infektionsschutzmaßnahmen: Befragung von Arbeitsschutzexpertinnen und -experten. Dortmund. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20210722>
- Eickhorst, A., Fullerton, B. & Schreier, A. (2017). Psychische Belastungen bei Eltern mit Kleinkindern: Faktenblatt 5 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:FB5-PVF>

- Faulenbach, L. (2020). Weniger Einschulungs-Untersuchungen wegen Corona. <https://www1.wdr.de/nachrichten/landespolitik/kaumschuleingangsuntersuchungen-wegen-corona-100.html>, letzter Zugriff: 21.12.2022.
- Feldman, J. M. & Bassett, M. T. (2021). Variation in COVID-19 Mortality in the US by Race and Ethnicity and Educational Attainment. *JAMA Network Open*, 4(11), e2135967. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.35967>
- Freundl, V., Stiegler, C. & Zierow, L. (2021). Europas Schulen in der Corona-Pandemie – ein Ländervergleich. *ifo Schnelldienst*, 74(12), 41-50. <https://www.ifo.de/DocDL/sd-2021-12-freundl-stiegler-zierow-schulen-europa-corona.pdf>.
- Garnica Rosas, L., Mensink, G. B. M., Finger, J. D., Schienkiewitz, A., Do, S., Wolters, M., Stanley, I., Abu-Omar, K., Wieczorowska-Tobis, K., Woods, C. B., Murrin, C., Ahrens, W. & Hebestreit, A. (2021). Selection of key indicators for European policy monitoring and surveillance for dietary behaviour, physical activity and sedentary behaviour. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01111-0>
- Geene, R., Kurth, B.-M. & Matusall, S. (2020). Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 82(7), e72-e76. <https://doi.org/10.1055/a-1138-0389>
- Der Gemeinsame Bundesausschuss. (2020). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie): Ausnahmeregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie betreffend die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4311/2020-05-14_Kinder-RL_COVID-19-Pandemie_BAnz.pdf, letzter Zugriff: 22.11.2022.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss. (2022). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-RL: Wiederaufnahme der befristeten Ausnahmeregelung für die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9 zur Eindämmung und Bewältigung des Infektionsanstiegs der oberen Luftwege. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5781/2022-12-15_Kinder-RL_Wiederaufnahme-Ausnahmeregelung-Untersuchungszeitraume.pdf, letzter Zugriff: 21.11.2022.
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. (2019). Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie: 2. Strategieperiode. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Abschlussbericht-Dachevaluation-2019.pdf?__blob=publicationFile.
- Gerlach, S. & Kulzer, B. (2016). Soziale Ungleichheit und Diabetes. In *Deutsche Diabetes Gesellschaft & diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe* (Hrsg.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016: Die Bestandsaufnahme* (S. 207-216). Kirchheim + Co GmbH. https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf. In: *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes : die Bestandsaufnahme*.
- Gerlinger, T. (2021). Präventionsgesetz. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsgesetz/>, letzter Zugriff: 17.11.2022.
- Geserick, M., Vogel, M., Gausche, R., Lipek, T., Spielau, U., Keller, E., Pfäffle, R., Kiess, W. & Körner, A. (2018). Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *The New England journal of medicine*, 379(14), 1303-1312. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1803527>
- GKV-Bündnis für Gesundheit. (o. D.a). Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken (BeuGe) – Projekt zum Aufbau kommunaler Strukturen zur Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung. <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/beuge/>, letzter Zugriff: 09.02.2023.
- GKV-Bündnis für Gesundheit. (o. D.b). HaLT – Hart am Limit. <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/halt/>, letzter Zugriff: 03.03.2023.
- GKV-Bündnis für Gesundheit. (2020). Rahmenkonzept für die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (o. D.). Präventionsangebote der Krankenkassen. https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp, letzter Zugriff: 02.02.2023.
- GKV-Spitzenverband. (2019). Antragsfrist für Gesundheitsförderung in Kommunen verlängert [Pressemitteilung]. Berlin.
- GKV-Spitzenverband. (2020a). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin.

- GKV-Spitzenverband. (2020b). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2020 zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021a). Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“: Zusammenfassung. Berlin. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Zusammenfassung_Evaluation_Verzahnungsprojekt_barrierefrei.pdf.
- GKV-Spitzenverband. (2021b). Krankenkassen setzen Kommunales Förderprogramm fort [Pressemitteilung]. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021c). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI: Fassung vom 27.09.2021. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 21. Dezember 2022. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de.
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D. & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity reviews* : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 8(4), 307-326. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x>
- Goreis, A., Nater, U. M., Skoluda, N. & Mewes, R. (2022). Psychobiological effects of chronic ethnic discrimination in Turkish immigrants: Stress responses to standardized face-to-face discrimination in the laboratory. *Psychoneuroendocrinology*, 142, 105785. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105785>
- Graebner, T. (2021). Persönliche Anfrage des Ratscherrn Thorsten Graebner vom 27.05.2021: Schuleingangsuntersuchung - Situation unter Coronabedingungen. https://www.gruene-duesseldorf.de/wp-content/uploads/2021/06/210608_SchulA_anfrage-gruen_schuleingangsuntersuchung_coronazeit_antwort.pdf.
- Gravemeyer, S., Rennert, D., Richter, M., Thomann, C. & Kliner, K. (2022). Unfall- und Erkrankungsrisiken: Daten der DGUV und Betriebskrankenkassen im Vergleich. <https://forum.dguv.de/ausgabe/3-2022/artikel/unfall-und-erkrankungsrisiken-daten-der-dguv-und-betriebskrankenkassen-im-vergleich>, letzter Zugriff: 15.03.2022.
- Grellert, F., Hessenmöller, A.-M., Rahnfeld, M. & Wetzstein, A. (2021). Evaluation der Präventionskampagne kommitmensch: Hintergrund, Vorgehen und Ergebnisse. IAG Report 4/2021. Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4433>.
- Grintsova, O., Maier, W. & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *International journal for equity in health*, 13(43). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-43>
- Hajek, A., Bock, F. de, Huebl, L., Kretzler, B. & König, H. H. (2021). Determinants of Postponed Cancer Screening During the COVID-19 Pandemic: Evidence from the Nationally Representative COVID-19 Snapshot Monitoring in Germany (COSMO). *Risk Manag Healthc Policy*, 14, 3003-3011. <https://doi.org/10.2147/rmhp.S297326>
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (2021). Jahresbericht 2021. https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/Jahresberichte/HAG-Jahresbericht-2021-finweb_1.pdf.
- Hand, E. (2020). Jahresbericht Evaluation 2020 (o. D.). Berlin. Mammographie, Kooperationsgemeinschaft.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2011). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verlag für Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0>
- Hauke, M., Brüggemann-Priesshoff, H., Nies, E., Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung & Kuhn, S. (2021). Kinder erforschen Sicherheit und Gesundheit: Experimente zur Prävention. Berlin, Andernach. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4347>.

- Heidemann, C., Du, Y., Schubert, I., Rathmann, W. & Scheidt-Nave, C. (2013). Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 668-677. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1662-5>
- Herrmann, B. & Krämer, N. (2022). Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe nach Corona. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde*, 44(3), 6-8. <https://doi.org/10.1007/s44190-022-0622-5>
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (2021). Jahresbericht 2020. https://hage.de/ueber-uns/jahresberichte/hage-jahresbericht-2021/index.php?rex_media_type=hage_download&rex_media_file=hage-jahresbericht_2021.pdf.
- Hilgenböcker, E., Bär, G. & Kühnemund, C. (2021). Continuing participatory research beyond the end of projects: participatory quality development in municipal health promotion. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 64(2), 207-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03271-z>
- Hollederer, A. (2015). Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. *Das Gesundheitswesen*, 77(3), 161-167. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109>
- Hollederer, A., Jahn, H. J. & Klein, D. (2021). JOBS Program Germany for health promotion among the unemployed in the community setting with institutions for employment promotion (JobsProgramDtl): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10251-8>
- Hollederer, A. & Stühler, K. (2017). Kooperation im Gesundheitswesen: Formative Evaluation des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern. *Das Gesundheitswesen*, 79(8-09), 605-612. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110673>
- Hommel, T. (2019). Warum der Jahrestag kaum Jubel auslöst. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Warum-der-Jahrestag-kaum-Jubel-ausloest-314343.html>, letzter Zugriff: 17.11.2022.
- Horacek, U., Auer, I. & Thaiss, H. (2021). Lebenswelten Kitas und Schulen - Herausforderungen für die Gesundheitsämter in der Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(4), 463-471. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03304-1>
- Huntemann, H., Lux, T., Echarti, N. & Reichart, E. (2021). *Volkshochschul-Statistik: 58. Folge, Berichtsjahr 2019 (1. Aufl.)*. DIE Survey. Daten und Berichte zur Weiterbildung. wbv Publikation. <https://doi.org/10.3278/85/0025w>
- Icking, M. & Deinet, U. (2017). Offene Kinder- und Jugendarbeit und Prävention: Möglichkeiten und Grenzen. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik: Bd. 06. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW). www.fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/Impuls-VSP-06-Deinet-A1-web.pdf.
- Informationsstelle Gesundheit in der Arbeitswelt für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) in Sachsen (Hrsg.). (2020). *Gesundheit im Betrieb. Starke Partner für gesunde Arbeit. Wer macht was?* Dresden. <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/36646/documents/58455>.
- Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. (o. D.). Personenzertifizierung zum Demografie-Coach. [https://www.dguv.de/iag/qualifizierung/zertifikatsprogramme/demografie-coach/index.jsp#:~:text=Die%20Zertifizierung%20zum%20Demografie%20Coach,\(Arbeitsprobe%20und%20m%C3%BCndliche%20Pr%C3%BCfung\).](https://www.dguv.de/iag/qualifizierung/zertifikatsprogramme/demografie-coach/index.jsp#:~:text=Die%20Zertifizierung%20zum%20Demografie%20Coach,(Arbeitsprobe%20und%20m%C3%BCndliche%20Pr%C3%BCfung).,), letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. (o. D.). Exoskelette. <https://www.dguv.de/ifa/praxishilfen/praxishilfen-ergonomie/exoskelette/index.jsp>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. (2020). Grundsätze für die Prüfung und Zertifizierung von Security-Aspekten in der funktionalen Sicherheit von industriellen Automatisierungssystemen. GS-IFA-M24. Sankt August. https://www.dguv.de/medien/dguv-test-medien/_pdf_zip_doc_ppt/pruefgrundsaeetze/ifa/gs-ifa-m24_kurz-und-ohne-unterschr-200609.pdf.
- Institut für Prävention und Arbeitsmedizin. (2020). Herausforderungen an die Berufsdermatologie. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3998>.
- Jacob, L., Loosen, S. H., Kalder, M., Luedde, T., Roderburg, C. & Kostev, K. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Diagnoses in General and Specialized Practices in Germany. *Cancers*, 13(3), 408. <https://doi.org/10.3390/cancers13030408>

- Jacobs, E., Tönnies, T., Rathmann, W., Brinks, R. & Hoyer, A. (2019). Association between regional deprivation and type 2 diabetes incidence in Germany. *BMJ open diabetes research & care*, 7(1), e000857. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-000857>
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G. & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 10(5), 351-365. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(22\)00047-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(22)00047-x)
- Jenssen, B. P., Kelly, M. K., Powell, M., Bouchelle, Z., Mayne, S. L. & Fiks, A. G. (2021). COVID-19 and Changes in Child Obesity. *Pediatrics*, 147(5), Artikel e2021050123. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050123>
- Jordan, S., Kuhnert, R., Schmid-Küpke, N. K. & Starke, A. (2022). Teilnahme der erwachsenen Bevölkerung an Präventionsmaßnahmen für nichtübertragbare Krankheiten während der COVID-19-Pandemie in 2020/2021. *Journal of Health Monitoring*, 7(4), 39-57. <https://doi.org/10.667>
- Juncke, D., Lehmann, K., Nicodemus, J., Stoll, E. & Weuthen, U. (2021). Familienbildung und Familienberatung in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme. Düsseldorf. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/183222/e7ce032e8b741bb93ac3f53fd/f358d76/familienbildung-und-familienberatung-in-deutschland-prognos-data.pdf>.
- Kehl, M., Strobl, H., Tittlbach, S. & Loss, J. (2021). „Der Mensch, der Handball spielt, braucht den Ball, den Kontakt und die Gemeinschaft“ - Veränderungen im Sportangebot durch die COVID-19 Pandemie und deren Bedeutung für Sportvereine. *Gesundheitswesen*, 83(3), 159-165. <https://doi.org/10.1055/a-1341-1609>
- Kelly, S. J. & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: a review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review Public Health*, 36, 441-462. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Kerkemeyer, L. & Aichert, K. (2021). Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen: Scoping Review zu Interventionen und Bestandsaufnahme von Best-Practice-Beispielen. Ergebnisbericht. Berlin. <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-EpE-2021>
- Koeder, C., Husain, S., Kranz, R.-M., Anand, C., Alzughayyar, D., Schoch, N., Hahn, A. & Englert, H. (2022). Healthy lifestyle changes favourably affect common carotid intima-media thickness: the Healthy Lifestyle Community Programme (cohort 2). *Journal of Nutritional Science*, 11. <https://doi.org/10.1017/jns.2022.46>
- Kogel, L. M., Steeb, N., Salewski, L. D., Okan, O., Dadaczynski, K., Messer, M. & Rathmann, K. (2022). Coronaspezifische und digitale Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung. Ergebnisse der COVID-HL-HeHLDiCo-Studie. In *Das Gesundheitswesen, Soziale Gesundheit neu denken: Herausforderungen für Sozialmedizin und medizinische Soziologie in der digitalen Spätmoderne - Gemeinsame Jahrestagung der DGSM und der DGMS*. Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753730>
- Kohler, S., Dippon, L., Helsper, N., Rütten, A., Pfeifer, K. & Semrau, J. (2021). Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen: KOMBINE-Manual. Praxisleitfaden. Erlangen, Berlin.
- Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern.: Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für die GKV auf Landesebene. Berlin. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Handlungsrahmen_KpsE_barrierefrei.pdf. <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-KpsE-2021>
- Kolpatzik, K., Mohrmann, M. & Zeeb, H. (2020). Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland. Berlin. KomPart. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/studienbericht_digitale_gk_web.pdf.
- Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J. & Lampert, T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit - Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-035>
- Kultusminister Konferenz & Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2018). Sicherheit und Gesundheit im und durch Schulsport (SuGIS): Gemeinsame Initiative von KMK (Kommission Sport) und DGUV. <https://www.dguv.de/medien/fb-bildungseinrichtungen/dokumente/konzeptpapier-sugis.pdf>.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland - Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1). <https://doi.org/10.25646/5868>

- Lampert, T. & Kuntz, B. (2015). Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse von KiGGS Welle 1. *Das Gesundheitswesen*, 77(08/09). <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563256>
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. (2022). Kommunale Gesundheitskonferenzen. <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/themen/gesundheitsplanung/kommunale-gesundheitskonferenzen>, letzter Zugriff: 01.11.2022.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. (2020). Jahresbericht 2020. https://lvfsh.de/wp-content/uploads/2021/05/LVGFSH_Jahresbericht2020.pdf.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. (2021). Wir Fördern Gesundheit - Jahresbericht 2021. https://aethur.de/fileadmin/redakteur_2017/6_Medien/3_Jahresberichte/Jahresbericht_2021_finalonline.pdf.
- Ley, S. H., Hamdy, O., Mohan, V. & Hu, F. B. (2014). Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *Lancet (London, England)*, 383(9933), 1999-2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60613-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60613-9)
- Lüken-Klaßen, D., Neumann, R. & Elsas, S. (2020). kontakt.loss! Bildung und Beratung für Familien während der Corona-Pandemie. Bamberg. Staat sinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb). <https://doi.org/10.20378/irb-48811>
- LVG und AFS Niedersachsen e. V. (2021). Maßnahmenplan 2022.
- Mairhofer, A., Peucker, C., Pluto, L., van Santen, E. & Seckinger, M. (2020). Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie: DJI-Jugendhilfeb@rometer bei Jugendämtern (Datum der Veröffentlichung Juni 2020). Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Mangiapane, S., Zhu, L., Kretschmann, J., Czihal, T. & Stillfried, D. (2021). Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise - Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Mangiapane, S., Zhu, L. & Schulz, M. (2021). Ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Früherkennung und Impfungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1551-1558. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03444-4>
- Marschall, J., Sörensen, J., Koch, A., Kugler, P., Reiner, M. & Sippli, K. (2021). Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“: Abschlussbericht. Berlin.
- Medizinischer Dienst Bund & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022). Präventionsbericht 2022: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2021. Essen, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). Präventionsbericht 2018: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017. Essen, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2019). Präventionsbericht 2019: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018. Essen, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2019_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2020). Präventionsbericht 2020: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. Essen, Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). Präventionsbericht 2021: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2020. Essen, Berlin. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2021/Pra_ventionsbericht_2021_barrierefrei_final.pdf.
- Mielck, A. & Wild, V. (2021). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten. *GGW*, 22(1), 7-15. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0122_mielck_wild.pdf.
- MindMatters-Programmzentrum. (o. D.). MindMatters: Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln. <https://mindmatters-schule.de/home.html>, letzter Zugriff: 16.01.2023.
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K. & Oka, K. (2012). Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), Artikel: e153. <https://doi.org/10.2196/jmir.1927>
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K. & Oka, K. (2016). Associations of eHealth Literacy With Health Behavior Among Adult Internet Users. *Journal of Medical Internet Research*, 18(7), e192. <https://doi.org/10.2196/jmir.5413>
- Montani, D., Savale, L., Noel, N., Meyrignac, O., Colle, R., Gasnier, M., Corruble, E., Beurnier, A., Jutant, E.-M., Pham, T., Lecoq, A.-L., Papon, J.-F., Figueiredo, S., Harrois, A., Humbert, M. & Monnet, X. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome. *European Respiratory Review*, 31(163), 210185. <https://doi.org/10.1183/16000617.0185-2021>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2020). Gesundheitsfachkräfte zur eigenen beruflichen Situation. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona/befragung-von-gesundheitsfachkraeften-zu-den-veraenderungen-durch-corona/gesundheitsfachkraefte-zur-eigenen-beruflichen-situation/>, letzter Zugriff: 22.11.2022.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. (2022). Gesundheitsregionen Niedersachsen. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html, letzter Zugriff: 01.11.2022.
- Niestroj, M. & Schmidt, S. (2019). Abschlussbericht der Evaluation des Nationalen Aktionsplans IN FORM: Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Bonn. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/Inform-Evaluationsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- Nutbeam, D. & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 6(36), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab067>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E.-M [Eva-Maria], Hurrelmann, K., Bauer, U. & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
- Orton, L. C., Pennington, A., Nayak, S., Sowden, A., Petticrew, M., White, M. & Whitehead, M. (2019). What is the evidence that differences in 'control over destiny' lead to socioeconomic inequalities in health? A theory-led systematic review of high-quality longitudinal studies on pathways in the living environment. *Journal of epidemiology and community health*, 73(10), 929-934. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212565>
- Pädagogische Hochschule Freiburg. (o. D.). Ü45-Check: Gesamtevaluation der Modellprojekte zum Ü45-Check nach §14 Abs. 3 SGB VI. <https://www.ph-freiburg.de/abug/forschung/projekte-public-health-health-education/ue45-check.html>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Pajek, S. V. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Motor Development of Schoolchildren in Rural and Urban Environments. *BioMed Research International*, 2022, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/8937693>
- psyGA. (o. D.). Die psyGA-Kampagnen- und Toolbox. BKK Dachverband e. V. <https://www.psyga.info/ihr-weg-zum-gesunden-betrieb/die-psyga-kampagnen-und-toolbox>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879-889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M. & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie - Ergebnisse der COPSy-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1512-1521. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>
- Reisig, V. & Kuhn, J. (2020). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>, letzter Zugriff: 19.12.2022.
- Reitegger, F., Wright, M., Berger, J. & Gasteiger-Klicpera, B. (2022). Digitale Gesundheitskompetenz und Wohlbefinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00954-0>
- Renner, I., van Staa, J., Neumann, A., Sinß, F. & Paul, M. (2021). Frühe Hilfen aus der Distanz - Chancen und Herausforderungen bei der Unterstützung psychosozial belasteter Familien in der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1603-1610. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03450-6>
- Richter-Kornweitz, Petras, K., Humrich, W. & Schlucke, S. (2022). WerkReport1 des Programms „Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder“ (Keine Angabe).
- Robert Koch-Institut. (2015). Welche Bedeutung kommt Gesundheitszielen im Gesundheitswesen zu? In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gemeinsam getragen von RKI und Destatis (S. 395-405). <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003-7>
- Robert Koch-Institut. (2021). *AdiMon - Bevölkerungsweites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter*. www.rki.de/adimon, letzter Zugriff: 05.03.2023.
- Robert Koch-Institut. (2022). *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020*. https://public.tableau.com/app/profile/robert.koch.institut/viz/Gesundheit_in_Deutschland_aktuell/GEDA_20192020-EHIS, letzter Zugriff: 05.03.2023.
- Robert Koch-Institut. (2022). *Pandemieradar*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home, letzter Zugriff: 30.09.2022.
- Robert Koch-Institut. (2023). *AdiRaum: Erschließung kleinräumig aussagekräftiger Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen für das bundesweite Gesundheitsmonitoring am Beispiel der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/AdiRaum/adi_raum_node.html, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Robert Koch-Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. (2020). *Über Prävention berichten - aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDDownloads/Praeventionsberichterstattung.pdf?__blob=publicationFile.
- Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M. & Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders*, 296, 567-576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>
- Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B. & Formazin, M. (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Dortmund. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=1. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20170421>
- Sachverständigenausschuss. (2022). *Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sachverstaendigenausschuss-infektionsschutzgesetz.html>, letzter Zugriff: 19.12.2022.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023*. Berlin. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf.

- Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A. & Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting - A Systematic Review. *J Occup Health*, 62(1), e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M [E.-M.], Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Sombre, S. de, Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0070-pub-29503055>. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>
- Schäfer, M., Stark, B., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Reichel, J. L., Pffirmann, D., Edelmann, D., Heller, S., Mülder, L. M., Rigotti, T., Letzel, S. & Dietz, P. (2020). Health Information Seeking Among University Students Before and During the Corona Crisis-Findings From Germany. *Front Public Health*, 8, Artikel: 616603. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.616603>
- Scharinger, C. (2021). Gesundheitsförderung in den Zeiten von Corona. In E. Gollner & C. Braun (Hrsg.), *Covid-19- Eine multiperspektivische Betrachtung der Pandemie* (S. 313-324). Leykam.
- Scharmanski, S., van Staa, J. & Renner, I. (2020). Aufsuchende Familienbegleitung in der COVID-19-Krise durch Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen. *Die Hebamme*, 33(04), 20-28. <https://doi.org/10.1055/a-1213-8025>
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Rosario, A. S. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005>
- Schilling, J., Buda, S., Fischer, M., Goerlitz, L., Grote, U., Haas, W., Hamouda, O., Prahm, K. & Tolksdorf, K. (2021). Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epidemiologisches Bulletin*(15), 3-12. <https://doi.org/10.25646/8149>
- Schilling, J., Buda, S. & Tolksdorf, K. (2022). Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin*(10), 3-5. <https://doi.org/10.25646/9787>
- Schmidt-Kaehler, S., Dadaczynski, K., Gille, S., Okan, O., Schellinger, A., Weigand, M. & Schaeffer, D. (2021). Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz [Health Literacy: Germany in the Digital Race to Catch Up Introduction of Technological Innovations is not Sufficient]. *Gesundheitswesen*, 83(05), 327-332. <https://doi.org/10.1055/a-1451-7587>
- Schraplau, A., Block, A., Häusler, A., Wippert, P.-M., Rapp, M. A., Völler, H., Bonaventura, K. & Mayer, F. (2021). Mobile diagnostics and consultation for the prevention of the metabolic syndrome and its secondary diseases in Brandenburg-study protocol of a regional prospective cohort study: the Mobile Brandenburg Cohort. *Pilot Feasibility Stud*, 7(1), 166-177. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00898-w>
- Schulz-Weidner, N., Schlenz, M. A., Muschler, A., Herrmann, B. & Krämer, N. (2021). Einfluss von COVID-19 auf die Gruppenprophylaxe in Bayern - eine Querschnittstudie. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde*, 43(3-4), 34-41. <https://doi.org/10.1007/s44190-021-0023-1>
- Sörensen, J., Barthelmes, I. & Marschall, J. (2018). Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen: Handlungsempfehlungen für die Praxis. Berlin. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Prävention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) Bündnis 90/Die Grünen Freie Demokraten (FDP). (2021). MEHR FORTSCHRITT WAGEN: BÜNDNIS FÜR FREIHEIT, GERECHTIGKEIT UND NACHHALTIGKEIT. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
- Stark, A. L., Albrecht, J., Dongas, E., Choroschun, K. & Dockweiler, C. (2023). Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung - eine Delphi-Befragung [Future trends and possible applications of digital technologies in setting-based prevention and health promotion-a Delphi survey]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(3), 320-329. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03669-5>

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (o. D.). Statistik: Code: 23611; Inhalt: Gesundheitsausgabenrechnung. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=23611#abreadcrumb>, letzter Zugriff: 08.03.2023.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018). Gesundheitsausgabenrechnung: Methoden und Grundlagen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/gesundheitsausgabenrechnung-methoden-grundlagen.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt. (2018). Schulen auf einen Blick. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). Gesundheitsausgabenrechnung: Methoden und Grundlagen.
- Statistisches Bundesamt. (2020b). Homeschooling: Digitale Ausstattung in Familien hängt stark vom Einkommen ab: Pressemitteilung Nr. N 042 vom 29. Juli 2020 [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/07/PD20_N042_639.html, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Statistisches Bundesamt. (2020c). Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse.
- Statistisches Bundesamt. (2021). Mikrozensus 2017.
- Statistisches Bundesamt. (2021). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2021. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2022). Bevölkerung nach Altersgruppen 2011 bis 2021 in Prozent Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-altersgruppen-deutschland.html>, letzter Zugriff: 03.05.2023.
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.). (2021). Datenreport 2021: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn. <https://www.gbv.de/dms/maecenata/1750939096.pdf>.
- Teglia, F., Angelini, M., Astolfi, L., Casolari, G. & Boffetta, P. (2022). Global Association of COVID-19 Pandemic Measures With Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncology*, 8(9), 1287-1293. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.2617>
- Theisen, S. (2021). Gruppenprophylaxe in der Pandemie. Warten auf den Re-Start. <https://www.zm-online.de/artikel/2021/2021-xxl-patienten-in-der-praxis-2021-xxl-patienten-in-der-praxis/warten-auf-den-re-start>, letzter Zugriff: 18.10.2022.
- Theiß, K., Simon, A., Graf, N. & Rohrer, T. (2021). Auswirkungen des Lockdowns während der ersten COVID-19-Welle auf 34 kinder- und jugendärztliche Praxen im Saarland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(4), 335-345. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01125-9>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1). <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- Till, M., Abu-Omar, K., Herbert-Maul, A., Fleuren, T., Reimers, A. K. & Ziemainz, H. (2022). Scaling Up Physical Activity Promotion Projects on the Community Level for Women in Difficult Life Situations and Older People: BIG-5 and GET-10-A Study Protocol. *Front Public Health*, 10, Artikel: 837982. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.837982>
- Tolksdorf, K., Buda, S. & Schilling, J. (2021). Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin*(37), 3-4. <https://doi.org/10.25646/8961>
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.a). Erklärung zur Barrierefreiheit. <https://www.npk-info.de/barrierefreiheit>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.b). NPK-Anwendungsbeispiele Gemeinschaftsverpflegung, Bewegungsförderung und Suchtprävention. <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-anwendungsbeispiele-gemeinschaftsverpflegung-bewegungsforderung-und-suchtpraevention>, letzter Zugriff: 31.01.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.c). NPK-Vorhaben zu den Themen Pflege und Psychische Gesundheit. <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-vorhaben-zu-den-themen-pflege-und-psychische-gesundheit>, letzter Zugriff: 07.03.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.). (o. D.a). Präventionsforum 2020: Dokumentation. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/3_praeventionsforum/Praeventionsforum_2020_Dokumentation.pdf.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.). (o. D.b). Präventionsforum 2021: Dokumentation. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/3_praeventionsforum/praeventionsforum_2021_Dokumentation.pdf.

- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.d). Qualitätsorientierte Bewegungsförderung. <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/qualitaetsorientierte-bewegungsfoerderung>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.e). Qualitätsorientierte Gemeinschaftsverpflegung. <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/qualitaetsorientierte-gemeinschaftsverpflegung>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (o. D.f). Übergreifendes Struktur- und Prozessziel. <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen/uebergreifendes-struktur-und-prozessziel>, letzter Zugriff: 06.03.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (2019). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. (2022). Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/umsetzung/pdf/praevention_gesundheits_sicherheits_und_teilhabefoerderung_in_lebenswelten_im_kontext_klimatischer_veraenderungen.pdf, letzter Zugriff: 08.02.2023.
- Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.). (2023). Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext - NPK-Handlungsrahmen für die Bundesebene. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/umsetzung/pdf/npk-handlungsrahmen_bundesebene_psychische_gesundheit_01.pdf.
- Turrell, G., Oldenburg, B., McGuffog, I. & Dent, R. (1999). Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda. Queensland University of Technology. https://eprints.qut.edu.au/585/1/turrell_health_inequalities.pdf.
- Umakanthan, S. & Lawrence, S. (2022). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in Germany: a cross-sectional, population-based study. *Postgraduate Medical Journal*, 98(1164), 756-764. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-141365>
- Univation. (2021). Evaluation des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt®: Executive Summary. https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2021/09/Executive_Summary_Qualitaetsiegels-Lebensort-Vielfalt_final_letzte-Anpassung.pdf, letzter Zugriff: 20.10.2022.
- Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Hrsg.). (2021). Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. https://www.berlin.de/sen/gesundheits_assets/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapier_praeventionsindikatoren_runde1.pdf.
- Unterberg, S. (2020). Arztbesuch vor Einschulung fällt wegen Corona vielerorts aus. <https://www.spiegel.de/panorama/bildung/corona-krise-einschulungsuntersuchungen-fallen-wegen-epidemie-vielerorts-aus-a-3b479c71-5540-4c5a-ace7-5c3d7ba21ffe>, letzter Zugriff: 15.02.2023.
- Vandevijvere, S. & Swinburn, B. (2015). Pilot test of the Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) to increase government actions for creating healthy food environments. *BMJ open*, 5(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006194>
- Verband der Ersatzkassen e. V. (2022). MEHR-WERT:PFLEGE. <https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/mehrwert-pflege.html>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022a). Vor Klimagefahren schützen, die Gesundheit fördern. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/vor-klimagefahren-schuetzen-die-gesundheit-foerdern/>, letzter Zugriff: 07.03.2023.

- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2022b). Was uns bewegt: Rechenschaftsbericht 2021/22. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Rechenschaftsbericht_21_22.pdf.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.). (2023). Prävention beim PKV-Verband: Wie wir gesunde Lebenswelten mitgestalten, letzter Zugriff: 08.03.2023.
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. (o. D.). Kompetenzzentren-Portal der VBG (KPZ-Portal). https://kpz-portal.vbg.de/kpz_portal/start, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. (2021). Das Forschungsprojekt der VBG: Agiles Arbeiten - flexibel, gesund, erfolgreich. <https://www.certo-portal.de/mitdenken4null/forschungsprojekt-agiles-arbeiten>, letzter Zugriff: 12.01.2023.
- Viola, T. W. & Nunes, M. L. (2022). Social and environmental effects of the COVID-19 pandemic on children. *Jornal de Pediatria*, 98, S4-S12. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.08.003>
- Voigts, G. (2020). Gestalten in Krisenzeiten: „Der Lockdown ist kein Knock-Down!“. https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/Bilderzentral/News-Presse-Veranstaltungen/2020/PDF/OKJA_in_Corona-Zeiten_Erste_Forschungsergebnisse_1.07.2020__finale_Fassung.pdf, letzter Zugriff: 18.10.2022.
- Vollbracht, M., Gorgels, S. & Hombücher, V. (2022). BeGX - Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege: Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund - 2022. Stand 09/2022 (BGW forschung). Hamburg. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Allgemein/Downloads/publikationen/2022_begx_berufsgesundheitsindex.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- Vollmer, J., Altmann, N., Huschik, G., Maday, C., Horn, A. & Jansen, E. (2022). Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI: Endbericht. Prognos AG; FH Münster University of Applied Sciences. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2022_Endbericht_Evaluation_praeventive_Leistungen_Pflegekassen__5_SGB_XI_final.pdf.
- W. K. Kellogg Foundation (Hrsg.). (2004). Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Battle Creek. <https://www.nj.gov/state/assets/pdf/ofbi/kellogg-foundation-logic-model-development-guide.pdf>.
- Wagle, F. (2020). Die Rolle des Hausarztes während der Corona-Pandemie. *Bayerisches Ärzteblatt*, 11.
- Wanek, V. & Schreiner-Kürten, K. (2021). Bedeutung und Rolle der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 139-158). Springer Berlin Heidelberg.
- Wessely, S., Ferrari, N., Friesen, D., Graudusius, M., Klaudius, M. & Joisten, C. (2022). Changes in Motor Performance and BMI of Primary School Children over Time-Influence of the COVID-19 Confinement and Social Burden. *Int J Environ Res Public Health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084565>
- Weyers, S., Götz, S. & Kreffter, K. (2022). Die Kindergartenuntersuchung: Eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w>
- Weyers, S. & Rigó, M. (2023). Child health and development in the course of the COVID-19 pandemic: are there social inequalities? *European journal of pediatrics*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04799-9>
- Witte, S. & Kindler, H. (2022). Kinderschutz in Zeiten von Corona - Informelle Angebote und niederschwellige ambulante Hilfen während der Pandemie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research*, 17(1), 57-71. <https://doi.org/10.3224/diskurs.v17i1.04>
- World Health Organization (Hrsg.). (2014). Health in all policies: Helsinki statement: Framework for country action. Genf. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/515645/retrieve>.
- World Health Organization. (2023). WHO European Healthy Cities Network. <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>, letzter Zugriff: 16.01.2023.
- World Health Organization (WHO) on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (2012). *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*. Copenhagen. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf.

- Wright, M. T., Block, M., Bethmann, A., Narimani, P. & Rott, E. (2017). Bestandsaufnahme über die bisherige Tätigkeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit: Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Projekt-nummer A03_2016. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/Bestandsaufnahme_Behinderung.pdf.
- Wuppermann, A., Stahn, G., Weinhold, I., Müller, M. (2022). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen während der Corona-Pandemie: Evidenz basierend auf Routinedaten. Halle. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Anl._4a_Sachbericht_ABCDEF-COOP-Teilprojekt_F.pdf.
- Yeşil, D. & Weingraber, S. (2021). Die Bedeutung von Covid-19 für die Arbeit von Fachkräften des Kinderschutzes – ein Ausblick auf Prävention und die intersektionale Ausrichtung von Beratungsstellen. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 24(1), 68-79. <https://doi.org/10.13109/kind.2021.24.1.68>
- Zeeb, H., Pohlabein, H., Preising, A., Schulz, B., Naczinsky, A. & Kolpatzik, K. (2022). Schlüsselqualifikation digitale Gesundheitskompetenz – empirische Daten aus Deutschland. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1-13). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_149-1
- Zeiher, J., Varnaccia, G., Jordan, S. & Lange, C. (2016). Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? Eine Literaturübersicht im Rahmen des Projekts „Bevölkerungswieites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindesalter“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(11), 1465-1475. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2441-5>
- ZEIT Online. (2022). Noch keine Schuleingangsuntersuchung für alle Grundschüler. <https://www.zeit.de/news/2022-08/05/noch-keine-schuleingangsuntersuchung-fuer-alle-grundschueler>, letzter Zugriff: 22.12.2022.
- ZM online. (2020). Neue DAJ-Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe. Prävention von Anfang an stärken – gerade in Zeiten von Corona. <https://www.zm-online.de/archiv/2020/18/politik/praevention-von-anfang-an-staerken-gerade-in-zeiten-von-corona>, letzter Zugriff: 17.11.2022.



Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe	DIFA	Digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz	DJI	Deutsches Jugendinstitut
ASD	Allgemeine Soziale Dienste	DNBGf	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz	DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ATP	AlltagsTrainingsProgramm	DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
AU	Arbeitsunfähigkeit	Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
AuF-Leben	Im Alter Aktiv und Fit Leben	EVW	Europäischer Verein für Wanderarbeiterfragen
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	FAU	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	GAR	Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes
BeGX	Berufsgesundheits-Index	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BeuGe	Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken	GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
BG BAU	Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft	GEniAL	Gemeinsam bewegen - gesund leben im Alter
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung	GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
BGHM	Berufsgenossenschaft Holz und Metall	GKV	gesetzliche Krankenversicherung
BGHW	Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik	GMK	Gesundheitsministerkonferenz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement	GPRS	Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
BGN	Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe	GRV	gesetzliche Rentenversicherung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	GuGesA	Gute gesunde Arbeit in der Pflege in Einrichtungen in M-V
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen	GUV	gesetzliche Unfallversicherung
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung	HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	HaLT	Hart am Limit
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	HiAP	Health in All Policies
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	IAG	Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	IFA	Institut für Arbeitsschutz der DGUV
BMI	Body-Mass-Index	iga	Initiative Gesundheit und Arbeit
BRE	Bundesrahmenempfehlungen	IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
BT-Drs	Bundestagsdrucksache	INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
BVÖGD	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	KAP	Konzentrierte Aktion Pflege
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
BZfE	Bundeszentrum für Ernährung	KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
COVIMO	COVID-19 Impfquoten-Monitoring	KJSG	Kinder- und Jugendstärkungsgesetz
DAH	Deutsche Aidshilfe	KKU	Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege	KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
DAS	Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel	KOMBINE	KOMmunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund	KpkE	Kinder psychisch und suchtkranker Eltern
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	KPZ-Portal	Kompetenzzentren-Portal der VBG
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health		

KW	Kalenderwoche	SPV	soziale Pflegeversicherung
LASI	Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik	SV	Sozialversicherung
LGK	Landesgesundheitskonferenz	SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	UAG	Unterarbeitsgruppe
LMB	Lübecker Modell Bewegungswelten	UV	Unfallversicherung
LRV	Landesrahmenvereinbarung	VBG	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
LVG	Landesvereinigungen für Gesundheit	vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
MD-Bund	Medizinischer Dienst Bund	VdK	Sozialverband VdK Deutschland e. V.
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
MEGA	Messdaten zur Exposition gegenüber Gefahrstoffen am Arbeitsplatz	VERBUND	VERBreitung UND kooperative Umsetzung kommunaler Bewegungsförderung
MEGAPHYS	Mehrstufige Gefährdungsanalyse physischer Belastungen am Arbeitsplatz	vhs	Volkshochschule
MGU	Messsystem Gefährdungsermittlung der Unfallversicherungsträger	VORTIV	Vor Ort Aktiv
MRI	Max Rubner-Institut	ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
NAK	Nationale Arbeitsschutzkonferenz	ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege
NPK	Nationale Präventionskonferenz		
NRI	Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten		
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen		
o. D.	ohne Datum		
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst		
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst		
OKJA	Offene Kinder- und Jugendarbeit		
OPG	Offensive Psychische Gesundheit		
PfleBeO	Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen		
PfleMeO	Pflegeeinrichtungen – Mental ermunternde Organisationen		
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.		
PriO-a	Prävention in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in Organisationen des ambulanten Pflege-Settings		
psyGA	psychische Gesundheit in der Arbeitswelt		
PuGiS e. V.	Verein für Prävention und Gesundheit im Saarland		
QPK	Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes		
RAG	Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung		
RKI	Robert Koch-Institut		
RV	Rentenversicherung		

Anhang

1	Charakterisierung der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege und Psychische Gesundheit	242
1.1	Charakterisierung der Zielgruppe beruflich Pflegende.....	242
1.2	Charakterisierung der Zielgruppe informell Pflegende (pflegende Angehörige).....	251
1.3	Charakterisierung der Zielgruppe pflegebedürftige Menschen.....	261
1.4	Charakterisierung der Zielgruppe Kinder psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern.....	273
2	Liste der Unterstützungsbeiträge	283
2.1	Unterstützungsbeiträge zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	283
2.2	Unterstützungsbeiträge zum Thema Psychische Gesundheit im familiären Kontext	294
3	Methodisches Vorgehen zur Analyse der Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben.....	304
4	Ausgabenentwicklung bei den gesetzlichen Krankenkassen von 2015 bis 2022	309
5	Lebenswelt- und soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie	310
5.1	Literaturrecherche.....	310
5.2	Interviewleitfaden	312

1 Charakterisierung der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege und Psychische Gesundheit

1.1 CHARAKTERISIERUNG DER ZIELGRUPPE BERUFLICH PFLEGENDE

– **Friederike A. Haaß, Freja Engemann, Ulrike Rösler**¹⁶⁶

Der Begriff „beruflich pflegende Menschen“ (nachfolgend „beruflich Pflegenden“) umfasst im Kontext des NPK-Vorhabens zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit Personen, die in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, (teil)stationären Pflegeeinrichtungen (Alten- und Pflegeheimen), Krankenhäusern oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Pflege arbeiten. Pflege umfasst dabei „die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker und sterbender Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“ (DBfK; International Council of Nurses).

Zu den Tätigkeiten beruflich Pflegenden gehören die körperbezogene Pflege und die Behandlungspflege (Schewior-Popp et al., 2020). Körperbezogene Pflege umfasst unter anderem Unterstützung bei der Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Zahnpflege), der Ernährung (z. B. Zubereitung von Nahrung, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) und der Mobilität (z. B. Unterstützung beim Aufstehen oder beim Wenden im Liegen). Zur Behandlungspflege gehören beispielsweise Injektionen, Wundmanagement sowie die Vorbereitung und Kontrolle von Arzneimittelgaben. Im Zuge der Pflegegestärkungsgesetze fand eine neue Akzentuierung in der Ausgestaltung pflegerischer Hilfen in der durch die soziale Pflegeversicherung finanzierten Langzeitpflege statt (Wingefeld & Büscher, 2017). Danach gehört es zur Tätigkeit beruflich Pflegenden, umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen zu leisten, Selbstständigkeit zu

erhalten und zu fördern sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen anzubieten.

Berufsabschlüsse in Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bereiten auf eine Tätigkeit in der Pflege vor. Seit 2020 werden diese Berufsabschlüsse in der generalistischen Ausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau zusammengefasst.¹⁶⁷ Abschlüsse in der Pflege können auch über ein grundständiges oder duales Studium, z. B. in Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft oder der erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) erworben werden. Weiterhin bereitet die Ausbildung zur Pflegehilfskraft auf eine Tätigkeit in der Pflege vor, wobei das Tätigkeitsfeld eingeschränkter ist (z. B. darf Behandlungspflege nur von Fachkräften durchgeführt werden).

Im Jahr 2021 gab es ca. 1,7 Millionen Pflegekräfte, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren; dies entspricht 29 % des gesamten Gesundheitspersonals (Bundesagentur für Arbeit, 2022; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2017). Der Anteil der Frauen unter den Pflegekräften liegt bei ca. 80 % (ebenda). Knapp die Hälfte der Pflegekräfte arbeiten in Teilzeit (im Vergleich zu durchschnittlich 29 % der Beschäftigten in anderen Berufen), wobei dies, wie im Durchschnitt für alle anderen Berufe, bei Frauen häufiger der Fall ist als bei Männern. Berücksichtigt man Teilzeitbeschäftigung, entsprechen die 1,7 Millionen Pflegekräfte ca. 1,2 Millionen Vollzeitäquivalenten (ebenda). Der Anteil ausländischer Pflegekräfte beträgt ca. 13 %, der Anteil der Pflegekräfte in einem Leiharbeitsverhältnis ca. 2 %. Beide Anteile liegen auf vergleichbarem Niveau zum Durchschnitt für alle Berufe (ebenda). In Bezug auf die Altersverteilung beruflich Pflegenden unterscheidet sich diese nur geringfügig vom Durchschnitt für alle Beschäftigten: Knapp zwei Drittel der beruflich Pflegenden sind jünger als 50 Jahre, im Vergleich zu 64 % aller Beschäftigten (ebenda). Die Arbeitsmarktsituation in der Pflege ist bereits seit mehreren Jahren von einem Fachkräftemangel gekennzeichnet: 100 bei der Agentur für Arbeit gemeldeten Stellen für Pflegefachkräfte standen zwischen 2011 und 2021 nur jeweils 30 bis 50 arbeitslose Pflegefachkräfte gegenüber. Bei Pflegehilfskräften überwiegt die Anzahl arbeitsloser Personen dagegen die der gemeldeten Stellen (ebenda).

¹⁶⁶ Hinweise zu den Autorinnen finden sich am Ende des Beitrags.

¹⁶⁷ Im dritten Jahr der Ausbildung kann gewählt werden, einen gesonderten Abschluss in Altenpflege oder in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erwerben. Bis Ende 2025 wird überprüft, ob für diese Abschlüsse weiterhin Bedarf besteht.

Krankenhäuser sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (Destatis, 2021). In Krankenhäusern waren im Jahr 2020 ca. 200.000 Ärztinnen und Ärzte sowie 1,1 Millionen nichtärztliche Personen tätig (Destatis, 2021). Zu letzteren gehören ca. 508.000 Pflegefachkräfte und 23.000 Pflegehilfskräfte (44 % bzw. 2 % des nichtärztlichen Personals).¹⁶⁸ Pflegefachkräfte in Krankenhäusern sind überwiegend im „Pflegedienst“, das heißt dem direkten Dienst am Krankenbett tätig (82 % der Pflegefachkräfte, ebenda). Sie stellen auch den größten Anteil der insgesamt im „Pflegedienst“ tätigen Personen (85 %). 15 % der Pflegefachkräfte in Krankenhäusern sind im „Funktionsdienst“ tätig (ebenda). Dazu zählen Operationsdienst, Anästhesie, Endoskopie sowie die Pflege in Notaufnahmen und in Ambulanzen. Im Vergleich zu allen Beschäftigten im „Funktionsdienst“, machen Pflegefachkräfte einen Anteil von 54 % aus. Das heißt im „Funktionsdienst“ sind zahlreiche weitere Berufsgruppen tätig, beispielsweise medizinische Fachangestellte, operationstechnische Assistenten und Heilmittelerbringer/-innen. Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern sind überwiegend im „Pflegedienst“ tätig (90 % der Pflegehilfskräfte); weitere 7 % der Pflegehilfskräfte arbeiten im „Funktionsdienst“ (ebenda). Bezogen auf alle Beschäftigten in diesen Bereichen machen sie allerdings nur einen kleinen Anteil aus (4 % bzw. 1 %). Wie beruflich Pflegende allgemein sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern überwiegend weiblich (84 % bzw. 79 %) und zu etwa der Hälfte in Teilzeit beschäftigt (49 % bzw. 40 %, ebenda).

In **Alten- und Pflegeheimen** werden pflegebedürftige Menschen vollstationär oder teilstationär versorgt. Das heißt, die pflegebedürftigen Menschen leben dauerhaft (Langzeitpflege) oder für mehrere Wochen (Kurzzeitpflege) in der Pflegeeinrichtung oder sie kommen tagsüber (Tagespflege) oder nachts (Nachtpflege) in die Pflegeeinrichtung. In Alten- und Pflegeheimen waren im Jahr 2019 ca. 800.000 Personen tätig (Destatis, 2020). Hiervon haben 31 % (247.000) einen Berufsabschluss als Pflegefachkraft und 9 % (70.000) als Pflegehilfskraft; weitere 9 % (72.000) haben einen „sonstigen pflegerischen Berufsabschluss“ (ebenda). Beschäftigte in Alten-

und Pflegeheimen können nach ihrem überwiegenden Tätigkeitsbereich der „körperbezogenen Pflege“ (62 % aller Beschäftigten), der „Hauswirtschaft/Hauswirtschaftstechnik“ (18 %), der „Betreuung“ (12 %), oder der „Verwaltung & Sonstiges“ (8 %) zugeordnet werden. 89 % der Pflegefachkräfte, 95 % der Pflegehilfskräfte und 43 % der Beschäftigten mit sonstigem pflegerischem Berufsabschluss gehören zum Tätigkeitsbereich „körperbezogene Pflege“. Dies entspricht 44 %, 13 % bzw. 6 % aller in der körperbezogenen Pflege tätigen Personen in Alten- und Pflegeheimen. Die übrigen in der körperbezogenen Pflege tätigen Personen haben einen sonstigen (nichtpflegerischen) Berufsabschluss (15 %), sind Auszubildende oder Schüler (11 %) oder haben keinen Berufsabschluss (10 %). Beruflich Pflegende arbeiten in der körperbezogenen Pflege folglich häufig mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Berufsgruppen zusammen. Einige Pflegefachkräfte in Alten- und Pflegeheimen übernehmen Führungsaufgaben (z. B. als Pflegedienstleitung oder in der Geschäftsführung), sodass 7 % von ihnen dem Tätigkeitsbereich „Verwaltung & Sonstiges“ zuzuordnen sind. Dies entspricht 27 % aller Beschäftigten in „Verwaltung & Sonstiges“. Wie beruflich Pflegende allgemein sind Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Beschäftigte mit sonstigem pflegerischem Abschluss in Alten- und Pflegeheimen überwiegend weiblich (83 %, 85 % bzw. 89 %). Pflegefachkräfte in Alten- und Pflegeheimen sind etwa zur Hälfte in Vollzeit beschäftigt, bei Pflegehilfskräften und Beschäftigten mit sonstigem pflegerischem Abschluss sind es nur 28 % bzw. 17 %.

Die pflegerische Versorgung durch **ambulante Pflege- und Betreuungsdienste** zeichnet sich dadurch aus, dass beruflich Pflegende als Gast in der Häuslichkeit einer pflegebedürftigen Person ihre Tätigkeit ausüben. Infolgedessen arbeiten sie häufig alleine und müssen teilweise große Wegstrecken zurücklegen. In ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten waren im Jahr 2019 ca. 422.000 Personen tätig (Destatis, 2020). Hiervon haben 45 % (188.000) einen Berufsabschluss als Pflegefachkraft und 9 % (37.000) als Pflegehilfskraft; weitere 6 % (26.000) haben einen „sonstigen pflegerischen Berufsabschluss“ (ebenda). Wie in Alten- und Pflegeheimen sind diese Beschäftigten überwiegend dem Tätigkeitsbereich „körperbezogene Pflege“ zuzuordnen (80 %, 92 % bzw. 77 %). Ebenfalls ähnlich zu Alten- und Pflegeheimen sind auch in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

¹⁶⁸ Aufgrund von Unterschieden in der Methodik der verwendeten Quellen, addieren sich die für die unterschiedlichen Einrichtungen aufgeführten Anzahlen von Pflegefach- und Pflegehilfskräften nicht zu den oben erwähnten 1,7 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräften auf. Die Angaben vermitteln dennoch einen Eindruck, wo beruflich Pflegende in den unterschiedlichen Einrichtungen tätig sind.

zahlreiche Berufsgruppen an der körperbezogenen Pflege beteiligt (53 % Pflegefachkräfte, 17 % sonstige (nicht-pflegerische) Berufe, 12 % Pflegehilfskräfte, 7 % sonstige pflegerische Berufe, 7 % ohne Berufsabschluss, 5 % Auszubildende und Schüler sowie 1 % hauswirtschaftliche Berufe). 18 % der Pflegefachkräfte in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten sind in „Verwaltung & Sonstiges“ tätig, überwiegend als Pflegedienstleitung. Damit stellen sie 55 % aller Beschäftigten in „Verwaltung & Sonstiges“. Die Funktion der Pflegedienstleitung wird fast ausschließlich von Pflegefachkräften übernommen. Der Anteil weiblicher Beschäftigter in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten beträgt bei Pflegefachkräften 84 %, bei Pflegehilfskräften 88 % und bei Personen mit sonstigem pflegerischem Berufsabschluss 90 %; der Anteil in Vollzeit Tätiger beträgt 39 %, 28 % bzw. 22 %.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung der Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, verbessert und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte geholfen werden soll und die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (Destatis, 2017). In Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen waren im Jahr 2020 insgesamt ca. 11.000 Ärztinnen und Ärzte sowie 108.000 nichtärztliche Personen tätig (Destatis, 2022). Von dem nichtärztlichen Personal waren ca. 28.000 Personen (26 %) im „Pflegedienst“ tätig (ebenda). Bei den im Pflegedienst von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätigen Personen handelt es sich überwiegend um Pflegefach- und Pflegehilfskräfte (Destatis, 2017). In anderen Funktionsbereichen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind kaum beruflich Pflegenden tätig. Aufgrund der relativ geringen Anzahl beruflich Pflegenden in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden sie nachfolgend nicht vertiefend behandelt. In einigen Auswertungen (beispielsweise des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) werden beruflich Pflegenden in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zusammengefasst betrachtet.

1.1.1 ARBEITSBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT

An beruflich Pflegenden werden in ihrer täglichen Arbeit verschiedene Arbeitsanforderungen gestellt. Diese können den Bereichen Arbeitsinhalt, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und soziale Beziehungen zugeordnet werden und sowohl mit körperlichen als auch psychischen Konsequenzen für die Beschäftigten verbunden sein (Melzer, 2020).

Die Arbeitsinhalte des pflegerischen Berufs sind dadurch geprägt, dass es sich um personenbezogene Dienstleistungen handelt, das heißt sie sind „[...] durch den Kontakt zwischen Dienstleister und Kunde gekennzeichnet. Es findet eine soziale Interaktion statt, um die Dienstleistung zu erbringen [...]“ (Koch, 2010). Diese Interaktion findet in der Regel mit kranken bzw. pflegebedürftigen Personen statt. Der Umgang mit Krankheit und auch Tod ist „unweigerlich mit dem Pflegeberuf verbunden“ (Rothgang et al., 2020). Das Miterleben von Leid und emotional belastenden Situationen gehört ebenso zur alltäglichen Arbeit in der Pflege wie das Eingehen auf Nöte und Ängste der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2019). Beruflich Pflegenden können auch Konflikten mit und Übergriffen durch gepflegte Personen oder deren Angehörigen ausgesetzt sein. Übergriffe gegenüber beruflich Pflegenden finden sich insbesondere bei der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich der Demenz und äußern sich in Beschimpfungen, Kneifen und Kratzen bis hin zum Schlagen, Bedrohen oder sexueller Belästigung. Solche Erfahrungen beeinträchtigen die betroffenen Personen meist langfristig (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [BGW], 2020). Emotional belastende Situationen als Teil des Arbeitsinhalts werden von beruflich Pflegenden im Vergleich zu Beschäftigten aus anderen Berufsgruppen fast dreimal häufiger (38 % zu 12 %) erlebt (Melzer, 2020). Die Arbeitsinhalte beruflich Pflegenden unterscheiden sich von anderen Berufsgruppen weiterhin darin, dass häufiger sich einseitig wiederholende Arbeitsgänge auftreten (58 % zu 41 %) und häufiger Vorgaben zu Mindestmenge/-leistung oder Zeit gemacht werden (44 % zu 26 %; ebenda).

Die Arbeitsumgebung beruflich Pflegenden ist im Vergleich zum Durchschnitt anderer Berufe durch hohe körperliche Anforderungen geprägt. 90 % der beruflich Pflegenden geben an, dass sie häufig im Stehen arbeiten (im Vergleich zu durchschnittlich 44 % in anderen Berufen), 64 % berichten von häufigem Tragen und Heben schwe-

rer Lasten (z. B. bei der Mobilisierung oder dem Transfer kranker oder pflegebedürftiger Menschen), im Vergleich zu durchschnittlich 15 % in sonstigen Berufen. Das Arbeiten in Zwangshaltungen (37 % zu 11 %) stellt bei beruflich Pflegenden ebenfalls eine hohe körperliche Belastung dar (Melzer, 2020). Beispielsweise erfordern das Anlegen von Thrombosestrümpfen oder die Unterstützung beim An- und Auskleiden häufig das Arbeiten in gebückter Haltung. Vorherrschende körperliche Belastungen bei der Arbeit führen allerdings nicht zwangsläufig zu Überlastungsempfindungen (Rothgang et al., 2020). Das häufige Arbeiten im Stehen oder in Zwangshaltungen wird von ca. einem Viertel der beruflich Pflegenden als Überforderung empfunden (ebenda). Das häufige Heben und Tragen schwerer Lasten wird dagegen von ca. der Hälfte der beruflich Pflegenden als Überforderung bewertet (ebenda). Im Vergleich zum Durchschnitt in anderen Berufen zeigt sich, dass beruflich Pflegende häufiger unzufrieden mit den körperlichen Arbeitsbedingungen in ihrem Beruf sind (ca. 45 % zu durchschnittlich 15 % in anderen Berufen; ebenda).

Die Arbeitsorganisation beruflich Pflegender ist durch die mit dem Pflegeberuf verbundene Schicht- und Wochenendarbeit sowie durch hohen Zeit- und Arbeitsdruck gekennzeichnet. 88 % der beruflich Pflegenden arbeiten mindestens einmal pro Monat am Wochenende im Vergleich zu durchschnittlich 34 % der Personen in anderen Berufen (Melzer, 2020). Häufig sehr schnell arbeiten zu müssen sowie starker Termin- und Leistungsdruck werden von beruflich Pflegenden im Vergleich zum Durchschnitt über Personen in anderen Berufen deutlich öfter angegeben (54 % zu 32 % und 68 % zu 50 %, ebenda). Neben dem Ausfall von Pausenzeiten (49 % zu 26 %) und dem (sehr) geringen Einfluss auf den Zeitpunkt von Pausen (46 % zu 29 %) stellt die betriebsbedingte (kurzfristige) Änderung von Arbeitszeiten (36 % zu 13 %) ebenfalls hohe Anforderungen an beruflich Pflegende. Eine Zunahme des Arbeitsdrucks in den letzten zwei Jahren (bezogen auf den Befragungszeitpunkt 2018) wird von 60 % der beruflich Pflegenden berichtet, wohingegen es 41 % in anderen Berufsgruppen sind (ebenda). Nicht alle Anforderungen im Rahmen der Arbeitsorganisation werden von beruflich Pflegenden als Überforderung empfunden. Von 40 bis 50 % der beruflich Pflegenden als überfordernd empfunden werden häufiger Termin- und Leistungsdruck und der Umstand, häufig sehr schnell arbeiten zu müssen (Rothgang et al., 2020). Während der COVID-19-Pandemie hat sich die Arbeitsintensität weiter erhöht bzw. verändert (z. B. durch Einarbeitung in und

Aufrechterhaltung von wechselnden Infektionsschutzmaßnahmen) und führte zu stärkerer Überforderung (Badura et al., 2021).

Im Bereich soziale Beziehungen zeigen sich im Vergleich zwischen beruflich Pflegenden und dem Durchschnitt für alle anderen Berufsgruppen kaum Unterschiede. Hilfe und Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen werden ähnlich häufig erfahren (81 % zu 79 %; (Melzer, 2020). Seltener, jedoch zu fast gleichen Anteilen, werden Lob und Anerkennung von direkten Vorgesetzten berichtet (33 % zu 32 %; ebenda). Signifikant weniger beruflich Pflegende geben jedoch an, Hilfe und Unterstützung von Vorgesetzten zu erhalten (49 % in Pflegeberufen zu durchschnittlich 59 % in anderen Berufen; ebenda).

Den hohen Anforderungen in der Pflege stehen auch einige mit der Pflegetätigkeit assoziierte **Ressourcen** gegenüber, die das Potenzial haben, hohe Belastungen im beruflichen Alltag auszugleichen (Rothgang et al., 2020). Die bereits erwähnten sozialen Beziehungen können z. B. auch als Ressource dienen. Weiterhin sehen beruflich Pflegende einen klaren Sinn in ihrer Arbeit (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2019) und über 90 % empfinden ihre Arbeit als wichtig (Melzer & Petersen, 2022). Ebenfalls positiv wirken die entgegengebrachte Wertschätzung und Dankbarkeit der gepflegten Person (Rothgang et al., 2020). Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf stellen einen weiteren positiven Faktor dar (ebenda). Die Pflegebranche bietet ähnlich gute Weiterbildungsmöglichkeiten wie andere Berufsgruppen im bundesweiten Durchschnitt (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2019). Gleiches gilt für die Beschäftigungssicherheit (ebenda).

Eine Vielzahl von Arbeitsbelastungen, wie das Arbeiten im Stehen oder das Erleben von emotional belastenden Situationen, werden von beruflich Pflegenden, die in den **Einrichtungsarten** ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, Alten- und Pflegeheime und Krankenhäuser¹⁶⁹ tätig sind, ähnlich oft berichtet (Melzer & Petersen, 2022). Allerdings lassen sich auch einige Arbeitsbelastungen feststellen, die vermehrt in bestimmten Einrichtungsarten auftreten.

Bei den Arbeitsinhalten zeigen sich zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten keine Unterschiede in Bezug auf sich einformig wiederholende Arbeitsgänge, emotional belastende Situationen oder das Empfinden der Arbeit als wichtig. In der ambulanten Pflege berich-

169 Einschließlich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

ten jedoch signifikant mehr beruflich Pflegende davon, häufig Vorgaben zu Mindestmenge/-leistung oder Zeit einhalten zu müssen, als beruflich Pflegende in Alten- und Pflegeheimen oder Krankenhäusern (60 % zu 37 % zu 49 %; ebenda).

In Bezug auf die Arbeitsumgebung hat die Tatsache der erhöhten Mobilität beruflich Pflegenden im ambulanten Bereich eine große Bedeutung. Sie sind häufiger Umwelteinflüssen wie Kälte, Hitze, Nässe und Zugluft ausgesetzt (33 % im ambulanten Bereich zu 19 % in Alten- und Pflegeheimen und 14 % in Krankenhäusern; ebenda). Deutlich weniger beruflich Pflegende in Krankenhäusern (30 %) geben an in Zwangshaltungen arbeiten zu müssen, im Vergleich zu beruflich Pflegenden in der ambulanten (45 %) und stationären Langzeitpflege (46 %; ebenda). In Bezug auf Arbeiten im Stehen und das Heben und Tragen schwerer Lasten gibt es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten.

In Bezug auf die Arbeitsorganisation zeigen sich in Krankenhäusern höhere Belastungen (ebenda). Im Vergleich zur ambulanten Pflege berichten mehr beruflich Pflegende in Krankenhäusern davon, sehr schnell arbeiten zu müssen, starkem Termin- oder Leistungsdruck ausgesetzt zu sein, Pausen nicht einhalten zu können, verschiedene Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten zu müssen und gestört oder unterbrochen zu werden. Auch von einer Zunahme des Arbeitsdrucks in den letzten zwei Jahren (bezogen auf den Befragungszeitpunkt 2018) wird in Krankenhäusern häufiger berichtet als in ambulanten Pflegediensten. In Alten- und Pflegeheimen sind diese Belastungen ähnlich ausgeprägt wie in der ambulanten Pflege, mit Ausnahme eines häufigeren Ausfallens von Pausen sowie mehr Störungen und Unterbrechungen.

Inwieweit die sozialen Beziehungen eine Ressource für die Gesundheit beruflich Pflegenden darstellen, unterscheidet sich zwischen den Einrichtungsarten (ebenda). Mehr beruflich Pflegende im ambulanten Bereich im Vergleich zu Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern erleben häufig Unterstützung und Hilfe von ihren Vorgesetzten (60 % zu 47 % zu 44 %). Auch Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte wird in der ambulanten Pflege häufiger genannt (40 % zu 30 % zu 28 %). Das Gefühl, Teil einer Gemeinschaft zu sein sowie gut mit Kolleginnen und Kollegen zusammenzuarbeiten, wird in den Einrichtungsarten gleich häufig berichtet (85-87 % bzw. 84-89 %). Allerdings erhalten mehr beruflich Pflegende in stationären Einrichtungen (86 % in Krankenhäusern und 80 % in Alten- und Pflegeheimen) Unterstützung

und Hilfe von Kolleginnen und Kollegen im Vergleich zu 71 % der beruflich Pflegenden im ambulanten Bereich. Dies ist aufgrund der Arbeitsbedingungen im ambulanten Bereich nachvollziehbar: Beruflich Pflegende im ambulanten Bereich führen die pflegerische Versorgung in der Regel allein und mit einer hohen Eigenverantwortung durch.

1.1.2 GESUNDHEITLICHE LAGE

Die zuvor beschriebenen arbeitsbezogenen Einflussfaktoren wirken sich auf die gesundheitliche Lage beruflich Pflegenden aus. Die Beanspruchungsfolgen zeigen sich beispielsweise in der Selbsteinschätzung der Gesundheit, dem Auftreten von Krankheiten sowie im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen schätzen beruflich Pflegende ihre **eigene Gesundheit** als weniger gut ein. Während 36 % der Angehörigen anderer Berufsgruppen ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ bezeichnen, sind es bei Altenpflegehilfskräften 22 %, bei Krankenpflegehilfskräften 24 %, bei Altenpflegefachkräften 27 % und bei Krankenpflegefachkräften 31 % (Rothgang et al., 2020). Zwischen beruflich Pflegenden in Pflegediensten, Pflegeheimen und Krankenhäusern gibt es bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit keine signifikanten Unterschiede (Melzer & Petersen, 2022).

Mit Blick auf die **körperliche Gesundheit** ist festzustellen, dass der Anteil der Personen mit mindestens drei Muskel-Skelett-Beschwerden bei beruflich Pflegenden fast doppelt so hoch ist wie im Durchschnitt für andere Berufsgruppen (55 % zu 29 %). Auch erleben beruflich Pflegende deutlich häufiger körperliche Erschöpfung (60 % zu 33 %; (Melzer, 2020). In Bezug auf die **psychische Gesundheit** geben 39 % der beruflich Pflegenden an, häufig an die Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit zu kommen, im Vergleich zu im Durchschnitt 16 % der Beschäftigten in anderen Berufen. Auch liegt der Anteil beruflich Pflegenden mit mindestens drei psychosomatischen Beschwerden bei 62 % und ist somit deutlich höher als bei Beschäftigten in anderen Berufsgruppen (40 %; (Melzer, 2020). Beruflich Pflegende berichten zudem häufiger von nächtlichen Schlafstörungen, emotionaler Erschöpfung, Niedergeschlagenheit sowie Nervosität oder Reizbarkeit als andere Berufsgruppen, wobei die Unterschiede weniger ausgeprägt sind. Zwischen beruflich Pflegenden in unterschiedlichen Einrichtungsarten zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich der genannten körperlichen und psychischen Beanspruchungsfolgen (Melzer & Petersen, 2022).

Beruflich Pflegende haben bereits seit vielen Jahren einen höheren **Krankenstand**¹⁷⁰ im Vergleich zum Durchschnitt für alle berufstätigen Menschen. Im Jahr 2018 betrug der Krankenstand bei beruflich Pflegenden 6,29 % im Vergleich zu 4,09 % im Durchschnitt für alle Berufe (Grobe & Steinmann, 2019)¹⁷¹. Dabei waren beruflich Pflegende sowohl häufiger als auch länger arbeitsunfähig im Vergleich zum Durchschnitt in anderen Berufen (im Durchschnitt 1,38 gegenüber 1,21 Arbeitsunfähigkeitsfälle und 22,9 gegenüber 14,9 Arbeitsunfähigkeitstage je Versicherungsjahr; Grobe & Steinmann, 2019). Wie auch im Durchschnitt für andere Berufe entfallen bei beruflich Pflegenden die meisten Fehltage auf Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische und Verhaltensstörungen (Grobe & Steinmann, 2019; Rothgang et al., 2020). Während die Anzahl von Fehltagen aufgrund von Atemwegserkrankungen bei beruflich Pflegenden leicht höher ist als der Durchschnitt für andere Berufsgruppen, haben beruflich Pflegende fast doppelt so viele Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ebenda). Der Unterschied zum Durchschnitt anderer Berufsgruppen ist für Altenpflegeberufe ausgeprägter als für Krankenpflegeberufe und für Hilfskräfte ausgeprägter als für Fachkräfte (ebenda). Die ICD-10-Diagnosen, die zur Begründung der meisten Arbeitsunfähigkeitstage dokumentiert werden, sind unter den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems Rückenschmerzen (M54), sonstige Bandscheibenschäden (M51) und Schulterschäden (M75); unter den psychischen und Verhaltensstörungen sind es depressive Episoden (F32), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie rezidivierende depressive Störungen (F33; ebenda).

In der Pflege und auch im Durchschnitt in anderen Berufen haben Frauen mehr Arbeitsunfähigkeitstage als Männer (Grobe & Steinmann, 2019). Bei beiden Geschlechtern sind Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychischen und Verhaltensstörungen in der Pflege besonders häufig. Auffällig ist, dass Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei weiblichen beruflich Pflegenden häufiger zu Fehltagen führen als psychische und Verhaltensstörungen; bei Frauen in anderen Berufen verhält es sich umgekehrt (ebenda).

1.1.3 PRÄVENTIONSBEDARFE UND -POTENZIALE

Wie die Ausführungen zu den arbeitsbezogenen Einflussfaktoren und der gesundheitlichen Lage zeigen, sind beruflich Pflegende hohen körperlichen und psychischen Anforderungen ausgesetzt und haben einen schlechteren Gesundheitszustand. Diese Ergebnisse spiegelt auch der Berufsgesundheits-Index (BeGX) Alten- und Krankenpflege (Vollbracht et al., 2022) wider. Er aggregiert Informationen zu Ressourcen (z. B. Weiterbildung, Einkommenszufriedenheit), Arbeitsbedingungen (z. B. Überstunden, Wechselarbeitszeit), Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (z. B. Arbeitsunfälle, Erwerbsminderungsrente) sowie Medien-Meinungsklima (Anerkennung) für Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege. Von 2013 bis 2019 zeigt der Index eine grundsätzlich positive Entwicklung, unter anderem getrieben durch eine wachsende Zufriedenheit mit dem Einkommen und weniger Sorgen vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Andere Komponenten des Index verschlechterten sich jedoch (z. B. Zufriedenheit mit der Arbeit in der Altenpflege, Arbeitsunfähigkeitstage) oder blieben stabil (z. B. Arbeitsunfälle, Erwerbsminderungsrente). Im Zuge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 sank der Index auf einen Wert leicht unter dem Niveau von 2013. Ursachen sind unter anderem deutlich mehr Verdachtsfälle für Berufskrankheiten, eine geringere Inanspruchnahme von Weiterbildungen und mehr Überstunden. In der Altenpflege nahm zudem die Zufriedenheit mit der Arbeit weiter deutlich ab. Auch andere Berichte geben einen ersten Einblick in die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. So erhöhte sich die Arbeitsintensität weiter, beispielsweise durch die Einarbeitung in und die Aufrechterhaltung von wechselnden Infektionsschutzmaßnahmen. Ebenso nahmen psychisch belastende Situationen aufgrund der mit COVID-19 verbundenen Unsicherheit (z. B.: Wie kann man sich selbst und andere schützen?) zu (Badura et al., 2021).

Ausgehend von den beschriebenen Arbeitsanforderungen und -ressourcen sowie der gesundheitlichen Lage beruflich Pflegenden ergeben sich Präventionsbedarfe und -potenziale insbesondere im Bereich der Arbeitsinhalte, der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation.

Bei den Arbeitsinhalten steht für beruflich Pflegende die **Belastung aufgrund emotionaler Inanspruchnahme** im Vordergrund: das Erleben stark berührender Ereignis-

170 „Der Krankenstand informiert über den Umfang der Krankmeldungen durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.“ (Statistisches Bundesamt (2020).

171 Ähnliche Ergebnisse berichten Badura et al. (2021).

nisse (Krankheit, Unfälle, Tod), ständiges Eingehen auf die Bedürfnisse anderer Menschen, permanentes Zeigen geforderter Emotionen unabhängig von eigenen Empfindungen und Bedrohung durch Gewalt durch andere Personen. Solche Arbeitsinhalte können zu kritischen Belastungen führen (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, 2018). Für den Umgang mit emotional belastenden Situationen können Möglichkeiten des kollegialen Austauschs, Supervisionsangebote und Fortbildungen hilfreich sein (Melzer & Petersen, 2022). Eine gesunde Konfliktkultur und mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten tragen ebenfalls dazu bei, emotional belastende Situationen zu bewältigen (Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2019). Der offene Umgang mit den Themen Gewalt, Scham und Ekel spielt ebenfalls eine wichtige Rolle (Kuhn & Herrmann, 2020).

Die Arbeitsumgebung beruflich Pflegender ist häufig durch **physische Belastungen** geprägt. Die Arbeit an bzw. mit kranken oder pflegebedürftigen Menschen erfordert häufiges und zum Teil langes Stehen, beispielsweise während Operationen. Weiterhin ist häufig eine gebückte oder hockende Haltung notwendig, beispielsweise bei der Körperpflege oder beim Anlegen von Thrombosestrümpfen. Auch kann der Bewegungsfreiraum eingeschränkt sein, beispielsweise in der ambulanten Pflege, die in der Häuslichkeit der versorgten Personen stattfindet (Georg Thieme Verlag, 2020). Eine weitere körperliche Belastung stellt das Heben und Tragen schwerer Lasten dar, insbesondere beim Transfer und der Mobilisierung kranker oder pflegebedürftiger Menschen. Den körperlichen Belastungen von beruflich Pflegenden durch Arbeiten im Stehen, Zwangshaltungen sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten kann beispielsweise durch Maßnahmen der Arbeitsorganisation (z. B. Transfer schwerer Personen möglichst zu zweit), Arbeitsrotationssysteme, striktes Pausenmanagement, Verbesserungen der Raumnutzung (z. B. Umstellen von Betten, Entfernung von Einrichtungsgegenständen) und den Einsatz technischer Hilfsmittel (z. B. Hebe- und Tragehilfen) entgegengewirkt werden (Hermann et al., 2009).

Die Arbeitsorganisation in der Pflege wirkt sich aufgrund der **Gestaltung der Arbeitszeit und der Arbeitsabläufe** belastend aus. In Bezug auf die Arbeitszeit können wechselnde oder lange Arbeitszeiten, ungünstig gestaltete Schichtarbeit, häufige Nachtarbeit, umfangreiche Überstunden, ein unzureichendes Pausenregime sowie Arbeit auf Abruf zu Überforderung führen (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, 2018). Bezüglich der Arbeitsabläufe können Zeitdruck und hohe

Arbeitsintensität, häufige Störungen oder Unterbrechungen sowie eine hohe Taktbindung für Überforderung ausschlaggebend sein (ebenda). Die genannten Eigenschaften von Arbeitszeit und Arbeitsabläufen treten bei beruflich Pflegenden vermehrt auf, da ihr Beruf meist mit Schichtarbeit und großer Verantwortung in Bezug auf die Gesundheit und das Leben anderer Menschen einhergeht. Zusätzlich führen anhaltende Personalengpässe bei Pflegefachkräften zu einer vermehrten Belastung des verbleibenden Personals, wodurch wiederum mehr Personen erkranken oder den Beruf verlassen und sich Personalengpässe weiter verschärfen. Den Belastungen durch Schichtarbeit kann unter anderem durch eine verlässliche Dienstplanung, die – soweit möglich – die Präferenzen des Personals berücksichtigt und auf eine gerechte Arbeitsteilung in Teams achtet, entgegengewirkt werden (Tisch & Brenscheidt, 2021). Kreative Lösungen für das Ausfallmanagement, wie etwa „Stand-by-Dienste“, können sowohl Belastungen durch Schichtarbeit als auch durch eine hohe Arbeitsintensität verringern (ebenda). Die Arbeitsintensität kann beispielsweise durch eine Um- und Neuverteilung von Verantwortlichkeiten beeinflusst werden. Besonders in der stationären Langzeitpflege finden diesbezüglich durch das ab 01.07.2023 geltende Personalbemessungsverfahren größere Veränderungen statt (Rothgang et al., 2020). Einen weiteren Beitrag kann eine gesunde Pausenorganisation leisten (Melzer & Wendsche, 2021).

Aufgrund von Wechselwirkungen zwischen den Belastungsfaktoren ist es notwendig, an mehreren Stellen anzusetzen. Als Grundlage dient die für Arbeitgebenden verpflichtende Gefährdungsbeurteilung. Förderlich ist es, wenn diese möglichst im Kontext eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gesehen wird (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2020). Weiterhin kommt der Einbeziehung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hoher Stellenwert zu. Sie kennen die Arbeitsabläufe und die damit verbundenen problematischen Aspekte (z. B. verdrehte Körperhaltung beim Heben) am besten und können Lösungsvorschläge entwickeln, die für sie umsetzbar sind. Insbesondere in der Langzeitpflege kann sich hier ein gewisses Spannungsfeld aufbauen, da die pflegerische Arbeit in einer Wohnumgebung (zu Hause oder im Pflegeheim) durchgeführt wird. Anpassungen, die aus Sicht des Personals sinnvoll sind, können den Vorstellungen der Bewohnerinnen und Bewohner widersprechen. Insofern sollten auch pflegebedürftige Personen einbezogen werden.

Die aufgezeigten Präventionsbedarfe und -potenziale beziehen sich auf die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegenden. Eine Herausforderung derzeit ist, dass sich die Rahmenbedingungen in der Pflege über längere Zeit zunehmend verschlechterten und die in den letzten Jahren unternommenen gesetzlichen und regulatorischen Weiterentwicklungen sowie Initiativen wie die Konzertierte Aktion Pflege¹⁷² erst beginnen Effekte zu zeigen bzw. durch die COVID-19-Pandemie in ihrer Umsetzung verzögert wurden. Insofern sind nicht nur einzelne beruflich Pflegenden und ihre Arbeitgebenden gefordert, sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege einzusetzen. Vielmehr ist es eine umfassende Aufgabe, sowohl die Rahmenbedingungen für beruflich Pflegenden als auch die konkreten Bedingungen in den Einrichtungen und Diensten zu verbessern.

Friederike A. Haaß & Freja Engelmann – IGES Institut
Ulrike Rösler – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Literaturverzeichnis

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H. & Meyer, M. (Hrsg.). (2021). Fehlzeiten-Report 2021: Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63722-7>
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). (2020, 1. August). Gewalt und Aggression in den Branchen der BGW: Forschungsergebnisse und Unfalldaten der BGW aus den Jahren 2015 bis 2019 (BGW forschung). Hamburg. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/20880/19d73780084fe3fe0918a1225f5d6c58/bgw-55-83-006-gewalt-aggression-in-bgw-branchen-data.pdf>.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (Mai 2022). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Nürnberg. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=13#:~:text=langfristig%20als%20auch%20w%C3%A4hrend%20der,gewachsen%20als%20die%20Besch%C3%A4ftigung%20insgesamt.&text=steigt%20der%20Anteil%20m%C3%A4nnlicher%20Pfleger%20als%20Teilzeitbesch%C3%A4ftigung%20ist%20weit%20verbreitet.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (November 2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): Arbeitsmedizinische Empfehlung. Ausschuss Arbeitsmedizin. Bonn. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a462-arbeitsmedizinische-empfehlung-betriebliches-gesundheitsmanagement.pdf;jsessionid=79CA45CF271945BB376E54633D7529EB.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=3#:~:text=Diese%20Arbeitsmedizinische%20Empfehlung%20\(AME\)%20enth%C3%A4lt,von%20Arbeit%20und%20Gesundheit%20ber%C3%BCcksichtigt](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a462-arbeitsmedizinische-empfehlung-betriebliches-gesundheitsmanagement.pdf;jsessionid=79CA45CF271945BB376E54633D7529EB.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=3#:~:text=Diese%20Arbeitsmedizinische%20Empfehlung%20(AME)%20enth%C3%A4lt,von%20Arbeit%20und%20Gesundheit%20ber%C3%BCcksichtigt).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>, letzter Zugriff: 04.10.2022.
- DBfK. Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. <https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK%5B1%5D.pdf>, letzter Zugriff: 23.12.2022.
- Georg Thieme Verlag (Hrsg.). (2020). I care. Pflege (2. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163255>
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg.). (2018). Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz: Arbeitsschutz gemeinsam anpacken. Für die Obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder und die Präventionsleitungen der Unfallversicherungsträger (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie). Berlin.
- Grobe, T. & Steinmann, S. (2019). Gesundheitsreport 2019: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg.
- Hermann, S., Caffier, G. & Fröse, D. (2009). Ergonomie in Krankenhaus und Klinik: Gute Praxis in der Rückenprävention. Dortmund.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.). (2019). Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Berlin.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di (Hrsg.). (2019). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege: So beurteilen die Beschäftigten die Lage: Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin.

172 Weitere Informationen zur Konzertierten Aktion Pflege können der Webseite „Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege“ (Bundesministerium für Gesundheit (2022) entnommen werden.

- International Council of Nurses. Nursing Definitions. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, letzter Zugriff: 23.12.2022.
- Koch, V. (2010). Einführung und Begriffsklärungen. In V. Koch (Hrsg.), Interaktionsarbeit bei produktbegleitenden Dienstleistungen (S. 1-17). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6011-5_1
- Kuhn, C. & Herrmann, T. (2020). Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen. Dresden.
- Melzer, M. (2020). Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegender. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden (S. 136-145). Dortmund.
- Melzer, M. & Petersen, J. (2022). Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege (baua: Fokus). Dortmund. <https://doi.org/10.21934/BAUA:FOKUS20220516>
- Melzer, M. & Wendsche, J. (2021). Pausen in der Pflege gut gestalten (baua: Praxis). Dortmund.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). BARMER Pflegereport 2020: Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Berlin.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (Hrsg.). (2020). Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in der Ausbildung (15. Auflage). Thieme. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1910576>.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2017). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Gesundheit Fachserie 12 Reihe 6.1.2). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2019. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2020, 2. Oktober). Krankenstand. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html>, letzter Zugriff: 04.10.2022.
- Statistisches Bundesamt. (2021). Grunddaten der Krankenhäuser (Gesundheit Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022). Ärztliches und Nichtärztliches Personal der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- Tisch, A. & Brenscheidt, F. (2021). Aktuelle gute Praxisbeispiele: Die richtige Strategie für den Pflegedienstplan. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), baua: Aktuell 4/21: Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (S. 5). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Vollbracht, M., Gorgels, S. & Hombücher, V. (2022). BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege: Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/begx-berufsgesundheits-index-alten-und-krankenpflege-76380>.
- Wingenfeld, K. & Büscher, A. (2017). Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bielefeld, Osnabrück.

1.2 CHARAKTERISIERUNG DER ZIELGRUPPE INFORMELL PFLEGENDE (PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

– Anne Starker, Nils Backhaus, Uwe Rose, Judith Fuchs¹⁷³

Informelle Pflege wird national, international und auch in wissenschaftlichen Studien unterschiedlich definiert (Tur-Sinai et al., 2020; United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2019). Als wesentliche Merkmale gelten dabei, dass informelle Pflege Teil einer unbezahlten, nicht vertraglich geregelten freiwilligen Arbeit außerhalb eines professionellen oder formalen Rahmens ist, die mindestens einmal wöchentlich geleistet wird und die Betreuung von Personen mit einer chronischen Krankheit, Behinderungen oder einem anderen lang anhaltenden gesundheitlichen, sozialen oder langfristigen Pflegebedarf betrifft (Tur-Sinai et al., 2020).

Kriterien für Pflegebedürftigkeit und für einen möglichen Anspruch auf Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung sind in Deutschland im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) „Soziale Pflegeversicherung“ definiert. Besteht ein Anspruch, können pflegebedürftige Menschen selbst darüber entscheiden, wie, von wem und wo sie gepflegt werden wollen, wobei unterschiedliche Formen bzw. Einrichtungen zur Verfügung stehen (ambulante Pflege, Pflegeheim, alternative Wohnformen). Die Wahl der Möglichkeit hängt dabei wohl von der Schwere der Pflegebedürftigkeit ab, aber auch von den Lebensumständen derjenigen, die die Pflege übernehmen möchten. Wenn sich Betroffene dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freundinnen und Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden, unterstützt das die Pflegeversicherung mit dem sogenannten Pflegegeld (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022).

Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, aber auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, müssen diese durch informell Pflegende organisieren und/oder durch selbst finanzierte professionelle Angebote. Informelle Pflege umfasst somit sowohl die Erbringung von Pflegeleistungen, die durch die Pflegeversicherung unterstützt wird, als auch die Pflege und/oder Unterstützung im Alltagsleben ohne eine Beteiligung der Pflegeversicherung. Informelle Pflege bezieht sich nicht zwingend auf Familienangehörige.

1.2.1 UMFANG DER INFORMELLEN PFLEGELEISTUNGEN

Informell Pflegende leisten in Deutschland einen Großteil der Pflegetätigkeit. So waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Dezember 2019 in Deutschland 4,13 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch SGB XI) pflegebedürftig. Dabei wurde die Mehrzahl der pflegebedürftigen Personen (80,2 %) zu Hause versorgt, und etwa die Hälfte (51,3 %) allein durch Angehörige (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Die informelle Pflege hat damit eine zentrale Rolle im deutschen Pflegesystem.

Pflege- und/oder Hilfebedarf ist altersunabhängig und Familie, Freundinnen und Freunde oder Bekannte der zu pflegenden Person können daher in verschiedenen Lebensphasen mit der Frage konfrontiert werden, ob sie informelle Pflege leisten wollen oder können. Den Pflegebedarf abzudecken, stellt für informell Pflegende eine Herausforderung dar. So sind beispielsweise von berufstätigen Personen die Anforderungen von Pflegeaufgaben, Beruf und Familie in Einklang zu bringen. Ältere informell Pflegende können selbst pflegebedürftig sein oder werden. Mit zunehmender Dauer und Umfang der informellen Pflegetätigkeit kann die informelle Pflegetätigkeit mit körperlichen und psychischen Belastungen und Beschwerden sowie mit erhöhtem Stress und sozialer Isolation verbunden sein (Nowossadeck et al., 2016; Pinquart & Sörensen, 2003). Dazu können negative finanzielle Folgen kommen, wenn beispielsweise kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht und die Pflege selbst finanziert werden muss oder wenn Erwerbstätigkeit eingeschränkt oder beendet werden muss, um informelle Pflege leisten zu können (UNECE, 2019).

1.2.2 DATENGRUNDLAGE

Im Folgenden wird ein Überblick über die gesundheitliche Lage und ihre Einflussfaktoren für die Gruppe der informelle Pflegeleistenden gegeben. Den Ausführungen liegen dabei aktuelle Daten aus Befragungen des Robert Koch-Instituts und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zugrunde. Es handelt sich um die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS), die am Robert Koch-Institut durchgeführt wurde, sowie die von der BAuA durchgeführte „BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021“ und die Studie „Mentale Gesundheit bei der Arbeit“ (S-MGA). Diese Da-

¹⁷³ Hinweise zu den Autorinnen und Autoren finden sich am Ende des Beitrags.

ten ermöglichen eine alters- und geschlechtsbezogene sowie nach weiteren Merkmalen, z. B. Umfang der Arbeitszeit, differenzierte Darstellung der gesundheitsbezogenen Risikofaktoren und Schutzfaktoren und der gesundheitlichen Lage (Beschwerden und Erkrankungen) informell Pflegenden. Darüber hinaus können Vergleiche zur gesundheitlichen Lage von informell Pflegenden und nicht-pflegenden Personen gezogen werden.

Die Inhalte der Befragung im Rahmen von GEDA 2019/2020-EHIS basieren auf der dritten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS; Allen et al., 2021). Bei GEDA 2019/2020-EHIS werden Angaben von 22.687 Personen im Alter ab 18 Jahren ausgewertet, die die Frage „Pflegen oder unterstützen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen, die an altersbedingten Beschwerden, chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit leiden?“ beantwortet haben und angegeben haben wie viele Stunden sie pro Woche pflegen oder unterstützen. Damit lassen sich Personen unterscheiden, die weniger als zehn Stunden pro Woche (weniger intensiv Pflegende), die zehn Stunden oder mehr pro Woche (intensiv Pflegende) oder keine informelle Pflege leisten. Außerdem werden Angaben zur Lebenssituation, zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten erhoben (Fuchs et al., 2023).

Aus der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 werden Angaben von 17.930 abhängig Beschäftigten im Alter von 18 bis 65 Jahren ausgewertet, die einer Erwerbstätigkeit von mindestens zehn Stunden pro Woche nachgehen und die Frage beantwortet haben „Wie häufig betreuen oder pflegen Sie ältere, behinderte oder langfristig erkrankte Personen aus Ihrem privaten Umfeld?“ (Häring et al., 2022). Hierbei werden Befragte unterschieden, die mindestens einmal wöchentlich informelle Pflege leisten, dies seltener (monatlich, seltener) oder gar nicht tun.

Die Studie „Mentale Gesundheit bei der Arbeit“ (S-MGA) umfasst sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Jahrgänge 1951 bis 1980. Die vorliegenden Daten stammen aus der Wiederholungsbefragung 2017 mit 2.288 Befragten im Alter von ca. 36 bis 65 Jahren, die Angaben dazu gemacht haben, ob sie jemanden in ihrem Haushalt pflegen (Backhaus & Rose, 2022; Schröder et al., 2015).

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die hier verwendeten Befragungen nicht primär auf informell Pflegende ausgerichtet sind, sondern die erwachsene Bevölkerung

bzw. Erwerbstätige im Fokus stehen. Bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage von Pflegenden anhand von Befragungsdaten kann es zudem zu Selektionseffekten oder Verzerrungen kommen. Demnach kann es sein, dass eher gesündere Personen informelle Pflege übernehmen und dass sie damit aufhören, wenn sich ihre Gesundheit verschlechtert (Fredman et al., 2015). Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass informell Pflegende, die starken Belastungen ausgesetzt sind, aus unterschiedlichen Gründen (z. B. zeitliche Engpässe) möglicherweise seltener an Gesundheitsbefragungen teilnehmen. Zudem sind die hier verwendeten Definitionen der informellen Pflege nicht spezifisch genug, um informell Pflegende mit einer hohen Pflegebelastung eindeutig von denjenigen zu unterscheiden, die Angehörige oder andere Personen informell pflegen und dabei von professionellen Diensten unterstützt werden und somit eine wesentlich geringere Pflegebelastung haben könnten.

Neben den hier präsentierten Ergebnissen widmen sich einige Krankenkassen schon seit längerer Zeit dem Thema Pflege in regelmäßig erscheinenden Pflegereporten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] et al., 2013; DAK-Gesundheit, 2021; Rothgang et al., 2020; WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK, 2022). Darin werden Herausforderungen rund um das Thema Pflege thematisiert sowie mögliche Lösungswege diskutiert. Im Fokus bisher erschienener Berichte standen vor allem die pflegebedürftigen Personen sowie die Qualität, Organisation und Finanzierung der Pflege, in Abständen aber auch die Situation informell Pflegenden. Über den Stand der pflegerischen Versorgung und die Entwicklung der Pflegeversicherung zu berichten, ist die Bundesregierung gemäß § 10 SGB XI verpflichtet. Im siebenten Pflegebericht (Berichtszeitraum 2016 bis 2019) wurde auch die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf thematisiert (BMG, 2021).

1.2.3 WER LEISTET INFORMELLE PFLEGE?

Insgesamt leisteten 21,7 % der Befragten von GEDA 2019/2020-EHIS mindestens einmal pro Woche informelle Pflege oder Unterstützung für eine oder mehrere Personen, wovon 15,2 % mindestens zehn Stunden pro Woche informelle Pflege leisten (intensiv Pflegende) und 6,5 % weniger als zehn Stunden pro Woche (weniger intensiv Pflegende). Frauen leisteten häufiger informelle Pflege (23,9 %) als Männer (19,3 %). Informelle Pflege wird am häufigsten von 45- bis 64-Jährigen geleistet: 32,7 % der Frauen und 24,7 % der Männer in diesem Alter gaben an, dass sie andere unterstützen oder pflegen.

Nach Ergebnissen der BAuA-Arbeitszeitbefragung übernehmen 10,8 % der Berufstätigen täglich oder mehrere Male in der Woche Pflegeaufgaben im privaten Umfeld, 17,3 % pflegen mehrere Male pro Monat oder weniger häufig. Auch bei den Berufstätigen pflegen Frauen häufiger (30,7 %) im Vergleich zu Männern (24,1 %) und Teilzeitbeschäftigte häufiger (30,7 %) als Vollzeitbeschäftigte (26,0 %) und auch hier sind es vor allem Beschäftigte im Alter von 45 bis 65 Jahren (18,9 %).

Insgesamt ist der Anteil von Teilzeitbeschäftigten bei Beschäftigten mit täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Pflegeaufgaben im privaten Umfeld deutlich größer (32,0 %) als bei Beschäftigten, die mehrere Male pro Monat oder seltener Pflegeaufgaben übernehmen (24,9 %) beziehungsweise nie pflegen (23,3 %).

1.2.4 GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN: RISIKOFAKTOREN

Verhaltensbedingte Risikofaktoren: Das Gesundheitsverhalten spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung oder Prävention negativer gesundheitlicher Folgen inklusive chronischer Krankheiten und vorzeitiger Sterblichkeit (Loef & Walach, 2012). Zu den Verhaltensweisen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken können, zählen z. B. der Verzicht auf Rauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, regelmäßige körperliche Aktivität, eine gesunde, pflanzenbasierte Ernährung und ein Körpergewicht im Normalbereich (World Health Organization, 2004). Studien konnten belegen, dass informelle Pflege Tätigkeit sowohl mit riskanterem als auch mit gesundheitsförderlichem Verhalten verbunden sein kann (Gottschalk et al., 2020). Im Zusammenhang mit informeller Pflege interessiert daher, ob und ggf. inwieweit sich intensiv Pflegenden bzw. weniger intensiv Pflegenden, in ihrem Gesundheitsverhalten von Nicht-Pflegenden unterscheiden. Dazu werden Verhaltensweisen betrachtet, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können: „aktuelles Rauchen“ (täglich oder gelegentlich), „riskanter Alkoholkonsum“ (> 10 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und > 12 g Reinalkohol pro Tag bei Männern), „körperliche Inaktivität“ (Nichteinhaltung der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für 2,5 Stunden aerobe Aktivität pro Woche sowie muskelstärkende Aktivitäten zweimal pro Woche), „nicht-täglicher Obst- und Gemüsekonsum“ und „Adipositas“ (Body-Mass-Index \geq 30 kg/m² auf der Grundlage von Selbstauskünften zu Körpergewicht und -größe).

Zwischen intensiv pflegenden und nicht-pflegenden Frauen gibt es nach den Ergebnissen von GEDA 2019/2020-EHIS in Bezug auf die ausgewählten Aspekte des Gesundheitsverhaltens keine signifikanten Unterschiede. Werden weniger intensiv pflegende Frauen mit nicht-pflegenden Frauen verglichen, zeigen sich signifikante Unterschiede dahingehend, dass weniger intensiv pflegende seltener körperlich inaktiv sind (72,1 % versus 77,2 %) und dass der Anteil, der nicht täglich Obst- und Gemüse konsumiert, bei ihnen geringer ist (52,0 % versus 55,9 %).

Bei Männern gibt es hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zwischen intensiv und nicht-pflegenden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Wie bei den Frauen unterscheiden sich weniger intensivpflegende und nicht-pflegende Männer signifikant bei der körperlichen Inaktivität (64,5 % versus 71,3 %) und bei dem nicht-täglichen Obst- und Gemüsekonsum (73,2 % versus 76,6 %).

1.2.5 GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN: SCHUTZFAKTOREN

Soziale Unterstützung umfasst soziale Leistungen der Hilfe und Unterstützung. Sie wird als wesentliche Ressource angesehen, herausfordernde und/oder belastende Situationen zu bewältigen und kann so dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten bzw. Krankheiten zu vermeiden (Badura, 1981). Soziale Unterstützung wird daher als wesentlicher präventiver Schutzfaktor für Pflegeleistende angesehen. Studien konnten belegen, dass informell Pflegenden, die sich gut sozial unterstützt fühlen, weniger psychisch belastet sind als diejenigen ohne soziale Unterstützung (Kunzler et al., 2018). Es wird aber betont, dass soziale Unterstützung auch negative Wirkungen hervorrufen kann, z. B. durch inadäquate Unterstützung oder einmischend-aufdrängendes Verhalten. Der Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde in GEDA mittels der OSLO-3-Skala erhoben (Dalgard, 1996) und in die Kategorien niedrig, mittel und hoch eingeteilt.

Nach den Ergebnissen von GEDA 2019/2020-EHIS ist eine mittlere oder hohe soziale Unterstützung bei weiblichen und männlichen weniger intensiv Pflegenden signifikant häufiger anzutreffen als bei Nicht-Pflegenden (Frauen: 89,8 % versus 84,7 %, Männer: 88,2 % versus 83,3 %). Zwischen intensiv Pflegenden und Nicht-Pflegenden wurden in Bezug auf die soziale Unterstützung keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Zeitliche Handlungsspielräume bei der Arbeit: Handlungsspielräume bei der Arbeit beschreiben, inwieweit Beschäftigte bei der Planung und Durchführung ihrer Tätigkeit über Autonomie und Entscheidungsfreiheit verfügen, z. B. im Hinblick auf die Arbeitsmittel, Arbeitsinhalte, aber auch hinsichtlich der zeitlichen Abfolge. Viele Studien konnten zeigen, dass große Handlungsspielräume bei der Arbeit für Beschäftigte einen Schutzfaktor darstellen und mit einer besseren Gesundheit und einem höheren Wohlbefinden einhergehen können (Rosen, 2016). Ein spezifischer Aspekt sind arbeitszeitliche Handlungsspielräume. Diese spiegeln sich in hohen Einflussmöglichkeiten von Beschäftigten auf ihre Arbeitszeitgestaltung wider. In der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 wurde der Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende, auf die Möglichkeit, ein paar Stunden oder ein paar Tage frei oder Urlaub zu nehmen, erfragt. Die Antwort erfolgte auf einer Skala von 1 („sehr wenig Einfluss“) bis 5 („sehr viel Einfluss“). Im Folgenden werden die Anteilswerte von Beschäftigten mit und ohne Pflegeaufgaben mit (sehr) viel Einfluss (4-5) in den verschiedenen Bereichen der Arbeitszeitgestaltung dargestellt.

Der Anteil von Beschäftigten mit viel Einfluss auf ihre Arbeitszeitgestaltung ist bei denjenigen mit Pflegeaufgaben geringer als bei Beschäftigten, die gar nicht im privaten Umfeld pflegen. So haben Beschäftigte, die täglich oder mehrmals pro Woche pflegen, etwas seltener Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende (43,2 %) als Beschäftigte, die nicht pflegen (46,3 %). Zudem können sie im Vergleich zu den Beschäftigten, die nie pflegen, seltener entscheiden, wann sie ein paar Stunden (48,3 % versus 53,5 %) oder einige Tage frei oder Urlaub nehmen (62,4 % versus 66,8 %). Dabei zeigen sich hinsichtlich des Geschlechts oder des Arbeitsumfangs (Teilzeit/Vollzeit) der Befragten keine Unterschiede.

Von den Vollzeitbeschäftigten wünschen sich mehr Befragte mit regelmäßigen Pflegeaufgaben eine kürzere Arbeitswoche (z. B. eine Viertageweche statt fünf Arbeitstage): Bei Vollzeitbeschäftigten mit täglichen oder wöchentlichen Pflegeaufgaben im privaten Umfeld möchten 55,4 %, bei monatlichen bzw. weniger häufigen Pflegeaufgaben 55,3 % ihre Arbeitstage pro Woche reduzieren. Bei Beschäftigten ohne Pflegeaufgaben sind es 50,1 %.

Vereinbarung zu Homeoffice/Telearbeit: Die Arbeit von zu Hause (z. B. Telearbeit oder Homeoffice) hat vor allem während der COVID-19-Pandemie stark zugenommen und ist für viele Betriebe und Beschäftigte auch zukünftig von wachsender Bedeutung (Backhaus et al., 2020).

Die Arbeit von zu Hause verringert Pendelzeiten für Beschäftigte und ermöglicht eine größere zeitliche Flexibilität beziehungsweise Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (Backhaus et al., 2021). Auch für Beschäftigte mit Pflegeaufgaben bietet die Arbeit von zu Hause somit Vorteile, da sie die Pflegeaufgaben im privaten Bereich besser mit beruflichen Anforderungen verknüpfen können (Bellmann et al., 2021). In der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 wurden Beschäftigte nach einer Vereinbarung mit dem Arbeitgeber zu Telearbeit oder Homeoffice gefragt beziehungsweise ob sie ohne eine Vereinbarung von zu Hause arbeiten.

Beschäftigte, die täglich oder mehrmals wöchentlich Pflegeaufgaben im privaten Umfeld ausüben, berichten deutlich seltener von Vereinbarungen zu Telearbeit oder Homeoffice (23,3 %) als Beschäftigte, die nur mehrere Male pro Monat (35,3 %) oder weniger oft bzw. nie (32,9 %) im privaten Umfeld pflegen. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nur unwesentlich voneinander.

Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld scheinen dabei etwas häufiger Berufe oder Tätigkeiten auszuüben, die eine Arbeit von zu Hause ausschließen: Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld geben häufiger an, dass ihre Arbeitsaufgaben die Arbeit von zu Hause nicht zulassen (39,6 %). Bei Beschäftigten, die keine Pflegeaufgaben im privaten Umfeld haben, berichten dies nur 35,9 %. Dafür geben Beschäftigte mit täglichen oder wöchentlichen Pflegeaufgaben (26,1 %) sowie monatlichen bzw. weniger häufigen Pflegeaufgaben (24,3 %) etwas häufiger an, dass sie ohne eine Vereinbarung von zu Hause arbeiten als Beschäftigte ohne Pflegeverantwortung im privaten Umfeld (20,2 %).

1.2.6 GESUNDHEITLICHE LAGE: WAHrgENOMMENE BEANSPRUCHUNG

In den Arbeitswissenschaften werden die verschiedenen, von außen einwirkenden physischen oder psychischen Anforderungen, die mit Tätigkeiten verbunden sind, als Belastungen bezeichnet, in deren Folge Beanspruchung entsteht. Unter Beanspruchung werden physische und/oder psychische Reaktionen des Menschen auf die von außen einwirkenden Belastungen verstanden, die individuell unterschiedlich sein können und zu unterschiedlichen Beanspruchungsfolgen, z. B. bei der psychischen Gesundheit führen können (Kunz, o. D.). In der Studie zur mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA) wurde

die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit unter anderem durch Fragen zur emotionalen Erschöpfung und zum Verhältnis von Arbeit und Privatleben erfasst.

Emotionale Erschöpfung: Zum Bereich der emotionalen Erschöpfung wurden acht Fragen aus der Erschöpfungsskala des Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) gestellt (Demerouti, 1999). Dabei zeigte sich, dass die Erschöpfungswerte der pflegenden Frauen und Männer insbesondere in der Altersgruppe von 51 bis 65 gegenüber den Nicht-Pflegenden erhöht waren; dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Work-Privacy-Konflikt: Die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben wurde über eine Skala aus drei Fragen zum Work-Privacy-Konflikt erfasst, einem Befragungsinstrument aus Dänemark, das ins Deutsche übertragen und modifiziert wurde (Nübling et al., 2005): Die Befragten werden um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die Arbeit und der damit verbundene Zeitaufwand es schwierig machen, den familiären oder privaten Verpflichtungen nachzukommen. Aus den Antwortmöglichkeiten von 1 bis 5 wird ein Mittelwert gebildet, anhand dessen die Hälfte der Befragten mit eher stärkeren Work-Privacy-Konflikten der anderen Hälfte mit eher niedrigen Konflikten gegenübergestellt wird. Dabei zeigt sich, dass bei Frauen unter 50 Jahren mit privaten Pflegeaufgaben der Anteil mit eher stärkeren Work-Privacy-Konflikten mit 71 % besonders hoch ist. Aber auch ältere Frauen (63 %) und Männer (53 %) scheinen durch eine private Pflegeaufgabe eher Konflikte zu erleben.

Pflege, Teilzeit, Erschöpfung und Work-Privacy-Konflikt: In weiteren Analysen wurde neben dem Zusammenhang zwischen häuslicher Pflege, Erschöpfung und dem Konflikt zwischen Arbeit und Privatem zusätzlich die Unterscheidung von Vollzeit- und Teilzeittätigkeit betrachtet: Dabei zeigt sich nur bei Frauen, dass Teilzeitbeschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld signifikant niedrigere Erschöpfungswerte und weniger Konflikte zwischen Arbeit und Privatem angeben als Vollzeitbeschäftigte mit Pflegeaufgaben.

1.2.7 GESUNDHEITLICHE LAGE: BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN

Dass informelle Pflege mit körperlichen und psychischen Belastungen und Beschwerden verbunden sein kann, ist in verschiedener Studien, auch aus Deutschland, belegt worden (Nowossadeck et al., 2016; Wetzstein et al., 2016). So gehören Heben und Tragen in der Pflege zu den typischen Tätigkeiten, in deren Folge Rücken- oder

Gelenkschmerzen auftreten können. Häufig kommt es durch die Pflege auch zu psychischen Belastungsfaktoren, wie Stress, Trauer, soziale Isolation, Überforderung oder Hilflosigkeit, aus denen heraus sich eine Depression entwickeln kann.

In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zur Erfassung des Gesundheitszustandes das Minimum European Health Module (MEHM) eingesetzt (Cox B. et al., 2009), das den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand („Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ [sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht]), das Vorliegen chronischer Krankheiten oder eines seit mindestens sechs Monaten bestehenden Gesundheitsproblems (ja, nein) und die gesundheitsbezogenen Aktivitätseinschränkungen umfasst. Letztere wurde mit der Frage erfasst: „Sind Sie aufgrund eines Gesundheitsproblems in Aktivitäten eingeschränkt, die Menschen normalerweise ausüben?“ (stark eingeschränkt, eingeschränkt, aber nicht stark, überhaupt nicht eingeschränkt). Teilnehmende mit Einschränkungen wurden zusätzlich gefragt: „Sind Sie seit mindestens sechs Monaten eingeschränkt?“ (ja, nein). Darüber hinaus wurde die Prävalenz von Rückenbeschwerden oder anderen chronischen Rückenproblemen in den letzten zwölf Monaten und das Vorliegen depressiver Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen anhand der deutschen Version des 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8; Cut-off $\geq 10/24$) bestimmt (Kroenke K., Strine T. W., Spitzer R. L., 2009). Auch in der BAuA-Arbeitszeitbefragung wurde der subjektive Gesundheitszustand anhand einer fünfstufigen Skala erfasst.

Gesundheitszustand: In GEDA 2019/2020-EHIS schätzen intensiv pflegende Männer ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht ein als Nicht-Pflegende (44,0 % versus 28,0 %). Weniger intensiv pflegende Männer schätzen ihren Gesundheitszustand dagegen signifikant seltener als mittelmäßig bis sehr schlecht ein als Nicht-Pflegende (25,3 % versus 28,0 %). Bei den Frauen zeigt sich nur zwischen wenig intensiv Pflegenden und Nicht-Pflegenden ein signifikanter Unterschied bei der Einschätzung eines mittelmäßig/schlecht/sehr schlechten Gesundheitszustands (28,6 % versus 31,4 %).

Ähnliches zeigt sich in den Ergebnissen der BAuA-Arbeitszeitbefragung: Beschäftigte, die täglich bzw. mehrere Male pro Woche pflegen, haben insgesamt etwas häufiger einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand (38,9 %) im Vergleich zu Beschäftigten, die mehrere Male pro Monat oder weniger oft (32,7 %)

bzw. nie pflegen (28,3 %). Diese Unterschiede zeigen sich bei Männern und Frauen, wobei sie bei Frauen stärker ausgeprägt sind, sowie bei Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten. Berücksichtigt werden muss dabei, dass Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld im Schnitt etwas älter sind. Betrachtet man beispielsweise nur die Beschäftigten in der Altersgruppe ab 45 Jahren, so berichten 40,2 % mit täglichen oder wöchentlichen Pflegeaufgaben einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand. Dieser Anteil ist deutlich größer als bei Beschäftigten mit monatlichen Pflegeaufgaben (35,8 %) und bei Beschäftigten ohne Pflegeaufgaben (33,9 %) in der Altersgruppe ab 45 Jahren.

Einschränkungen durch Krankheit bei Aktivitäten des täglichen Lebens: Intensiv pflegende Männer berichten im Vergleich zu Nicht-Pflegenden signifikant häufiger über gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (47,7 % versus 30,0 %). Bei den Frauen findet sich dieser Unterschied nicht. Im Vergleich von weniger intensiv Pflegenden zu Nicht-Pflegenden zeigen sich bei den gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten keine signifikanten Unterschiede bei den Männern, aber bei den Frauen (33,0 % versus 35,6 %).

Vorliegen chronischer Krankheiten: Intensiv pflegende Männer berichten signifikant häufiger über chronische Krankheiten als nicht-pflegende Männer (58,8 % versus 45,5 %). Dieser Unterschied zeigt sich bei den Frauen nicht. Im Vergleich von weniger intensiv Pflegenden zu Nicht-Pflegenden zeigen sich bei Männern und Frauen dabei keine Unterschiede.

Depressive Symptomatik: Es zeigen sich zwischen Pflegenden (egal in welchem Umfang Pflege geleistet wird) und Nicht-Pflegenden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Symptomatik.

Rückenschmerzen: Intensiv pflegende Frauen und Männer berichten signifikant häufiger über Rückenbeschwerden oder andere chronische Rückenprobleme als Nicht-Pflegende (Frauen: 43,0 % versus 32,4 %, Männer: 41,8 % versus 28,7 %). In die gleiche Richtung weisen die Unterschiede zwischen weniger intensiv Pflegenden und Nicht-Pflegenden, allerdings sind diese Unterschiede nicht signifikant.

1.2.8 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIENERGEBNISSE ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE VON INFORMELL PFLEGELEISTENDEN

Die Studienergebnisse belegen, dass in Deutschland ein nicht unerheblicher Anteil der Menschen informelle Pflege leistet. Bei den Frauen ist dieser Anteil deutlich höher als bei den Männern. Informelle Pflege wird am häufigsten von Personen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren geleistet. Das trifft auch auf Erwerbstätige zu, und bei Teilzeitbeschäftigten häufiger als bei Vollzeitbeschäftigten.

Hinsichtlich der betrachteten Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens bestehen zwischen intensiv Pflegenden und Nicht-Pflegenden keine signifikanten Unterschiede. Wenig intensiv Pflegende zeigen jedoch bei der körperlichen Aktivität und der Ernährung ein günstigeres Gesundheitsverhalten als Nicht-Pflegende.

Bei den Schutzfaktoren zeigt sich ein gemischtes Bild: Bei der sozialen Unterstützung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen intensiv Pflegenden und Nicht-Pflegenden. Allerdings ist bei wenig intensiv Pflegenden der Anteil derer, die soziale Unterstützung erfahren, größer als bei Nicht-Pflegenden. Beschäftigte mit Pflegeaufgaben haben weniger Einfluss auf ihre Arbeitszeitgestaltung als diejenigen ohne Pflegeaufgaben und sie berichten seltener von Vereinbarungen zu Telearbeit oder Homeoffice. Viele Vollzeitbeschäftigte mit regelmäßigen Pflegeaufgaben wünschen sich aber beispielsweise eine kürzere Arbeitswoche.

Bei der wahrgenommenen Beanspruchung zeigt sich, dass Beschäftigte, die neben ihrer Erwerbstätigkeit im privaten Umfeld Pflegeaufgaben erbringen, oft zusätzlich belastet sind. Sie berichten über Erschöpfung und Konflikte mit der Work-Life-Balance.

Werden Beschwerden und Erkrankungen betrachtet, berichten Personen mit Pflegeaufgaben über einen schlechteren Gesundheitszustand als Nicht-Pflegende. Intensiv Pflegende leiden häufiger an Rückenschmerzen als diejenigen, die weniger oder keine Pflege leisten. Einschränkungen durch Krankheit bei Aktivitäten des täglichen Lebens und chronische Krankheiten werden vor allem von intensiv pflegenden Männern berichtet. Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens depressiver Symptome zeigen sich nicht.

1.2.9 PRÄVENTIONSBEDARFE UND -POTENZIALE

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben eine Einschätzung hinsichtlich möglicher Präventionspotenziale und Präventionsbedarfe informell Pflegender. Damit sind einerseits Möglichkeiten gemeint, verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens sowie die Lebensverhältnisse und Rahmenbedingungen zu verbessern (Präventionspotenziale), und andererseits Möglichkeiten, der wahrgenommenen Beanspruchung und den berichteten Beschwerden und Erkrankungen (Präventionsbedarfe) durch Gesundheitsförderung und Prävention zu begegnen.

Informell Pflegende zeigen anhand der vorliegenden Ergebnisse Risiken und Belastungen sowie Beschwerden und Erkrankungen in unterschiedlichem Maße. Diese können unmittelbar mit der Pfl egetätigkeit zusammenhängen, z. B. auftretende Rückenschmerzen durch Aufgaben wie Heben und Tragen. Die Pfl egetätigkeit kann sich aber auch auf andere Bereiche des Lebens auswirken, z. B. auf die Vereinbarkeit von Pflege, Berufstätigkeit und sozialen Kontakten/Familie.

Daher sind Maßnahmen zur Förderung bzw. zum Erhalt der Gesundheit, die vor allem im pflegerischen oder im beruflichen Umfeld der informell Pflegenden ansetzen, erfolgversprechend. Im Umfeld der Pflege ist Unterstützung durch Beratung und konkrete Anleitung hilfreich. Wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, besteht gemäß SGB XI Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a) sowie kostenlose Pflegekurse und Pflegeschulungen (§ 45). Damit werden Informationen darüber bereitgestellt, welche Unterstützungs- und Pflegeleistungen im Pflegefall zur Verfügung stehen sowie praktische Wissensgrundlagen der Pflege vermittelt, z. B. zum rückschonenden Heben und Tragen. Das Angebot an Beratungs-, Schulungs- und Anleitungangeboten ist vielfältig. Hier ist wichtig, dass sich informell Pflegende niederschwellig über Leistungsansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten sowie zur Vorbeugung von Gesundheitsproblemen informieren können (Eggert, Kossatz & Sulmann, 2018; Eggert, Storch & Sulmann, 2018). Dazu zählen Pflegestützpunkte, Fachstellen für pflegende Angehörige aber auch konkrete Präventionsangebote wie die der gesetzlichen Unfallkassen, die für den Unfallversicherungsschutz von pflegenden Angehörigen zuständig sind. Eine Möglichkeit, Wissen und Erfahrungen auszutauschen, Probleme zu besprechen und psychosoziale Unterstützung zu erhalten, sind Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige. Die Krankenkassen

und ihre Verbände fördern gemäß § 20h SGB V gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen.

Auch im beruflichen Umfeld können Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützt werden, um die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegeverantwortung zu gewährleisten, aber auch um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2014). So können z. B. durch ein gezieltes betriebliches Gesundheitsmanagement die Rahmenbedingungen für berufstätige Pflegende verbessert und krankheitsbedingte Ausfälle reduziert werden.

Dabei könnte bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung das Thema Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege zukünftig stärker in den Blick genommen werden. Hier könnten die Krankenkassen unterstützen, da sie Programme zur Gesundheitsförderung in Betrieben anbieten.

Zur Anpassung der Rahmenbedingungen und zur Unterstützung von Beschäftigten mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld ist die Arbeitszeitgestaltung ein wesentliches Instrument. Viele pflegende Angehörige – insbesondere Frauen mit regelmäßigen, das heißt täglichen oder wöchentlichen Pfl egetätigkeiten – arbeiten häufiger in Teilzeit (Backhaus & Rose, 2022). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und drohender Altersarmut aufgrund von Teilzeitbeschäftigung besteht ein Potenzial in der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung und Erwerbsquote, z. B. durch gezielte arbeitszeitpolitische Instrumente wie die Brückenteilzeit, die eine Rückkehr in Vollzeit oder eine flexible Aufstockung der Arbeitszeit ermöglichen. Auch eine Pflege- oder Familienpflegezeit mit Einkommensersatzleistungen könnten unterstützend wirken. Außerdem können zeit- und ortsflexibles Arbeiten die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeaufgaben erhöhen (Bellmann et al., 2021; Samtleben et al., 2020). Flexible Arbeitszeitmodelle, die darauf abzielen, die zeitlichen Handlungsspielräume von Beschäftigten zu vergrößern, sind häufig auch in rigiden Arbeitszeitregimen möglich (Garde et al., 2012). Ortsflexible Arbeitsmodelle, ggf. auch für Teilaufgaben oder Aufgabenbereiche, könnten Beschäftigte ebenfalls entlasten. Die Geschlechterunterschiede bei der Pflege von Angehörigen im privaten Umfeld zeigen, dass erwerbstätige Frauen häufiger und in größerem Stundenumfang pflegen als erwerbstätige Männer, was auf traditionelle Rollen hinweist, ähnlich wie bei der Betreuung minderjähriger Kinder oder der Hausarbeit (Ehrlich et al., 2022). Dies führt für Frauen

häufig zu Verdiensteinbußen bzw. zum Teil zu geringen Altersrenten (Ehrlich et al., 2020). Gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf wie flexible Teilzeitmodelle werden zudem oftmals nicht genutzt. Mögliche Gründe sind ein komplizierter Beantragungsprozess, hohe Lohnneinbußen und eine mangelnde Kenntnis vorhandener Maßnahmen (Ehrlich et al., 2022).

Der Anteil an Beschäftigten mit Pflegeaufgaben wird zukünftig weiter zunehmen, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels, einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen und auch dem Mangel an Pflegekräften (Eggert et al., 2021). Daher ist auch der Ausbau der Betreuungsinfrastruktur wichtig, um Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld zu entlasten (Ehrlich et al., 2022).

Um die nötige Unterstützung zielgerichtet anbieten zu können, ist es erforderlich, die Erbringung informeller Pflegeleistungen sowie die Situation informell Pfleger, die immer auch Einfluss auf ihre Gesundheit haben kann, noch besser zu erforschen (UNECE, 2019).

Anne Starker - Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Nils Backhaus - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gruppe 1.1 „Arbeitszeit und Flexibilisierung“

Uwe Rose - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gruppe 3.2 „Psychische Belastung und Mentale Gesundheit“

Judith Fuchs - Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Literaturverzeichnis

- Allen, J., Born, S., Damerow, S., Kuhnert, R., Lemcke, J., Müller, A., Weihrauch, T. & Wetzstein, M. (2021). Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 72-87. <https://doi.org/10.25646/8558>
- Backhaus, N. & Rose, U. (2022). Beschäftigte mit Pflegeaufgaben im privaten Umfeld: Verbreitung und psychische Gesundheit (baua: Fakten). Dortmund. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). <https://doi.org/10.21934/BAUA:FAKTEN20220701>

- Backhaus, N., Tisch, A. & Beermann, B. (2021). Telearbeit, Homeoffice und Mobiles Arbeiten: Chancen, Herausforderungen und Gestaltungsaspekte aus Sicht des Arbeitsschutzes (baua: Fokus). Dortmund. <https://doi.org/10.21934/BAUA:FOKUS20210505>
- Backhaus, N., Tisch, A., Kagerl, C. & Pohlan, L. (2020). Arbeit von zuhause in der Corona-Krise: Wie geht es weiter? (baua: Bericht kompakt). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). <https://doi.org/10.21934/baua:berichtkompakt20201123>
- Badura, B. (Hrsg.). (1981). Edition Suhrkamp. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Suhrkamp.
- Bellmann, L., Gleiser, P., Hensgen, S., Kagerl, C., Kleifgen, E., Kohaut, S., Leber, U., Möller, I., Moritz, M., Roth, D., Stegmaier, J. & Umkehrer, M. (2021). Die Mehrzahl der Betriebe hat schon vor der Corona-Krise Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeboten. IAB-Forum. <https://www.iab-forum.de/die-mehrzahl-der-betriebe-hat-schon-vor-der-corona-krise-massnahmen-zur-besseren-vereinbarkeit-von-familie-und-beruf-angeboten/>, letzter Zugriff: 27.09.2022.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände & Deutscher Gewerkschaftsbund. (2013). Gemeinsame Erklärung psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Bonn. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a-449-gemeinsame-erklaerung-psychische-gesundheit-arbeitswelt.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95460/57709478e693073497840bd915f39df2/vereinbarkeit-von-beruf-und-pflege-data.pdf>.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021). Siebter Pflegebericht: Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 2016-2019. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf.

- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Pflegegeld. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegeld.html>, letzter Zugriff: 10.10.2022.
- Cox B., van Oyen H. & Cambois E. (2009). The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal Of Public Health*(54(2), 55-60. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-7104-y>
- DAK-Gesundheit (Hrsg.). (2021). Pflegereport 2021: Junge Menschen und Pflege (Beiträge zur Gesundheit-ökonomie und Versorgungsforschung Nr. 35). Hamburg/Freiburg. <https://www.dak.de/dak/download/dak-pflegereport-2021-pdf-2501882.pdf>.
- Dalgard, O. S. (1996). Community health profile as tool for psychiatric prevention. In D. R. Trent & C. Reed (Hrsg.), *Promotion of mental health*. Aldershot.
- Demerouti, E. (1999). Burnout. Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten. Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Eggert, S., Kossatz, N. & Sulmann, D. (2018). ZQP-ANALYSE Prävention von Gesundheitsproblemen - Fokus häusliche Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pr%C3%A4vention.pdf.
- Eggert, S., Storch, L. & Sulmann, D. (2018). ZQP-ANALYSE Perspektive informell Pflegenden auf ihre Pflegesituation. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pflegereform.pdf.
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A. & Gellert, P. (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In *Pflege-Report 2021* (S. 59-69). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_4
- Ehrlich, U., Kelle, N. & Bünning, M. (2022). Pflege und Erwerbsarbeit: Was ändert sich für Frauen und Männer in der Corona-Pandemie? (DZA Aktuell Nr. 02/2022). Berlin. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA-Aktuell_02_2022_Pflege-und-Erwerbsarbeit.pdf.
- Ehrlich, U., Minkus, L. & Hess, M. (2020). Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- Fredman, L., Lyons, J. G., Cauley, J. A., Hochberg, M. & Applebaum, K. M. (2015). The Relationship Between Caregiving and Mortality After Accounting for Time-Varying Caregiver Status and Addressing the Healthy Caregiver Hypothesis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(9). <https://doi.org/10.1093/gerona/glv009>
- Fuchs, J., Gaertner, B., Rommel, A [Alexander] & Starke, A. (2023). Informal caregivers in Germany - who are they and which risks and resources do they have? *Front Public Health*, 11, 1058517. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1058517>
- Garde, A. H., Albertsen, K., Nabe-Nielsen, K., Carneiro, I. G., Skotte, J., Hansen, S. M., Lund, H., Hvid, H. & Hansen, Å. M. (2012). Implementation of self-rostering (the PRIO-project): effects on working hours, recovery, and health. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 38(4), 314-326. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3306>
- Gottschalk, S., König, H.-H. & Brettschneider, C. (2020). The association between informal caregiving and behavioral risk factors: a cross-sectional study. *International Journal Of Public Health*, 65(6), 911-921. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01402-6>
- Häring, A., Schütz, H., Kleudgen, M., Nold, J., Vieten, L., Entgelmeier, I. & Backhaus, N. (2022). Methodenbericht und Fragebogen zur BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 (baua: Bericht). Dortmund/Berlin/Dresden. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2508.pdf?__blob=publicationFile&v=8. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20220918>
- Kroenke K., Spitzer R. L. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*(114(1-3), 163-173.
- Kunz, T. (o. D.). *Arbeitsprogramm Psyche: Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung. Miteinander und systematisch für gute Arbeitsgestaltung bei psychischer Belastung: Belastungs- und Beanspruchungsmodell*.
- Kunzler, A., Skoluda, N. & Nater, U. (2018). Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten - eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren [The Role of Resilience Factors in Informal Caregivers of Dementia Patients - A Review on Selected Factors]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 68(1), 10-21. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118652>
- Loef, M. & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 55(3), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
- Nowossadeck, S., Engstler, H. & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige (report Altersdaten Heft 1/2016)*. Berlin. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Report_Altersdaten/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf.

- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Fb 1058 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden. <https://www.copsoq-network.org/assets/Uploads/BUCH-coposq-dt-baua-2005-Fb1058.pdf>.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 18(2). <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Rosen, P. H. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Aufgabenvariabilität (baua: Bericht). Dortmund/Berlin/Dresden. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20160713/1b>
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). BARMER Pflegereport 2020: Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Berlin.
- Samtleben, C., Lott, Y. & Müller, K.-U. (2020). Auswirkungen der Ort-Zeit-Flexibilisierung von Erwerbsarbeit auf informelle Sorgearbeit im Zuge der Digitalisierung: Expertise für den Dritten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. <https://www.dritter-gleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/102.1/3/be94fc.pdf>.
- Schröder, H., Schiel, S., Schulz, S. & Kleudgen, M. (2015). Mentale Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA): Methodenbericht zur Repräsentativverhebung an Erwerbstätigen in Deutschland. Dortmund/Berlin/Dresden. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2250.pdf?__blob=publicationFile&v=6.
- Statistisches Bundesamt. (2022). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=8EF57FE78443D0C54CE40258CDB9C577.live742#fussnote-1-96978>, letzter Zugriff: 04.10.2022.
- Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A [A.], Hlebec, V. & Lamura, G. (2020). How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>
- United Nations Economic Commission for Europe. (2019). Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 22). https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/German/ECE-WG1-31-GER.pdf.
- Wetzstein, M., Rommel, A [A.] & Lange, C. (2016). Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst (GBE Kompakt Nr. 3). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-018>
- WIdO - Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.). (2022). Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_plegereport2022_full_07_2022.pdf.

1.3 CHARAKTERISIERUNG DER ZIELGRUPPE PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN

– Grit Braeseke, Freja Engelmann, Nina Lingott¹⁷⁴

Der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ ist in Deutschland im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) definiert. Demnach sind Personen, die „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“, pflegebedürftig (§ 14 SGB XI). Es muss sich um Personen handeln, die dauerhaft bzw. voraussichtlich für mindestens sechs Monate körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig bewältigen können. Ob und in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird nach Antragstellung der Versicherten im Auftrag der Pflegekassen mittels einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ermittelt. Eigens geschulte Gutachterinnen und Gutachter bewerten den Grad der Selbstständigkeit einer Person entlang von sechs Modulen (z. B. Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten). Durch das eigens entwickelte Begutachtungsassessment wird im Ergebnis ggf. ein Pflegegrad (1 bis 5) ermittelt. Er drückt den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten aus und damit, wie stark eine Person in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt und somit auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Aus dem Pflegegrad resultiert der Umfang des Anspruchs auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Diese ist, anders als die gesetzliche Krankenversicherung, als Teilleistungssystem konzipiert, das heißt sie soll die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen und somit wird der pflegebedingte Mehraufwand der Leistungsbezieher/-innen nur bis zu einem je nach Pflegegrad festgelegten Höchstbetrag finanziert.

In 2019 waren in Deutschland 4,1 Millionen Personen pflegebedürftig. Dies sind ca. 5 % der Bevölkerung. Am häufigsten ist mit 1,8 Millionen Betroffenen (43 % aller pflegebedürftigen Menschen) der Pflegegrad 2 vertreten („erhebliche Beeinträchtigungen“), dicht gefolgt vom Pflegegrad 3 („schwere Beeinträchtigungen“) mit 1,2 Millionen Personen (29 %). Etwa 20 % der pflegebedürftigen Personen (814.000) haben „schwerste Beeinträchtigungen“ (Pflegegrade 4 und 5). Während im ambulanten Setting die Pflegegrade 2 und 3 am häufigsten vorkommen, sind es im stationären Setting die Pflegegrade 3 und 4 (Braeseke et al., 2020). Personen mit Pflegegrad 1

haben keinen Anspruch auf Pflegegeld oder Sachleistungen. Sie erhalten lediglich den sogenannten Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich, der vorwiegend für ausschließlich landesrechtlich anerkannte Leistungsanbieter eingesetzt wird. Lediglich 2 % werden vollstationär versorgt.

Pflegebedürftige Menschen waren mehrheitlich über 80 Jahre alt (55 %). 25,1 % waren in der Altersgruppe 65 bis 80 Jahre, 15,9 % befanden sich im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre) und 3,9 % der pflegebedürftigen Menschen waren Kinder und Jugendliche (0 bis 14 Jahre) (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2020).

Die altersspezifische Prävalenz von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI beschreibt den Anteil der pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe. Bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahre beträgt diese 1,4 % und bei Personen im erwerbsfähigen Alter 1 %. Ab dem Alter von 65 Jahren steigen die Pflegeprävalenzen in jeder Altersgruppe deutlich an (65 bis 70 Jahre: 3,0 %). In der Altersgruppe 81 bis 85 Jahre sind bereits ein Viertel pflegebedürftig (26,4 %), Die Quote steigt auf fast die Hälfte bei den 85 bis 90-Jährigen (49,4 %) und ab 91 Jahren sind es sogar 76,3 % (Destatis, 2020). Frauen sind in allen Altersgruppen deutlich häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer (2,5 Millionen, 62 %; (Jacobs et al., 2017; Zimmermann et al., 2022)). Die Entwicklung der Rate der Personen, die innerhalb eines Jahres erstmalig pflegebedürftig werden (Inzidenz), wird sowohl von der demografischen Alterung (bis 2008 war dies die maßgebliche Ursache für den Fallzahlenanstieg von ca. 2,5 % pro Jahr) als auch von Gesetzesänderungen im Rahmen der Pflegereformen beeinflusst. Seit 2008 lag der durchschnittliche jährliche Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen bei rund 5 % (Böhm et al., 2009; Rothgang & Müller, 2021).

Nur 19,8 % der pflegebedürftigen Menschen lebten 2019 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Der Großteil pflegebedürftiger Personen (80,2 %) wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt, allein von pflegenden Angehörigen unterstützt (64 %) und erhält Versicherungsleistungen in Form von Pflegegeld. Etwas mehr als ein Drittel der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen nimmt ambulante Sachleistungen, teilweise kombiniert mit Geldleistungen, in Anspruch (36 %; (Destatis, 2020)). Diese Hauptleistungen für zu Hause versorgte Personen

¹⁷⁴ Hinweise zu den Autorinnen finden sich am Ende des Beitrags.

mit Pflegebedarf können mit einer Tages- und Nachtpflege sowie einer Kurzzeit- und Verhinderungspflege ergänzt werden (Jacobs et al., 2020).

1.3.1 GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN

Die Einflussfaktoren auf das Entstehen von Pflegebedürftigkeit sind bislang noch nicht umfassend untersucht. Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind im höheren Lebensalter die Hauptauslöser für funktionale Beeinträchtigungen und Hilfebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit wird in erster Linie verursacht durch Krankheitsfolgen, die die Mobilität älterer Menschen beeinträchtigen und/oder kognitive Einschränkungen nach sich ziehen (Menning & Hoffmann, 2009). Zu diesen Krankheiten zählen Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis, Frakturen, Rückenprobleme), Asthma, Diabetes und Demenz (ebenda).

Aus Längsschnittdaten von Hajek et al. (2017) lässt sich entnehmen, dass neben dem höheren Alter das Auftreten einer Demenz oder von Beeinträchtigungen im Gehen (erschwertes Gehen, Gehunfähigkeit) die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit beträchtlich erhöhen. Einen deutlich geringeren Einfluss hatten der Familienstand, die Wohnsituation, Sehbeeinträchtigungen und Depressionen. Schwerhörigkeit hatte keinen signifikanten Einfluss (Hajek et al., 2017). Aus anderen Studien ging hervor, dass auch Schlaganfall, eine Krebserkrankung, Multimorbidität, Harninkontinenz und ein schlechtes subjektives Gesundheitsempfinden signifikant mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind – weitere (soziale) Risikofaktoren sind eine niedrige berufliche Stellung und ein geringes Einkommen (Blüher & Schnitzer, 2015; Geyer et al., 2021; Zimmermann et al., 2022).

Obwohl bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI auf „gesundheitslich bedingte“ Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit abgestellt wird, lässt sich somit allein anhand des Vorhandenseins von Erkrankungen bis hin zu Multimorbidität in höheren Altersgruppen nicht ohne Weiteres auf Pflegebedürftigkeit schließen. So verfügen zwei Drittel der Personen mit zwei bis vier Erkrankungen über eine gute funktionale Gesundheit und auch bei fünf und mehr Erkrankungen sind es immer noch knapp 40 % (Wolff et al., 2017). Fast zwei Drittel der Hochaltrigen ab 80 Jahren haben keinen Pflegebedarf (Zimmermann et al., 2022).

Die Zusammenhänge bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit wurden von Fried et al. (2001) in dem „Frailty“-Konzept beschrieben. Frailty (Gebrechlichkeit) ist ein eigenständiges klinisches Syndrom, das physische, psychische und soziale Faktoren beinhaltet sowie subjektive Sichtweisen und Umweltfaktoren einbezieht. Sind drei oder mehr der folgenden Kriterien bei Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter erfüllt, liegt ein Frailty-Syndrom vor:

- herabgesetzte körperliche Aktivität,
- Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung,
- subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch),
- objektivierte Muskelschwäche (gemessen als Greifkraft),
- unfreiwilliger Gewichtsverlust von über 10 % in einem Jahr.

Weitere Indikatoren sind Einschränkungen der Sehfähigkeit und kognitive Beeinträchtigungen. Vom Pre-Frailty-Syndrom spricht man, wenn nur ein oder zwei der fünf Faktoren erfüllt werden.

Der Kreislauf der Gebrechlichkeit beginnt in der Regel mit einem alters- oder krankheitsbedingten Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie). Dieser geht mit verringerter Muskelkraft und Leistungsfähigkeit einher, was schließlich zu funktionellen Beeinträchtigungen (insbesondere der Mobilität) und eingeschränkten Aktivitäten führt. Eine Fehl- oder Mangelernährung verstärkt diesen Prozess und bewirkt den weiteren Verlust von Muskelmasse. Die herabgesetzte Muskelkraft ist häufig das erste Anzeichen der Entwicklung von Frailty; es folgen Schwäche und verlangsamte Gehgeschwindigkeit. Präventionsmaßnahmen sollten daher möglichst dann ergriffen werden, wenn sich eines dieser Merkmale zeigt, und nicht erst bei Gewichtsverlust und/oder Erschöpfung.

Das Frailty-Syndrom ist mit einer höheren Mortalität sowie mit einem erhöhten Risiko für negative Gesundheitsereignisse, wie z. B. Krankenhauseinweisungen, Sturzereignisse sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, verbunden und geht insofern meist der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit voraus. Selbst Ereignisse, wie ein grippaler Infekt oder eine Änderung in der Medikation können bei Personen mit Frailty zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen (Nolting et al., 2017). Allerdings ist Frailty, auch am Lebensende, kein unumkehrbarer Prozess. Durch geeignete Interventionsmaßnahmen kann die Negativspirale unterbrochen werden (Xue, 2011 zitiert

bei Nolting et al., 2017). Epidemiologische Längsschnittstudien haben gezeigt, dass ältere Menschen innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten teilweise mehrfach zwischen den drei Frailty-Phänotypen nach Fried (non-frail, pre-frail, frail) wechseln können, wobei ein Drittel der beobachteten Wechsel von einem höheren zu einem niedrigeren Stadium führten (Gill et al., 2006 zitiert bei Xue, 2011).

Nolting et al. (2017) haben Frailty anhand von Routinedaten der Krankenkassen operationalisiert und empirisch den Zusammenhang zwischen vier Frailty-Stufen (keine Frailty [0], milde Frailty [1], moderate [2] oder schwere Frailty [3]) und, vor der Umstellung auf Pflegegrade, den Stufen der Pflegebedürftigkeit (0 bis 3) ermittelt. Dabei zeigte sich, dass Personen ohne und mit milder Frailty (Frailty 0 und 1) sehr selten eine Pflegestufe aufweisen. Versicherte mit Pflegestufe zeigen durchgehend Frailty-Grade 2 und 3, wobei die Pflegestufe 3 in der Regel mit Frailty 3 assoziiert ist. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass internationale Erkenntnisse zur Prävention von Frailty auch auf die Gruppe der Pflegebedürftigen angewendet werden können (Nolting et al., 2017).

Mangelnde körperliche Aktivität fördert das Auftreten von chronischen Erkrankungen und trägt bei älteren Menschen maßgeblich zu funktionalen Gesundheitseinbußen sowie schließlich zum Auftreten von Pflegebedürftigkeit bei. Ebenso haben depressive Symptome einen negativen Einfluss auf die funktionale Gesundheit.

1.3.2 GESUNDHEITLICHE LAGE

Auf Basis der im Rahmen der Berliner-Initiative-Studie (2009 bis 2013) untersuchten Kohorte von Frauen und Männern ab 70 Jahren in Berlin (2.069 Personen, Altersdurchschnitt 82 Jahre) wurde die gesundheitliche Lage von Älteren mit Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu jenen ohne Unterstützungsbedarf untersucht (Blüher & Schnitzer, 2015). Von den insgesamt 1.699 in der zweiten Welle (2011 bis 2013) untersuchten Personen waren 19 % (321 Personen) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Im Vergleich zu älteren Menschen ohne Pflegebedarf

- haben pflegebedürftige Menschen häufiger Niereninsuffizienz (60 % versus 38 %), Diabetes (27 % versus 21 %), Schlaganfall (19 % versus 8 %), Krebs (33 % versus 24 %) und Herzinfarkt (18 % versus 13 %),
- können 47 % der pflegebedürftigen Menschen den Mobilitätstest (Timed-up-and-Go) nicht in 20 Minuten absolvieren (bei Personen ohne Pflegebedarf waren es 8 %),

- ist bei pflegebedürftigen Menschen die Prävalenz von Sturzereignissen (21 % versus 9 %) und
- von kognitiven Einschränkungen (24,3 % versus 7 %) höher.

Auch die Einschätzung der subjektiven Gesundheit fällt bei pflegebedürftigen Menschen signifikant schlechter aus: 29 % beurteilen ihre Gesundheit als (sehr) schlecht (Personen ohne Pflegebedarf nur zu 8,4 %; Blüher & Schnitzer, 2015). Auch psychischer Stress bei pflegenden Angehörigen stellt einen (mittelbaren) Risikofaktor dar, der mit höheren Wahrscheinlichkeiten für stationäre Pflege assoziiert ist (Tesch-Römer & Kuhlmeier, 2021).

Weitere Hinweise zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Pflegebedürftigkeit gehen aus den Daten der Begutachtungen der Medizinischen Dienste hervor. Die Pflegebegutachtung dient entweder der erstmaligen Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Erstbegutachtung) oder wird anlassbezogen bei deutlichen Veränderungen des Unterstützungsbedarfs durchgeführt (Wiederholungsbegutachtung). Hinsichtlich der jeweils von den Gutachterinnen und Gutachtern dokumentierten zugrunde liegenden Erkrankungen bei Personen mit Pflegebedarf steht die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen an erster Stelle (22 %), gefolgt von geriatrischen Symptomen (Mobilitätsstörungen, Senilität etc., 20 %), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (16 %) und des Kreislaufsystems (14 %). Die häufigsten Einzeldiagnosen, die zusammen ein Viertel aller Fälle ausmachen, sind Demenz und Störungen der Mobilität (Braeseke et al., 2020). Weiterhin zählen Herzinsuffizienz, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und der Hirninfarkt zu den zehn häufigsten Erkrankungen bei Personen mit Pflegebedürftigkeit (Blüher et al., 2021).

Die Häufigkeit bestimmter Diagnosen oder geriatrischer Merkmalskomplexe im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit variiert nach Altersgruppen und je nachdem, ob erstmalig Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde (Inzidenz) oder ob diese bereits seit einiger Zeit besteht. Rothgang et al. (2013) analysierten Routinedaten der Pflegekassen in Verknüpfung mit Routinedaten der Krankenkassen zur akutstationären und zur ambulanten ärztlichen Behandlung. Im Ergebnis lassen sich daraus Erkenntnisse zur Verteilung der Morbiditätsmerkmale zum Zeitpunkt der Pflegeinzidenz, zum Risiko eines Pflegeeintritts bei Vorliegen der Morbiditätsmerkmale und zur Verteilung der Diagnosen im weiteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit gewinnen (Rothgang et al., 2013), die nachfolgend kurz dargestellt werden.

Ambulant versorgte Personen, die 2012 erstmals pflegebedürftig wurden, verfügten über alle Altersgruppen hinweg häufig über ein erhöhtes Komplikationsrisiko, wie es unter anderem nach einer Operation, einer Fraktur oder infolge verzögerter Rekonvaleszenz und bei Dialysepflicht vorliegen kann. Weiterhin traten Krebs und Exsikkose (Flüssigkeitsmangel) auf sowie jeweils in der jüngsten und ältesten Altersgruppe starke Seh- und Hörbehinderungen (vgl. Tabelle 20, mittlere Spalte).

Im Vergleich dazu traten bei Pflegebedürftigen, die 2012 mindestens im zweiten Monat pflegebedürftig waren (fortdauernde Pflegebedürftigkeit, rechte Spalte) in den jüngeren Kohorten Lähmungen unter den häufigsten Beeinträchtigungen auf; bei den 60- bis 74-Jährigen kamen Depressionen und Angststörungen hinzu und in der Gruppe der Hochaltrigen (> 85 Jahre) Schlaganfälle. Dagegen traten Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt nicht mehr in den drei ersten Rängen auf – was auf den Einfluss der pflegerischen Versorgung hindeuten kann.

Tabelle 20: Häufigste Diagnosen/Merkmale bei erstmaliger und fortdauernder Pflegebedürftigkeit und ambulanter Versorgung (Rang 1-3), nach Altersgruppen

Altersgruppe	bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit (inzident)	bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit
0-14 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Größere Entwicklungsstörungen 2. Hohes Komplikationsrisiko 3. Starke Seh- und Hörbehinderung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Größere Entwicklungsstörungen 2. Lähmungen 3. Hohes Komplikationsrisiko
15-59 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krebs 2. Hohes Komplikationsrisiko 3. Depression, Angststörung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lähmungen 2. Depression, Angststörung 3. Harninkontinenz
60-74 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Krebs 3. Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Depression, Angststörung 3. Starke Seh- und Hörbehinderung
75-84 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt 3. Sturzneigung und Schwindel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Demenz und andere Störungen sowie starke Seh- und Hörbehinderung 3. Sturzneigung und Schwindel
> 85 Jahre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Sturzneigung und Schwindel 3. Starke Seh- und Hörbehinderung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hohes Komplikationsrisiko 2. Schlaganfall 3. Starke Seh- und Hörbehinderung

Quelle: Braeseke et al., 2020, Datenbasis Rothgang et al., 2013.

Weiterhin gibt es Unterschiede in den Diagnosen bzw. Merkmalskomplexen je nach Versorgungssetting – Pflegeheim, zu Hause mit ambulantem Pflegedienst oder ausschließlich von Angehörigen versorgt (sogenannte informelle Pflege, Inanspruchnahme von Pflegegeld).

Werden Kinder (0 bis 14 Jahre) erstmalig pflegebedürftig, werden sie fast immer zu Hause, zum Teil mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes versorgt. Ist Letzteres der Fall, zeigen sich im Vergleich zu den ausschließlich von Angehörigen versorgten Kindern vermehrt Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, starke Seh- und Hörbehinderungen, erhöhte Komplikationsrisiken, größere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns und Frakturen. In diesen Fällen sind die Angehörigen somit eher auf professionelle Unterstützung angewiesen. Bei ausschließlich informeller Pflege sind Intelligenzminderung und Krebs etwas häufiger und das Down-Syndrom deutlich häufiger zu verzeichnen (Rothgang et al., 2013).

Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, starke Seh- und Hörbehinderungen, erhöhte Komplikationsrisiken, größere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns und Frakturen. In diesen Fällen sind die Angehörigen somit eher auf professionelle Unterstützung angewiesen. Bei ausschließlich informeller Pflege sind Intelligenzminderung und Krebs etwas häufiger und das Down-Syndrom deutlich häufiger zu verzeichnen (Rothgang et al., 2013).

Erwachsene aller Altersgruppen, die nach Erstbegutachtung direkt ins Pflegeheim kommen, sind vermehrt inkontinent, haben häufiger Dekubitalulzera (Druckgeschwüre), Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns oder Frakturen, aber allen voran Demenzen und andere Störungen. Auffällig seltener sind hier starke Seh- und Hörbehinderungen und Krebs. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Heilungsperspektiven, die Häufigkeit der Diagnostik (so werden z. B. die Seh- und Hörbehinderungen in hohem Alter seltener diagnostiziert) oder erwartete Überlebenszeiten als mögliche Erklärungsansätze (Rothgang et al., 2013).

Das Risiko eines Pflegeeintritts bei Vorhandensein einer Diagnose bzw. eines Merkmalskomplexes besagt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, aufgrund einer bestimmten Erkrankung pflegebedürftig zu werden im Vergleich zu Personen ohne diese Erkrankung. Im Kindesalter ist das Down-Syndrom die Diagnose, der am häufigsten eine Pflegebedürftigkeit nachfolgt (über 50-fach erhöhtes Risiko). Ein 24-faches Risiko haben Kinder mit Krebs, ein 17-faches Risiko Kinder mit größeren Entwicklungsstörungen. Zu den schon im Kindesalter signifikanten Risikofaktoren für eine Pflegebedürftigkeit kommen unter den 15 bis 59-Jährigen noch die Harninkontinenz, Dekubitalulzera, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Schmerz, Parkinson-Syndrom, Multiple Sklerose, Schlaganfall und der Konsum von Rausch- und Suchtmitteln hinzu. Durchweg hohe Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten in allen Altersgruppen gibt es bei Vorliegen einer Demenz oder anderen Störung und bei Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (Rothgang et al., 2013). Der Einfluss einzelner Erkrankungen nimmt mit dem Alter ab, da dann meist die Auswirkungen mehrerer Erkrankungen den Pflege- und Unterstützungsbedarf begründen (Rothgang et al., 2013).

Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit sind vor allem Demenz, Inkontinenz und Schlaganfall die häufigsten Erkrankungen. Demenzen und andere Störungen sind dabei häufiger als im Monat der Pflegeinzidenz. Dies trifft in den meisten Alterskategorien auch bei Lähmungen, Epilepsie, Entwicklungsstörungen und Intelligenzmindering zu. Das ist zum Teil auf den für diese Diagnosen typischerweise progressiven Krankheitsverlauf zurückzuführen. Anders verhält es sich dagegen bei Diagnosen, die im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stehen: Eine bei fortdauernd Pflegebedürftigen geringere Prävalenz als für die inzident pflegebedürftigen Personen ist bei Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssig-

keits- und Elektrolythaushalt, Dekubitalulzera, Inkontinenz und auch Immobilität zu verzeichnen (Rothgang et al., 2013).

Nach Erkenntnissen aus der fünften Studie zu Mundgesundheit (DMS V) ist insbesondere bei Menschen mit Pflegebedarf von einem prekären Zustand zu sprechen (Cholmakow-Bodechtel et al., 2016). „Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige)“ (ebenda). Dies liegt auch daran, dass etwa ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen nicht mehr in der Lage ist seine Zahnprothesen und Zähne selbst zu reinigen und zu pflegen. Der Anteil derer, die bei der täglichen Mundhygiene Unterstützung bedürfen, erhöht sich mit steigendem Pflegebedarf. Zwei Drittel dieser Menschen sind nicht mehr in der Lage, sich einen Zahnarzttermin zu organisieren und diesen auch wahrzunehmen (ebenda). Oft wird der Zahnarzt nur bei Schmerzen aufgesucht (Holtfreter, 2014).

Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit einer Mangelernährung zu. Von einer qualitativen Mangelernährung wird gesprochen, wenn die Aufnahme von Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen zu gering ist. Eine quantitative Mangelernährung beschreibt eine zu geringe Energieaufnahme zur Deckung des täglichen Energiebedarfs. Gerade bei Erkrankungen oder Infektionen steigt der Energiebedarf. In solchen Situationen ist eine ausreichende Energieversorgung des Körpers nicht mehr gewährleistet (Bausch, Georg et al., 2014). Jüngere Senioren neigen häufiger zu Übergewicht (und deren Folgeerkrankheiten), was mit einer qualitativen Mangelernährung einhergehen kann. Bei vielen hochbetagten Menschen steht dagegen auch ein Energiemangel und somit eine quantitative Mangelernährung im Vordergrund (Bausch, Holtorf et al., 2014). Die Folgen einer Mangelernährung sind Muskelschwäche, eine Verschlechterung der Mobilität, ein erhöhtes Komplikationsrisiko (z. B. Wundheilungsstörungen, erhöhte Infektionsanfälligkeit, Dekubitus), eine verzögerte Rehabilitation, längere Klinikverweildauern und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (Singler et al., 2016). Daten zu Über- und Untergewicht kranker Personen ab dem 65. Lebensjahr zeigen, dass knapp zwei Drittel tendenziell ein zu hohes Gewicht haben, in der gesamten deutschen Bevölkerung ist es ein Viertel. Untergewichtig sind dagegen nur knapp 2 % der kranken Personen über 65 Jahre (Destatis, 2018).

1.3.3 PRÄVENTIONSBEDARFE UND -POTENZIALE

Bei pflegebedürftigen Personen muss es Ziel der Versorgung sein, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht. Leistungsrechtlicher Maßstab der sozialen Pflegeversicherung ist es deshalb, trotz des Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dies kann – neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen, den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und den Hilfen bei der Haushaltsführung – durch systematische und konsequente Integration von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich befördert werden. Durch die funktionalen Beeinträchtigungen rücken daher Präventionsziele wie die Verbesserung der Lebensqualität und die Förderung von Teilhabe in den Vordergrund. Eine hohe Priorität hat für pflegebedürftige Menschen der möglichst lange Verbleib in der eigenen Häuslichkeit – Unabhängigkeit genießt einen hohen Stellenwert und stärkt das Selbstwertgefühl (Eklund et al., 2013). Die Erkenntnisse aus Studien über 100-jährige haben gezeigt, dass eine gute kognitive Leistungsfähigkeit auch bei körperlichen Einschränkungen eine weitgehend selbstständige Lebensweise zulässt (Jopp et al., 2013).

Generell gilt, dass bis ins hohe Alter Präventionspotenziale bestehen, die nur zu einem geringen Teil mit zugrunde liegenden Erkrankungen oder funktionalen Beeinträchtigungen assoziiert sind. Bei physiologischen Prozessen, die eine hohe sogenannte Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aufweisen, lässt sich der Alterungsprozess durch entsprechende Verhaltens-, Lebensweisen und Übungsprogramme hinauszögern (Walter, 2001). Hohe Pflegegrade oder hohes Lebensalter bilden demnach nicht zwingend ein Hindernis für Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Analyse von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes aus 2017 zur Häufigkeit von Präventionsempfehlungen, die von den Gutachterinnen und Gutachtern für pflegebedürftige Personen ausgesprochen werden, die zu Hause versorgt werden, hat gezeigt, dass der Anteil der Personen mit Präventionsempfehlung in Pflegegrad 4 bei 11 % lag und in Pflegegrad 5 bei 5,6 % – im Durchschnitt aller Personen waren es 15,2 %. Auch ein sehr hohes Alter stand einer Präventionsempfehlung nicht entgegen – in der höchsten Altersklasse (über 90 Jahre) erhielten 15,4 % der begutachteten Personen eine solche. Dass allerdings knapp 85 % keine Präventionsempfehlung be-

kamen, ist kein klarer Anhaltspunkt für geringe Präventionsbedarfe bzw. -potenziale der Zielgruppe. Die Präventionsempfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes haben von vornherein auch die Teilnahmefähigkeit der Versicherten an den Präventionsangeboten der Kranken- und Pflegekassen, die ausschließlich als Gruppeninterventionen konzipiert sind, mit zu betrachten und ggf. aus diesem Grund von einer Empfehlung abzusehen (Braeseke et al., 2020).

Betrachtet man die unterschiedliche Ausrichtung der Präventionsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung, so werden mit knapp 54 % mehrheitlich Maßnahmen zur Förderung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, zur Verbesserung von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte empfohlen – in höherem Maße in den höheren Altersgruppen. Präventionsempfehlungen mit dem Fokus auf die Verbesserung der Mobilität und der Selbstversorgung sind mit 38 % und ebenfalls vermehrt in den höheren Alterskohorten vertreten. Mit nur 8 % werden präventive Maßnahmen zum Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen von Gutachterinnen und Gutachtern vorgeschlagen. Letztere werden eher bei jüngeren pflegebedürftigen Personen zwischen 18 und 60 Jahren empfohlen, in höherem Alter kaum noch (Braeseke et al., 2020)

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist auch der Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation festzustellen (§ 18 Abs. 1 SGB XI). „Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Abs. 6 SGB XI). Insbesondere auch infolge des 2015 in allen Medizinischen Diensten eingeführten optimierten Begutachtungsstandards sind die bundesweiten Zahlen der Rehabilitationsempfehlungen (bzw. Reha-Empfehlungsquoten) im Rahmen der Pflegebegutachtungen im Zeitraum 2013 bis 2019 deutlich gestiegen – von 5.300 (0,4 %) im Jahr 2013 auf 70.500 (3,4 %) im Jahr 2019. Im Jahr 2020 gab es einen Rückgang auf 53.300 Reha-Empfehlungen (2,4 %), der in großen Teilen auf das Pandemie-Geschehen und das Aussetzen der Befunderhebung in der Häuslichkeit der Antragstellerinnen und Antragsteller zurückzuführen ist. Weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung wie physikalische Therapie und Ergotherapie wurden 2020 im Rahmen der Pflegebegutachtung sogar in höherem

Maße als 2019 empfohlen - physikalische Therapie bei 36,6 % der begutachteten Personen und Ergotherapie bei 29,7 % (GKV-Spitzenverband, 2021).

Ein Antrag auf Rehabilitation bei der zuständigen Krankenkasse kann allerdings erst gestellt werden, wenn die oder der Versicherte entsprechend einwilligt. 2020 stimmte nur ein Drittel (33 %) der Betroffenen der Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger zu; vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie lag die Quote bei 37 %, nachdem es im Jahr 2015 knapp 50 % gewesen waren. Der Anteil der letztlich von den Krankenkassen genehmigten Anträge lag 2020 bei 84 % (GKV-Spitzenverband, 2021).

Die Analysen von Rothgang et al. (2013) zeigten hohe Rehabilitationsquoten insbesondere dann, wenn Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen, Multiple Sklerose und Herzinfarkt vorlagen. Ausschlaggebend für eine Rehabilitation waren damit weniger die chronisch-degenerativen Erkrankungen, sondern eher akute Ereignisse. Mit geringeren Rehabilitationswahrscheinlichkeiten verbunden waren Demenz, Fehl- und Mangelernährung sowie Krebs. Im Fall von Demenz kann von einer tendenziell mangelnden Reha-Fähigkeit ausgegangen werden, Fehl- und Mangelernährung lassen sich mit einer nicht qualitätsgesicherten Pflege in Zusammenhang bringen, die nach Ansicht von Rothgang et al. mit einer weniger ausgeprägten Neigung zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen einhergehen könnte.

Die höchsten Rehabilitationswahrscheinlichkeiten nach Pflegebeginn waren in der Altersgruppe 70 bis 74 Jahre zu verzeichnen, danach sank die Rehabilitationsquote. Ursachen dafür können sowohl eine geringere Reha-Bereitschaft älterer Menschen und ihres familiären Umfeldes als auch eine geringere Indikation sein. Auch mit steigendem Pflegebedarf sank die Reha-Wahrscheinlichkeit (Rothgang et al., 2013).

Da in Studien gezeigt werden konnte, dass Rehabilitationsmaßnahmen auch bei bereits pflegebedürftigen Personen zu einer signifikanten Verbesserung oder Stabilisierung des Zustands führen, der auch zehn Jahre nach Pflegebeginn noch anhält (Seger et al. 2013, zitiert bei Tesch-Römer & Kuhlmeier, 2021), liegt in der Erhöhung der Einwilligungquote der Versicherten bei vorliegender Rehabilitationsempfehlung ein erhebliches Präventionspotenzial. Mit Inkrafttreten der neuen Rehabilitations-Richtlinie am 1. Juli 2022 wird der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation und Anschlussrehabilitation für die Versicherten erleichtert werden, indem für Versi-

cherte ab 70 Jahren nicht mehr die Krankenkassen den medizinischen Bedarf prüfen, sondern Vertragsärztinnen und -ärzte anhand festgelegter Kriterien und über Funktionstests (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2022).

Eine zielgenaue Versorgungsplanung setzt eine genaue Diagnostik von Funktionsverlusten unter Einbeziehung des sozialen und ökonomischen Umfelds der pflegebedürftigen Person voraus. Weniger der Schweregrad der Erkrankungen als vielmehr das Ausmaß der beeinträchtigten Funktionen bestimmen die Lebensqualität einschließlich der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Pflegebedarf. Da die ärztliche Routinediagnostik bei Multimorbidität zu kurz greift und auch das soziale Umfeld nicht berücksichtigt, sollte ein geriatrisches Assessment durchgeführt werden. „Unter einem umfassenden geriatrischen Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln. [...] Das geriatrische Assessment ist in der Lage, die bei der Gebrechlichkeit führenden motorischen Defizite zu erfassen, körperliche Aktivität zu messen und Kognition, Kontinenz, Gewichtsverlust resp. Malnutrition zu überprüfen“ (Nikolaus, 2013).

Die Progredienz kognitiver Verluste sollte möglichst frühzeitig erkannt werden, um durch gezieltes Entgegenwirken eine Verringerung oder den Erhalt des Zustands bewirken zu können (Blüher et al., 2021). Im ambulanten Setting erweist sich ein Mehrkomponentenansatz als wirkungsvoll, um kognitive Fähigkeiten zu erhalten. Deshalb zielt die therapeutische Behandlung auf folgende Bereiche ab: motorisch, sozial, alltagspraktisch und kognitiv. Die an der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte und bereits in stationären und ambulanten Settings erfolgreich erprobte Mehrkomponententherapie MAKs stabilisierte die alltagsrelevanten Zielgrößen „kognitive Fähigkeiten“ und „alltagspraktische Fähigkeiten“ bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, während sich diese in der Kontrollgruppe signifikant verschlechterten (Straubmeier et al., 2017).

Weitere Präventionspotenziale bei pflegebedürftigen Menschen liegen in der Förderung körperlicher Aktivitäten. Im Deutschen Alterssurvey wurde ermittelt, dass der Anteil der selten oder nie Sporttreibenden mit über 60 % in der ältesten der dort betrachteten Altersgruppen (78- bis 83-Jährige) am höchsten ist (Spuling et al., 2017).

Durch körperliche Aktivität kann auch die kognitive Leistung erhalten und verbessert werden. Sie hat Auswirkungen auf die Regulation von Appetit und Hunger und im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit fördert Bewegung gemeinsam mit anderen Personen das soziale Miteinander (Bausch, Holtorf et al., 2014).

Eine bessere Gesundheit, ein höherer sozioökonomischer Status, mehr Sport im gesamten Lebensverlauf, ein höheres Selbstvertrauen und Einsicht bezüglich der Vorteilhaftigkeit von körperlicher Betätigung sind mit einem höheren Aktivitätsniveau im Alter assoziiert. Ansätze zur Bewegungsförderung, die bei jüngeren Menschen erfolgreich sind, führen bei älteren Menschen nicht zum Ziel. Entsprechend unterscheiden die Autorinnen und Autoren der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung auch die drei Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen (Rütten & Pfeifer, 2016). Für letztere bedarf es einer zweistufigen Herangehensweise (Devereux-Fitzgerald et al., 2018):

1. Das initiale Heranführen an körperliche Aktivität (Interesse wecken, positives Körpergefühl erlebbar machen) und anschließend
2. dauerhaft ein erhöhtes Niveau körperlicher Aktivität erhalten (Gewohnheiten prägen, Lebensstiländerung).

Im ersten Schritt ist die Berücksichtigung der Erfahrung der Selbstwirksamkeit wichtig (z. B. in geeigneten Peer-Gruppen) - die Betroffenen müssen spüren, dass sie noch Dinge tun können, die andere mit vergleichbarer Konstitution ebenfalls noch können. Hinsichtlich der Intensität der körperlichen Aktivität wird eine höhere Akzeptanz bei leichten Aktivitäten und bei Verknüpfung mit anderen Zielen (Gartenarbeit, Einkaufen zu Fuß etc.) erreicht. Werden Gruppenaktivitäten durchgeführt, ist die individuelle Belastbarkeit der oder des Einzelnen zu berücksichtigen und gezielt mittels Stufenprogrammen zu fördern (Erfolgslebnisse wirken motivierend).

Schulungen zum Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen sollten die Betroffenen für die Bedeutung von körperlicher Aktivität im Umgang mit krankheitsbedingten Herausforderungen sensibilisieren. Bewegungsprogramme, die ggf. im Kontext der Alltagsaufgaben Kraft und Balance fördern, haben sich als am effektivsten erwiesen. Akzeptanzfördernd ist auch der Fokus auf die Möglichkeit des Verbleibs in der eigenen Wohnung und weitere persönliche Ziele der oder des Betroffenen (z. B. guter Schlaf, verbesserte Stimmung, Übernahme sozialer Verantwortung).

Um im zweiten Schritt dauerhaft Lebensstiländerungen zu erreichen, sind Freude und Vergnügen bei körperlichen Aktivitäten ein Schlüsselfaktor für die Akzeptanz von Interventionen, insbesondere im Zusammenhang mit sozialen Kontakten im Wohnumfeld. Ein Teil der älteren Menschen ist am ehesten über Individualangebote zur Förderung der körperlichen Aktivität erreichbar, der Nutzen solcher Interventionen ist auch nachgewiesen (Devereux-Fitzgerald et al., 2018).

Auch die Wohnumgebung hat großen Einfluss auf die körperliche Aktivität. Eine bewegungsfreundliche Gestaltung von Quartieren umfasst beispielsweise ein sicheres Wohnumfeld (niedrige Kriminalitätsrate), eine gute Beleuchtung von Gehwegen in der Nacht, wenig Gewerbeflächen, flaches Gelände mit Bäumen als Sonnenschutz, ausreichend Bänke, öffentliche Trinkwasserspender und Outdoor-Fitnessgeräte. Barrierefreie Wohnungen können den Verbleib von pflegebedürftigen Personen in der eigenen Häuslichkeit verlängern - dort wird auch körperliche Aktivität gefördert. Hier liegen noch erhebliche Potenziale, da derzeit nur etwa 7 % der Personen, die von einer barrierefreien Wohnung profitieren würden, auch in einer solchen wohnen (Nowossadeck & Engstler, 2017). 2018 waren bundesweit nur 2 % der Wohnungen und Einfamilienhäuser barrierefrei und auch zwei Drittel der Gebäude ab dem Baujahr 2000 sind nicht stufenlos zugänglich (Buß & Kraft, 2020).

Für ältere Personen mit Frailty werden multimodale Übungsprogramme empfohlen (Ausdauer und Kraft, rhythmische Gymnastik und Gedächtnistraining). Die Frequenz sollte mindestens zweimal wöchentlich 20 bis 45 Minuten sein, bei mittlerer bis hoher Intensität der Übungen. Das effizienteste Programm ist für jede Person individuell zu ermitteln. Eine optimale Kombination aus Intensität, Dauer und Häufigkeit der Trainingseinheiten bewirkt neuromuskuläre, muskuläre und kardiovaskuläre Veränderungen, die wiederum in einer Verbesserung funktionaler und kognitiver Kapazitäten resultieren (Dulac & Aubertin-Leheudre, 2016).

Interventionen bei Frailty aus dem internationalen Raum enthalten häufig eine Kombination aus körperlichem Training und Ernährungsberatung sowie weiteren Elementen (Sozialberatung, Hausbesuche, Erläuterungen zur Medikation; (Nolting et al., 2017). Im Bereich Ernährung kommt der Sicherung der Nährstoffversorgung eine bedeutende Rolle sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting zu, da mit dem Alter ein abnehmender Energiebedarf und ein veränderter Nährstoffbedarf einhergeht. Ein regelmäßiges Screening zur

Erkennung von Ernährungsproblemen erweist sich hier als sinnvoll. Dazu gehören beispielsweise eine regelmäßige Gewichtskontrolle und die Beobachtung von Kau- und Schluckbeschwerden. Im stationären Setting hängt das Ernährungsangebot häufig mit der oder dem Dienstleister/-in für die Essensversorgung zusammen. Im ambulanten Setting ist das Hinzuziehen ambulanter Ernährungsberater/-innen möglich. Zudem können Hausärztinnen und Hausärzte, ambulante Pflegedienste sowie Therapeutinnen und Therapeuten Unterstützung bei der Umsetzung individueller Ernährungsstrategien leisten. Auch die Auswahl von Dienstleisterinnen und Dienstleistern zur Lieferung von Lebensmitteln oder warmen Mahlzeiten kann zur Erleichterung der Ernährungsversorgung beitragen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V [DGE], 2022a).

Eindeutige Erkenntnisse zur optimalen Menge und Zusammensetzung der Nahrung, für Menschen mit Frailty bzw. Pflegebedarf gibt es derzeit noch nicht. Eine grundlegende Orientierung bieten die Empfehlungen der DGE für die Zielgruppe der älteren Menschen (unter anderem DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen (DGE, 2022b). Pflegebezogene Leitlinien, insbesondere zum Umgang mit Mangelernährung, sind im Expertenstandard Ernährungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Büscher et al., 2017) enthalten. Zu beachten ist, dass es ein sogenanntes „Obesity-Paradox“ gibt: Mehrere Studien konnten zeigen, dass Übergewicht bis zu einem BMI von rund 30 ältere Menschen vor Erkrankungen und frühzeitiger Sterblichkeit schützen kann und schädliche Wirkungen erst ab einem Body-Mass-Index(BMI) über 30 auftreten (Mathus-Vliegen et al., 2012), sodass insbesondere für gebrechliche ältere Menschen eine Maßnahme zur Verringerung des Gewichtes mit der Ärztin bzw. dem Arzt abgestimmt werden sollte.

Eng im Zusammenhang mit der Ernährung steht die Mundgesundheit, die bei pflegebedürftigen Personen ein hohes Verbesserungspotenzial aufweist. Um dem Verlust von Zähnen und den dadurch möglichen Folgeerkrankungen vorzubeugen, bedarf es konsequent präventiv ausgerichteter Maßnahmen, auch im Alter. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (29.06.2012) war die Einfügung einer Zuschlagsgebühr für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags festgelegt worden (§ 87 Abs. 2j SGB V). Ende 2018 hatten allerdings erst 30 % der Pflegeheime

einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V geschlossen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV] & GKV-Spitzenverband, 2019). Seit dem 01.01.2019 sind die Einrichtungen verpflichtet, einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf einen Kooperationsvertrag mit dafür geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung einen Vertrag innerhalb von drei Monaten zu vermitteln (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019).

Das Gesundheitsverhalten steht auch eng im Zusammenhang damit, inwiefern eine Person in der Lage ist, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, diese zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Schaeffer et al. untersuchten 2016 den Stand des Gesundheitswissens und die Ausprägung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Deutschland. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Gesundheitskompetenz bei mehr als 65 % der Personen in der Altersgruppe über 65 Jahre problematisch bis inadäquat ist. Menschen mit chronischer Erkrankung besitzen sogar zu mehr als 70 % eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, nur 2 % von ihnen weisen eine exzellente Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al., 2016).

Hier können weitere Maßnahmen der Gesundheitsförderung ansetzen, indem die Betroffenen durch Information, Aufklärung und Edukation eine bessere Selbstmanagementfähigkeit erwerben und dadurch die Krankheitsbewältigung im Alltag besser gelingt. Dies könnte auch zur Erhöhung der Einwilligungquote in vorgeschlagene Rehabilitationsmaßnahmen beitragen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Pflegebedürftigkeit infolge von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit eintritt. Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegebedürftigen Personen müssen daher primär darauf ausgerichtet sein, vorhandene funktionale Fähigkeiten mit steigendem Alter frühzeitig zu stabilisieren und zu verbessern bzw. ggf. sogar Fähigkeiten wiederzuerlangen. Präventionspotenziale bestehen generell bis ins hohe Alter. Durch die funktionalen Beeinträchtigungen rücken Präventionsziele wie die Verbesserung der Lebensqualität und die Förderung von Teilhabe in den Vordergrund.

Unterschiedliche, der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegende Erkrankungen (pflegebegründende Diagnosen) geben zwar allgemeine Hinweise auf die Art möglicher

funktionaler Einschränkungen, lassen aber im Einzelfall noch keinen Schluss bezüglich des individuellen Hilfebedarfs zu, da dieser darüber hinaus sowohl von den persönlichen Merkmalen (Bewältigungsfähigkeiten) als auch vom häuslichen und sozialen Umfeld abhängt. Insofern sind geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention individuell auch unter Berücksichtigung dieser Faktoren auszuwählen (Braeseke et al., 2020). Angesichts der als niedrig eingeschätzten Gesundheitskompetenz Älterer sollte mittels geeigneter Maßnahmen zur Information, Aufklärung und Edukation von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine bessere Selbstmanagementfähigkeit und Krankheitsbewältigung im Alltag erreicht werden.

Da Pflegebedürftigkeit häufig infolge einer alters- und/oder krankheitsbedingt verringerten Muskelkraft eintritt, ist regelmäßige körperliche Aktivität (dreimal wöchentlich 20 Minuten) ein wichtiger Schutzfaktor. Außerdem trägt ausreichend Bewegung, idealerweise gemeinsam mit Gleichgesinnten, sowohl zur Förderung der physischen als auch der mentalen Fähigkeiten bei. Weiterhin ist eine qualitativ ausgewogene und quantitativ angepasste Ernährung erforderlich, um einem (weiteren) Verlust von Muskelmasse vorzubeugen und die Mobilität zu erhalten. Letztlich müssen die Interventionen zur Gesundheitsförderung im Alter so ausgestaltet sein, dass dauerhafte Lebensstiländerungen erreicht werden.

Grit Braeseke, Freja Engelmann & Nina Lingott - IGES Institut

Literaturverzeichnis

- Bausch, K., Georg, K., Hoffmann, C., Holtorf, R. & Schnur, E. (2014). Mangelernährung im Alter (DGE-Praxiswissen). Bonn. https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Mangelernaehrung_im_Alter.pdf.
- Bausch, K., Holtorf, R., Pfefferle, H. & Schnur, E. (2014). Essen und Trinken im Alter (DGE-Praxiswissen). Bonn. https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Essen_und_Trinken_im_Alter.pdf.
- Blüher, S. & Schnitzer, S. (2015). Risikoprofile für Pflegebedarf: Kohortenstudie zu physischen und psychosozialen Risiko- und Ressourcenkonstellationen bei älteren Frauen und Männern (ZQP-Studie). Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Blüher, S., Stein, T., Schnitzer, S., Schilling, R., Grittmann, U. & Kuhlmeier, A. (2021). Einflussfaktoren auf Pflegebedürftigkeit: Analysen von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. *Deutsches Ärzteblatt international*, 118(33-34), 563-564. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0263>
- Böhm, K., Mardorf, S., Nöthen, M., Schelhase, T., Hoffmann, E., Hokema, A., Menning, S., Schüz, B., Sulmann, D., Tesch-Römer, C., Wurm, S., Kroll, L. E., Lampert, T., List, S. M., Ryl, L., Saß, A.-C. & Ziese, T. (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter: Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Robert Koch-Institut (RKI). https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- Braeseke, G., Lingott, N. & Schiffhorst, G. (2020). Prävention in der ambulanten Pflege: Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Nr. 16). Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_16.pdf.
- Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Moers, M., Möller, A., Schiemann, D. & Stehling, H. (2017). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Buß, T. & Kraft, L. (2020). Trendstudie 2019 - Potenziale und Marktchancen des barrierefreien, demografiefesten Bauens: Ergänzung Mikrozensus 2018.
- Cholmakow-Bodechtel, C., Füßl-Grünig, E., Geyer, S., Hertrampf, K., Hoffmann, T., Holtfreter, B., Jordan, A. R., Kocher, T., Micheelis, W., Nitschke, I., Noffz, S., Scharf, L., Schiffner, U., Schützhold, S., Stark, H. & Zimmer, S. (2016). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung. Berlin/Köln.

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2022a). 12. Ernährungsbericht 2012 – Kapitel 2 – Ernährungssituation von Seniorinnen und Senioren mit Pflegebedarf in Privathaushalten (ErnSiPP-Studie). <https://www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/12-dge-ernaehrungsbericht-2012/ernsipp-studie/>, letzter Zugriff: 14.07.2022.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2022b). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen. Bonn.
- Devereux-Fitzgerald, A., McGowan, L., Powell, R. & French, D. P. (2018). Making Physical Activity Interventions Acceptable to Older People. In S. R. Nyman, A. Barker, T. Haines, K. Horton, C. Musselwhite, G. Peeters, C. R. Victor & J. K. Wolff (Hrsg.), *Palgrave handbooks. The Palgrave Handbook of Ageing and Physical Activity Promotion* (1. Aufl., S. 291-312). Palgrave Macmillan.
- Dulac, M. C. & Aubertin-Leheudre, M. (2016). Exercise: an important key to prevent physical and cognitive frailty. In B. Vellas, M. Cesari, P. Sabatier & J. Li (Hrsg.), *White Book on Frailty* (S. 107-109).
- Eklund, K., Wilhelmson, K., Gustafsson, H., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2013). One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC geriatrics*, 13, 76. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-76>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56A(3), M146-M156.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2022). Reha-Verordnungen werden ab Juli 2022 einfacher. Meldung. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1057/>, letzter Zugriff: 24.11.2022.
- Geyer, J., Haan, P., Kröger, H. & Schaller, M. (2021). Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2021-44-1
- GKV-Spitzenverband. (2021). Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Berichtsjahr 2020.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Ernst, A., Posselt, T., Mammone, S., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mösch, E., Kleineidam, L., Hesel, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2017). Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt [Longitudinal Predictors of the Need for Care]. *Das Gesundheitswesen*, 79(2), 73-79. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111841>
- Holtfreter, B. (2014). Die orale Situation von heute bis 2020. *ZWP*, 9, 54-58.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2017). *Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung von Pflegebedürftigen*. Schattauer.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2020*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7>
- Jopp, D. S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K. & Kruse, A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren (Studie in der Reihe „Alter und Demographie“)*. Stuttgart.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2019). *Bericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes an die Bundesregierung zur Entwicklung der kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 119b Abs. 3 Satz 3 SGB V*. Mathus-Vliegen, E. M. H., Basdevant, A., Finer, N., Hainer, V., Hauner, H., Micic, D., Maislos, M., Roman, G., Schutz, Y., Tsigos, C., Toplak, H., Yumuk, V. & Zahorska-Markiewicz, B. (2012). Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline. *Obesity facts*, 5(3), 460-483. <https://doi.org/10.1159/000341193>
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter: Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 62-78): Robert Koch-Institut (RKI)*.

- Nikolaus, T. (2013). Gebrechlichkeit (Frailty). In A. Zeyfang, U. Hagg-Grün & T. Nikolaus (Hrsg.), *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen* (2. Aufl., S. 1-10). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-22842-1.00017-3>
- Nolting, H.-D., Deckenbach, B. & Tisch, T. (Hrsg.). (2017). *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung: Band 20. Versorgungsreport Multimorbidität im Alter*. medhochzwei Verlag.
- Nowossadeck, S. & Engstler, H. (2017). *Barrierefreiheit in Wohnungen der 40-85-Jährigen (DZA Fact Sheet)*. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse)*. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). *BARMER GEK Pflegereport 2013: Schwerpunktthema: Reha bei Pflege (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23)*. Siegburg.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderheft 03)*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123346>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Messer, M., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2016). *Health Literacy in Deutschland*. In D. Schaeffer & J. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. (S. 1-15). Hogrefe.
- Singler, K., Goisser, S. & Volkert, D. (2016). *Ernährungsmanagement in der Alterstraumatologie [Nutritional management in geriatric traumatology]*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(6), 535-546. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1091-4>
- Spuling, S. M., Ziegelmann, J. & Wünsche, J. (2017). *Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte*. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Springer eBook Collection. Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS): Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 139-156). Springer Nature.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit: Körpermaße der Bevölkerung 2017*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). *Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019*. Wiesbaden.
- Straubmeier, M., Behrndt, E.-M., Seidl, H., Özbe, D., Luttenberger, K. & Graessel, E. (2017). *Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen: Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie*. *Deutsches Ärzteblatt international*, 114(48), 815-821. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0815>
- Tesch-Römer, C. & Kuhlmeiy, A. (2021). *Schutz- und Risikofaktoren für funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit: Endbericht des Projekts „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI)*.
- Walter, U. (2001). *Präventionspotenziale für ein gesundes Altern*. *GGW*, 1, 21-26.
- Wolff, J. K., Nowossadeck, S. & Spuling, S. M. (2017). *Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich*. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Springer eBook Collection. Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS): Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 125-138). Springer Nature.
- Xue, Q.-L. (2011). *The frailty syndrome: definition and natural history*. *Clinics in geriatric medicine*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.009>
- Zimmermann, J., Brijoux, T. & Zank, S. (Januar 2022). *Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter (D80+ Kurzberichte Nr. 3)*. Köln. *Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres)*.

1.4 CHARAKTERISIERUNG DER ZIELGRUPPE KINDER PSYCHISCH (EINSCHLIESSLICH SUCHT-)BELASTETER ELTERN

– Laura Hoffmann und Matthias Richter¹⁷⁵

1.4.1 KINDER PSYCHISCH (EINSCHLIESSLICH SUCHT-)BELASTETER ELTERN

Die Gruppe der „Kinder psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern“ umfasst hier Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren, die mit mindestens einem Elternteil zusammenleben, bei dem eine psychische und/oder Suchterkrankung nachgewiesen bzw. diagnostiziert wurde. Unter den Begrifflichkeiten „psychische Erkrankungen“ und „Abhängigkeiten bzw. Süchte“ werden alle psychischen Erkrankungen sowie substanzgebundenen Abhängigkeiten – den diagnostischen Kriterien des Klassifikationssystems ICD-10 (F00 – F99 Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen; (Dilling & Freyberger, 2017) folgend – zusammengefasst. Da wenig belastbare Zahlen zu einzelnen Diagnosegruppen für die Zielgruppe vorliegen, muss auf eine differenzierte Darstellung verzichtet werden. Dies liegt neben einer hohen Dunkelziffer vor allem daran, dass verschiedene Diagnosegruppen in den bisher vorliegenden Studien zumeist unter „Kinder psychisch kranker Eltern“ zusammengefasst dargestellt werden (Schlüter-Müller, 2020). Auch die Unterscheidung zwischen Kindern psychisch belasteter Eltern sowie Kindern suchtbelasteter Eltern kann nicht durchgängig vorgenommen werden. Auch hier liegen zu wenig aussagekräftige Daten vor. Insbesondere durch häufige psychische Komorbiditäten bei Suchterkranken – zwischen 45 und 72 % der Betroffenen leiden an mindestens einer weiteren psychiatrischen Erkrankung (Euler et al., 2015; Lorscheider & Fehr, 2009) – gestaltet sich diese Differenzierung schwierig. Im Folgenden wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der Epidemiologie und Prävalenz der Zielgruppe, gesundheitlichen Einflussfaktoren, der gesundheitlichen Lage sowie Präventionsbedarfen und -potenzialen von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern gegeben.

1.4.2 EPIDEMIOLOGIE UND PRÄVALENZ VON KINDERN PSYCHISCH (EINSCHLIESSLICH SUCHT-)BELASTETER ELTERN

Kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder werden ausgehend von der individuellen Symptomkonstellation des jeweiligen Kindes definiert. Die Zielgruppe der „Kinder psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern“ wird jedoch nicht nur durch die Symptomatik bzw. das Auftreten psychischer Erkrankungen der betroffenen Kinder charakterisiert (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Bei Kindern von psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern wird von einer deutlich höheren Komplexität der Problemstellung ausgegangen, da die elterliche Erkrankung als zentrales Kriterium mitberücksichtigt werden muss (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Lenz und Wiegand-Grefe (2017) weisen daher darauf hin, dass eine Abschätzung epidemiologischer Kennwerte aus verschiedenen Perspektiven erfolgen muss, um der Zielgruppe gerecht zu werden. Dazu gehören:

- die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen,
- die Häufigkeit des Vorhandenseins von Kindern bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie
- die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Bezüglich der **Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen** ist festzustellen, dass diese neben chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder koronarer Herzkrankheit in den letzten 20 Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen haben. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts Infektionskrankheiten im Fokus standen, hat nun eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von somatischen hin zu psychischen Störungen stattgefunden (Kölch et al., 2021a). Rund ein Viertel bis ein Drittel (28 %) aller Erwachsenen sind im Verlauf eines Jahres von einer psychischen (inkl. Sucht-)Störung betroffen bzw. erfüllen die diagnostischen Kriterien einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2014). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen sind mit rund 33 % deutlich häufiger betroffen als Männer, von denen rund 22 % innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung leiden (Jacobi et al., 2014). Die 12-Monats-Prävalenz für psychische Komorbiditäten beträgt ca. 40 bis 50 % (Jacobi et al., 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Zu den häufigsten Störungen gehören Angststörungen mit insgesamt 15,3 %, gefolgt von

175 Hinweise zur Autorin und zum Autor finden sich am Ende des Beitrags.

unipolaren Depressionen (7,7 %) sowie Störungen durch psychotrope Substanzen, vor allem Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch (5,7 %; Jacobi et al., 2014).

Eine unzureichende Datenlage aus Deutschland erschwert verlässliche Angaben **zur Häufigkeit, mit der psychisch erkrankte Menschen Kinder haben** (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Einige Studien konnten zeigen, dass ca. 30 % der stationär behandelten, psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind (Lenz, 2014, 2016; Mattejat & Lisofsky, 2014). Bezogen auf die Gruppe derer, die nicht stationär wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden, mangelt es an Studien zur Elternschaftsrate. Es wird aber davon ausgegangen, dass unter Einbezug des gesamten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereichs, die Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen höher als 30 % liegt (Lenz, 2016; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). In Abhängigkeit von der psychischen Erkrankung und des Geschlechts der Eltern variiert zudem die Rate der Elternschaft: Mit fast 60 % weisen beispielsweise affektiv erkrankte Personen die höchste Elternschaftsrate auf (35 % der affektiv erkrankten Personen sind Mütter und 23,5 % Väter).

Der überwiegende Teil, etwa 70 % der betroffenen Eltern, lebt mit ihren Kindern zusammen oder hat regelmäßigen Kontakt zu ihnen (Lenz, 2014, 2016). Verlässliche Zahlen zur Anzahl von Kindern, die bei psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, liegen bis dato nicht vor (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Schätzungen zufolge leben in Deutschland drei bis vier Millionen Kinder, bei denen im Verlauf eines Jahres bei einem Elternteil eine psychische Erkrankung (inklusive Suchterkrankungen) auftritt, was rund 22 % aller Kinder in Deutschland entspricht (Kölch et al., 2021b; Lenz, 2017; Pillhofer et al., 2016; Schlüter-Müller, 2020). Davon wachsen ca. zwei Drittel der Kinder bei Eltern mit alkoholbedingten Suchterkrankungen auf, ein Drittel wächst bei Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen auf und bei weniger als 2 % der Eltern liegen andere Suchterkrankungen vor (Kölch et al., 2021b). Legt man die Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung zugrunde, sind ca. 15 % der betroffenen Kinder unter drei Jahre alt, das heißt, dass ca. 500.000 bis 600.000 Säuglinge und Kleinkinder Eltern mit psychischen Erkrankungen haben (Lenz, 2017; Pillhofer et al., 2016; Renner et al., 2020). Ergebnisse der Studien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen kommen zu dem Ergebnis, dass 4,4 % der Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren starke Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Belastung durch ängstliche/depressive Symptome zeigen, bei 15,7 % finden sich schwächere Hin-

weise (Eickhorst et al., 2017; Renner et al., 2020). 2,5 % der Eltern mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren zeigen zudem Hinweise auf eine Suchtproblematik (Fullerton et al., 2017). Rund 175.000 Minderjährige pro Jahr machen die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden muss (Mattejat et al., 2010; Mattejat & Lisofsky, 2014). Bezogen auf die Gruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien wird unter Berücksichtigung der offiziellen Kriterien des Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeitserkrankung davon ausgegangen, dass in Deutschland fünf bis sechs Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem Elternteil aufwachsen, das eine Alkoholproblematik aufweist (Thomasius & Klein, 2018). Zahlen der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ des Robert Koch-Instituts zeigen, dass 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammenleben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (Robert Koch-Institut [RKI], 2016). Zudem leben in Deutschland bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder, die regelmäßiges Rauschtrinken eines Elternteils erleben (RKI, 2016; Thomasius & Klein, 2018). Für Kinder von Eltern, die illegale Drogen konsumieren, ist die Datenlage unzureichend (Klein et al., 2017). Schätzungen ergeben, dass etwa 60.000 Kinder ein opiatabhängiges Elternteil haben und zumindest teilweise mit diesem zusammenleben (Klein et al., 2017). Zu Kindern von Eltern, die andere illegale Drogen (z. B. Kokain, Cannabis, [Meth-]Amphetamine) konsumieren, liegen keine aussagekräftigen Zahlen für Deutschland vor (Klein et al., 2017; Thomasius & Klein, 2018).

Bezüglich der **Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern** zeigt sich, dass unter den Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren bei ca. 20 % Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorhanden sind (Hölling et al., 2014; Ravens-Sieberer et al., 2007). Jungen sind dabei mit 23,4 % häufiger betroffen als Mädchen (16,9 %; Hölling et al., 2014). Signifikant häufiger betroffen sind außerdem Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Klipker et al., 2018). Mit 33,5 % im Vergleich zu 9,8 % bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus, zeigen sich hier deutliche Unterschiede (Hölling et al., 2014). Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern stellen dabei eine besonders vulnerable Gruppe dar, da sie durch das Zusammenleben mit mindestens einem erkrankten Elternteil mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert sind und dadurch selbst ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen, ebenfalls eine psychische Störung zu entwickeln (Kölch et al.,

2021a; Leijdesdorff et al., 2017; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Mattejat et al., 2010; Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz, 2010). Dieses Risiko ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung und je nach Krankheitsbild der Eltern um das Zwei- bis Zehnfache erhöht (Kölch et al., 2021a; Mattejat et al., 2010; Mattejat & Remschmidt, 2008). Am Beispiel der Schizophrenie zeigt sich, dass das lebenslange Erkrankungsrisiko in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1 % liegt, wohingegen es um das mehr als Zehnfache erhöht ist, wenn bereits ein Elternteil an einer schizophrenen Erkrankung leidet. Sind beide Elternteile betroffen, liegt das Risiko zu erkranken für leibliche Kinder bei ca. 40 % (Mattejat & Remschmidt, 2008). Allgemein ist das Erkrankungsrisiko für Kinder, wenn beide Eltern psychisch erkrankt sind, vier- bis sechsmal so hoch im Vergleich zu Kindern, bei denen nur ein Elternteil psychisch erkrankt ist (Gottesman et al., 2010; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Studien zeigen zudem, dass das Erkrankungsrisiko der Kinder mit der empfundenen psychischen Belastung der Eltern ansteigt; je psychisch belasteter sich die betroffenen Eltern selbst wahrnehmen, desto höher ist das Risiko, dass die Kinder ebenfalls Anzeichen psychischer Erkrankungen aufweisen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Vostanis et al., 2006; Wiegand-Grefe et al., 2009; Wille et al., 2008). Etwa ein Drittel der betroffenen Kinder entwickelt im Laufe ihres Lebens persistente psychische Störungen (Lenz, 2016).

1.4.3 GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN

Der Gesundheitszustand von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern wird durch verschiedene personale und soziale Faktoren beeinflusst. Einfluss- bzw. Risikofaktoren seitens der Kinder sowie der Eltern und der gesamten Familie, in der das Kind aufwächst, müssen dabei einbezogen werden.

Forschungsergebnisse zu genetischen Faktoren zeigen, dass diese Einfluss auf die Entstehung psychischer Erkrankungen nehmen (Janoutová et al., 2016; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Mattejat & Remschmidt, 2008). Es wird jedoch ausschließlich die Vulnerabilität für psychische Störungen vererbt (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Genetische Faktoren sind also nicht allein für die Entstehung psychischer Erkrankungen verantwortlich, denn auch Umwelteinflüsse spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Neben den genetischen Faktoren beeinflussen Umweltfaktoren, insbesondere die psychische Erkrankung der Eltern, die Gesundheit der Zielgruppe maßgeblich. Durch die elterliche psychische Erkrankung wachsen die betrof-

fenen Kinder oftmals unter ungünstigen Lebensumständen auf (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Von psychischer Erkrankung betroffene Eltern sind maßgeblich in der Ausübung ihrer Elternrolle beeinträchtigt, was wiederum zu einer Akkumulation von Belastungsfaktoren in der Familie führt (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Kinder psychisch (einschließlich sucht-) belasteter Eltern wachsen zudem häufiger unter nachteiligen soziodemografischen Bedingungen auf, das heißt sie haben häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status, leben häufiger in ungünstigen Wohnverhältnissen und schwierigen nachbarschaftlichen Umfeldern, erleben eher Arbeitslosigkeit in der Familie, sexuellen Missbrauch, Misshandlungen, Disharmonie und/oder Trennung der Eltern, den Verlust von wichtigen Bezugspersonen, soziale Ausgrenzung sowie oftmals auch ein ungünstiges Eltern- und Erziehungsverhalten, das die Gesundheit der Kinder negativ beeinflussen kann (Klein et al., 2017; Mattejat et al., 2010). In Anlehnung an Lenz und Wiegand-Grefe (2017) wird im Weiteren auf folgende Einflussfaktoren eingegangen:

- Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren seitens der Eltern
- Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren seitens der Familie
- Allgemeine psychosoziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit
- Gefährdung des Kindeswohls als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Forschungsergebnisse zu **gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren seitens der Eltern** zeigen, dass insbesondere die elterliche psychische Erkrankung mit einem besonders hohen Entwicklungsrisiko für deren Kinder einhergeht (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Ein wesentlicher Faktor, der das Risiko von Entwicklungsstörungen der Kinder erhöht, scheint dabei vor allem das Vorhandensein mehrerer psychischer Störungen (Komorbidität) seitens der Eltern zu sein. Komorbidität führt seitens der Eltern zu einem erhöhten Grad sozialer Benachteiligung, einem erhöhten Suizidrisiko sowie häufigerer Hospitalisierung, Isolation und Arbeitslosigkeit der Betroffenen, was sich wiederum negativ auf die Entwicklung und Gesundheit der Kinder auswirkt (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Neben Komorbidität deutet sich trotz teilweise widersprüchlicher Ergebnisse an, dass besonders Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen ein besonders hohes Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Weiterhin zeigt sich, dass das Risiko für die Kinder, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, umso größer ist, desto schwerer die psy-

chische Erkrankung der Eltern/des Elternteils ausgeprägt ist, je länger diese dauert und damit einhergehend, je mehr Krankheitsepisoden auftreten (Hammen et al., 2004; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Ergänzend zeigen Mattejat und Remschmidt (2008), dass insbesondere Kinder, die Aggressionen oder Gewalt ihrer Eltern miterleben, als besonders gefährdet in ihrer Entwicklung gelten (Mattejat & Remschmidt, 2008). Ein Zusammenhang besteht zudem zwischen dem Grad der subjektiven Belastung der Eltern und der psychischen Auffälligkeit der Kinder. Je höher die subjektive Belastung der Eltern ist, desto höher wird auch die psychische Auffälligkeit der Kinder eingeschätzt und desto schlechter deren gesundheitsbezogene Lebensqualität (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Wiegand-Grefe et al., 2009).

Neben krankheitsbezogenen Faktoren der Eltern ist ebenso die elterliche Krankheitsverarbeitung relevant für die Gesundheit und Lebensqualität der Kinder, die jedoch bisher nur wenig untersucht wurde. In einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2010a) konnte z. B. ein Zusammenhang zwischen depressivem elterlichen Copingstil und einer schlechten gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder nachgewiesen werden (Wiegand-Grefe, Jeske et al., 2010). Zusätzliche Belastungen für die Kinder resultieren weiterhin aus einer fatalistisch-verleugnenden, negativen Einstellung zur Krankheit, ebenso wie der Rückzug oder passive Umgang mit der Erkrankung seitens der Eltern (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Bindungs- und Beziehungsstörungen gelten ebenso als Risikofaktoren für die Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Kinder. Es ist bekannt, dass psychisch erkrankte Eltern im Umgang mit ihren Kindern Einschränkungen aufweisen, die sich negativ auf die Beziehung zu ihnen auswirken (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). So zeigen betroffene Eltern z. B. Probleme bei der Herstellung einer stabilen Bindung zu ihren Kindern, was insbesondere für die Altersgruppe der unter Dreijährigen mit schwerwiegenden Entwicklungsstörungen einhergehen kann (Eickhorst et al., 2017; Fullerton et al., 2017; Pillhofer et al., 2016; Renner et al., 2020). Eine stabile, sichere Bindung bildet einen besonders wichtigen Einflussfaktor auf die Gesundheit der Kinder, denn sie beeinflusst maßgeblich ihre psychische Entwicklung, insbesondere in den ersten Lebensjahren (Hédervári-Heller, 2012). Das Bindungs- und Beziehungsverhalten von Eltern mit psychischen Erkrankungen ist jedoch durch Interaktionsdefizite seitens der Eltern, tendenziell passivem Verhalten gegenüber den Kindern, einer eingeschränkten Ausdrucksfähigkeit sowie Formen der emotionalen Nichterreichbarkeit gekennzeichnet (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Mattejat et

al. (2000) zeigen z. B., dass sich depressive und schizophrene Mütter häufig negativ gegenüber dem Kind und anderen Familienmitgliedern äußern, sie reagieren weniger auf Aufmerksamkeitsgesuche ihrer Kinder und zeigen zudem einen reduzierten affektiven Ausdruck und eine erhöhte Feindseligkeit (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Mattejat et al., 2000).

Auch Konflikte zwischen den Eltern stellen relevante Risikofaktoren für Kinder psychisch belasteter Eltern dar, denn in betroffenen Familien treten Konflikte zwischen den Eltern häufiger auf und verlaufen zudem schwerer als in Beziehungen von nichterkrankten Personen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Wiegand-Grefe et al., 2019; Wille et al., 2008). Eine Studie von Wiegand-Grefe et al. (2019) zeigt auf, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern in Familien mit einem guten Familienleben weniger psychische Probleme hatten als in Familien, in denen vermehrt Konflikte auftraten, eine geringere Anpassungsfähigkeit und ein geringerer Zusammenhalt sowie Muster einer desorganisierten alltäglichen Lebensplanung vorherrschten (Wiegand-Grefe et al., 2019). Trennungen und Scheidungen der Eltern und daraus resultierend die alleinige Verantwortung eines Elternteils für die Erziehung des Kindes erhöhen weiterhin das Risiko betroffener Kinder, selbst einmal psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Daneben sind insbesondere Kinder von Eltern mit Suchtproblematik von häufigen und sich ggf. auch wiederholenden Fremdunterbringungen aufgrund stationärer Aufenthalte oder sogar Inhaftierungen der Eltern betroffen, wodurch die Eltern-Kind-Beziehung destabilisiert und unsichere Bindungen begünstigt werden (Klein et al., 2017).

Die Erziehungskompetenzen von Eltern mit psychischen (einschließlich Sucht-)Erkrankungen sind oftmals beeinträchtigt und es bestehen Unsicherheiten im Erziehungsverhalten (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Dieses ist wiederum gekennzeichnet durch oftmals inkonsistentes Verhalten sowie unangemessene Disziplinierungsmaßnahmen (Hahlweg et al., 2009). Hohe Erziehungskompetenzen sowie eine positive Eltern-Kind-Beziehung sind jedoch entscheidend für eine positive Entwicklung von Kindern; problematisches Erziehungsverhalten hingegen erhöht z. B. das Risiko, dass Kinder externalisierte Verhaltensstörungen entwickeln (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Neben gesundheitsbezogenen Determinanten seitens der Eltern beeinflussen zudem **Faktoren seitens der gesamten Familie** die Gesundheit der betroffenen Kinder. Lenz und Wiegand-Grefe (2017) beschreiben dabei

insbesondere die transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankungen - das heißt, dass psychische Erkrankungen in betroffenen Familien über Generationen hinweg vermehrt vorkommen - als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei den betroffenen Kindern. Einen weiteren Risikofaktor stellt die familiäre Krankheitsbewältigung dar, sofern sie mit einer Tabuisierung der Erkrankung in Verbindung steht (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Über die Erkrankung zu sprechen, wird somit unterbunden und kann Ausmaße eines „geteilten Familiengeheimnisses“ (Lenz, 2014) annehmen, das wiederum das emotionale Klima der betroffenen Familien negativ beeinflussen kann (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Die Familiendynamik sowie familiäre Beziehungsgestaltung sind ebenfalls häufig beeinträchtigt. Daraus können wiederum problematische Eltern-Kind-Beziehungen, eine mangelnde Kommunikation innerhalb der Familie, ein fehlender Familienzusammenhalt und ein konfliktbehaftetes Familienklima resultieren, die ebenfalls die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Disharmonie zwischen den Eltern, Trennung und/oder Scheidung sind neben der Instabilität der familiären Lebensbedingungen und der Geburt eines Geschwisterkindes innerhalb der ersten zwei Lebensjahre des Kindes weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung aufseiten der Kinder (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Im Bereich der **allgemeinen psychosozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit** von Kindern mit psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern kann beschrieben werden, dass die elterliche psychische Erkrankung ein Kernmerkmal darstellt, das das Entwicklungsumfeld der Kinder entscheidend negativ beeinflusst und ebenso mit zahlreichen anderen psychosozialen Belastungsfaktoren im Zusammenhang steht (Lenz, 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Viele der betroffenen Kinder wachsen in ungünstigen Wohnverhältnissen auf, die Familien leben häufiger sozial isoliert, haben eher einen niedrigen sozioökonomischen Status und sind infolgedessen häufiger mit Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen konfrontiert (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Abschließend wird auf die **Gefährdung des Kindeswohls als Einflussfaktor auf die Gesundheit** von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern eingegangen. Dabei werden unter Kindeswohlgefährdendem Verhalten sowohl Verhaltensweisen verstanden, die eine Gefahr für die psychische und physische Gesundheit der Kinder, als auch eine Belastung für ihre soziale und emotionale Entwicklung darstellen (Lenz & Wiegand-Grefe,

2017). Der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der im Einzelfall beurteilt werden muss. Sofern das elterliche Verhalten in einem bestimmten Ausmaß im Widerspruch zu körperlichen, geistigen, seelischen oder erzieherischen Bedürfnissen des Kindes steht, sodass erhebliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen in der Entwicklung des Kindes drohen, wird von Kindeswohlgefährdung gesprochen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Treten diese Umstände vermehrt auf, besteht ein signifikant erhöhtes Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl (Clemens et al., 2018; Herpertz & Grabe, 2019). Verschiedene internationale Studien konnten aufzeigen, dass das Risiko für Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch für Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern deutlich erhöht ist (Clemens et al., 2018; Herpertz & Grabe, 2019; Lenz, 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

1.4.4 GESUNDHEITLICHE LAGE

Die zuvor beschriebenen gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren wirken sich auf die gesundheitliche Lage von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern aus. Vor allem die psychischen Belastungen des Aufwachsens in den betroffenen Familien zeigen sich beispielsweise in der subjektiven Perspektive auf eben jene Belastungen sowie im Auftreten von (psychischen) Erkrankungen bei den Kindern selbst.

Betroffene Kinder beschreiben insbesondere Klinikeinweisungen der Eltern als besonders belastend, denn diese stellen für sie ein traumatisches Ereignis dar, mit dem ein Gefühl des Allein-gelassen-Werdens verbunden ist (Lenz, 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Auf der anderen Seite beschreiben betroffene Kinder auch, dass die Einweisung der Eltern bzw. des Elternteils als entlastend wahrgenommen wird, insbesondere dann, wenn sie auf eine länger andauernde akute Krankheitsphase folgte (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf den familiären Alltag werden von den betroffenen Kindern als belastend für sie und ihre physische und psychische Gesundheit wahrgenommen. Sie beschreiben einen Mangel an Strukturen und Abläufen, die insbesondere in Krisensituationen nicht aufrechterhalten werden können (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Verschiedene Krisensituationen können zudem zu Veränderungen in der familiären Rollenverteilung führen, das heißt die Kinder übernehmen elterliche Rollen, es kommt also zu Rollen-umkehrungen (Parentifizierung), die in der Mehrzahl der Familien mit psychisch kranken Eltern zu beobachten

sind (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Dabei können unterschiedliche Formen der unangemessenen Rollenübernahme beschrieben werden, unter anderem:

- Die betroffenen Kinder übernehmen Verantwortung für Haushaltsführung und/oder Tagesstrukturierung.
- Sie werden zu Mediatoren bei Konflikten zwischen den Eltern.
- Kinder übernehmen Aufgaben im Bereich der Versorgung und Pflege jüngerer Geschwister.
- Im Falle von Trennungen der Eltern sollen die betroffenen Kinder teilweise den jeweils anderen Partner ersetzen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Parentifizierungserfahrungen sind für die Kinder äußerst belastend, weil es für sie nicht möglich ist, den Rollanforderungen gerecht zu werden. Betroffene Kinder beschreiben, sich in solchen Beziehungskonstellationen unwichtig, emotional unterversorgt und ausgestoßen zu fühlen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Weiterhin berichten Kinder von psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern folgende Gefühle: Angst, ein Gefühl des Verlusts, Schuld und Trauer (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Bei den beschriebenen Ängsten handelt es sich zumeist um Verlustängste, also die Angst, den betroffenen Elternteil krankheitsbedingt zu verlieren (Lenz, 2014). Gefühle der Schuld treten z. B. im Zusammenhang eigener Schuldzuweisungen auf, das heißt die Kinder glauben, dass sie für die psychischen Erkrankungen ihrer Eltern verantwortlich sind (Mattejat & Remschmidt, 2008). Gefühle der Trauer, Hoffnungslosigkeit oder gar Resignation beschreiben betroffene Kinder beispielsweise nach einem langen Krankheitsverlauf eines Elternteils. Auch Wut und Hilflosigkeit spielen in dem Zusammenhang eine Rolle (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Mit Blick auf die **körperliche Gesundheit** haben Kinder von psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko Misshandlungen und körperliche Gewalt zu erleiden, was sich negativ auf deren körperliche Gesundheit auswirkt. Sie gehören zu einer Hochrisikogruppe für Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung (Clemens et al., 2018; Herpertz & Grabe, 2019). Es kommen aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern, neben der Bewältigung dieser weitere Faktoren hinzu, die allgemein das Risiko für Misshandlungen erhöhen und die körperliche Gesundheit der Kinder verschlechtern; dazu gehören ein niedriger sozioökonomischer Status, mangelnde soziale Unterstützung sowie eine alleinerziehende Familienkonstellation (Clemens et al., 2018). Diese Faktoren treten in betroffenen Familien häufiger auf als in Familien mit gesunden Eltern (Clemens et al., 2018). Insbesondere bei suchterkrank-

ten Eltern ist durch ihre Erkrankung die Fähigkeit der sicheren Versorgung der Kinder eingeschränkt sowie die Impulskontrolle herabgesetzt, wodurch das Risiko für Kindesmisshandlungen für Kinder suchtkranker Eltern zusätzlich erhöht wird (Clemens et al., 2018).

In Bezug auf die **psychische Gesundheit** der Kinder von psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern zeigt sich durch die zahlreichen gesundheitsbezogenen Einfluss- bzw. Risikofaktoren ein zwei- bis zehnfach erhöhtes Risiko, im Laufe des Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, im Vergleich zu Kindern mit gesunden Eltern (Kölch et al., 2021a; Mattejat et al., 2010; Mattejat & Remschmidt, 2008). Dies soll im Folgenden beispielhaft anhand zweier psychischer Erkrankungen (Schizophrenie und Depression) im Detail erläutert werden.

Neben dem erhöhten Risiko, eine Schizophrenie zu entwickeln, haben Kinder von Eltern mit schizophrener Erkrankung zudem ein erhöhtes Risiko kognitiv, emotional, sozial sowie somatisch aufzufallen (Kühnel & Bilke, 2004; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Mattejat & Remschmidt, 2008) und neurologische Symptome oder Aufmerksamkeits- und Denkstörungen auszubilden (Mattejat, 2001). Dabei unterscheiden sich die Kinder betroffener Eltern im Vorschulalter vor allem durch häufigere emotionale sowie im Schulalter durch eine auffallende neurologische Symptomatik (vor allem Aufmerksamkeitsprobleme) von Kindern mit gesunden Eltern (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Niemi et al., 2005).

Kinder von Eltern mit Depressionen haben neben dem erhöhten Risiko im jungen Erwachsenenalter ebenfalls eine Depression zu erleiden, auch ein höheres Risiko, andere psychische Erkrankungen zu entwickeln (Lieb et al., 2002; Weissman et al., 2006). So ist das Risiko für diese Kinder, eine Angststörung oder Suchterkrankung zu entwickeln, im Vergleich zu Kindern mit Eltern ohne Depression um etwa das Dreifache erhöht und liegt bei ca. 3 % (Weissman et al., 2006). Auch das Risiko, bipolare Störungen zu entwickeln, ist bei Kindern von Eltern mit einer Depression erhöht. Es liegt bei 5 %, wenn beide Elternteile betroffen sind, bzw. bei 3,2 %, wenn nur ein Elternteil betroffen ist. Im Vergleich dazu haben Kinder von Eltern, die keine Depression haben, nur ein Risiko von etwa 1 %, an einer bipolaren Störung zu erkranken (Mattejat & Remschmidt, 2008). Bereits 60 % der Kinder mit depressionserkrankten Eltern leiden schon im Kindes- und Jugendalter an einer psychischen Störung (vor allem Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens) (Groen & Petermann, 2011).

1.4.5 PRÄVENTIONSBEDARFE UND -POTENZIALE

Wie die Ausführungen zu gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren und der gesundheitlichen Lage zeigen, sind Kinder von psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern verschiedenen körperlichen und insbesondere psychischen Belastungen ausgesetzt und weisen eine vergleichsweise schlechtere Gesundheit auf, weswegen bei ihnen ein erhöhter Präventionsbedarf besteht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Durch frühzeitige Interventionen, Begleitung und Unterstützung betroffener Familien und Kinder lässt sich das Risiko für spätere Erkrankungen der Zielgruppe deutlich reduzieren (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020, 2021).

Ausgehend von den beschriebenen gesundheitlichen Risikofaktoren sowie der gesundheitlichen Lage von Kindern psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern ergeben sich Präventionsbedarfe und -potenziale, insbesondere im Bereich der Reduzierung der psychosozialen Stressoren sowie der Stärkung individueller und gesellschaftlicher Schutz- bzw. Resilienzfaktoren (Schlüter-Müller, 2020).

Die Basis aller präventiven Strategien bildet dabei die Behandlung der elterlichen Erkrankung durch qualifizierte Fachkräfte (Schlüter-Müller, 2020). Forschungsergebnisse zeigen, dass die gesundheitlichen Risiken für Kinder psychisch (einschließlich sucht-)belasteter Eltern erheblich reduziert werden können, wenn die elterliche Erkrankung erfolgreich behandelt wird (Beardslee et al., 2013; Schlüter-Müller, 2020).

Für Säuglinge und Kleinkinder wird insbesondere die Begleitung und Beaufsichtigung der Eltern-Kind-Interaktion empfohlen, um den Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung zu ermöglichen und unsicheres Bindungsverhalten zu reduzieren (Schlüter-Müller, 2020). Für ältere Kinder und Jugendliche ist es notwendig, Angebote zu implementieren bzw. auszubauen, bei denen die betroffenen Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit haben, mit anderen Betroffenen über ihre Erfahrungen zu sprechen (Schlüter-Müller, 2020). Zudem ist eine altersgerechte Psychoedukation über die elterliche Erkrankung dringend erforderlich (Schlüter-Müller, 2020).

Einen weiteren Baustein im Bereich der Präventionsbedarfe und -potenziale für die Zielgruppe der Kinder mit psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Eltern bildet der stärkere Einbezug qualifizierter Fachkräfte in Schulen und Kindertagesstätten in die Prävention. Es gilt, sie zu-

künftig durch Fort- und Weiterbildungen hinsichtlich der Implementation allgemeiner, indikationsunspezifischer präventiver Angebote sowie dem frühzeitigen Erkennen betroffener Kinder und dem Umgang mit ihnen besser zu schulen (Obermeier & Köhler, 2018; Schlüter-Müller, 2020). Mit der Zustimmung der Eltern könnten z. B. Lehrkräfte ebenso als Gatekeeper fungieren und ggf. bei der Vermittlung verschiedener Hilfen unterstützend tätig werden (Schlüter-Müller, 2020).

Ergebnisse einer Auswertung der Inanspruchnahme der medizinischen Kinderschutzhotline zeigen, dass Erwachsenenpsychiater „unerwartet“ oft Ansprechpartner für betroffene Eltern sind, gerade diese Berufsgruppe jedoch noch zu wenig Expertise im Umgang mit Kindeswohlgefährdung aufweist (Clemens et al., 2018). Clemens et al. (2018) empfehlen daher dringend die Fortbildung von Erwachsenenpsychiatern hinsichtlich der Erkennung von Gefährdungen für Kinder, sowie um Unsicherheiten im Umgang mit Kindeswohlgefährdung seitens der Fachärzte abzubauen. Es bedarf in diesem Zusammenhang zudem einer besseren Vernetzung mit anderen Bereichen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Pädiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe (Clemens et al., 2018).

Weitere Ansatzpunkte könnten insbesondere für betroffene Kinder ab acht Jahren Präventionsangebote zu den Themen Sucht und/oder psychische Erkrankungen bieten, die es zukünftig stärker zu implementieren gilt (Obermeier & Köhler, 2018). Auch für jüngere Kinder bietet sich zudem das Aufgreifen von nicht indikationsspezifischen Themen wie Diversität, Armut oder Trennung an (Obermeier & Köhler, 2018). Betroffene Eltern zur Anmeldung ihrer Kinder zu spezifischen Präventionsangeboten zu bringen, stellt hierbei jedoch aufgrund von Schuld- oder Schamgefühlen, Tabuisierung, Ängsten vor Stigmatisierung etc. eine besondere Herausforderung dar (Klein et al., 2013). Es gilt, eine besonders sensible Vorgehensweise zu entwickeln, die ebenso Teil der Fortbildungen der Fachkräfte sein sollte (Obermeier & Köhler, 2018). Neben spezifischen Angeboten für betroffene Kinder und deren Familien empfehlen Obermeier und Köhler (2018) zudem niedrigschwellige Präventionsangebote für grundsätzlich alle Eltern und deren Kinder, um die allgemeine Familienresilienz zu stärken (Obermeier & Köhler, 2018).

Laura Hoffmann und Matthias Richter - Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, Technische Universität München

Literaturverzeichnis

- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R. & Kowalenko, N. M. (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: international perspectives. *The Medical Journal of Australia*, 199(3 Suppl), S23-5. <https://doi.org/10.5694/mja11.11289>
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1262-1270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2017). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR : nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper (1. Nachdruck der 8., überarbeiteten Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016). Hogrefe.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2020). Jahresbericht 2020. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2021). Jahresbericht 2021. Berlin.
- Eickhorst, A., Fullerton, B. & Schreier, A. (2017). Psychische Belastungen bei Eltern mit Kleinkindern.: Faktenblatt 5 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:FB5-PVF>
- Euler, S., Sollberger, D., Bader, K., Lang, U. E. & Walter, M. (2015). Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung [A Systematic Review of Personality Disorders and Addiction: Epidemiology, Course and Treatment]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(10), 544-554. <https://doi.org/10.1055/s-0041-107984>
- Fullerton, B., Eickhorst, A., Sann, A. & Lorenz, S. (2017). Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern.: Faktenblatt 4 zur Prävalenz und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:FB4-PVF>
- Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A. & Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 252-257. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.1>
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2. überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Hahlweg, K., Lexow & A. & Wiese, M. (2009). Psychotherapiepatienten und ihre Kinder im ambulanten Bereich. In F. Matthejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (2. Aufl., S. 114-123). Balance Buch und Medien.
- Hammen, C., Brennan, P. A. & Shih, J. H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 994-1002. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127588.57468.f6>
- Hédervári-Heller, É. (2012). Bindung und Bindungsstörungen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern; mit ... 12 Tabellen* (S. 57-67). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20296-4_4
- Herpertz, S. C. & Grabe, H. J. (2019). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. *Der Nervenarzt*, 90(3), 233-234. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0673-y>
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 807-819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. [H.-U.] (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Janoutová, J., Janáčková P., Serý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., Varechová, K., Hosák, L., Jirík, V. & Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett.*, 37(1), 1-8.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken: Das „Trampolin“-Programm. Therapeutische Praxis*. Hogrefe. <http://bookview.libreka.de/retailer/urlResolver.do?id=9783801725273&retid=100024>.
- Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). *Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Berlin.

- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37-45. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021a). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern: Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin. <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-KpsE-2021>
- Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021b). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern: Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für die GKV auf Landesebene. Berlin. <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-HE-KpsEGKV-2021>
- Kühnel, S. & Bilke, O. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 14, 60-74.
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R. & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 312-317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Lenz, A. (2016). *Kinder psychisch kranker Eltern - Hilfebedarfe und Versorgungssituation der Familien* [Children of mentally ill parents - support needs and management status of families]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65(4), 226-230. <https://doi.org/10.13109/prkk.2016.65.4.226>
- Lenz, A. (2017). *Interdisziplinäre Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern aus der Sicht der Frühen Hilfen*. Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie der Katholischen Hochschule NRW. NZFH, U. U., Berlin. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Lenz_Albert_Vortrag_interdisziplinäre_Versorgung_Kinder_psych_kranker_Eltern.pdf.
- Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern* (1. Aufl.). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie: Band 23. Hogrefe. http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm?book_id/2282305.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H. & Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich] (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 59(4), 365-374. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365>
- Lorscheider, M. & Fehr, C. (2009). Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen, affektiven Störungen und Angststörungen. *Nervenheilkunde*, 28(08), 523-532. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1628676>
- Mattejat, F. (2001). *Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit - eine Einführung*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(50), 491-497.
- Mattejat, F., Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2010). *Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik*. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Klinik und Forschung (S. 13-24). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.). (2014). *BALANCE Ratgeber. Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (4. Aufl.). BALANCE Buch + Medien Verlag.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt international*, 105(23), 413-418. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0413>
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). *Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern* [Children of mentally ill parents. Research perspectives exemplified by children of depressed parents]. *Der Nervenarzt*, 71(3), 164-172. <https://doi.org/10.1007/s001150050025>
- Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J. K. & Lönnqvist, J. K. (2005). Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186, 108-114. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.108>

- Obermeier, M. & Köhler, T. (2018). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern aus psychisch belasteten Familien: Ergebnisbericht. Berlin.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Hoffmann, T. & Paul, M. (2016). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen: Eckpunktepapier. Köln. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Eckpunktepapier-Kinder-psychisch-kranker-Eltern-b.pdf. <https://doi.org/10.17623/NZFH:EPP-KEpE>
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln (M. Schulte-Markwort & F. Resch, Hg.). Beltz.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50(5-6), 871-878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Renner, I., Hoffmann, T. & Paul, M. (2020). Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern - Forschungsergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen [Early Childhood Intervention for Children of Parents with Mental Health Issues - Results of the Research Program of the National Center for Early Prevention]. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 69(5), 416-425. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.5.416>
- Robert Koch-Institut. (2016). Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien. Berlin.
- Schlüter-Müller, S. (2020). Children of Mentally Ill Parents - A High Risk Population. Psychiatria Danubina, 32(Suppl 3).
- Thomasius, R. & Klein, M. (2018). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien: Ergebnisbericht. Berlin.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health - findings from the GB national study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41(7), 509-514. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0061-3>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. The American journal of psychiatry, 163(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit und Entwicklung, 18(2), 111-121. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.18.2.111>
- Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A. & Petermann, F. (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58(4), 315-322. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000042>
- Wiegand-Grefe, S., Matzejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.). (2010). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B. & Plass-Christl, A. (2019). Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. International journal of environmental research and public health, 16(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph16071278>
- Wille, N., Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. European child & adolescent psychiatry, 17 Suppl 1, 133-147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

2 Liste der Unterstützungsbeiträge

Im Folgenden werden die Unterstützungsbeiträge gelistet, die mit Stand 03.01.2022 an die Geschäftsstelle der NPK übermittelt wurden.¹⁷⁶

2.1 UNTERSTÜTZUNGSBEITRÄGE ZUM THEMA GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PFLEGE

Tabelle 21: Unterstützungsbeiträge mit Zielgruppe beruflich Pflegende

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen	GKV-Spitzenverband	Die jeweiligen Lebensweltverantwortlichen
Verzahnung BGF mit Präventionsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen	GKV-Spitzenverband	
Weiterentwicklung Unterseite „Gesund in der Pflege“ des Internetauftritts der NPK - Unterstützungsleistungen für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen	NPK-Träger	PKV-Verband
Online-Portal „Das Sichere Altenheim“ - Weiterentwicklung des virtuellen Portals www.sicheres-krankenhaus.de	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Projektdurchführung: Fachbereich „Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)	Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand
BGW-Rückenkolleg - Maßnahmen der Individualprävention	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	BG Klinikum Hamburg BG Klinikum Bergmannstrost Halle BG Nordsee-Reha-Klinik St. Peter-Ording
Unterstützung von Betrieben durch Angebot und Verzahnung von Präventionsleistungen - Gesunde Arbeit Hansestadt Hamburg	DRV Bund, BGW Hamburg	DRV Bund DRV Nord DAK Gesundheit Praxispartner Asklepios Klinik Wandsbek GmbH ASB Sozialeinrichtungen Hamburg GmbH
RV Fit	DRV Bund	
gesund alt werden in der stationären Pflege (gesaPflege) - beruflich Pflegende	Kranken- und Pflegekassen NRW In der Federführung: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse BARMER Landesvertretung NRW	Team Gesundheit GmbH Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH Technische Universität Chemnitz + 7 Pflegeeinrichtungen in NRW

¹⁷⁶ Es können sich geringfügige Abweichungen zu den Angaben in Anhang 3 aufgrund von nachträglichen Korrekturen und einer anderen Zählmethodik ergeben.

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Aktualisierung Leitfadens „Gute Stationsorganisation – Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen“	AOK-Bundesverband, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	
Online-Training „AOK PLUS PENELOPE“ – Gesundheit für beruflich Pflegende	AOK PLUS	Technische Universität Dresden
Präventionsprogramm Gewalt in Pflegeheimen	AOK Bayern Pflegekasse AOK Bayern Betriebliches Gesundheitsmanagement	AGP Sozialforschung Freiburg in Zusammenarbeit mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. und der Hochschule München Beteiligte Kranken- und Pflegekassen: AOK Bayern, Ersatzkassen, 20 Betriebskrankenkassen, KNAPPSCHAFT, SVLFG als Pflegekasse
Selbstevaluationsstool für stationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.	Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Technische Universität Berlin
Pulsnetz	AOK Baden-Württemberg	Diakonie Baden-Württemberg e. V., BGW
Netzwerkprojekt Betriebe Gesund Miteinander (BeGeM)	AOK Baden-Württemberg	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) Hochschule Furtwangen
Projekt Prävention in der Pflege (PiP)	AOK Baden-Württemberg	Für das Projekt Prävention in der Pflege (PiP) schloss die AOK Baden-Württemberg mit ursprünglich 68 stationären Pflegeeinrichtungen einen Kooperationsvertrag. Aktuell sind noch 63 Einrichtungen aktiv am Projekt beteiligt.
Forschungsprojekt Care4Care	AOK-Bundesverband, Beuth Hochschule für Technik Berlin	Berliner Hochschule für Technik Technische Hochschule Lübeck Leuphana Universität Lüneburg Helmut-Schmidt-Universität Hamburg Im Beirat: BMAS, BGW, Universität Duisburg-Essen, Caritasverband e. V.
Forschungsprojekt QualiPEP	AOK-Bundesverband	noch nicht definiert
Prävention stressbedingter Krankheiten	pronova BKK	R+V BKK, SBK, Mobil BKK, Novitas, Bahn BKK, vivida BKK, Salus BKK, BMW BKK, Bosch BKK, TU Berlin, corvolution, fitbase
Digitale Gesundheitswoche	pronova BKK	MOOVE GmbH
Durchführung und Aufbau einer digitalen Gesundheitsplattform	pronova BKK	MOOVE GmbH

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Rückengesundheit	pronova BKK	ZS Unternehmen Gesundheit GmbH & Co KG
Humanoo	pronova BKK	Humanoo
Youmind	pronova BKK	Institut für Gesundheit und Management (ifg)
Gesunde Führung	BAHN-BKK	
„A.D.A.M. - Achtsam dabei - achtsam miteinander“ - Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen	BAHN-BKK	Mehr Zeit für Kinder e. V., Frankfurt a. M.
Bewegungsfahrschule	BAHN-BKK	Bewegungsfahrschule Annette Zumdick, Gronau (NRW)
Strategisches BGM	BAHN-BKK	Movement24, München und Düsseldorf
Pflege auch Dich	BAHN-BKK	ProVita GmbH Offenbach
Aktion Pflege ohne Kopfschmerz	BKK Werra-Meissner	Zentrum für Forschung und Diagnostik bei Implantaten, Entzündungen und Schmerzen (ZIES) gemeinnützige GmbH
WERTGESCHÄTZT	BMW BKK, Debeka BKK, energie BKK, BKK Technoform, Mobil Krankenkasse, Novitas BKK, BKK Pfalz, BKK Public, BKK RWE, BKK Salzgitter, BKK Scheufelen, TUI BKK, WMF Betriebskrankenkassen, BKK VDN, BKK Mahle, BKK Rieker Ricosta Weisser, BKK SBH, Wieland BKK, Merck BKK, BKK B. Braun Aesculap, Heimat Krankenkasse, BKK Stadt Augsburg, Daimler BKK, Audi BKK, BKK Hercules, BKK Würth, BKK Dachverband, BKK Melitta Plus, Bertelsmann BKK, Südzucker BKK Umsetzungspartner: Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH	Die BKK-Initiative WERTGESCHÄTZT betreut zurzeit 120 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bundesweit.
DigiCare	DigiRehab GmbH	BKK VBU
Aufbau BGM (UMR)	Salus BKK	Institut für Präventivmedizin (IPM), Universitätsmedizin Rostock

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Fachtag Pflege	Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Hamburg	Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg (Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in Hamburg, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), Öffentlicher Gesundheitsdienst der Bezirke) Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) GKV-Bündnis für Gesundheit Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
MEHRWERT:PFLEGE	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	DGUV und DRV Bund
Pflegedienstleistungen	KKH - Kaufmännische Krankenkasse	Team Gesundheit GmbH
Aufbau eines BGM	Die Techniker (TK)	AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg g GmbH
Gesundheitskompetenz rauchfrei in der Pflege	DNRfK (Deutsches Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V.)	DAK-Gesundheit
Steigerung der Gesundheitskompetenz	DVGS (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.)	DAK-Gesundheit
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	BMG, Referat 321 - Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	
Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe (QualiPEP)	BMG, Referat 321 - Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	AOK-Bundesverband
Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)	BMG, Referat 321 - Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	
DGE Qualitätsstandards	BMEL, Referat 212	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Überwachung und Beratung SMWA	Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr	Landesdirektion Sachsen, Abteilung Arbeitsschutz
Informationsstelle IVS	Steuerungsgremium zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Gesetzliche Krankenkassen auf Landesebene

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
PeliCan	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	
PSU-Akut	PSU-Akut e. V.	Kriseninterventionsteam München Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München, Kommunale Unfallversicherung Bayern, Bayerische Landesärztekammer
DKG Beratung	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.	Verschiedene, z. B. Krankenkassen (im Bereich BGF-Koordinierungsstellen)
Unterstützungsbeitrag der Freien Wohlfahrtspflege zum Thema „Beruflich Pflegende“	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)	
Zusammenführung MEHRWERT:Pflege und RV Fit	bpa-Landesgeschäftsstelle, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	

Tabelle 22: **Unterstützungsbeiträge mit Zielgruppe pflegende Angehörige**

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Weiterentwicklung der Unterseite „Gesund in der Pflege“ des Internetauftritts der NPK - Angebote für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	NPK-Träger	PKV-Verband
Aktivitäten der Unfallkassen zum Handlungsfeld pflegende Angehörige	Unfallkasse Nord (Sprecher für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand)	Sozialleistungsträger, Regionale Servicestellen für pflegende Angehörige
Mehrtägige Gesundheitsprogramme in Präsenz für pflegende Angehörige	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Fachkräfte (z. B. Sozialpädagogik, Psychologie, Pflege etc.), Seminareinrichtungen
Online-Angebote für pflegende Angehörige	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	
Compass Pflegeberatung	compass private pflegeberatung GmbH	
MEDICPROOF	MEDICPROOF GmbH	Auftraggebende Versicherungen, PKV-Verband
PfleBeO Pflegeeinrichtungen - Bewegungsfreundliche Organisationen	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	Umsetzungspartner: IGES Institut GmbH, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Rotes Kreuz Krankenhaus Lübeck, g2 Organisationsentwicklung GmbH, MA&T Sell & Partner GmbH, Universität Hamburg, Institut für Bewegungswissenschaft
PfleMeO Pflegeeinrichtungen - Mental ermunternde Organisationen	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	Umsetzungspartner: IGES Institut GmbH
Fragebogen FARBE	Zentrum für Qualität in der Pflege	Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Landeskrankenhaus (AöR)
Nationale Demenzstrategie	Zentrum für Qualität in der Pflege	Kooperationspartner der Nationalen Demenzstrategie (NDS), z. B. BMFSFJ, BMG, BMBF, Deutsche Alzheimer Gesellschaft
ZQP-Ratgeberreihe	Zentrum für Qualität in der Pflege	
Junge Pflegehelden	AOK Nordost	
Schulkampagne	AOK PLUS oder GB Pflege/HKP	ggf. weiterführende Schulen
Individuelle Unterstützung	AOK Baden-Württemberg	Anbieter/Vertragspartner mit Angeboten zu Pflegekursen und individuellen Schulungen in der Häuslichkeit

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Acht ländliche Quartiere	Ersatzkassen, stellvertretende Ausführung durch: Verband der Ersatzkassen e. V.	AWO Bundesverband e. V. und seine Gliederungen und Dienste
Präventionsprojekt „Gesunde Pflege“	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Hessen	Stadt Frankfurt, Johann Wolfgang Goethe- Universität, Frankfurt am Main
DAK Pflege-App	DAK-Gesundheit Versorgungsforschung und Innovation	
DAK Pflegecoach	DAK-Gesundheit Versorgungsforschung und Innovation	Vertragspartner: Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH
Thema Demenz (Video-Support)	DAK-Gesundheit Versorgungsforschung und Innovation	
KKH-Pflegecoach	Pflegekasse bei der KKH	Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH
Präventionsreisen	Pflegekasse bei der KKH	Dr. Holiday
Online-Pflegekurse		curendo
Pflegetelefon	Pflegetelefon BMFSFJ	ZQP, Telefonseelsorge, Bürgertelefon Pflegeversicherung BMG
Unterstützungsbeitrag der Freien Wohlfahrtspflege zu den Themen pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)	
Flyer zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.	Pflegekassen (Idealvorstellung - Pflegekassen informieren bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit die/ den Pflegebedürftige/n sowie Angehörige über gemeinschaftliche Selbsthilfe)

Tabelle 23: **Unterstützungsbeiträge mit Zielgruppe pflegebedürftige Menschen**

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen	GKV-Spitzenverband	Die jeweiligen Lebensweltverantwortlichen
Demenzverzögerer	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Kommunen (Pilotlandkreis Cham), SimA-Akademie
Mit.Menschen - Gesundheit im Quartier	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	Contec GmbH
Projekt „PriO-A“	Zentrum für Qualität in der Pflege	Steuerungskreis aus Vertreter/-innen von Pflegeanbietern, Berufsverbänden, Fachverbänden, Selbsthilfe (in Planung)
Projekt „RAIL“	Zentrum für Qualität in der Pflege	BMFSFJ Deutsche Hochschule der Polizei
Projekt „Entwicklung von Schulungsmaterialien zur Stärkung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege“	Zentrum für Qualität in der Pflege	Vertreter/-innen von Pflegeanbietern, Berufsverbänden, Fachverbänden, Selbsthilfe
Projekt „Sexuelle Gewalt in der stationären Langzeitpflege“	Zentrum für Qualität in der Pflege	BMFSFJ Deutsche Hochschule der Polizei
Qualifizierungsprogramm „Gut gepflegt“	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.	Umsetzungspartner: Schwulenberatung Berlin gGmbH In Kooperation mit der Deutschen AIDS-Stiftung
Projekt „Entwicklung eines Assessment-Instruments für die präventive Beratung in der häuslichen Pflege“	Zentrum für Qualität in der Pflege	Hochschule Osnabrück, Steuerungskreis mit Vertreterinnen und Vertretern relevanter politischer Akteure auf Bundesebene sowie Expertinnen und Experten aus der Beratungspraxis, Pflegeberatungsstellen
gesaPflege Pflegebedürftige Menschen	Kranken- und Pflegekassen NRW In der Federführung: AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, BARMER Landesvertretung NRW	Team Gesundheit GmbH, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Technische Universität Chemnitz, + 7 Pflegeeinrichtungen in NRW
Märchen und Demenz	Kassenartenübergreifendes Projekt im Rahmen der LRV in Sachsen und Thüringen unterstützt unter anderem von der AOK PLUS Informationsstelle zur Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.	Märchenland GmbH

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Rhythmus des Lebens	AOK PLUS	Technische Universität Chemnitz
KinderPflegerBeratung	AOK Nordost	
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	RetroBrain R&D GmbH
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	Märchenland GmbH Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	ClarCert GmbH Internationales Zertifizierungsinstitut für Management und Personal
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	Lindera GmbH
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Baden-Württemberg
Multiplikatorenschulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	AOK Baden-Württemberg	After NetWork UG, Peter Schuler (GF), Akademie für Musik-, Tanz- & Bewegungstherapie
Modellprojekt „Wohl.Fühlen“	BARMER Landesvertretung Niedersachsen/Bremen	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
PEKo – Partizipative Entwicklung und Evaluation eines multimedialen Konzeptes zur Gewaltprävention	Die Techniker (TK)	Universität zu Köln, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Hochschule Fulda, Universität zu Lübeck, Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln
PROfit – Prävention-Orientierung-Training	Die Techniker (TK)	TU Berlin (Biological Psychology an Neuroergonomics), Universität Duisburg Essen, Universität Heidelberg
Projekt „Für ein gesundes Gleichgewicht im Leben“	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Hessen	Verein „Mehr Zeit für Kinder“, 4 stationäre Pflegeeinrichtungen der Königsberger Diakonie
Projekt: aktiviert.GESTÄRKT.zufrieden	vdek Verbandszentrale	Team Gesundheit GmbH
memorePlus	vdek Verbandszentrale	Team Gesundheit GmbH RetroBrain R&D GmbH
AktivLeben Pflege	KKH Kaufmännische Krankenkasse	
Pflege- und Sturzprävention	KKH Kaufmännische Krankenkasse	Lindera GmbH

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Projekt „Älterwerden mit Wohlfühl“	BAHN-BKK	ProVita Gesellschaft für Gesundheitsförderung mbH
DigiRehab	DigiRehab GmbH	BKK VBU
Unvergessen – Aktivierung durch Märchen	Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH	Erzähltheater Osnabrück, BKK Werra-Meissner
Clownvisiten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der (teil)stationären Pflege	pronova BKK	Kölner Klinik Clowns
media4care	pronova BKK	media4care
Einführung PräVG und DVPMG	BMG, Referat 321 – Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	
DGE Qualitätsstandards	BMEL	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DISEPO 2020-2022	BMEL	Amt Hüttener Berge, Groß-Wittensee
Im Alter – IN FORM	BMEL	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)
Generationenbahnhof Erlau	Generationenbahnhof Erlau e. V.	Gemeinde Erlau
Land.digital	Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e. V. (LEB)	
Gemeinsam aktiv!	Gemeinde Nüsttal	Pflegedienst RhönStern Hochschule Fulda
Qualifizierungskurse Pflegeimpuls	Alte Hansestadt Lemgo	Mehrgenerationenhaus Lemgo (MGH), Forschungsinstitut Geragogik
Aktion Demenz	Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)	Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG), 4 Teilprojekte (Deutscher Tischtennis Bund, Deutscher Turner Bund, Landessportbund Niedersachsen e. V. [vertreten durch den Kreissportbund Osnabrück-Land] und Landessportbund Nordrhein-Westfalen)
Politische Initiative präventiver Hausbesuch	Politische Initiative als verhältnispräventiver Unterstützungsbeitrag Bundesgesetzgeber/BMG	Kommunen bei Umsetzung
Implementierungsleitfaden zur Entwicklung bewegungsförderlicher Pflegeeinrichtungen	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (bis 12/2021), Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e. V. – QVNIA e. V. (Zuwendungspartner)

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Projekt BENi (BEwegungsförderung pflegebedürftiger BewohnerInnen nachhaltig implementieren)	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Verband der Privaten Kranken- versicherung e. V. (bis 12/2021) Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (Zuwendungspartner)
Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB)	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Verband der Privaten Kranken- versicherung e. V. (bis 12/2021) Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) (bis 12/2021) Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e. V. - QVNIA e. V. (bis 12/2021)
Erinnerungs_reich - Museen für Menschen mit Demenz	TU Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, GKV-Bündnis für Gesundheit (Landesbezogene Projekte und Programme), Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. - Alzheimer Gesellschaft, Landeshauptstadt Dresden, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Zentrum für Gesundheitswissenschaften/Institut für Allgemeinmedizin, Alexander Krankenhaus Hedwigshöhe
Flyer zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.	Pflegekassen (Idealvorstellung - Pflegekassen informieren bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit die/ den Pflegebedürftige/n über gemeinschaftliche Selbsthilfe)

2.2 UNTERSTÜTZUNGSBEITRÄGE ZUM THEMA PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT

Tabelle 24: Unterstützungsbeiträge zum Thema psychische Gesundheit im familiären Kontext

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Maßnahmen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	GKV-Bündnis für Gesundheit	Die jeweiligen Lebensweltverantwortlichen
Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern - Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention	GKV-Bündnis für Gesundheit	Der Handlungsrahmen wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Fachkräften der gesetzlichen Krankenkassen, der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erstellt.
Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit	GKV-Bündnis für Gesundheit	Antragsstellende Kommunen
Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext - NPK-Handlungsrahmen für die Bundesebene	Stimmberechtigte NPK-Mitglieder Federführung: GKV-Spitzenverband	Stimmberechtigte und beratende NPK-Mitglieder
Krisenhotline	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Krisenhotline SVLFG erbracht durch IVP Networks GmbH Hamburg (Dienstleistungserbringer für die SVLFG)
AckerRacker	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Acker e. V. sowie diverse Kreisbauernverbände
RehaPro Projekt, Kontext Sucht	DRV-Mitteldeutschland	Kooperationspartner: DRV Bund, Interventionsklinik: MEDIAN Klinik Römhild, Barbarossa-Klinik Kelbra sowie Vergleichskliniken, Beratender Experte: Fachklinik Heidehof
Projekt „Baumhaus“	Stadt Weimar, Amt für Familie und Soziales	AWO-Regionalverband Mitte-West-Thüringen e. V., AOK PLUS, Gesundheitscenter Erfurt
Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern - kidstime	Gesundheitsamt Frankfurt am Main	Sozialwerk Main Taunus e. V.
Familienzentrum - Seele in Bewegung	Gesundheitsamt Landkreis Marburg-Biedenkopf	Verein zur Bewegungsförderung und Psychomotorik e. V. Marburg

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Initiative „Gesundheit fördern - Versorgung stärken“	Magistrat der Universitätsstadt Marburg Fachdienst Gesunde Stadt	Gesundheitsamt durch die Initiative „Gesundheit fördern - Versorgung stärken“, Fachbereich Kinderbetreuung der Universitätsstadt Marburg, GKV Vertretende, Kreisjobcenter, Ernährungsberatung GAP
Selbstbestimmt - Suchtprävention für vulnerable Zielgruppen im Land Brandenburg	Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (BLS)	GKV-Bündnis für Gesundheit (Fördermittelgeber für das Projekt selbstbestimmt), Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) (Förderer der BLS)
Empowerment im Frauenhaus	BAHN-BKK	Verein Hilfe für Frauen e. V. / Frauenhaus Nürnberg
FIT trotz Trauma - Begleitung für traumabelastete Familien	BAHN-BKK	amitumKids gUG
Aufmachen! Psychisch fit in Berufsschule und Beruf	BAHN-BKK	Irrsinnig menschlich e. V.
1000 Schätze	KKH Kaufmännische Krankenkasse	COOPTIMA - Prävention und Gesundheitskommunikation, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Projekt Landungsbrücke	Koordinierungsgremium Landesrahmenvereinbarung Hamburg, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Auftragnehmer: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.	Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Hamburger Institut für Berufliche Bildung, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Unfallkasse Nord, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Landesverband Nordwest, Bundesagentur für Arbeit
Forschung zu Grundlagen und Ansätzen	KKH Kaufmännische Krankenkasse	Deutsches Zentrum für Präventionsforschung und psychische Gesundheit

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Projekt „Geschützte Räume für gestresste Kinder“	GKV-Bündnis für Gesundheit	GKV-Bündnis für Gesundheit Lichtwark-Forum Lurup e.V Grundschule Langbargheide, Geschwister-Scholl-Stadtteilschule (Stadtteilschule Lurup, Grundschule Luruper Hauptstraße) RUN Jugendhilfe gGmbH (Nordlicht e. V., movego Jugendhilfe gemeinnützige GmbH, Vereinigung Pestalozzi gemeinnützige GmbH) Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt-Altona
Förderplattform AktivLeben	KKH Kaufmännische Krankenkasse	Diverse
fit4future	DAK-Gesundheit	Cleven-Stiftung
Bremer WeGe - systemisch gesund	DAK-Gesundheit Landesvertretung Bremen, Zentrum für unterstützende Pädagogik (ZUP)	ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH
DAK Smart4me	DAK-Gesundheit	GAIA AG
Präventionsprojekt Ernährung	DAK-Gesundheit, Landesvertretung Sachsen-Anhalt	Cornelius-Werk Diakonische Hilfen „Zille Haus, Bildung ZUR Gesundheit
Projekt Heldenherzen	DAK-Gesundheit, Landesvertretung Schleswig-Holstein, GKV-Bündnis für Gesundheit und LRV-Steuergruppenbeteiligte im Sinne der Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein	Landkreis Bad Segeberg
KIPS NRW	Projekträger: Land NRW und GKV-Bündnis für Gesundheit Projektkoordination: BELLA DONNA Essen	BELLA DONNA Essen
Netzgänger 3.0	Techniker Krankenkasse	Condrops e. V. München
Gemeinsam klasse sein	Techniker Krankenkasse	Lehrerfortbildungsinstitute des jeweiligen Bundeslandes
IPSY Suchtprävention in Schulen	Techniker Krankenkasse	Universität Jena
Unterrichtsportale „MedienUniversum“	Techniker Krankenkasse	Medienzentrum Greifswald e. V.
Konzept Schatzsuche für Kitas	Techniker Krankenkasse	Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung des jeweiligen Bundeslandes

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Screen4Kids	Mobil Krankenkasse	Co-Projektleitung: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Darüber hinaus diverse Partner im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung (bundesweit), der Evaluation, der Jugendhilfe, der übergeordneten Vernetzung sowie weitere gesetzliche Krankenkassen.
KIPS - Kinder- und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-) belasteten Familien	Programmbüro des GKV Bündnisses für Gesundheit in Nordrhein-Westfalen	Landesfachstelle Frauen und Familie BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW des Vereins zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e. V., Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Stiftung für Wohlfahrtspflege NRW
Allgemeine Aufgaben	BMG, Referat 321 – Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	
Offensive Psychische Gesundheit	BMG, Referat 321 – Rechts- und Gesundheitsfragen der Prävention und Gesundheitsförderung	BMAS, BMFSFJ
Sensibilisierungskampagne Arbeitswelt	BMAS	Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) – durchgeführt vom BKK Dachverband
DGE Ernährungsstandards	BMEL	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Nationaler Aktionsplan IN FORM	BMEL	BMG
Internet-basierte Psychotherapie	Bezirk Unterfranken, Bezirkskrankenhaus Lohr – Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin	
Frühe Hilfen in den Ländern	BMFSFJ, Geschäftsstelle der Bundesstiftung Frühe Hilfen	Landeskoordinierungsstellen der Frühen Hilfen in den Ländern
KidKit networks	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH
Projekt NACOA	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.
Forschungsprojekt interdisziplinäre Versorgungsstrukturen	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	Universitätsklinikum Ulm Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Kommunales Gesamtkonzept Ortenaukreis	Amt für Soziale und Psychologische Dienste Landratsamt Ortenaukreis	Großes Netzwerk aus Akteuren des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungssystems und weiterer Akteure
Präventionsnetzwerk Ortenaukreis	Amt für Soziale und Psychologische Dienste, Landratsamt Ortenaukreis	Großes Netzwerk aus Akteuren des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungssystems und weiterer Akteure
Landesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern	Landesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern (LAG KipkE) in Baden-Württemberg	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Alle Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft
Wanderausstellung	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	Gesundheitsämter und Veranstalter von Präventionsveranstaltungen bzw. gesundheitsfördernden Aktionen
Krisendienste	Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayerischer Bezirkstag, bayerische Bezirke	Träger der Freien Wohlfahrtspflege Bayern und weitere externe Partner
KIPS Prävention NRW	Landesfachstelle Frauen und Familie BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW	GKV-Bündnis für Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Stiftung Wohlfahrtspflege
Novellierung Landeskinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz	Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration	Jugendämter und Gesundheitsämter in den Kommunen
Trampolin in Sachsen	Geschäftsstelle P. SACHSEN c/o Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (SLS), Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen (Suchtmittelspezifische Suchtprävention)
HaLT - Hart am Limit	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt	Villa Schöpflin gGmbH - Zentrum für Suchtprävention HaLT Service Center
Psychoedukative Angebote für Kinder und Jugendliche	TWSD in Thüringen GMBH, Erfurter Seelensteine	Netzwerk um und in Erfurt: unter anderem KKH, Helios, Familienzentren, Schulen, Jugendämter, Sozialämter etc.
Gruppe Jonathan	SiT - Suchthilfe in Thüringen gemeinnützige GmbH	Präventionszentrum der SiT

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Jugendprojekt BOJE	Außenstelle der Suchtambulanz des ÖHK für Alle, die im System Familie mit Sucht in Berührung kommen	Ökumenisches Hainich-Klinikum, SiT, Bewährungshilfe, Jugendamt, Kinderschutzdienst, Kindergärten, Grund- und weiterführende Schulen
Projekt Rückenwind	Diakonie Henneberger	Suchtberatungsstelle Suhl, Flexible ambulante Erziehungshilfen Suhl der Diakonie Henneberger Land
KomBERA	Präventionszentrum der SiT - Suchthilfe in Thüringen gemeinnützige GmbH	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Thüringen
Maßnahme KipkE	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. - AGETHUR	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Thüringen, Kommunale Akteure: Gesundheitsämter, Jugendämter, Freie Träger aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie Hilfe für psychisch Erkrankte und deren Angehörige, Thüringer Landesstellen im Bereich Suchtprävention, Kliniken und Psychiatrien
FH Kyffhäuserkreis	Landratsamt Kyffhäuserkreis Dezernat II Soziales, Jugend, Gesundheit und Arbeit Stabstelle „Frühe Hilfen und Kinderschutz“	Kreisjugendring Kyffhäuserkreis e. V.
Projekt Peter Pan	SiT- Suchthilfe in Thüringen gGmbH, Beratungsstelle Jena	Jugendamt Jena, EDA
„Gesund aufwachsen in suchtpreventiven Lebenswelten“	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	PKV-Verband
Material für Fachkräfte (Empfehlung 18)	Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der BZgA	Arbeitsgemeinschaft Gemeinde Psychiatrie Rheinland e. V. (Zuwendungsempfänger)
Online-Kurs Frühe Hilfen	Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der BZgA	Auftragnehmer (Vergabe in Vorbereitung)
Digitale Sprechstunde für Fachkräfte	Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der BZgA	Universitätsklinikum Ulm, Universitätsmedizin Rostock

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Allgemeine Aufgaben	Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	16 Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen, Kommunen, Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe, Universitäten und Forschungsinstitute
Fachberatungsangebot EBZ Würzburg	Evangelisches Beratungszentrum (EBZ) der Diakonie Würzburg	Regionale Jugendämter / ASD in Würzburg / Unterfranken, Bezirk Unterfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger, Kliniken für Psychiatrie (Träger: Universität und Bezirk), Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialpsychiatrie der Wohlfahrtsverbände in der Region Unterfranken, Gesundheitsämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, Netzwerk Peripartale Krisen
Kooperationsverbund EBZ Würzburg	Evangelisches Beratungszentrum (EBZ) der Diakonie Würzburg	Regionale Jugendämter / ASD in Würzburg / Unterfranken, Bezirk Unterfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger, Kliniken für Psychiatrie (Träger: Universität und Bezirk), Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialpsychiatrie der Wohlfahrtsverbände in der Region Unterfranken, Gesundheitsämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, Netzwerk Peripartale Krisen
Elternberatung Stiftung Leuchtfeuer	Stiftung Leuchtfeuer, Köln	LVR Kliniken Köln, Universitätsklinik Köln, PSAG Köln, UAK Köln
Lesereisen Deutsche DepressionsLiga	Deutsche DepressionsLiga e. V.	

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
PSAG-Netzwerke Gesundheitsamt Duisburg	Psychiatrie- und Suchtkoordination/ PSAG Gesundheitsamt Duisburg	Sozialpsychiatrischer Dienst Erwachsenenpsychiatrien Kinder- und Jugendpsychiatrie Gemeindepsychiatrische Träger Beratungsstellen Kindertherapeuten Jugendamt Institut für Jugendhilfe freie Träger der Jugendhilfe Suchthilfe, im Rahmen eines Projektes des Suchthilfeverbands auch Träger von Kultureinrichtungen
Beratungsangebot Caritasverband Gladbeck	Blickkontakt, Caritasverband Gladbeck e. V.	Stadt Gladbeck, Kreis Recklinghausen, GKV, Beratungsstellen, Schulen
Prävention, Früherkennung und Behandlung Tagesklinik für Familien	Tagesklinik für Familien und Institutsambulanz	Mitglied BAG Kinder psychisch kranker Eltern, Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) Walstedde, Kidstime e. V., IAGUS, Regionale Netzwerkstruktur mit Ämtern für Kinder, Jugendliche und Familien vor Ort (insbesondere Münster, Hamm, Warendorf)
Stark im Sturm - Beratung und Vernetzung in Kliniken	Klinikübergreifende Initiative Stark im Sturm: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Mannheim, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin Mannheim, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	Klinik für Allgemeine Psychiatrie Heidelberg, ZPM am Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Suchttherapie und Entwöhnung Wiesloch, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden
Behandlungsangebot Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Eltern-Kind- Behandlung	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Werner Otto Institut, Sozialpädiatrisches Zentrum
Schulprojekttag Leipzig - Familienberatungsstelle AURYN	Familienberatungsstelle AURYN im WEGE e. V.	Alle Grundschulen, Oberschulen und Gymnasien in Leipzig
Pädagogisches Seminar - Familienberatungsstelle AURYN	Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN	Alle pädagogischen Fachkräfte in Leipzig, sowie für Veranstaltungen außer Haus alle Institutionen (Kitas, Familienhilfeträger, Schulen oder Ähnliches) mit pädagogischen Fachkräften

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Projekt Pegasus	Bsj Marburg e. V.	Allgemeiner Sozialer Dienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Sozialpsychiatrische Dienste, Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Schulpsychologinnen/-psychologen, Institutionen der Jugendhilfe, Gesundheitsamt, Familienhilfen, Beratungsstellen, AK Kinder psychisch kranker Eltern Marburg
Schwer.Kraft - Stark als Familie	Bsj Marburg e. V.	vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeiner Sozialer Dienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Sozialpsychiatrische Dienste, Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Schulpsychologie Institutionen der Jugendhilfe, Gesundheitsamt, Familienhilfen, Beratungsstellen, AK Kinder psychisch kranker Eltern Marburg
Netzwerk AGETHUR	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. - AGETHUR	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Kommunale Akteure (Gesundheitsämter, Jugendämter), Freie Träger aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie Hilfe für psychisch Erkrankte und deren Angehörige, Thüringer Landesstellen im Bereich Suchtprävention, Kliniken und Psychiatrien

Kurzbezeichnung	Verantwortlicher Akteur	Kooperationspartner
Kooperationsprojekt „Starke Familien“	Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e. V. in Kooperation mit: Psychologische Beratungsstelle des evangelischen Kirchenbezirks Kraichgau	Überregionale Kooperationspartner: BAG KipE, Regionale Kooperationspartner: Forum Kinder psychisch erkrankter Eltern Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis, KGK - Kommunale Gesundheitskonferenz Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis, Runder Tisch „Hand-in-Hand“ Sinsheim, AK Schulterchluss Rhein-Neckar-Kreis, Jugendhilfe, Erziehungs- und Drogenberatungsstellen, Gesundheitswesen, Schulen, Kindergärten, Fachdienste im Bürgerkreis e. V. selbst: SpDi - Sozialpsychiatrischer Dienst, PSB - Psychosoziale Beratung, ABW - Ambulant betreutes Wohnen, TREFF - Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen, EhFa - Erziehungshilfen in Familien
Dialogforum	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	Bund und Länder, BMG
Chance for Kids	Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH	Diözesan Caritasverband für das Erzbistum Köln
Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien	Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH	BMG, Referat 125 (Fördergeber) Landesfachstelle Frauen und Familie BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW, AFET Bundesverband der Erziehungshilfe e. V., Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre suchtkranken oder psychisch erkrankten Eltern, Suchtkoordination der Stadt Dresden im Gesundheitsamt der Stadt Dresden
Familienorientierte Suchtarbeit	Deutscher Caritasverband e. V.	Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS) (federführend)

3 Methodisches Vorgehen zur Analyse der Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben

In den nachfolgenden Abschnitten wird das methodische Vorgehen zur Analyse der eingereichten Unterstützungsbeiträge beschrieben. Die Anzahl der eingereichten Unterstützungsbeiträge nach Akteur und Zielgruppe ist in Tabelle 25 zu finden. Die Analyse der Unterstützungsbeiträge erfolgte anhand bestimmter Merkmale, die von IGES festgelegt wurden. Sie umfassen den Präventionsansatz (Verhältnis- und/oder Verhaltensprävention), den

Stand der Entwicklung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention, die Handlungsansätze (unter anderem Organisationsentwicklung, Beratung) sowie die Beurteilung der Reichweite der Unterstützungsbeiträge. Die Kategorisierung der Unterstützungsbeiträge anhand der Merkmale beruht hierbei auf den Einschätzungen von IGES.

Tabelle 25: Übersicht der Unterstützungsbeiträge nach Akteur und Zielgruppe

Akteur	Beruflich Pflegende	Pflegende Angehörige	Pflegebedürftige Menschen	KpsE
NPK(-Träger)	1	1	0	1
GKV	33*	3*	0*	29
GRV	2	0	0	1
GUV	3	1	0	0
SPV	0*	10*	25*	0
PKV	0	7	9	0
Bund	3	1	12	10
Länder	4	0	1	18
Weitere	4	3	3	22
Gesamt	50	26	50	81

Quelle: Analyse der Unterstützungsbeiträge (Stand 03.01.2022).

Anmerkung: KpsE = Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern

* Bei den Kranken- und Pflegekassen war eine eindeutige Zuordnung zu GKV oder SPV nicht immer möglich.

Präventionsansatz

Im Rahmen der im Abschnitt 4.2.1 und 4.3.1 beschriebenen Zielfindungsprozessen wurden je Zielgruppe des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege und Psychische Gesundheit ein übergeordnetes Ziel definiert, das jeweils anhand von zwei Teilzielen präzisiert wurde:

Teilziel 1: Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen (Verhältnisse)

Teilziel 2: Stärkung der Gesundheitsressourcen (Verhältnisse und Verhalten)

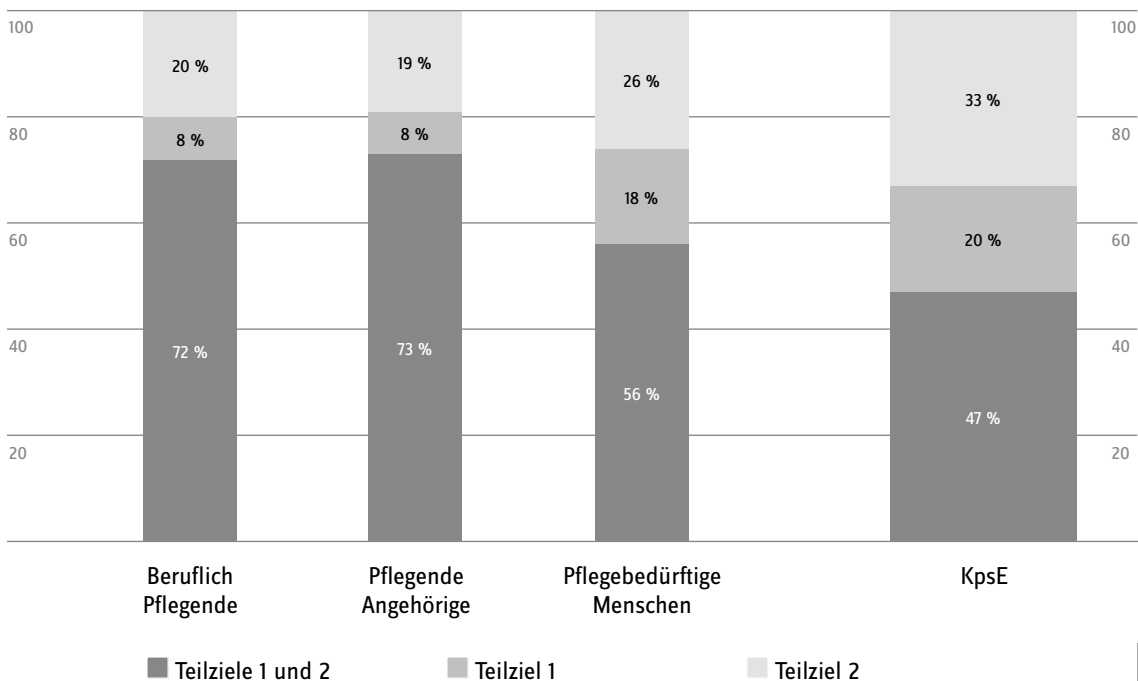
Die am NPK-Vorhaben beteiligten Akteure sollten auf der zur Verfügung gestellten Vorlage angeben, ob der jeweilige Unterstützungsbeitrag ein oder beide Teilziele adressiert.

Für Unterstützungsbeiträge, die keine Zuordnung zu den Teilzielen enthielten bzw. für die die Vorlage nicht genutzt wurden, nahm IGES eine Einschätzung vor.

Mindestens die Hälfte der Unterstützungsbeiträge der Zielgruppen im Bereich der Pflege wurden dem Teilziel 1 und 2 zugeordnet. Für die Zielgruppe Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien (KpsE) wurden in nahezu der Hälfte der Beiträge verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen umgesetzt. Zum Thema Pflege werden zwischen 8 und 18 % der Beiträge dem Teilziel 1 und etwa 20 % dem Teilziel 2 zugeschrieben, für die Zielgruppe KpsE sind es jeweils 20 % und knapp 30 % (Abbildung 17).

Abbildung 17: Zuordnung der Unterstützungsbeiträge zu Teilzielen und Zielgruppen

Anteil der Unterstützungsbeiträge



Quelle: Analyse der Unterstützungsbeiträge (Stand 03.01.2022).

Anmerkung: Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien (KpsE).

Beruflich Pflegende: N = 50; Pflegende Angehörige: N = 26; Pflegebedürftige Menschen: N = 50; KpsE: N = 81.

Stand der Entwicklung

Dem Merkmal „Stand der Entwicklung“ liegt die Annahme zugrunde, dass Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention eine gewisse Entwicklung durchlaufen bzw. aus einer gewissen Entwicklung heraus entstehen:

Konzeption, Forschung: Durch Forschung (z. B. Literaturrecherche, Befragung, Interviews) wird Wissen bezüglich der gesundheitlichen Lage, Bedarfe und Bedürfnisse sowie Interventionsmöglichkeiten erarbeitet. Daraus wird ein Konzept für eine Aktivität der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt.

Erprobung, Entwicklung: Ein neues Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention wird in der Praxis erprobt und basierend auf den Praxiserfahrungen weiterentwickelt.

Überführung in die Routine: Ein erprobtes Konzept wird in die Routine überführt. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf dem Aufbau von Strukturen und Prozessen, die die Umsetzung entsprechend der intendierten Reichweite ermöglichen (z. B. Aufbau eines Stamms an Beraterinnen und Beratern, Etablierung von Qualitätssicherung).

Routine: Aktivitäten werden entsprechend ihrer intendierten Reichweite in der Fläche umgesetzt. Der Fokus liegt auf der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Umsetzung.

Für einige Unterstützungsbeiträge erscheint eine einmalige Durchführung intendiert zu sein. Sie wurden als „einmalig“ kategorisiert. Dies betrifft beispielsweise Fachtagungen oder Aktivitäten, deren Implementierung in anderen Settings nicht erkennbar ist (z. B. ein Modellprojekt in einer Kommune).

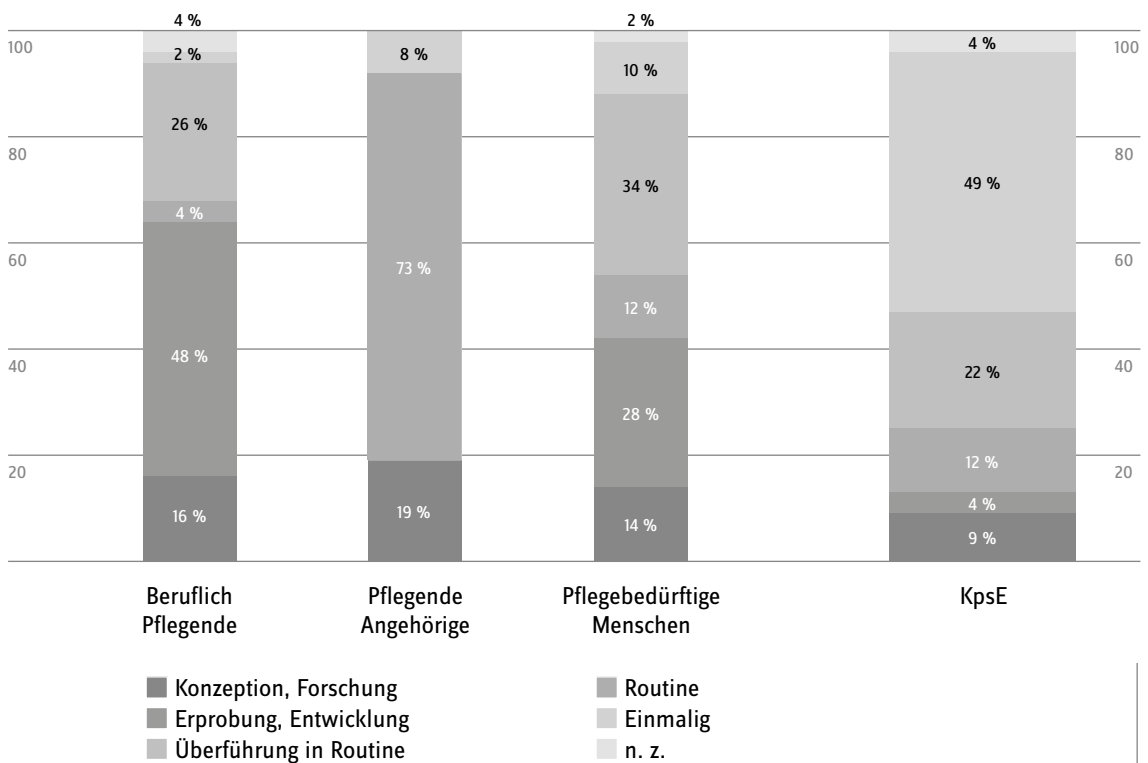
Zudem gab es eine kleine Anzahl an Beiträgen, auf die das Merkmal nicht zutrifft. Diese wurden mit „n. z.“ gekennzeichnet.

Der Stand der Entwicklung der Unterstützungsbeiträge variiert in den einzelnen Zielgruppen stark (Abbildung 18). Zielgruppenübergreifend umfassen etwa 10 % bis 20 % der Unterstützungsbeiträge Aktivitäten, die sich zum Zeitpunkt der Abfrage in der Konzeptentwicklung befanden. In der Gruppe der beruflich Pflegenden konnte ein Großteil der Aktivitäten erprobt und weiterentwickelt werden. Etwa ein Viertel der Aktivitäten konnten bereits in die Routine überführt werden oder befanden sich nach erfolgreicher Erprobung im Strukturaufbau. Nur ein sehr kleiner Anteil der Projekte fand

einmalig statt. In der Gruppe der pflegenden Angehörigen konnten bereits zwei Drittel der Aktivitäten erfolgreich erprobt und in die Routine überführt werden. Bei etwa 30 % der Aktivitäten für die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen wurde das Konzept bereits erprobt und weiterentwickelt, etwa 10 % der Aktivitäten befanden sich im Aufbau von Strukturen und Prozessen. Ein Viertel der Aktivitäten konnte bereits verstetigt werden. Für die Gruppe der Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien wurden etwa die Hälfte der Aktivitäten einmalig durchgeführt. Weitere 20 % der Aktivitäten befanden sich nach erfolgreicher Erprobung im Strukturaufbau, etwa 10 % der Aktivitäten konnten bereits verstetigt werden.

Abbildung 18: Entwicklungsstand der eingereichten Unterstützungsbeiträge je Zielgruppe

Anteil der Unterstützungsbeiträge



Quelle: Analyse der Unterstützungsbeiträge (Stand 03.01.2022).

Anmerkung: n. z. = nicht zutreffend

Beruflich Pflegende: N = 50; Pflegende Angehörige: N = 26; Pflegebedürftige Menschen: N = 50; KpsE: N = 81.

Handlungsansätze

Dem Merkmal „Typ“ liegt die Beobachtung zugrunde, dass sich basierend auf den Handlungsansätzen und Zielen der Unterstützungsbeiträge gewisse Ähnlichkeiten ergeben. Jedem Unterstützungsbeitrag wurden zunächst bis zu drei Handlungsansätze zugeordnet. In der Zusammenschau der Unterstützungsbeiträge wurden anschließend Ähnlichkeiten herausgearbeitet. Folgende Handlungsansätze fanden für die Analyse Verwendung:

- Überwachung,
- Beratung und Begleitung von Organisationen,
- Leitfaden/Handbuch/Werkzeugkoffer,
- Bedarfsanalyse/Selbstbewertungsinstrument,
- Qualifikation/Weiterbildung von Fachpersonal,
- Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Möglichkeiten für soziales Miteinander schaffen,
- Kompetenzaufbau der Zielgruppe,
- Information der Zielgruppe über Angebote,
- Selbsthilfe,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Finanzielle Förderung,
- Grundlagenforschung,
- Vernetzung von Akteuren,
- Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention akquirieren,
- Gesetzgebung.

Für die Gruppe der beruflich Pflegenden wurden häufig Aktivitäten zur Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) durchgeführt (38 %). Zudem gab es viele Beiträge, die darauf abzielen, ein konkretes Angebot für beruflich Pflegende umzusetzen, z. B. Trainings und Apps (28 %). 16 % der Beiträge stellten einen Leitfaden, ein Handbuch oder einen Werkzeugkoffer für die Zielgruppe bereit (z. B. ein Online-Portal „Sicheres Krankenhaus“). Seltener wurden Aktivitäten umgesetzt, die Informationen über Angebote für Einrichtungen zur Verfügung stellen, z. B. ein Internetportal (6 %). Etwa 10 % der Beiträge verfolgte sonstige Handlungsansätze.

Auch für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen gab es verschiedene Handlungsansätze in der Umsetzung von Aktivitäten. Am häufigsten handelte es sich hierbei um ein Training (online [23 %] oder in Präsenz [19 %]) für pflegende Angehörige (z. B. Pflegekurse). Ebenfalls häufig wurden in 19 % der Beiträge Informationen auf Webseiten zur Verfügung gestellt (z. B. Ratgeber). Seltener fanden (persönliche) Beratungsgespräche mit der Zielgruppe (z. B. Pflegeberatung, Telefonhotline) und Projekte in Kommunen statt, in deren Rahmen Kommu-

nen gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse aufbauen (8 bis 12 %). Rund 20 % der Aktivitäten verfolgten einen anderen Handlungsansatz.

Für die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen dominieren mit 35 % konkrete Aktivitäten für die Zielgruppe (34 %) und Beiträge zur Organisationsentwicklung (24 %). Letzteres zielt darauf ab, Strukturen und Prozesse in Pflegeeinrichtungen gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Seltener wurden Aktivitäten zum Aufbau kommunaler gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse und Aktivitäten zur Wissensverarbeitung (z. B. Erstellen von Schulmaterial) eingereicht (12 % bis 14 %). An letzter Stelle der Handlungsansätze folgen Beiträge, in deren Rahmen eine Beratung pflegebedürftiger Menschen stattfindet (4 %). Knapp ein Fünftel der Beiträge verfolgte weitere Handlungsansätze.

Für die Gruppe der Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien bestanden die Beiträge überwiegend aus lokalen Angeboten (36 %) und Programmen (26 %), beispielsweise zum Kompetenzaufbau (z. B. „Gemeinsam Klasse sein“). Seltener wurden Aktivitäten umgesetzt, in deren Rahmen Anleitungen in Form von Leitfäden, Handbüchern oder Werkzeugkoffern bereitgestellt werden (9 %) oder die auf eine Vernetzung von Akteuren abzielen (7 %). In einigen Beiträgen wurden Förderprogramme umgesetzt (6 %). Ein weiterer Handlungsansatz ist die Umsetzung medizinischer bzw. rehabilitativer Behandlung (z. B. Psychotherapie per Videokonferenz). Diesen verfolgten 6 % der Beiträge. Etwa ein Zehntel der Beiträge beinhaltete sonstige Aktivitäten.

Reichweite

Das Merkmal „Reichweite“ soll einen Eindruck vermitteln, wie viele Personen der Zielgruppe durch einen Unterstützungsbeitrag erreicht werden. Eine genaue Quantifizierung der Personen ist häufig nicht möglich oder auch nicht sinnvoll. Daher wurden je nach Zielgruppe und Typ des Unterstützungsbeitrags eigene Merkmalsausprägungen gewählt.

Gemäß der eingereichten Unterstützungsbeiträge erreichten die Krankenkassen mit Leistungen gemäß § 20b SGB V im Jahr 2020 insgesamt 638 stationäre Pflegeeinrichtungen, 119 ambulante Pflegedienste und 308 Krankenhäuser. Die Pflegekassen erreichten mit Leistungen gemäß § 5 SGB XI im Jahr 2020 insgesamt 1.866 stationäre Pflegeeinrichtungen. Eine größere Reichweite konnten bei den Beiträgen für beruflich Pflegende tendenziell mit der Implementierung der BGF sowie der Bereitstel-

lung von Informationen für Einrichtungen über Angebote und Anleitungen (Leitfaden, Handbuch, Werkzeugkoffer) erzielt werden. Die Implementierung von BFG erreichte eine große Anzahl an Einrichtungen, während die Bereitstellung von Informationen - etwa über Webseiten - einen bundesweiten Zugang ermöglichte. Für die Gruppe der pflegebedürftigen Menschen erreichten die konkreten Aktivitäten für die Zielgruppe und Aktivitäten zur Organisationsentwicklung ebenfalls eine hohe Anzahl an Einrichtungen. Die Reichweite der Projekte in Kommunen variierte je nach Entwicklungsstand und erreichte mindestens eine und maximal 39 Kommunen. Die Reichweite der Unterstützungsbeiträge für pflegende Angehörige ist mit Blick auf die Trainings und Beratungen nicht bekannt. Die Webseite verfügt über eine hohe Reichweite, da sie für den gesamten Bund relevant ist. Kommunale Aktivitäten erreichten eine bis acht Kommunen. Für die Gruppe der Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien hatten die Beiträge zu Programmen sowie lokale Angebote die höchste Reichweite. Lokale Angebote erreichten eine Kommune, die Reichweite von Programmen variierte hingegen zwischen einer Vielzahl an Kitas, Personen und wenigen Lebenswelten (Kommunen, Schulen, Kindertagesstätten). Beiträge zur Vernetzung erreichten entweder mehrere Kommunen oder ein Land. Aktivitäten zur medizinischen oder rehabilitativen Behandlung erreichte eine/-n Anbieter/-in bzw. eine Klinik.

4 Ausgabenentwicklung bei den gesetzlichen Krankenkassen von 2015 bis 2022

Tabelle 26: Mindestausgabe- und Orientierungswerte nach § 20 Abs. 6 SGB V sowie Leistungsausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung in den Jahren 2016 bis 2022 (je Versicherte/-r im jeweiligen Jahr in Euro)

Nr.		2015 (1)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	MA § 20a SGB V (Lebenswelten)	-	2,00	2,05	2,10	2,15	2,20	2,27	2,27
2	LA § 20a SGB V	0,54	1,63	2,12	2,18	2,27	1,40	2,01	2,15
3	Ausschöpfungsquote	-	81,5	103,4	103,8	105,6	63,6	88,5	94,7
4	MA § 20b und c SGB V (BGF)		2,00	2,05	2,10	3,15	3,22	3,33	3,33
5	LA § 20 b und c SGB V	1,08	2,06	2,19	2,37	3,28	2,18	3,37	3,50
6	Ausschöpfungsquote	-	103,0	106,8	112,9	104,1	67,7	101,2	105,1
7	Rechnerisch verfügbare Mittel für Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionskurse)		3,00	3,07	3,14	2,22	2,27	2,34	2,34
8	LA § 20 Abs. 5 SGB V	2,87	2,95	2,87	2,94	3,08	2,08	1,95	2,28
9	Ausschöpfungsquote		98,3	93,5	93,6	138,7	91,6	83,3	97,4
10	Orientierungswert § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V	3,17	7,00	7,17	7,34	7,52	7,69	7,94	7,94
11	Summe der LA nach §§ 20a, 20 b und c sowie 20 Abs. 5 SGB V (Ze. 2, 5, 8)	4,49	6,64	7,18	7,48	8,63	5,65	7,34	7,93
12	Ausschöpfungsquote	141,6	94,9	100,1	101,9	119,0	72,3	92,4	99,9

Quelle: Amtliche KJ1-Statistik

Legende: MA: gesetzlicher Mindestausgabewert; LA: Leistungsausgaben; Ausschöpfungsquote: LA in v.H. des MA bzw. des Orientierungswerts bzw. der rechnerisch verfügbaren Mittel im jeweiligen Bereich; rechnerisch verfügbare Mittel für Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V (Zeile 7) = Orientierungswert (Zeile 10) minus MA 20a SGB V (Zeile 1) minus MA 20 b und c SGB V (Zeile 4)

Anmerkung: (1) Bis zum Präventionsgesetz 2015, das in seinen finanzwirksamen Teilen am 01.01.2016 in Kraft getreten ist, war nur der Orientierungswert (Ze. 10) gesetzlich in § 20 Abs. 2 SGB V vorgegeben. Gesetzliche Mindestwerte für die anderen Leistungsbereiche existieren erst ab 2016.

5 Lebenswelt- und soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie

5.1 LITERATURRECHERCHE

Tabelle 27: Suchstring für die Literaturrecherche zur Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie via PubMed (13.09.2022)

#	Eingabe	Treffer
1	(((GERMANY) OR (GERMAN)) AND (((PREVENTION[TITLE/ABSTRACT]) OR (DISEASE CONTROL[TITLE/ABSTRACT])) OR (PREVENTIVE[TITLE/ABSTRACT]) OR (DISEASE PREVENTION[TITLE/ABSTRACT]))) AND ((HEALTH EDUCATION[MESH TERMS]) OR (PROMOTING HEALTH[TITLE/ABSTRACT]))) AND (COVID-19[MESH TERMS])	18
2	(((Germany) OR (german)) AND (((prevention[Title/Abstract]) OR (disease control[Title/Abstract])) OR (preventive[Title/Abstract]) OR (disease prevention[Title/Abstract]))) OR ((health education[MeSH Terms]) OR (promoting health[Title/Abstract]))) AND (COVID-19[MeSH Terms])	2.061
3	(((Germany) OR (german)) AND (((prevention[Title/Abstract]) OR (disease control[Title/Abstract])) OR (preventive[Title/Abstract]) OR (disease prevention[Title/Abstract]))) OR ((health education[MeSH Terms]) OR (promoting health[Title/Abstract]))) AND (COVID-19[MeSH Terms]) →Species "Human", Age 19-ende)	525
4	(((((((PREVENTION[TITLE/ABSTRACT]) OR (DISEASE CONTROL[TITLE/ABSTRACT])) OR (PREVENTIVE[TITLE/ABSTRACT])) OR (DISEASE PREVENTION[TITLE/ABSTRACT])) OR (HEALTH EDUCATION[MESH TERMS])) OR (PROMOTING HEALTH[TITLE/ABSTRACT])) AND ((HUMANS[FILTER]) AND (ALLADULT[FILTER] OR YOUNGADULT[FILTER] OR ADULT[FILTER] OR MIDDLEAGEDAGED[FILTER] OR MIDDLEAGED[FILTER] OR AGED[FILTER] OR 80ANDOVER[FILTER]))) AND ((GERMANY) OR (GERMAN))) AND (COVID-19[MESH TERMS])	183
5	((((((((PREVENTION[TITLE/ABSTRACT]) OR (DISEASE CONTROL[TITLE/ABSTRACT])) OR (PREVENTIVE[TITLE/ABSTRACT])) OR (DISEASE PREVENTION[TITLE/ABSTRACT])) OR (HEALTH EDUCATION[MESH TERMS])) OR (PROMOTING HEALTH[TITLE/ABSTRACT])) AND ((HUMANS[FILTER]) AND (ALLADULT[FILTER] OR YOUNGADULT[FILTER] OR ADULT[FILTER] OR MIDDLEAGEDAGED[FILTER] OR MIDDLEAGED[FILTER] OR AGED[FILTER] OR 80ANDOVER[FILTER]))) AND ((GERMANY) OR (GERMAN))) AND (COVID-19[MESH TERMS]) AND ((HUMANS[FILTER]) AND (ALLADULT[FILTER] OR YOUNGADULT[FILTER] OR ADULT[FILTER] OR MIDDLEAGEDAGED[FILTER] OR MIDDLEAGED[FILTER] OR AGED[FILTER] OR 80ANDOVER[FILTER]))) AND (((((((COMMUNITY[TITLE/ABSTRACT]) OR (COMMUNITIES[TITLE/ABSTRACT])) OR (NEIGHBORHOOD[TITLE/ABSTRACT])) OR (NEIGHBOURHOOD[TITLE/ABSTRACT])) OR (COMMUNITY-LEVEL[TITLE/ABSTRACT])) OR (COMMUNITY LEVEL[TITLE/ABSTRACT])) OR (POPULATION[TITLE/ABSTRACT])) AND ((HUMANS[FILTER]) AND (ALLADULT[FILTER] OR YOUNGADULT[FILTER] OR ADULT[FILTER] OR MIDDLEAGEDAGED[FILTER] OR MIDDLEAGED[FILTER] OR AGED[FILTER] OR 80ANDOVER[FILTER])))	61
+	(((German[Text Word]) OR (germany[Text Word]) AND ((humans[Filter]) AND (alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter]))) AND (((community[Title/Abstract]) OR (neighbourhood[Title/Abstract])) OR (neighborhood[Title/Abstract])) OR (population[Title/Abstract])) OR (communities[Title/Abstract]) AND ((humans[Filter]) AND (alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter]))) AND (((health education[MeSH Terms]) OR (promoting health[Title/Abstract])) OR (prevention[Title/Abstract])) OR (disease control[Title/Abstract])) OR (preventive[Title/Abstract]) OR (disease prevention[Title/Abstract]) AND ((humans[Filter]) AND (alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter]))) AND (COVID-19[MeSH Terms]) AND ((humans[Filter]) AND (alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter])))	24

#	Eingabe	Treffer
	(((((((Community[Title/Abstract] OR (neighbourhood[Title/Abstract])) OR (neighborhood[Title/Abstract])) OR (population[Title/Abstract])) OR (communities[Title/Abstract])) AND ((Germany[Text Word] OR (german[Text Word])))) AND ((((((health education"[MeSH Terms] OR („Promoting health"[Title/Abstract]) OR (prevention[Title/Abstract]) OR („disease control"[Title/Abstract]) OR (preventive[Title/Abstract])) OR („disease prevention"[Title/Abstract])))) AND (COVID-19[MeSH Terms]))	77

Tabelle 28: Suchstring für die Literaturrecherche zur digitalen Gesundheitskompetenz via PubMed (13.09.2022)

#	Eingabe	Treffer
1	(((((((((((TELEMEDICINE[MESH TERMS] OR ("DIGITAL HEALTH LITERACY"[TITLE/ABSTRACT])) OR ("DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ"[TITLE/ABSTRACT])) OR (DIHL[TITLE/ABSTRACT])) OR (EHL[TITLE/ABSTRACT])) OR ("DIGITAL HEALTH"[TITLE/ABSTRACT])) OR (GESUNDHEITSTELEMATIK[TITLE/ABSTRACT])) OR ("EPUBLIC HEALTH"[TITLE/ABSTRACT])) OR (EPREVENTION[TITLE/ABSTRACT])) OR ("DIGITAL PUBLIC HEALTH"[TITLE/ABSTRACT])) OR ("DIGITAL LITERACY"[TITLE/ABSTRACT])) AND ((COVID-19[MESH TERMS] OR (PANDEMIC[TITLE/ABSTRACT])))) AND ((GERMANY[TEXT WORD] OR (GERMAN[TEXT WORD]))	89

Suchbegriffe für die Literaturrecherche via Google Scholar (22.10.2022):

„Gesundheitsförderung in Pandemiezeiten“

→ Filter 2020-2022 169 Ergebnisse

„Gesundheitsförderung und Prävention“ in Pandemiezeiten“

→ Filter 2020-2022 28 Ergebnisse

„digitale Gesundheitskompetenz“ Pandemie“

→ Filter 2020-2022 131 Ergebnisse

5.2 INTERVIEWLEITFADEN

Einleitend: Für den großen Bericht über die Präventions- und Gesundheitsförderungssituation in Deutschland (Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz) sind wir an einem Beitrag zum Thema Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft in Deutschland beteiligt. Dafür würde uns sehr Ihre Einschätzung und Erfahrung interessieren, inwieweit und in welchen Bereichen die COVID-19-Pandemie die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kommunen/Quartieren die Praxis beeinflusst hat.

Hintergrund:

- Mit welchen Zielgruppen arbeiten Sie in der Gesundheitsförderung und Prävention zusammen?
- Was sind Ihre Aufgabenschwerpunkte?

Veränderungen seit der COVID-19-Pandemie in der Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/Quartieren:

- Welche Veränderungen haben Sie seit der COVID-19-Pandemie in der Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/Quartieren beobachtet? (Zugangswege, Kooperationen, Angebotsänderung, Akzeptanz der Angebote, Motivation, Entstehung von Neuem)
 - Was haben Sie als Hürden wahrgenommen?
 - Was haben Sie als Ressourcen wahrgenommen?
- Wie schätzen Sie die Veränderung der gesundheitlichen Lage in Ihrem Einflussgebiet ein?

Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention

- Was könnten zukünftige Herausforderungen werden?
- Wie sollten Angebote in der Zukunft aussehen (auch im Hinblick auf weitere mögliche Pandemien/Krisen)?
 - Haben Sie bereits Änderungen umgesetzt in Ihrer Arbeit?
- In welchen Bereichen wünschen Sie sich weitere Forschung in Bezug auf die Veränderungen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen?

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

