

Die Nationale Präventionskonferenz



Präventionsforum 2019

DOKUMENTATION

Das Präventionsforum wird durchgeführt von der

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

bvpg

Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e.V.

GKV
Spitzenverband

DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

SVLFG
sicher & gesund aus einer Hand

**Deutsche
Rentenversicherung**
Bund

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. Spitzenverband

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 288763800
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 e. V.

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 204589-0
E-Mail: kontakt@pkv.de
Internet: www.pkv.de



Redaktionelle Bearbeitung:

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30
53123 Bonn
Telefon: 0228 987270
E-Mail: info@bvpraevention.de
Internet: www.bvpraevention.de

Gestaltung:

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Bildnachweis:

Oliver Killig, Stefan Zeitz

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.

Die Nationale Präventionskonferenz



Präventionsforum 2019

DOKUMENTATION

Das Präventionsforum wird durchgeführt von der

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

bvpg

Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e.V.

GKV
Spitzenverband

DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

SVLFG
sicher & gesund aus einer Hand

**Deutsche
Rentenversicherung**
Bund

Inhalt

Einführung:

Präventionsforum 2019:

Welche Erkenntnisse liefert der erste Präventionsbericht der NPK? 5

Begrüßung 6

Eröffnungsbeitrag:

Nationale Präventionsstrategie steht stabil auf zwei Säulen 7

Redebeitrag aus dem Bundesministerium für Gesundheit:

Präventionsbericht: Darauf kann man aufsetzen! 9

Vortrag: Ergebnisse des ersten Präventionsberichts der NPK:

Jetzt gilt es, Schwerpunkte zu setzen und Wirksamkeit nachzuweisen 13

Fishbowl-Diskussion:

Welche Erkenntnisse und Schlussfolgerungen bringt der Präventionsbericht? 17

Workshops:

Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 20

Workshop 1 Landkreise, Städte und Gemeinden 21

Workshop 2 Kindertageseinrichtung 24

Workshop 3 Schule 27

Workshop 4 Hochschule 30

Workshop 5 Arbeitswelt 33

Workshop 6 Einrichtungen der stationären Pflege 36

Diskussion der Workshop-Ergebnisse:

Wie können wir Qualitätssicherung und Evaluation weiterentwickeln? 40

Zusammenfassung und Ausblick 43

Präventionsforum 2019: Welche Erkenntnisse liefert der erste Präventionsbericht der NPK?

Das vierte Präventionsforum am 13. September 2019 in Berlin stand ganz im Zeichen des ersten Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz (NPK).¹

Eine zentrale Frage des Präventionsforums lautete: Wie kann die Qualität in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und auf Basis der Erkenntnisse des Präventionsberichts gesichert bzw. weiterentwickelt werden?

Sowohl die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung, die private Kranken- und Pflegeversicherung als auch zahlreiche weitere Akteure aus Bund, Ländern, Kommunen und Fachorganisationen brachten ihre Perspektive in den Diskussionsprozess ein. In sechs Workshops wurde

diskutiert, wie die Empfehlungen des Präventionsberichts hinsichtlich Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten Kommune, Kita, Schule, Hochschule, Arbeitswelt und stationäre Pflegeeinrichtung umgesetzt werden können.

Das Präventionsforum wird von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung im Auftrag der NPK und des Verbands der Privaten Krankenversicherung veranstaltet. Als eine jährlich stattfindende Veranstaltung dient es dem fachlichen Austausch der NPK und ihrer Mitgliedsorganisationen mit Vertreterinnen und Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände. Die Veranstaltung greift wechselnde Schwerpunktthemen auf, dementsprechend wird der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer jedes Jahr angepasst.²

(v. l. n. r.)

Dr. Timm Genett,
Verband der
Privaten Kranken-
versicherung;

Dr. Stefan
Hussy, Deutsche
Gesetzliche Unfall-
versicherung;

Dr. Monika
Kücking,
GKV-Spitzenverband;

Ute Bertram,
Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheits-
förderung;

Arnd Spahn,
Sozialversicherung
für Landwirtschaft,
Forsten und
Gartenbau;

Brigitte Gross,
Deutsche Renten-
versicherung Bund

¹ www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum/praeventionsforum-2019

² Eine Auflistung der teilnehmenden Organisationen am Präventionsforum 2019 steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/teilnehmende_organisationen.pdf



Begrüßung

In diesem Jahr findet das Präventionsforum zum vierten Mal statt. Zentrales Anliegen des Gesetzgebers bei der Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 war es, die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken und die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen zu verbessern. Im Oktober 2015 konstituierte sich die Nationale Präventionskonferenz (NPK), im Februar 2016 verabschiedete sie die bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen (BRE) zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben.

Bundesrahmenempfehlungen: lernendes System

Die BRE verstehen sich als lernendes System. Die Menschen sollen bestärkt werden, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen, gesundheitsfördernde Strukturen sollen auf- und ausgebaut und sozial bedingte Ungleichheit bei den Gesundheitschancen vermindert werden. Um dies zu erreichen, müssen die BRE kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst werden. Daran wirkt das Präventionsforum beratend mit.

Ute Bertram,
Präsidentin der
Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheits-
förderung



Präventionsforum:

Plattform für Informations- und Erfahrungsaustausch

Das Präventionsforum versteht sich als Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK und der Fachöffentlichkeit. Es ermöglicht so die Mitwirkung der Fachöffentlichkeit an der nationalen Präventionsstrategie.

Beim ersten Präventionsforum 2016 standen Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten im Mittelpunkt. Im Jahr darauf ging es um Möglichkeiten, die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Die Empfehlungen der Präventionsforen 2016 und 2017 gingen in die 2018 vorgelegte Weiterentwicklung der BRE ein. In der Neufassung hat die NPK die bereits 2016 definierten Ziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“ konkretisiert. Die neu gefassten BRE führen Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit auf und beschreiben die Schnittstellen und das Zusammenwirken der Träger der NPK detailliert.

Das Präventionsforum 2018 widmete sich der Frage, wie ein koordiniertes Zusammenwirken – insbesondere in Hinblick auf die gemeinsamen Ziele der NPK und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz – erreicht werden kann.

Viertes Präventionsforum: erster trägerübergreifender Präventionsbericht

In diesem Jahr, beim vierten Präventionsforum, stehen die Ergebnisse des ersten trägerübergreifenden Präventionsberichts im Mittelpunkt. In den Workshops liegt der Fokus auf Qualitätssicherung und Evaluation in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Sie gehen den Fragen nach, wie die Qualität in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickelt werden kann und welchen Beitrag die Empfehlungen des Präventionsberichts dazu leisten können.

Nationale Präventionsstrategie steht stabil auf zwei Säulen

Das Präventionsforum ist auf sehr große Resonanz gestoßen. Wir haben nahezu 300 Anmeldungen, darüber freuen wir uns sehr. Ein Großteil der eingeladenen Organisationen hat am ersten Präventionsbericht mitgewirkt. Mit diesem riesigen Schatz an Daten und Erfahrungen war es uns möglich, eine umfassende Bestandsaufnahme durchzuführen und die nationale Präventionsstrategie weiterzuentwickeln. Dafür sind wir sehr dankbar.

Für alle Beteiligten war von Anfang an klar: Der Präventionsbericht soll die Aktivität aller Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention widerspiegeln. Methodisch war dies eine Herausforderung, für deren Bewältigung wir uns externe Unterstützung geholt haben. Im Rahmen des europaweiten Vergabeverfahrens hat uns das Konzept des IGES Instituts überzeugt.

Säulen: Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und erster Präventionsbericht

Am 25. Juni dieses Jahres konnten wir den ersten Präventionsbericht im Rahmen der Bundespressekonferenz der Öffentlichkeit vorstellen und dem Bundesgesundheitsministerium überreichen. Aus unserer Perspektive haben wir damit die Grundlage für die qualitätsgesicherte lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundes-, Länder- und

kommunaler Ebene geschaffen. Sie besteht aus dem ersten Präventionsbericht und den bereits im August 2018 veröffentlichten überarbeiteten BRE. Nun also steht die nationale Präventionsstrategie stabil auf ihren zwei Säulen. Sie sollen durch die künftigen Präventionsberichte immer stabiler werden.

Wir Träger haben für die folgenden Präventionsberichte vor allem die Hausaufgabe, zeitliche Veränderungen darzustellen sowie die Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention zu dokumentieren und zu evaluieren. Die geschaffene Grundlage wird also verbreitert, damit wir unsere Aktivitäten noch besser koordinieren und unsere Ziele weiterentwickeln können.

Präventionsbericht: Deutschlandweite Bestandsaufnahme

Der Präventionsbericht umfasst eine deutschlandweite Bestandsaufnahme zur Gesundheitsförderung und Prävention. Er beschreibt, wie die gesundheitliche Lage in Deutschland aussieht, welche Aktivitäten umgesetzt werden, welche Erfahrungen in der Zusammenarbeit der Akteure bestehen und welche Potenziale genutzt werden können. Daraus sind konkrete Empfehlungen hervorgegangen, wie wir Gesundheitsförderung und Prävention verbessern und ausbauen sollten.

Brigitte Gross,
Mitglied des
Direktoriums bei
der Deutschen
Rentenversicherung
Bund



Beispielsweise wissen wir, dass Mütter mit einem niedrigen Sozialstatus signifikant häufiger während der Schwangerschaft rauchen und ihre Kinder seltener stillen als Mütter mit einem höheren Sozialstatus. Wir wissen, dass Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Und wir wissen, dass Menschen, die lange arbeitslos sind, deutlich häufiger psychisch erkranken und dass mit der Dauer der Arbeitslosigkeit die Häufigkeit von Depressionen steigt.

Daher empfiehlt der Präventionsbericht, die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Menschen zu verbessern. Auch die geschlechtsbezogene Gleichheit von Gesundheitschancen soll erreicht werden. Überdies müssen die Aktivitäten die Struktur unserer alternden Gesellschaft berücksichtigen. Wir wollen qualitätsgesicherte Angebote entwickeln, um möglichst mehr Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen, ehrenamtlich Tätige oder Rentnerinnen und Rentner in den Kommunen zu erreichen. Ganz grundsätzlich erhöht ein niedrigschwelliger Zugang aus unserer Sicht die Chancen, dass Präventionsangebote auch angenommen werden.

Ausgaben: Mehr als 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2017

Insgesamt haben die stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz im Jahr 2017 mehr als 1,8 Mrd. Euro in Gesundheitsförderung und Prävention investiert, 2012 waren es noch 1,27 Mrd. Euro. Das bedeutet einen Anstieg von 0,53 Mrd. Euro bzw. ca. 42 % im Vergleich zum Jahr 2012.

Was die Ausgaben betrifft, liegt die betriebliche Lebenswelt ganz vorn. Dort gibt es vielfältige Aktivitäten mit dem Ziel „Gesund leben und arbeiten“. Handlungsbedarf sehen wir vor allem in der Vorbeugung psychischer Erkrankungen und von Erkrankungen des Bewegungsapparats. Diesen Handlungsbedarf haben wir in die überarbeiteten BRE in Form von zwei speziellen Zielen aufgenommen. Jetzt gilt es, Leistungen noch besser zu verzahnen, um

noch mehr Beschäftigte in Betrieben, aber auch in anderen Lebenswelten mit all unseren Leistungen zu Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe zu erreichen.

Zusammenarbeit: Gemeinsame Ziele, bessere Abstimmung

Ein weiteres wichtiges Thema im Präventionsbericht ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Erfreulicherweise brechen die Zuständigkeitsgrenzen immer stärker auf, alle Beteiligten zeigen sich offen füreinander.

Zwei Aspekte, die für die Zusammenarbeit wichtig sind, möchte ich herausgreifen, denn sie sind auch ein Schwerpunkt des heutigen Präventionsforums:

1. Die Träger sollen gemeinsame Ziele und gemeinsame Qualitätsstandards für die Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickeln.
2. Die Träger sollen sich bei der Evaluierung und der Datenerhebung besser abstimmen.

Eine gute Abstimmung ermöglicht es, den Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention zu belegen. Das ist wichtig für die Akzeptanz und die Effektivität einer gemeinsamen Strategie.

Prävention: Gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Natürlich werden wir die größten Erfolge erzielen, wenn wir die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich verstehen. Uns Trägern ist die Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie anvertraut worden. Nachhaltig können die Maßnahmen jedoch nur wirken, wenn alle Verantwortlichen auf Bundes-, Länder- und auf kommunaler Ebene mit uns an einem Strang ziehen, im Sinne von Gesundheit in allen Politikfeldern. Wir wünschen uns einen gesamtgesellschaftlichen Aufbruch.

Präventionsbericht: Darauf kann man aufsetzen!

Die heutige Veranstaltung hat aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit eine besondere Bedeutung. Vor etwas mehr als vier Jahren - im Juni 2015 - hat der Deutsche Bundestag das Präventionsgesetz verabschiedet. „Endlich“ riefen seinerzeit nicht wenige nach so vielen Jahren Diskussion um ein solches Gesetz. Mit dem Präventionsgesetz wurde der Prävention und der Gesundheitsförderung der angemessene Stellenwert eingeräumt.

Zudem liegt nun zum ersten Mal der Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) vor, der heute vorgestellt und beraten wird. Damit schließt sich der Kreis aus gesetzlichem Auftrag, Konstitution der NPK, Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und deren Umsetzung, Beratung durch das Präventionsforum und schließlich dem Präventionsbericht erstmalig. Mit den BRE und dem Präventionsbericht haben wir eine nationale Präventionsstrategie. Es ist daher heute ein guter Anlass, einen Blick zurück, einen Blick auf das Erreichte und schließlich einen Blick auf die Zukunft zu werfen.

Die Herausforderungen sind nahezu unverändert. Die demografische Entwicklung mit einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit einhergehenden Alterung der Bevölkerung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention.

Lebensweltansatz: Zentrum der nationalen Präventionsstrategie

Eine besondere Herausforderung liegt dabei in der Erreichung gerade jener Menschen, die - aus welchen Gründen auch immer - Gesundheitsangebote weniger nachfragen als jene, die bereits über ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein verfügen. Die Möglichkeit, Menschen unabhängig von der sozialen Lage oder aktiver Nachfrage von Präventionsleis-



tungen zu erreichen, stellt der Lebensweltansatz in der Gesundheitsförderung dar, der im Zentrum der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie steht.

Dort, wo Menschen lernen, wohnen, arbeiten und gepflegt werden, können wir sie erreichen und ihre Gesundheit fördern. Wir erreichen auch, was nicht minder wichtig ist, diejenigen, die sie betreuen. So können Menschen gesundheitsorientierte Erfahrungen niedrigschwellig und stigmatisierungsfrei erwerben und ihre Gesundheitskompetenz steigern.

Darum ist dieser Lebensweltansatz so wichtig. Er ist besonders geeignet, zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Und deshalb haben wir ihn mit dem Präventionsgesetz entscheidend gestärkt. Es gilt, die Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen abzuholen, und zwar dort, wo sie die meiste Zeit ihres Tages verbringen, und dort, wo ihr Leben stattfindet: in Kindertagesstätten, Schulen, Gemeinden und Quartieren, Betrieben und auch im Pflegeheim.

NPK: Alle maßgeblichen Akteure an einem Tisch

Dies kann nur gemeinsam gelingen. Mit der NPK konnten wir die maßgeblichen Akteure an einen

Birgit Naase,
Leiterin der
Abteilung
Pflegesicherung
und Prävention im
Bundesministerium
für Gesundheit

Tisch bringen und sämtliche Sozialversicherungszweige zur Zusammenarbeit verpflichten. Für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) war dies Motivation genug, um sich ebenfalls in die NPK als Akteur der Gesundheitsförderung und Prävention einzubringen. Dort wo es noch keine ausdrückliche Verpflichtung zur Gesundheitsförderung und Prävention gab, wurde diese geschaffen, so in der sozialen Pflegeversicherung und etwas später (mit dem Flexirentengesetz) auch in der Rentenversicherung. Die, auch historisch gewachsenen, unterschiedlichen Zuständigkeiten im föderalen und gegliederten System der sozialen Sicherung bieten die Voraussetzung für hochqualifizierte und auf die jeweiligen Problemlagen bezogene, zielgerichtete Präventionsleistungen. Andererseits benötigt dieses System eine enge Zusammenarbeit und das gegenseitige Wissen um die jeweiligen Aufgaben des anderen. Die Konzentration in der gemeinsamen Präventionsstrategie auf gemeinsame Ziele hilft dabei, Präventionsleistungen zielführend ineinandergreifen zu lassen.

Umsetzung Präventionsgesetz: Dank an alle Beteiligten für ihr Engagement

Es sollte noch einmal betont werden: Allein die Tatsache, dass wir heute gemeinsame trägerübergreifende BRE und erstmals einen umfassenden Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und der Prävention haben, ist gar nicht genug wertzuschätzen. An dieser Stelle gilt der Dank allen Beteiligten, die engagiert das Präventionsgesetz und die Präventionsstrategie umsetzen, die nicht müde werden, in den Ländern und Kommunen Prozesse auf den Weg zu bringen, die dazu beitragen, dass die Prävention bei den Menschen ankommt.

Das Engagement lässt sich auch an Zahlen verdeutlichen: Im Berichtsjahr des Präventionsberichts, also 2017, haben alle Sozialversicherungszweige und die Unternehmen der PKV gemeinsam mehr als 1,8 Mrd. Euro in die Prävention investiert. Bei den Krankenkassen sehen wir die gewünschte Verschiebung von

den individualbezogenen Leistungen hin zu den lebensweltbezogenen Leistungen. Im laufenden Jahr müssen die Krankenkassen rund 380 Mio. Euro für Leistungen aufwenden, mit denen sie die verantwortlichen Akteure in den Lebenswelten dabei unterstützen, gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und zu stärken.

Förderprogramm: Soziallagenbezogene Prävention in den Kommunen

Der von den Krankenkassen eingeschlagene Weg, die Unterstützung der kommunalen Gesundheitsförderung in den Fokus zu nehmen, ist zu begrüßen. Zu Beginn dieses Jahres startete unter dem Dach des „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein bundesweites Förderprogramm, um die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen zu stärken. Die Krankenkassen stellen hierfür etwa 90 Mio. Euro bereit. Dies ist eine große Chance für alle Kommunen, die aus ihrer Verantwortung heraus die Gesundheit ihrer Bevölkerung in den Blick nehmen und insbesondere die gesundheitlichen Chancen von Zielgruppen mit besonderen Belastungen verbessern wollen, seien es ältere Menschen, Alleinerziehende oder Kinder und Jugendliche aus sucht- und psychisch belasteten Familien. Es ist zu hoffen, dass die Kommunen diese Chance ergreifen und mit Hilfe dieses Förderprogramms einen Entwicklungsprozess zur Gesundheitsförderung anstoßen und nachhaltig verankern.

Präventionsbericht: Viel Arbeit, Aufwand und Engagement

Mit dem jetzt vorgelegten Präventionsbericht endet die Arbeit nicht. Das Präventionsgesetz legt die Präventionsstrategie als dynamischen Prozess an.

Der Präventionsbericht stellt aus meiner Sicht eine gute Grundlage für eine solche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dar. Mit dem Präventionsbericht liegt erstmals eine umfassende Bestandsaufnahme zur

Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung für ganz Deutschland vor. Zudem schafft er Transparenz über die erbrachten Leistungen, die Erfahrungen in der Zusammenarbeit und die in den einzelnen Zielgruppen vorhandenen präventiven Potenziale.

Der Präventionsbericht dient zudem der Evaluation und bietet eine wichtige und gute Grundlage für die Diskussion der Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass im Berichtsjahr 2017 das Präventionsgesetz erst knapp zwei Jahre in Kraft war und für eine Beurteilung seiner Umsetzung an der einen oder anderen Stelle die hierfür notwendigen Erkenntnisse noch nicht in vollem Umfang vorlagen. Der Dank gilt allen, die an diesem Präventionsbericht mitgewirkt haben: Das bedeutete viel Arbeit, Aufwand und Engagement.

Was ist seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes passiert?

Wir setzen uns mit dem Präventionsbericht intensiv auseinander. Dabei interessiert uns:

- Was wurde seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes angegangen?
- Wie hat es bisher gewirkt?
- Gibt es jetzt schon Stellschrauben, an denen man drehen sollte?

Unsere Vorschläge werden wir mit unserer Stellungnahme an den Deutschen Bundestag und an den Bundesrat verbinden. Die auf dieser Grundlage zu erwartende parlamentarische Diskussion wird absehbar – so sieht es der Koalitionsvertrag vor – in Eckpunkte für die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes münden.

Bitte haben Sie vor dem Hintergrund der noch nicht abgeschlossenen Meinungsbildung der Bundesregierung Verständnis dafür, dass ich heute noch nicht so konkret auf die Bewertung einzelner Aspekte des Präventionsberichts eingehen kann, wie Sie es sich

vielleicht wünschen. Auch wir sehen die Prävention nicht nur als Angelegenheit des Gesundheitsbereichs. In unsere Stellungnahme fließen auch die Anregungen etwa des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat ein.

Ich kann Ihnen aber schon jetzt sagen, dass auch wir die Etablierung der NPK als Erfolg sehen, weil es damit erstmals einen bundeseinheitlichen Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung und Prävention gibt. In allen Bundesländern wurden zur Umsetzung der BRE Landesrahmenvereinbarungen getroffen. Vielerorts wird die Präventionsstrategie von engagierten Menschen umgesetzt. Die Krankenkassen haben ihr Engagement, wie vom Präventionsgesetz gefordert, erheblich ausgebaut und auf den lebensweltbezogenen Interventionsansatz fokussiert. Die erfolgte Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit Unterstützung der BZgA fokussiert auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation vulnerabler Gruppen; hervorzuheben ist hier das in diesem Jahr gestartete Förderprogramm zur soziallagenbezogenen, kommunalen Gesundheitsförderung, der Ausbau der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Arbeitsagenturen und den Jobcentern sowie die personelle Aufstockung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit.

Verbesserungspotenzial: Konkrete Kooperation aller Akteure

Es wurde meines Erachtens in den vergangenen vier Jahren vieles auf den Weg gebracht und schon eine Menge erreicht. Verbesserungspotenzial sehe ich noch in der konkreten Kooperation der Sozialleistungsträger und anderer Akteure sowie in der Koordination ihrer Leistungen. Dabei ist mir bewusst, dass die Sozialversicherungsträger aufgrund unseres gewachsenen gegliederten sozialen Sicherungssystems jeweils spezifische Aufgaben verfolgen. Nicht jeder Sozialversicherungsträger kann gleichermaßen

Leistungen in jeder Lebenswelt erbringen. Es dürfte nachvollziehbar sein, wenn die soziale Pflegeversicherung und die Träger der Rentenversicherung sich nicht an der Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen in der Lebenswelt Kita beteiligen können. Dennoch appelliere ich an die Sozialversicherungsträger, jedenfalls dort, wo es sich anbietet, die Zusammenarbeit zu suchen.

Mein Lieblingsbeispiel sind hier die Pflegeeinrichtungen. Das sind Lebenswelten, für die tatsächlich sämtliche Sozialversicherungszweige spezifische Präventionsaufträge haben, die sich an die Bewohnerinnen und Bewohner wie an die dort Beschäftigten richten. Vielleicht sollte dieses Beispiel einmal anhand eines Modells tatsächlich angegangen werden. Ich bin überzeugt, dass sich schon wegen der jeweils spezifischen Kompetenzen Synergien generieren ließen, die letztlich zu einer optimalen Verbindung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen führen.

Die Grenzen der Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sind das eine. Das andere sind die Grenzen, die sich aus unserer verfassungsmäßigen Ordnung ergeben. Der Bund hat mit dem Präventionsgesetz seine Möglichkeiten zur Verpflichtung der Akteure ausgeschöpft. Er hat die Sozialversicherungsträger, und hier insbesondere die Krankenkassen, verpflichtet, Leistungen in Lebenswelten zu erbringen - in Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Quartiere und Stadtteile, die im Wesentlichen in der Verantwortung der Länder sowie der Städte und Kreise liegen. Deshalb können die Leistungen der Krankenkassen nur erfolgreich sein, wenn sie im Schulterschluss aller Verantwortlichen durchgeführt werden. Der Bund kann die Kommunen nicht verpflichten, die örtlichen gesundheitlichen Rahmenbedingungen zu verbessern. Deshalb ist es so wichtig, dass die in den Kommunen Verantwortung tragenden Personen die Unterstützungsangebote der Krankenkassen annehmen und sich entsprechend ihrer eigenen Verantwortung einbringen.

Weiterentwicklung: Beurteilung der tatsächlichen Wirkung der Angebote

Für eine Weiterentwicklung der Präventionsstrategie wäre es zudem hilfreich, die sich am Lebenslauf orientierenden Ziele in den gemeinsamen Rahmempfehlungen in eine Richtung weiterzuentwickeln, die es uns noch besser möglich machen würde, die tatsächlich bei den Menschen eingetretene Wirkung beurteilen zu können. Wir wissen zwar um die Höhe der eingesetzten Mittel und um die zahlreichen Aktivitäten. Aber viel zu oft stellen wir uns noch Fragen wie: Erreichen wir die richtigen Zielgruppen? Und wenn ja, welche Wirkungen entfalten die Interventionen und treten sie nachhaltig ein? Wie profitiert die Bevölkerung insgesamt von Gesundheitsförderung und Prävention? Die NPK selbst weist mit dem Präventionsbericht hierzu Wege auf, die meines Erachtens in die richtige Richtung gehen könnten.

Insbesondere bin ich auf die Diskussion und die Ergebnisse des heutigen Präventionsforums gespannt. Ich danke Ihnen allen, dass Sie Ihre Erfahrungen und Kompetenzen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in die Beratungen zum Präventionsbericht einbringen und damit auch die NPK beraten.

Hinter uns liegen mehr als vier Jahre gemeinsamer Arbeit, die zum Ziel hatte, die Gesundheit der Bevölkerung durch lebensweltbezogene Ansätze zu fördern. Das war vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ansätze und Unternehmenskulturen nicht immer einfach und geradlinig. Wir sind aber - und ich finde, auch dies zeigt der Präventionsbericht - auf einem guten Weg. Es ist viel angestoßen worden und es bleibt noch viel zu tun. Ich bin überzeugt, dass das heutige Präventionsforum auf diesem Weg wichtige Beratungsergebnisse liefern wird. In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen erfolgreichen Tag.

Jetzt gilt es, Schwerpunkte zu setzen und Wirksamkeit nachzuweisen¹

Der erste Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) wurde am 25. Juni 2019 dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Im Rahmen des Präventionsforums gaben Herr Nolting und Frau Dr. Haaß vom IGES Institut, welches von der NPK mit der Erstellung des Berichts beauftragt worden war, einen Überblick über die Inhalte des Berichts. Aufgrund des Umfangs des Berichts war es nicht möglich, alle Erkenntnisse im Rahmen des Vortrags wiederzugeben. Für eine ausführliche Lektüre wird auf den Gesamtbericht oder die Kurzfassung verwiesen.²

Kontext, Struktur und Methodik

Der Präventionsbericht der NPK ist, neben den Bundesrahmenempfehlungen (BRE), die zweite Säule der nationalen Präventionsstrategie. In § 20d Abs. 4 SGB V wird die NPK mit der Erstellung des Berichts beauftragt. Der erste NPK-Präventionsbericht ist das Resultat der Zusammenarbeit einer großen Anzahl Mitwirkender. Die Berichtsinhalte beruhen auf Antworten aus einer Online-Erhebung, Interviews zu den Themen Zusammenarbeit und Qualitätssicherung, einem Workshop mit Fachleuten für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sowie Beiträgen von NPK-Mitgliedern und weiteren Institutionen. Insbesondere die Online-Erhebung bot dabei einer Vielzahl von Organisationen die Möglichkeit, zu dem Bericht beizutragen.

AUSGEWÄHLTE INHALTE DES ERSTEN NPK-PRÄVENTIONSBERICHTS

Akteurslandschaft

Ein vielleicht unscheinbares, aber sehr inhaltsreiches Kapitel des NPK-Präventionsberichts ist Kapitel 2. Es enthält eine Beschreibung der gesetzlichen Aufträge und Aufgaben der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine Übersicht über Kooperationsstrukturen, in denen die Akteure zusammenarbeiten. Das Kapitel wurde von der Geschäftsstelle der NPK und dem IGES Institut erstellt. Um die Akteure in strukturierter Form darzustellen, wurden sie in zehn Gruppen unterteilt.



Gesundheitsberichterstattung

Das dritte Kapitel widmet sich einem wichtigen Ausgangspunkt für Gesundheitsförderung und Prävention: der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sowie deren Einflussfaktoren. Aus der gesundheitlichen Lage können Präventionsbedarfe und -potenziale abgeleitet werden. Das Kapitel wurde vom Robert Koch-Institut und von Landesministerien erstellt. Wiederkehrende Themen zur gesundheitlichen Lage sind Adipositas, Karies, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Auffälligkeiten, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Unfallverletzungen. Unter den Faktoren, die die gesundheitliche Lage beeinflussen, werden für mehre-

Hans-Dieter Nolting
und
Dr. Friederike
Haaß, IGES Institut

¹ Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/nolting_haass.pdf
² www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht

re Zielgruppen Ernährung, Bewegung, Mundhygiene, körperliche und psychische Belastungen und soziale Unterstützung genannt.

Wirksamkeit und Nutzen

Kapitel 4 gibt einen Einblick in den derzeitigen Stand der Forschung zu Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention. In Bezug auf Lebenswelten hat das IGES Institut die Ergebnisse aus Berichten aufgearbeitet, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen erstellt worden waren. In Bezug auf die Arbeitswelt hat die Initiative Gesundheit und Arbeit gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz beigetragen. Die Ergebnisse zeigen, dass Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend untersucht werden. Allerdings liegt bisher nur vereinzelt Evidenz für die Wirksamkeit bestimmter Aktivitäten vor. Eine Herausforderung in der Bewertung der Evidenz stellt dabei häufig die mangelnde Qualität der Studien dar.

Umsetzung Bundesrahmenempfehlungen

Das Kapitel über den Stand der Umsetzung der BRE gibt einen Überblick über die Aktivitäten, die die in der NPK vertretenen Akteure durchführten. Der Fokus ist dabei das Jahr 2017 und die Aktivitäten, die im Sinne der BRE umgesetzt wurden. Die Ergebnisse des Kapitels beruhen auf der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht sowie auf der Dokumentation der Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Limitationen der Erhebung werden auf den Seiten 118-120 erläutert.

Die Akteure berichteten über ein breites Spektrum an Aktivitäten, welches die drei Ziele der BRE und die darin genannten Zielgruppen adressiert. Viele der Aktivitäten folgen dem Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung und Prävention und verknüpfen verhaltens- und verhältnisbezogene Elemente.

Die über die Aktivitäten vermittelten Inhalte decken folgende Themen ab:

- Förderung gesunder Ernährung und Bewegung
- Stärkung psychischer Ressourcen
- Entspannungstechniken und Stressbewältigung
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz
- Prävention von Unfällen
- Verhinderung bestimmter Krankheiten
- Prävention bzw. Reduktion von Suchtmittelkonsum

Auch speziell auf die Arbeitswelt zugeschnittene Inhalte wie „Gesundes Führen“ werden vermittelt.

Wie entsprechend den Zielgruppen zu erwarten, finden die Aktivitäten in verschiedenen Lebenswelten statt: in Bildungseinrichtungen, Betrieben, Gemeinden, Kommunen, Quartieren und Stadtteilen sowie in stationären Pflegeeinrichtungen.

Umsetzung Landesrahmenvereinbarungen

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Bundesländern wurden Landesrahmenvereinbarungen (LRV) geschlossen. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse einer vergleichenden Analyse der 16 LRV vorgestellt sowie Ergebnisse aus der Online-Erhebung zum Stand der Umsetzung der LRV. Die Ergebnisse aus der Online-Erhebung zeigen, dass die Ziele und Handlungsfelder der LRV überwiegend positiv bewertet werden und die Arbeit der Gremien zur Steuerung und Koordination Zustimmung findet. Es zeigt sich jedoch auch, dass eine bessere Einbeziehung der Kommunen und der organisierten Zivilgesellschaft angestrebt werden sollte. Auch die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Kinder- und Jugendhilfe sollte deutlich verbessert werden.

Der Mechanismus der Kooperationsvereinbarungen, den die LRV zur Formalisierung von Kooperationen vorsehen, wurde angenommen. Es ist allerdings noch zu früh, um das Ausmaß zu bewerten.

Im Detail wurde auf die Ergebnisse zu den Handlungsbedarfen eingegangen. Insgesamt gesehen zeigt sich hier, dass vier Themen auf den vorderen Plätzen rangieren:

- Finanzierung
- Kooperation
- Weiterentwicklung der Gesetzgebung
- Entwicklung neuer, wirksamer Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention

Diese Ergebnisse können von den Akteuren in den Bundesländern genutzt werden, um gemeinsam Wege zu definieren, diese Handlungsbedarfe zu adressieren.

Erfahrungen mit der Zusammenarbeit

Laut Gesetz soll der NPK-Präventionsbericht explizit über die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit und Qualitätssicherung berichten. In Kapitel 7.1 geht es um die Zusammenarbeit. Das Kapitel beruht auf Ergebnissen aus der Online-Erhebung und aus Interviews zu zwölf ausgewählten Aktivitäten. Die Ergebnisse zeigen, dass Aktivitäten häufig von vielen Kooperationspartnern gemeinsam umgesetzt werden. Die Zusammensetzung der Kooperationspartner entspricht dabei dem jeweiligen Kontext. Die Zusammenarbeit wird auch für die Zukunft gewünscht.

Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation

Kapitel 7.2 widmet sich der Qualitätssicherung und Evaluation. Die Ergebnisse beruhen auf der Online-Erhebung und auf Interviews zu vier ausgewählten Aktivitäten. Sie deuten auf eine zunehmende Professionalisierung von Qualitätssicherung und Evaluation hin. So wird eine Vielzahl von Instrumenten der Qualitätssicherung genutzt; Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben spezifische Verantwortung für Qualitätssicherung, wenn auch zusammen mit anderen Verantwortlichkeiten; Ergebnisse von Evaluationen werden zur Verbesserung von Aktivitäten genutzt. Gleichzeitig unterscheiden sich die Erfahrungen von Kommunen von denen anderer Akteure

und es deutet sich an, dass Qualitätssicherung und Evaluation für Kommunen eine größere Herausforderung darstellen.

Vor dem Hintergrund der Vielzahl bereits genutzter Instrumente zur Qualitätssicherung überrascht, dass die meisten Akteure bei „Methoden der Qualitätssicherung“ sowie bei der „Bereitstellung praxisrelevanter Anleitungen“ den größten Weiterentwicklungsbedarf sehen.

Das Kapitel 7 enthält mehrere weitere Unterkapitel zu Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Diese Kapitel wurden von verschiedenen Organisationen verfasst.

Ausgaben

Das letzte Kapitel vor Fazit und Ausblick behandelt die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention. Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK verausgabten im Jahr 2017 1,8 Mrd. Euro für Aktivitäten zur Umsetzung der BRE. Davon entfallen 1,2 Mrd. Euro auf die gesetzliche Unfallversicherung, 0,5 auf die GKV und 0,1 auf gesetzliche Rentenversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, SPV und Private Krankenversicherung.

Die Ausgaben nahmen von 2012 bis 2015 um 4-5 % pro Jahr zu. Von 2015 auf 2016 erfolgte ein Ausgabensprung um 15 %. Der Anstieg entfällt im Wesentlichen auf die GKV und wurde getrieben durch die mit dem Präventionsgesetz eingeführten Mindestausgabenwerte.

Das Kapitel enthält auch eine Darstellung der Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsschutz“ in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes. Diese Ausgaben sind jedoch nicht mit den Ausgaben im Sinne der BRE vergleichbar.

FAZIT UND AUSBLICK

Weiterentwicklungen

Die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele sollte den Weg eröffnen, Outcomes und Impacts, also die Verbesserungen der gesundheitlichen Situation der Zielgruppe und die verbesserte gesundheitliche Gesamtentwicklung überprüfen zu können. Eine Möglichkeit besteht darin, dass die NPK unterhalb der Ebene der bisherigen Ziele eine begrenzte Anzahl inhaltlich qualifizierter Schwerpunkte formuliert und für diese Ziele definiert. Bezogen auf diese Ziele könnten dann im Vorhinein definierte Daten gesammelt werden, um die Ergebnisse zu messen. Um die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention weiterzuentwickeln, ist es wichtig, verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente weiterhin zu verknüpfen, in die Entwicklung und Erforschung wirksamer Interventionen zu investieren und in der Fläche vermehrt Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit umzusetzen.

In den kommenden Jahren sollten die etablierten Strukturen und Prozesse der Kooperation und Koordination verstetigt werden – wobei der Aufbau weiterer Strukturen und Prozesse zunehmend in den Hintergrund und der fachliche Austausch und die inhaltliche Arbeit mehr und mehr in den Vordergrund rücken sollten. Darüber hinaus ist anzustreben, die Transparenz über Zuständigkeiten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder weiter zu verbessern, die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Kinder- und Jugendhilfe zu verstärken, die Kommunen bei der Umsetzung der LRV besser einzubeziehen sowie die Zusammenarbeit bei Bedarfserhebungen zu verstärken.

Um die Qualitätssicherung und Evaluation weiterzuentwickeln, könnten die Akteure bewusster differenzieren zwischen der Entwicklung (einschließlich des Wirksamkeitsnachweises) von Aktivitäten und ihrer strukturierten Verbreitung an der Basis. Dieser Ansatz müsste über einige Jahre hinweg aufgebaut

werden, indem die Akteure wirksame Aktivitäten für die wichtigsten Handlungsfelder sammeln oder Fachleute neue wirksame Aktivitäten entwickeln. Wo evaluierte Aktivitäten bereits angewendet werden können, sollte dies geschehen. Es geht nicht um einen „Ein-Programm-für-alle-Ansatz“, doch sollte das Wissen über wirksame Aktivitäten den Ausgangspunkt für konkrete Aktivitäten vor Ort bilden.

Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen und der zweite NPK-Präventionsbericht

Kurz- und mittelfristig sind die NPK-Mitglieder darauf fokussiert, das in den BRE Vereinbarte umzusetzen und zu verstetigen. Die dabei gesammelten Erfahrungen werden gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem ersten NPK-Präventionsbericht in die nächste Weiterentwicklung der BRE einfließen. Dabei sollte insbesondere die bereits erwähnte Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele diskutiert werden.

Die NPK ist aufgefordert, alle vier Jahre einen Präventionsbericht zu erstellen. Somit ist der erste Präventionsbericht der Start einer Berichtsserie, die im Jahr 2023 fortgeschrieben wird. Für das Erstellen künftiger Berichte sind folgende Fragen zu klären:

- Wie können Veränderungen im Zeitverlauf dargestellt werden?
- Wie lässt sich ein Kompromiss zwischen Breite und Tiefe der Berichterstattung finden?
- Welche Art der Dokumentation des Engagements der in der NPK vertretenen Akteure wird den Berichten zugrunde gelegt?

Gesamtgesellschaftliche Perspektiven

Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde vieles auf den Weg gebracht, um die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention weiterzuentwickeln. Nach dem Aufbau gemeinsamer Strukturen und Prozesse rückt nun die Weiterentwicklung konkreter Aktivitäten in den Mittelpunkt. Entscheidend für den weiteren Erfolg ist, Gesundheitsförderung und Prävention stärker als bisher als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrzunehmen.

Welche Erkenntnisse und Schlussfolgerungen bringt der Präventionsbericht?

Die Teilnehmenden diskutierten unter der Moderation von Dr. Susanne Weinbrenner, von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), über die folgenden Fragen:

- Was sind die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Präventionsbericht?
- Welche dieser Erkenntnisse sollten auf jeden Fall bei der Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) berücksichtigt werden?

Brigitte Gross, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

Der DRV ist die Kooperation zwischen allen Akteuren besonders wichtig. Wie können wir uns besser vernetzen und besser miteinander kooperieren? Obwohl alle Sozialversicherungsträger daran arbeiten, nicht mehr in festen Zuständigkeitsgrenzen zu denken, ist der Weg zu mehr Kooperation noch immer schwierig und langwierig.

Man kann sicher darüber nachdenken, den Vorschlag von Frau Naase, Leiterin der Abteilung Pflegeversicherung und Prävention im Bundesministerium für Gesundheit, aufzugreifen, das Thema Zusammenarbeit aller Sozialversicherungsträger in einem Modellprojekt in Pflegeeinrichtungen anzugehen. Darüber hinaus zeigt sich immer wieder, wie wichtig der persönliche Kontakt zwischen den Akteuren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist. Ebenso ist es nötig, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner festzulegen. Noch immer ist das ein Stück Arbeit, das vor uns liegt.

Beim Thema Qualitätssicherung und Evaluation befürchte ich, dass wir vor lauter Dokumentation gar nicht mehr so richtig zum Arbeiten kommen. Mein Wunsch ist es daher zu verhindern, sich mit Dokumentationsarbeit zu überfrachten, aber dennoch eine gute Grundlage für einen Bericht zu haben, der in die Tiefe geht.

(v. l. n. r.)

Brigitte Gross,
Deutsche
Rentenversicherung
Bund;

Dr. Stefan Hussy,
Deutsche
Gesetzliche
Unfallversicherung;
Hans-Dieter Nolting,
IGES Institut;

Dr. Susanne
Weinbrenner,
Deutsche Renten-
versicherung Bund;

Arnd Spahn,
Sozialversicherung
für Landwirtschaft,
Forsten und
Gartenbau;

Gernot Kiefer,
GKV-Spitzenverband;

Dr. Timm Genett,
Verband der
Privaten Kranken-
versicherung



Dr. Stefan Hussy, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Für die DGUV ist das Thema „Kooperation und Vernetzung“ ein Schwerpunkt, den wir uns auch strategisch gesetzt haben. Man muss sich kennenlernen und verstehen, was die oder der andere macht. Das gelingt am besten, indem man an den Aufgabenschnittstellen koordiniert vorgeht und die begrenzten Ressourcen an gemeinsamen Schwerpunkten orientiert.

Wir wollen die Zusammenarbeit verstärken, nicht nur mit Sozialversicherungsträgern, sondern auch mit Kommunen und Ländern. Deutlich stärker als bisher wollen wir darauf fokussieren, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bei der Entwicklung ihrer Kompetenzen für Sicherheit und Gesundheit zu fördern.

Die Unfallversicherung ist in der Prävention die „stille große Unbekannte“. Sie erbrachte 2017 zwei Drittel aller im Präventionsbericht ausgewiesenen Präventionsleistungen, nämlich 1,2 Mrd. Euro. Damit bietet sie nicht nur Input, sondern sie generiert auch sehr viel Output und Outcome. Das machen wir seit vielen Jahren, denn Prävention ist die zentrale Aufgabe der Unfallversicherung.

Gernot Kiefer, GKV-Spitzenverband

Der Präventionsbericht zeigt: Man sieht sowohl Licht als auch Schatten. Positiv ist, dass mit den Bundesrahmenempfehlungen und den Landesrahmenvereinbarungen ein Rahmen gesetzt wurde, der eine gute Richtschnur für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bietet. Diesen Rahmen gilt es jetzt so auszufüllen, dass auch die Menschen vor Ort erreicht werden. Das Thema Kooperation wird uns dabei sicher als Daueraufgabe begleiten.

Auf der Schattenseite verdeutlicht der Bericht, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht in allen Politikfeldern den Stellenwert haben, der wünschenswert wäre. Dieser Aspekt sollte

im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine größere Rolle spielen und von uns gemeinschaftlich adressiert werden.

Mit Blick auf den zweiten Präventionsbericht sollten wir uns vor allem mit den methodischen Limitationen des ersten Berichts auseinandersetzen und die gemeinsame Datenerhebung weiterentwickeln. Dabei geht es nicht darum, Datenfriedhöfe zu produzieren, sondern methodisch sauber zu erfassen, was getan wird und welche Erfahrungen gesammelt werden, um aus belastbaren Ergebnissen Schlussfolgerungen ableiten zu können.

Arnd Spahn, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Die SVLFG konnte in der Vergangenheit als sektorenbezogenes System in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung insbesondere Outputs aus internationalen Kooperationen verzeichnen. Viele unserer Angebote, die wir heute präsentieren, sind Angebote aus dem Ausland. Mit dem Präventionsgesetz haben wir jetzt die Möglichkeit, vor dem Hintergrund dieser internationalen Erfahrungen unsere Kooperationen in Deutschland zu verbessern. Da ist viel Neues entstanden, das mit dem Kooperationsauftrag des Präventionsgesetzes verbunden ist.

Die landwirtschaftlichen Betriebe bieten einen guten Überblick über die gesamte Situation in den ländlichen Räumen. Der Präventionsbericht trägt dazu bei aufzudecken, wo wir unsere Kooperationsangebote in diesen Gegenden verstärken können. Für uns ist der Präventionsbericht daher ein wichtiges Instrument und ein Baustein, unsere Kooperationsangebote in den ländlichen Räumen auszubauen.

Dokumentation ist notwendig, um Ziele zu erreichen. Sie darf aber nicht dazu führen, dass die Arbeit in den Hintergrund tritt. Notwendig ist, den Akteuren die Dokumentationsinstrumente an die Hand zu geben, die hilfreich sind, statt zu behindern.

**Dr. Timm Genett, Verband der Privaten
Krankenversicherung (PKV)**

Der Präventionsbericht leistet einen Beitrag dazu, Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu verbessern. Er ist für alle, die sich um Gesundheitsförderung und Prävention kümmern, ein gewaltiger Neuanfang. Wir haben nunmehr ein Format, das Auskunft gibt über Handlungsbedarfe und bereits vorliegende Maßnahmen. Damit ist dieses Format auch ein Reflexionsmedium über das, was wir tun – mit dem Potenzial, eine Art Kondensat an Erfahrungen darzustellen, die uns befähigen, daraus zu lernen. Natürlich müssen wir zusammen an einer Standardisierung von Evaluation arbeiten, auch brauchen wir eine partizipative Qualitätssicherung.

Inhaltlich war es richtig, dass sich die NPK ganz bewusst auch das Ziel „Gesund im Alter“ gesetzt hat. Das ist für unsere alternde Gesellschaft enorm wichtig, insbesondere wenn man sich bestimmte ländliche Regionen anschaut. Es ist allerhöchste Zeit, sinnvolle und strukturbildende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen in ländlichen Regionen aufzubauen. Denn die unterschiedlichen Gesundheitschancen verschärfen sich im Alter nochmals.

Hans-Dieter Nolting, IGES Institut

Das Erstellen des Präventionsberichts ist eine von zwei zentralen Aufgaben, die die NPK zu leisten hat. Ich glaube, der Gesetzgeber hatte dies seinerzeit ins Gesetz geschrieben, um den zarten Hinweis zu geben, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht sakrosankt sind, sondern dass wir in Zeiten leben, in denen es viele Herausforderungen gibt. Vielleicht wird sich daher schon beim zweiten Präventionsbericht die Frage viel radikaler stellen, mit welchen Mitteln wir welche Effekte erzielen können. Darauf sollten sich alle Beteiligten jetzt vorbereiten. Wichtig ist, sich überschaubare Ziele zu setzen und an diesen beispielhaft zu überprüfen, ob sie auch erreicht werden.

Teilnehmende aus dem Plenum

Auf kommunaler Ebene stellt es oftmals eine Herausforderung dar, die vielen unterschiedlichen Partner an einen Tisch zu bekommen. Kommunen, Städte, Länder und Kreise haben mit anderen Problemen zu kämpfen, sodass die Gesundheit häufig nicht so im Fokus steht, wie es wünschenswert wäre. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der das erkannt hat, fehlen aber die finanziellen oder personellen Ressourcen, um tätig zu werden.

Für viele Kommunen sind Antragstellungen zu schwierig. Sie verlangen Ressourcen ab, die die Kommunen nicht ohne Weiteres erbringen können. Nötig ist, die Strukturen in den Kommunen sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken, damit dieser Koordinierungsfunktionen in den Kommunen wahrnehmen kann.

In Schulen könnten kleine Maßnahmen wirksam zur Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen beitragen. Zum Beispiel könnten zur Prävention von Übergewicht kostenfreie Wasserspender zur Verfügung gestellt werden anstelle von Getränkeautomaten mit gesüßten Softdrinks. Durch die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes könnten Schulen bei der Durchführung von Gesundheitsprojekten sehr gute Unterstützung erhalten.

Die Gesundheitskompetenz des Einzelnen sollte stärker in den Blick genommen werden. In einer guten Gesundheitskompetenz liegt großes Potenzial. Sie ist notwendig, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung überhaupt erfolgreich umsetzen zu können.

Workshops

In insgesamt sechs Workshops diskutierten die Teilnehmenden am Nachmittag über ihre Erfahrungen und über Perspektiven, wie Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten gesichert und weiterentwickelt werden kann.

Die parallel stattfindenden Workshops bezogen sich auf Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.

Workshop 1: Landkreise, Städte und Gemeinden

Workshop 2: Kindertageseinrichtung

Workshop 3: Schule

Workshop 4: Hochschule

Workshop 5: Arbeitswelt

Workshop 6: Einrichtungen der stationären Pflege



Workshop 1: Landkreise, Städte und Gemeinden

ZUSAMMENFASSUNG DER IMPULSREFERATE

Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) – Die Verbindung einer kommunalen Präventionsstrategie mit der Gesundheitsförderung im Setting¹

– Ullrich Böttinger, Leiter des PNO

Das PNO ist ein gutes Beispiel für Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention in einem Landkreis. Das Netzwerk ist auf Grundlage positiver Erfahrungen mit den Frühen Hilfen entstanden und konnte so auf bereits vorhandene Strukturen aufbauen. Ziel des PNO ist es, Gesundheitsförderung und Prävention für alle Kinder im Alter von drei bis zehn Jahren und für deren Familien zu etablieren, um ausgehend von den Frühen Hilfen eine durchgängige Präventionskette von der Schwangerschaft bis zum zehnten Lebensjahr zu schaffen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung förderte den Aufbau, die Umsetzung und Evaluation des PNO von 2014 bis 2018 als Praxisforschungsprojekt.

Das PNO zeichnet sich aus durch die Kombination aus Gesundheitsförderung und Prävention mit kommunaler Verankerung und Steuerung einerseits und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kindertageseinrichtung (Kita) und Schule nach dem Setting-Ansatz andererseits. Insbesondere wurde Wert darauf gelegt, eine hundertprozentige Flächendeckung im größten Flächenlandkreis Baden-Württembergs zu erreichen. Praxis und Evaluation sind, z. B. in Bezug auf Sprachbarrieren, niedrigschwellig angelegt, um allen Einrichtungen die Teilnahme zu ermöglichen.

Nach dem Ende des Förderzeitraums haben der Ortenaukreis und mehrere Sozialversicherungsträger das PNO auf Grundlage eines innovativen gemeinsa-

men Finanzierungsmodells verstetigt. Dabei sichert der Ortenaukreis die personelle Besetzung: Er hat sechs Präventionsbeauftragte für die fünf Regionen des Landkreises eingestellt – insgesamt vier Personalstellen. Die Ausgaben für die Gesundheitsförderungsangebote in den Lebenswelten Kita und Schule tragen die Sozialversicherungsträger auf Grundlage des Präventionsgesetzes. Dort wird das Angebot sehr gut angenommen. Die Evaluation zeigt, dass Kinder von den Angeboten profitieren: Sie weisen beispielsweise signifikant bessere Werte hinsichtlich der Parameter „Selbstkonzept“ und „Resilienz“ auf. Auch ökonomisch ist das Projekt eine sinnvolle und erfolgversprechende Investition. So liegen die jährlichen Personalkosten für eine Präventionsbeauftragte oder einen Präventionsbeauftragten nicht höher als die jährlichen Ausgaben für einen Einzelfall in der stationären Jugendhilfe.

Projekt KOMBINE – Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen²

– Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Department Sportwissenschaft und Sport der Universität Erlangen

Das Projekt KOMBINE knüpft an die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

Workshop-
Moderation:
Dr. Reinhild Benterbusch, Sächsisches
Staatsministerium
für Soziales und
Verbraucherschutz



¹ Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/boettinger.pdf

² Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/pfeifer.pdf

Ullrich Böttinger,
Landratsamt
Ortenaukreis



Prof. Dr. Klaus
Pfeifer, Friedrich-
Alexander
Universität
Erlangen-Nürnberg



aus dem Jahr 2016 an. Ziel ist es, zusammen mit Kommunen eine Strategie zu entwickeln, wie sich die bundesweiten Empfehlungen konkret vor Ort umsetzen lassen, insbesondere durch ein kooperatives Vorgehen von Wissenschaft, Praxis und Akteuren der kommunalen Politik.

Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren (2018 bis 2020). Es wird im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit umgesetzt. Das Projekt gliedert sich in drei Phasen:

1. partizipative Konzeptentwicklung
2. Erprobung des Umsetzungskonzepts
3. Konzeptentwicklung für Verbreitung und Transfer

Phase 1, die Bestandsaufnahme (Bedarfe, aktueller Stand Wissenschaft und Praxis) unter Beteiligung verschiedener Kommunen (ländlicher Raum, mittlere Stadt/Großstadt, Metropolen), wurde gerade abgeschlossen. In Phase 2 erproben sechs Kommunen das Konzept. Sie entwickeln die konkreten Maßnahmen jeweils in kooperativen Planungsprozessen vor Ort und berücksichtigen daher explizit die lokalen Verhältnisse. Anknüpfungspunkte bieten z. B. die Erfahrungen des Projekts „Bewegung als Investition in Gesundheit“ (BIG)³, das bereits erfolgreich in einigen Kommunen läuft.

Das KOMBINE-Evaluationskonzept betrachtet folgende Aspekte:

- Input: Was sind die Bedingungen vor Ort?
- Prozesse: Wie funktioniert die Zusammenarbeit?
- Output: Welche Maßnahmen gibt es?
- Outcome: Welche Wirkungen gibt es?
- Impact: Was wurde strukturell verändert?

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

- Personelle und finanzielle Ressourcen werden bereitgestellt.
- Alle Beteiligten haben ein gemeinsames Verständnis von Begrifflichkeiten, sprechen dieselbe Sprache.
- Misserfolge werden nicht verschwiegen, sondern als Chancen angesehen, Projekte zukünftig besser zu machen - im Sinne von Bad-Practice-Beispielen.
- „Datenfriedhöfe“, d. h. das Erheben und Speichern unnötiger Daten, werden vermieden.
- Bereits während der Projektplanung werden Qualitätsstandards berücksichtigt.

³ www.big-projekt.de

- Bestehende Netzwerke, z. B. das Gesunde Städte-Netzwerk, werden einbezogen, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Welche Rolle spielen die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und Landesrahmenvereinbarungen (LRV) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

- Sie dienen als Orientierungsrahmen.
- Sie unterstützen die Netzwerkarbeit (Verbindung von verschiedenen Akteuren und deren Arbeitsweisen).
- Der den Leistungen der Krankenkassen zugrundeliegende GKV-Leitfaden Prävention impliziert einen Qualitätsstandard.

Welche Chancen und Risiken sehen Sie in den im Präventionsbericht formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation?

Es wurde grundsätzlich festgestellt, dass in Kommunen Evaluation als vertrauensvoller Arbeitsprozess gesehen werden sollte, der motivieren, zu Nachhaltigkeit führen und eine Professionalisierung bewirken kann. Des Weiteren wurden allgemeine Voraussetzungen für Qualität benannt, dazu zählen u. a.:

- Festlegung praxisnaher Qualitätskriterien
- Nutzung von Erfahrungen (Good-Practice-Beispiele)
- objektive Erfolgskontrollen
- qualifiziertes Personal
- Vorhandensein von Strukturqualität
- Durchführung von Strukturevaluation

Als Chance wurde gesehen, dass

- die Qualität von Maßnahmen durch praxisorientierte Evaluation verbessert wird,
- die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention von der Definition und Weiterentwicklung von Qualität und Evaluation profitieren,
- ein „Baukasten“ mit adaptiven Bausteinen sinnvoll sein kann.

Als Risiko wurde genannt, dass

- die Wirkung von Maßnahmen kaum „standardisierbar“ ist, da eine Wirkungskette nicht zu 100 % überprüfbar ist – die Wirkungsebene sollte dennoch nicht vernachlässigt werden,
- Blaupausen nicht immer sinnvoll und möglich sind,
- Partizipation verloren gehen könnte, wenn Beteiligte nicht in die Evaluation einbezogen werden,
- ein unterschiedliches Verständnis von Begrifflichkeiten (Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement etc.) bei den Beteiligten zu Missverständnissen führen kann.

EMPFEHLUNGEN AN DIE NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ

Für die Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention in Landkreisen, Städten und Gemeinden werden folgende Aspekte empfohlen:

- Baukasten bestehend aus standardisierten und flexiblen Evaluationsformaten
- gemeinsame Sprache bei allen beteiligten Akteuren hinsichtlich qualitätsbezogener Begrifflichkeiten
- Bad Practice als (Lern-)Beispiel: Misserfolge thematisieren und Potenzial nutzen
- Befähigung zuständiger Personen zur systematischen Bestandsaufnahme
- finanzielle Ressourcen für Verbesserung der Projektqualität (Professionalisierung) und Evaluation



Workshop 2: Kindertageseinrichtung

ZUSAMMENFASSUNG DER IMPULSREFERATE

Konzept „Gute gesunde Kita“¹

- Dr. Diana Herrmann, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Sowohl Gesundheits- als auch Sicherheitsthemen können häufig in Kindertageseinrichtungen (Kitas) aufgrund vieler anderer Aufgaben nicht prioritär wahrgenommen werden. Der Ansatz der „Guten gesunden Kita“ zielt darauf ab, die Gesundheits- sowie die Qualitätsentwicklung in Kitas nachhaltig zu integrieren. Dieser Ansatz berücksichtigt dabei den wechselseitigen Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Beschäftigten und Kinder und der Bildungsqualität einer Kita. Vor diesem Hintergrund können Präventionsmaßnahmen in Kitas nur nachhaltig wirksam sein, wenn sie sich am Bildungs- und Erziehungsauftrag von Kitas orientieren und Sicherheit und Gesundheit grundlegende Bestandteile einer Einrichtung sind, sowohl in deren Prozessen und Strukturen (Verhältnisebene) als auch im Handeln, Entscheiden und in den Werten ihrer Beschäftigten, Kinder und Eltern (Verhaltensebene).

Was macht eine gute gesunde Kita aus?

Als eine Orientierungshilfe kann der Referenzrahmen der „Guten gesunden Kita“² dienen. Dieser orientiert sich am Bildungs- und Erziehungsauftrag und berück-

sichtigt sowohl die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als auch die Orientierungs-, Entwicklungs-, Organisations- und Managementqualität. Der Referenzrahmen skizziert 40 Qualitätsfelder, die aufzeigen, worin sich eine Kita weiterentwickeln kann.

Als Umsetzungsstrategie favorisiert der Ansatz der „Guten gesunden Kita“ die Organisationsentwicklung, mit der ein systematischer Prozess der nachhaltigen Gesundheits- und Qualitätsentwicklung in Kitas begonnen werden kann. Verantwortlich für die Organisationsentwicklung einer Kita ist die Kita-Leitung. Sozialversicherungsträger und andere Akteure der Frühen Bildung können in diesem Prozess unterstützen.

Auch die Unfallversicherungsträger können dabei einen Beitrag leisten. Das DGUV-Fachkonzept „Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern“³ verknüpft die Themen Sicherheit und Gesundheit als gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherungsträger mit dem bildungspolitischen Auftrag der Kitas. Das Fachkonzept greift den Ansatz der „Guten gesunden Kita“ auf und liefert Anregungen für die Inhalte und Weiterentwicklung der Präventionsarbeit. Zudem weist es auch auf Gesundheitsthemen hin, die nicht immer zu den Aufgaben der Unfallversicherungsträger gehören, und skizziert Anknüpfungspunkte für die Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern.

Organisationsentwicklung einer „Guten gesunden Kita“

- Jenni Osei-Bonsu,
Leiterin der Kita Wortschmiede, Berlin

Anknüpfend an die Vorstellung des Fachkonzepts wird am Beispiel der Kita Wortschmiede die praktische Organisationsentwicklung einer „Guten gesunden Kita“ vorgestellt: Seit dem Jahr 2012 nimmt



Workshop-
Moderation:
Prof. Dr. Kirsten
Fuchs-Rechlin,
Deutsches
Jugendinstitut,
München

1 Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/hermann.pdf
2 www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_68.pdf
3 DGUV Information 202-100, www.dguv.de/, Webcode: p202100

die Kita Wortschmiede am Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“ teil. Das Programm unterstützt die interne Evaluation unter enger Beteiligung von Fachkräften, Eltern und Kindern, wodurch die Qualität stetig verbessert wird.

Um die Bildungs- und Gesundheitsqualität zu steigern, verfolgen die Beteiligten eine offene Evaluationsspirale. In regelmäßigen Zyklen werden sechs Schritte durchlaufen:

1. Zunächst entwickeln alle Beteiligten ein gemeinsames Verständnis, z. B. in Bezug auf Begrifflichkeiten.
2. Sie erheben über Onlinebefragungen die Stärken und Entwicklungsfelder der Kita aus Sicht der Fachkräfte und aus Sicht der Eltern.
3. Sie benennen Stärken und Entwicklungsfelder der Kita.
4. Sie definieren Ziele, legen Maßnahmen fest und setzen diese um.
5. Schließlich überprüfen sie die Ergebnisse.
6. Sind die Ziele erreicht, würdigen sie dies entsprechend.

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

- Die Teilnehmenden diskutierten kontrovers darüber, inwiefern allgemeingültige Qualitätsmerkmale und -standards im Konsens mit Kosten- und Leistungsträgern gefunden werden müssen, insbesondere um sicherzustellen, dass die verschiedenen Unterstützungsangebote aufeinander aufbauen bzw. sich gegenseitig ergänzen. Es kristallisierten sich unterschiedliche Perspektiven und ein unterschiedliches Verständnis heraus, z. B. darüber, worauf die Kita bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen achten muss oder worauf die Sozialversicherungsträger

(untereinander) achten müssen.

- Qualitätsdimensionen und -felder sowie dazu beschreibende Merkmale, wie sie anhand des Referenzrahmens zur „Guten gesunden Kita“ in den Impulsvorträgen vorgestellt wurden, sind eine Möglichkeit, Kitas in ihrer Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Zudem ermöglicht die Organisationsentwicklung, die vergleichbar ist mit dem Public Health Action Cycle, den Kitas eine interne Erfolgskontrolle von Präventionsmaßnahmen.
- Kitas (bzw. ihre Träger) können nur selbst eine Organisationsentwicklung initiieren, jedoch erschweren knappe personelle Ressourcen diesen Prozess. Die Kita-Leitung braucht Unterstützung, um geeignete Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu identifizieren.
- Das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen“ setzt ein Selbstevaluationsinstrument für die



Dr. Diana Herrmann,
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung



Jenni Osei-Bonsu,
Kita Wortschmiede,
Berlin

Qualitätsentwicklung und zur Erfassung der Handlungsbedarfe in Kitas ein. Es kann sowohl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch von Eltern genutzt werden. Ein solches Befragungstool kann die Motivation der Kitas, in die Organisationsentwicklung einzusteigen, erhöhen. Darüber hinaus bietet es den Kitas eine gute Anleitung, denn es identifiziert z. B. Stärken und Schwächen der Kita und gibt daraufhin passgenaue, bedarfsorientierte Handlungsempfehlungen.

- Qualitätssicherung sollte man aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten, um bestimmen zu können, welche Programme oder Maßnahmen zu welcher Lebenswelt passen: Zum einen sollten sie auf ihre Wirksamkeit hin betrachtet werden. Zum anderen sollte die Lebenswelt an sich betrachtet werden: Welche Ausgangssituation herrscht im regionalen Umfeld und in der Kita selbst? Was benötigt die Kita, um gesundheitsförderliche Angebote umzusetzen?
- Ziel von Programmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollte sein, Kitas im Entwicklungsprozess hin zu einer „gesundheitskompetenten Kita“ zu unterstützen (Förderung der Salutogenese). Das erfordert, die gesamte Institution/Organisation in den Blick zu nehmen und nicht auf der Ebene pädagogischer Einzelangebote zu verbleiben.

EMPFEHLUNGEN AN DIE NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ

Gemeinsames Qualitätsverständnis schaffen

- Es sollte eine wechselseitige Verständigung über die verschiedenen Aufträge, Expertisen und Präventionsangebote in der Frühen Bildung zwischen Sozialversicherungsträgern, Fach- und Praxisebene stattfinden.
- Über das Thema Qualitätssicherung sollte eine Konsensbildung erzielt werden („eine Sprache sprechen“).

Alle relevanten Akteure an der Qualitätsentwicklung beteiligen

- Dazu gehören:
 - Fach- und Praxisebene – Fachberaterinnen und Fachberater aus den Kitas, Kita-Träger und -Leitungen, Qualitätsverantwortliche, ggf. Landesministerien, die die Bildungsaufsicht haben, sowie wissenschaftliche Akteure aus der Frühen Bildung (Bildungsverständnis)
 - Sozialversicherungsträger (Gesundheitsqualitätsverständnis)
- Anzustreben ist ein Konsens zum Gesundheits- und Bildungsverständnis der unterschiedlichen Akteure als Grundlage für ein gemeinsames Qualitätsverständnis und eine erfolgreiche Qualitätsentwicklung.

Kitas in ihrer Organisationsentwicklung unterstützen

- Die Organisationsentwicklung ermöglicht den Kitas u. a., Präventionsmaßnahmen bedarfsgerecht anzuwenden sowie eine interne Qualitätskontrolle der Maßnahmen durchzuführen.
- Die Unterstützung durch die Sozialversicherungsträger entsprechend ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufträge ist sinnvoll, z. B. bei der Bestandsaufnahme, Ziel- und Maßnahmenentwicklung sowie bei der Evaluation.

Anschlussfähige Präventionsangebote und -konzepte entwickeln

- Es sollte eine Koordinierung und Abstimmung der Leistungen der Sozialversicherungsträger sowie anderer Einrichtungen auf Landesebene unter Berücksichtigung der unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge erfolgen.

Koordinierungsprogramme auflegen

- Schnittstellen zwischen Sozialversicherungsträgern und Kita-Praxis sollten berücksichtigt werden.
- Die Informationsweitergabe über Präventionsprogramme, z. B. an die Kita-Leitung, sollte sichergestellt sein.

Workshop 3: Schule

ZUSAMMENFASSUNG DER IMPULSREFERATE

Konzept „Gute gesunde Schule“¹

- Dr. Heinz Hundeloh, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Der Ansatz „Gute gesunde Schule“ hat in den vergangenen 15 Jahren Eingang gefunden in das DGUV-Fachkonzept „Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln“, in MindMatters, ein bundesweites Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen, sowie in den nordrhein-westfälischen Schulentwicklungspreis „Gute gesunde Schule“. Zudem gibt es in einigen Bundesländern Landesprogramme zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention, die den Ansatz „Gute gesunde Schule“ zur Grundlage haben. Ebenfalls hat die Kultusministerkonferenz diesen Ansatz in ihrer Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule berücksichtigt.

Der Ansatz trägt der Tatsache Rechnung, dass Sicherheit und Gesundheit für Schulen nur zwei Aspekte unter vielen sind und keine Priorität haben. Unfallversicherungsträger, aber auch andere Akteure, können deshalb nicht davon ausgehen, dass Schulen Gesundheitsförderung und Prävention quasi automatisch und umfassend als Aufgabe annehmen. Dies kann nur dann gelingen, wenn sich Gesundheitsförderung und Prävention am Bildungs- und Erziehungsauftrag orientieren und einen Beitrag zur Qualität von Schule leisten.

Das Qualitätsverständnis des Ansatzes „Gute gesunde Schule“ greift den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Schulqualität und Gesundheitsqualität auf: Beide beeinflussen sich gegenseitig. Die Qualitätsdimensionen der guten Schule, d. h. sowohl Ergebnis- als auch Prozessqualität, werden um die Dimension der Gesundheitsqualität ergänzt. Als zentrale Strategie

favorisiert der Ansatz die Schulentwicklung. Schulentwicklung heißt nichts anderes als Organisations-, Personal- und Unterrichtsentwicklung.

Zentral für den Erfolg von Schulentwicklungsprozessen ist das Verfahren, mit dem die Prozesse realisiert werden. Der sogenannte Qualitätszyklus oder Schulentwicklungszyklus ist vergleichbar mit dem Public Health Action Cycle. Das spiralförmige Vorgehen arbeitet projektorientiert und umfasst vier sich wiederholende Phasen:

1. Analyse und Zielfindung
2. Interventionsplanung
3. Durchführung der Intervention
4. Evaluation



Workshop-
Moderation:
Prof. Dr. Thorsten
Köhler,
Katholische
Hochschule
Nordrhein-
Westfalen, Köln



Dr. Heinz
Hundeloh,
Deutsche
Gesetzliche
Unfallversicherung

¹ Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/hundeloh.pdf



Dr. Barbara Kaiser,
Bundeszentrum für
Ernährung

Die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger in Schulen konzentriert sich auf alle Themen, die Sicherheit und Gesundheit im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags betreffen (§ 14 SGB VII „Mit allen geeigneten Mitteln“). In der neu erarbeiteten DGUV Regel 102-601 „Branche Schule“ werden ganzheitlich Themen wie Schulverpflegung, Führung, Verwaltungsarbeit, Ergonomie sowie Bau und Einrichtung aufgegriffen.

Qualitätsaspekte von Ernährungsbildung in Schulen²

- Dr. Barbara Kaiser, Bundeszentrum für Ernährung (BZfE)

Das BZfE steht für verlässliche Ernährungsinformationen für die Menschen in Deutschland und unterstützt als Teil der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft bei der Erfüllung seiner Aufgaben. Mit Materialien und Fortbildungsangeboten für Lehrkräfte setzt es sich seit Langem für eine zeitgemäße Ernährungsbildung in Schulen ein. Diese gelingt insbesondere dann, wenn

- an die Erfahrungen der Kinder angeknüpft wird,
- vielfältige Lebensmittel geschmeckt werden und Neues entdeckt wird,
- alle in der Lebenswelt Schule gemeinsam an einem Strang ziehen und Vorbilder sind,
- Gelerntes im Schulalltag verwirklicht wird.

Anhand der Bereiche Unterrichtsmaterialien, Fortbildungen und Kooperationen werden weitere Qualitätsmerkmale für zeitgemäße Ernährungsbildung entwickelt und mit Beispielen aus der Arbeit des BZfE hinterlegt. Kriterien für gute Unterrichtsmaterialien sind u. a., dass sie einfach und direkt einsetzbar, praxiserprobt und evaluiert sowie handlungsorientiert gestaltet sind. Der Materialkompass im Schulportal für Verbraucherbildung bietet qualitätsgeprüfte Unterrichtsmaterialien und ist für Lehrkräfte eine gute Orientierung. Die Erfahrungen des BZfE zeigen, dass Lehrkraftfortbildungen bundesweit erfolgreich sein können, wenn sie flexibel und passgenau an die Fächer, die Schulformen und die jeweiligen Voraussetzungen der Bundesländer angepasst werden.

Ernährungslernen in Schulen findet nicht nur im Unterricht statt, sondern zu großen Teilen auch informell mit und beim Essen und Trinken, in Peer-Groups, durch non-verbale Kommunikation, durch Vorbilder etc. Gute Erfahrungen werden daher mit Schulprojekten gemacht, bei denen Ernährungsbildung und Schulverpflegung verknüpft wurden, z. B. indem die Schüler sich in ihrer Mensa engagieren. Schließlich können auch Kooperationen auf Bund-Länder-Ebene dafür sorgen, der Ernährungsbildung einen größeren Stellenwert einzuräumen. Das BZfE ist ein potenter Partner für Bildungsakteure in den Ländern, indem es qualitätsgesicherte Unterrichtsmaterialien bereitstellt, landesspezifische Fortbildungen entwickelt sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Bundesländern qualifiziert.

² Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/kaiser.pdf

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

- Schaffung von Strukturen innerhalb der Schulgemeinschaft:
 - Bedarfsermittlung als Grundlage
 - Partizipation aller Personengruppen in der Lebenswelt Schule an allen Entscheidungsprozessen
 - aktive Beteiligung der Schulleitung („Es muss jemand den Hut aufhaben.“)
- Schaffung von Strukturen außerhalb der Schulgemeinschaft:
 - Vernetzung mit außerschulischen Partnern
 - Generierung zusätzlicher Ressourcen
 - Sicherstellung dauerhafter Finanzierung
- Unterstützung der Programme und Maßnahmen:
 - Weniger ist mehr: weniger neue Projekte, mehr Zeit und mehr Beratung
 - erkennbarer Mehrwert für alle
 - Gesundheit als Querschnittsthema
 - sichere Finanzierung
 - regionale Handlungsebene
 - Möglichkeiten der Zertifizierung von Maßnahmen oder Angeboten
 - Überblick über unterstützende Angebote für Maßnahmen und Programme

Welche Rolle spielen die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und Landesrahmenvereinbarungen (LRV) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

- Generell spielen die BRE auf Landesebene eine untergeordnete Rolle. Bedeutender sind die LRV.
- Die BRE können dazu beitragen, dass die Akteurinnen und Akteure in den verschiedenen Bereichen eine gemeinsame Sprache sprechen.
- Notwendig ist, die Akteure im Bildungsbereich

einzu beziehen, insbesondere die Kultusministerkonferenz auf Bundesebene und die für Schule zuständigen Ministerien oder Senatsbehörden auf Länderebene.

- Da jede Schule anders ist, muss die Einzelschule in den Blick genommen werden.
- Schulen müssen sich bei den Angeboten wiederfinden; sie sollten bei der Planung einbezogen werden.
- Gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention muss erarbeitet werden, damit Kooperation und Arbeitsteilung gelingen.

Welche Chancen und Risiken sehen Sie in den im Präventionsbericht formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation?

Für die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer waren die Empfehlungen, die der Präventionsbericht zu Qualitätssicherung und Evaluation ausspricht, nicht unmittelbar zu erkennen, weshalb auch keine spezifische Benennung von hierauf bezogenen Chancen und Risiken erfolgte. Als generelles Risiko für die Weiterentwicklung von Qualität und Evaluation wurde die sinkende Bereitschaft der Schulen identifiziert, an wissenschaftlichen Untersuchungen teilzunehmen.



Workshop 4: Hochschule

ZUSAMMENFASSUNG DER IMPULSREFERATE

Ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule: Der University Health Report

– Priv. Doz. Dr. Dr. Burkhard Gusy, Freie Universität
(FU) Berlin

Im Projekt „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ wurden erstmals bundesweite Daten zur gesundheitlichen Situation Studierender in Deutschland erhoben. Diese können Hochschulen als Referenz nutzen, um in einer hochschulspezifischen Gesundheitsberichterstattung nach vorgegebenen Merkmalen Probleme und Risikogruppen zu gesundheitsbezogenen Themen zu identifizieren, z. B. Medikamentenkonsument, Rauschtrinken, körperliche Beschwerden, Bewegung, Prüfungsangst.

Die FU Berlin erhebt gesundheitsbezogene Daten, vergleicht diese mit bundesweiten Ergebnissen und diskutiert sie in der „AG Gesundheit im Studium“. Die AG priorisiert partizipativ Themen, legt Maßnahmen zur Intervention fest, führt diese durch und überprüft sie anschließend. Neben den Studierenden sind alle relevanten Akteure der Universität vertre-

ten: Lehre, Verwaltung, Service- und Beratungsstellen und Präsidium. Am Beispiel der subjektiven Gesundheit, die sich nicht direkt durch Interventionen adressieren lässt, konnte aufgezeigt werden, dass verhältnisbezogene Maßnahmen zur Studiensituation (z. B. Verringerung des Zeitdrucks, Mitbestimmungsmöglichkeiten) und verhaltensbezogene Trainings (Umgang mit Stress, Selbstmanagement) positiv Einfluss nehmen. Grundsätzlich sollten für jede Intervention ein Wirkmodell hinterlegt sein und der (Ausgangs-)Zustand vor und nach der Intervention gemessen werden.

Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) an der Technischen Universität Kaiserslautern¹

– Max Sprenger, Technische Universität
Kaiserslautern (TUK)

Die TUK hat ein Gesundheitsmanagement für Studierende entwickelt. Konzeptentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen folgen dem partizipativen Ansatz, bei dem die Zielgruppe in alle Schritte eingebunden ist. Drei Gremien übernehmen die inhaltliche Ausrichtung und Steuerung:

1. ein Lenkungskreis, in dem Hochschulleitung und Projektsteuerung vertreten sind
2. ein Steuerkreis, der für die Umsetzung der Maßnahmen zuständig ist
3. ein Gremium Studierendengesundheit, in dem studentische Vertreterinnen und Vertreter der Fachschaften und Studieninstitutionen sowie Beraterinnen und Berater der Techniker Krankenkasse zusammenkommen

Um den Gesundheitsstatus der Studierenden der TUK zu analysieren, wurde der „University Health Report“ im Sommer des Jahres 2015 und im Jahr 2018 in Kooperation mit der FU Berlin durchgeführt. Die Ergebnisse des Jahres 2018 wurden mit denen aus dem Jahr 2015 verglichen, mit einer bundesweiten Vergleichsstichprobe in Relation gesetzt und in einem

¹ Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/sprenger.pdf

Workshop-
Moderation:
Prof. Dr. Wolf
Polenz, Hochschule
für angewandte
Wissenschaft, Ham-
burg (stehend)
und Priv. Doz. Dr.
Dr. Burkhard Gusy,
Freie Universität
Berlin



Bericht veröffentlicht. Den Studierenden wurden die Ergebnisse durch Faktenblätter zugänglich gemacht, sowohl zu einzelnen Themen als auch zu spezifischen Ergebnissen aus den Fachbereichen. Zusätzlich wurden die Faktenblätter der Öffentlichkeit als Poster in einer Ausstellung mit einem 30 Meter langen Wissensposter am Eingang der Universität präsentiert.

Die Maßnahmen sind vielfältig. Sie reichen von Gesundheitstagen über einen neu angelegten „Naschgarten“, in dem Obstpflanzen zur Selbstbedienung zur Verfügung stehen, bis zu einer App, in dem die Fachbereiche in Teams in verschiedenen Bewegungsdisziplinen gegeneinander antreten (Gamification). Die TUK wurde für das SGM mit dem Corporate Health Award 2018 ausgezeichnet.

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Zu Beginn der Diskussion bedankte sich der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) dafür, dass für die Lebenswelt Hochschule ein Workshop beim Präventionsforum 2019 eingerichtet worden ist und stellte ein Eckpunktepapier² zu einer Gesundheitsförderungsstrategie in der Lebenswelt Hochschule für die Jahre 2019 bis 2022 vor. Das Papier stellt die aus Sicht der AGH wichtigsten Handlungsbedarfe zusammen, um die Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie an Hochschulen umzusetzen.

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

- Die Sicherstellung der Qualität erfolgt unterschiedlich, je nach Akteur (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Hochschule etc.).
- Die Arbeit orientiert sich am Public Health Action Cycle.

² verfügbar unter: www.gesundheit-nds.de/images/newsletter/anlagen/agh-eckpunkte_2019-09-12.pdf



Max Sprenger,
Technische
Universität
Kaiserslautern

- Die zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen werden herangezogen.
- Es werden regelmäßige Gesundheitsberichtserstattungen in Hochschulen durchgeführt.
- Parameter für eine systematische Dokumentation werden festgelegt.
- Die Qualitätsdimensionen, die erfasst werden sollen, werden konkretisiert.
- Der Output „Return on Investment“ wird mitgedacht: Wie kann Erfolg gemessen werden?
- (Externe) Auditierung wird als eine Form der Qualitätssicherung herangezogen.
- Koordination und Verantwortlichkeiten, z. B. im Steuerungskreis Gesundheit, werden festgelegt.
- Die Zielgruppe partizipiert.

Welche Rolle spielen die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und Landesrahmenvereinbarungen (LRV) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

- Die BRE unterstützen als gemeinsamer Handlungsrahmen.
- Der Public Health Action Cycle ist Konsens, partizipativ und transparent.

- Die Lebenswelt Hochschule findet eine zu geringe Berücksichtigung in den LRV. Dadurch sind die Hochschulen nicht in den dahinterstehenden Steuerungskreisen beteiligt.

Welche Chancen und Risiken sehen Sie in den im Präventionsbericht formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation?

Als Chancen wurden folgende Punkte genannt:

- Es wird eine differenzierte Berichterstattung zu Sicherheit und Gesundheit für die Hochschule ermöglicht.
- Studierende werden in der gesundheitspolitischen Betrachtung als Zielgruppe hervorgehoben.
- Gelungene Projekte werden für weitere Kooperationspartner geöffnet.
- Good-Practice-Beispiele werden in Studierendenwerken bekannt gemacht.
- Evtl. erfolgt eine stärkere finanzielle Unterstützung der Studierendenwerke, um den Auftrag, Gesundheit und Sicherheit der Studierenden zu fördern, wahrnehmen zu können, z. B. finanzielle Unterstützung psychologischer Beratungsstellen.
- Evtl. können Statistiken der Unfallkasse für Hochschulen spezifiziert werden (Studierenden- statt Schülerunfallstatistik).

Als Risiken wurden folgende Punkte genannt:

- Studierende könnten „zwischen die Stühle“ geraten und daher zu wenig Beachtung finden bzw. es könnten zu wenig Ressourcen für sie bereitgestellt werden. Ihre Verortung im übergeordneten Ziel „Gesund aufwachsen“ wird kritisch gesehen, weil Studierende i. d. R. erwachsen sind. Aber auch eine Verortung im Ziel „Gesund leben und arbeiten“ würde nicht gut passen.
- Kooperation und Vernetzung der zuständigen Ministerien in den Bundesländern (Gesundheit, Arbeit, Bildung und Wissenschaft) fehlt.

EMPFEHLUNGEN AN DIE NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ

- Impact von Gesundheitsförderung an Hochschulen: Die prägende Hochschulphase sollte genutzt werden. Studierende sind die Führungskräfte von morgen: künftige Lehrende in Schulen und Hochschulen, künftige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Studierende als „Nachhaltigkeitsfaktor“ von Gesundheitsförderung und Prävention begreifen.
- Gelungene Kooperation und Kommunikation in der Gesundheitsförderung und Prävention sollten als Good-Practice-Beispiele allen Hochschulen zur Verfügung gestellt werden.
- Die Lebenswelt Hochschule sollte in den LRV und in den Netzwerken und Strukturen berücksichtigt werden.
- Ein Manual für Hochschulen sollte erstellt werden, in dem valide Aktivitäten vorgestellt werden, oder es sollten Beratungsstellen geschaffen werden, die Hochschulen beim studentischen Gesundheitsmanagement unterstützen.
- Die Kooperation und Koordination der Zusammenarbeit sollte verbessert werden, z. B. sollten Daten der Hochschulen und Sozialversicherungsträger zusammengebracht und für die Entwicklung anschlussfähiger Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden.



Workshop 5: Arbeitswelt

ZUSAMMENFASSUNG DES IMPULSFORUMS

Arnd Spahn, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

In der SVLFG nutzen mehr als 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Außendienst das Qualitätssicherungsprogramm „SPIRIT“, welches Probleme identifizieren kann. Um geeignete Anbieter für entsprechende Lösungen zu finden, erhalten die in der Regel sehr kleinen Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten Unterstützung. Die generierten Daten gewährleisten, dass schnell auf sich abzeichnende Bedürfnisse der Betriebe reagiert werden kann. Potenzial sieht die SVLFG in einer engeren Zusammenführung von Gemeinsamer Deutscher Arbeitsschutzstrategie und nationaler Präventionsstrategie. Sie verfolgt die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention als Erfolgsmodell weiter.

Karin Klopsch, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

Die DRV verfolgt eine zweigleisige Präventionsstrategie: multimodale Präventionsleistungen für Versicherte zu den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung/Resilienz auf der einen Seite, den Firmenservice als gemeinsames Beratungsangebot aller Rentenversicherungsträger für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und Interessenvertretungen auf der anderen Seite. Da mit den Qualitätsstandards der Einrichtungen für Rehabilitationsleistungen gute Erfahrungen vorlagen, sind diese auch für die Qualitätssicherung der Präventionsleistungen übernommen worden. In der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) besteht für die Rentenversicherung die Möglichkeit der Abstimmung, um eigene Programme besser mit denen anderer Träger zu vernetzen und zu verzahnen. Für den Betrieb besteht der Vorteil in der Beratung aus einer Hand und der Wahrnehmung der Lotsenfunktion durch die Firmenberaterinnen und -berater.

Dr. Stefan Hussy, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger betreiben Qualitätssicherung in Bezug auf die eigenen Angebote. Sie unterstützen aber auch Betriebe dabei, entsprechende Systeme aufzubauen. Den trägerübergreifenden Handlungsrahmen bilden zehn Präventionsleistungen, die mit Kennzahlen und Indikatoren bezogen auf verschiedene Qualitätsdimensionen hinterlegt sind. Die Fachbereiche im „Kompetenznetzwerk Prävention“ sorgen für eine trägerübergreifend verbindliche, einheitliche und gesicherte Fachmeinung zu den verschiedenen Aspekten von Sicherheit und Gesundheit. Für die Qualifizierungsangebote der Unfallversicherungsträger ein Qualitätsrahmenmodell entwickelt. Es umfasst ein gemeinsames Qualitätsverständnis und die sich daraus ergebenden Qualitätsstandards, um auch künftigen Anforderungen gerecht zu werden. Chancen sehen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger in einer gemeinsamen, anonymisierten Auswertung der Daten von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn verspricht. Chancen, gleichermaßen aber auch Risiken ergeben sich aus einer besseren Rollenverteilung an den Schnittstellen der Sozialversicherungsträger. In der konkreten Zusammenarbeit

Workshop-
Moderation:
Prof. Dr. Gudrun
Faller, Hochschule
für Gesundheit,
Bochum (l.)
mit Jennifer Becker
(r.)



gilt es, die jeweiligen Kompetenzen der Partner zu akzeptieren und stärker aufeinander zuzugehen.

Dr. Julia Schröder, BKK Dachverband, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Bereits weit vor Beginn der Arbeit an einer nationalen Präventionsstrategie hat die GKV mit dem Leitfaden Prävention ein Qualitätssicherungsinstrument vorgelegt. Er dient als Rahmen für Struktur-, Prozess- und Planungsqualität der Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), indem er beispielsweise Anforderungen an Bedarf, Wirksamkeit, Maßnahmen, Zielgruppen, Inhalte, Methodik sowie die Mindeststandards bezüglich der Anbieterqualifikation in allen Handlungsfeldern und Präventionsprinzipien verbindlich für alle 108 Krankenkassen festschreibt. Der Leitfaden beschreibt darüber hinaus die Schnittstellen und Kooperationsmöglichkeiten mit den anderen arbeitsweltbezogenen Präventionsakteuren und verankert die Zielsetzung eines prozessual ausgestalteten Systems der BGF. Die Möglichkeit, im wettbewerblichen System der GKV eine andere Krankenkasse als Partner zu wählen, wirkt sich ebenfalls förderlich auf die Qualität der Angebote und Leistungen aus. Die Bundesrahmenempfehlungen sind als Basis dafür zu verstehen, die Qualität gemeinsam mit den

anderen NPK-Trägern weiterzuentwickeln, was zuvor nur systemintern erfolgte. Dabei muss die Gefahr der Überbürokratisierung von Prozessen im Auge behalten werden.

Das Plenum des Workshops weist darauf hin, dass Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitsmedizin als Lotsinnen und Lotsen agieren können. Auch entsprechend qualifizierte Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsratsmitglieder werden als kompetente Kräfte genannt, die zur Qualitätssicherung beitragen können.

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

- Schlüsselement der Qualitätssicherung ist die Qualifizierung des außerbetrieblichen Beratungspersonals sowie der betrieblichen Akteure, die die einander ergänzenden Interventionsmöglichkeiten zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention der unterschiedlichen Anbieter und Träger besser kennen und gezielt nutzen sollten.

(v. l. n. r.)

Dr. Julia Schröder,
BKK Dachverband;
Karin Klopsch,
Deutsche Rentenversicherung Bund;
Prof. Dr. Gudrun Faller, Hochschule für Gesundheit, Bochum;
Dr. Stefan Hussy,
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung;
Arnd Spahn,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau



- Die moderne Konzeption der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit ist ein gutes Beispiel.

Welche Rolle spielen die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und Landesrahmenvereinbarungen (LRV) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

- Die LRV sind ein Strukturelement, das das gegenseitige Kennenlernen der Kooperationspartner und ein gemeinsames Verständnis untereinander fördert.
- Die NPK sollte einheitliche Qualitätskriterien für ein gemeinsames Vorgehen abstimmen, die in den LRV aufgegriffen werden können.

Welche Chancen und Risiken sehen Sie in den im Präventionsbericht formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation?

Als Chancen wurden folgende Punkte genannt:

- „Weiße Flecken“ im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention und ihrer Qualitätssicherung können konzertiert angegangen werden.
- Die Empfehlung einer systematischen Verbreitung bewährter und qualitätsgesicherter Konzepte ist zu begrüßen.
- Evidenzbasierte Maßnahmen sollten stärker gefördert werden. Jedoch besteht die Notwendigkeit, maßgeschneiderte Angebote auch für die Betriebe vorzusehen, für die die Standardmodelle der BGF und Prävention, z. B. aufgrund ihrer Größe oder strukturellen Spezifität, nicht passen.

Als Risiko wurde folgender Punkt genannt:

- Der Aufbau neuer Strukturen intensiviert den Verwaltungsaufwand und kann das Praxishandeln beeinträchtigen.

EMPFEHLUNGEN AN DIE NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ

Der Workshop empfiehlt der NPK, bei seinen Aktivitäten danach zu unterscheiden, ob bereits ausreichend Evidenz und praktische Hilfen für spezifische Interventionen vorhanden sind oder ob es noch Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf gibt.

Was haben wir schon?

Derzeit gibt es genügend Checklisten und Leitfäden für die Qualitätssicherung. Weitere Hilfen dieser Art sind nicht erforderlich.

Was brauchen wir auf keinen Fall?

- Nicht erwünscht ist der Aufbau weiterer Strukturen, die zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand führen würden.
- Insbesondere zu vermeiden ist eine „Organisation der Organisation“ im Sinne einer übergreifenden Instanz, die die Sozialversicherungsträger koordiniert.

Wo gibt es noch Bedarf?

- Die NPK sollte ein unter den Trägern abgestimmtes, gemeinsames Qualitätssicherungskonzept unter Berücksichtigung der betrieblichen Perspektive (Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Beschäftigte und Arbeitnehmende) entwickeln.
- Die Empfehlungen für Betriebe sollten sich an bewährten Konzepten, insbesondere am PDCA-Zyklus orientieren: kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch „plan, do, check, act“.
- Benötigt werden qualifizierte Lotsinnen und Lotsen, die die Angebote der Träger der NPK sowie weiterer Anbieter kennen und orientiert am betrieblichen Bedarf gezielt einbinden können.
- Die Brüche in der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen den Lebenswelten gilt es zu überwinden und stattdessen trägerübergreifende, am Lebenslauf orientierte Konzepte zu entwickeln.

Workshop 6: Einrichtungen der stationären Pflege

ZUSAMMENFASSUNG DER IMPULSREFERATE

QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe¹

– Anke Tempelmann, AOK-Bundesverband

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt läuft von Mai 2017 bis April 2021. QualiPEP verfolgt drei Ziele:

1. In teil- und vollstationären Einrichtungen für Pflegebedürftige sowie für Menschen mit Behinderung soll ein einheitlicher Qualitätsrahmen für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden. Die Qualitätssicherungs-Konzepte sollen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen unterstützen, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.
2. Die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Mitarbeitenden soll gestärkt werden. Es sollen Fähigkeiten entwickelt werden, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.
3. Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in den Einrichtungen soll qualitätsgesichert weiter-

entwickelt werden, um die Lebensqualität der Beschäftigten zu steigern.

Die Konzepte in allen drei Zielbereichen werden partizipativ entwickelt. Analog des Public Health Action Cycle ist QualiPEP in vier Phasen aufgeteilt. Nach Phase 1 (Status-quo-Erhebung) und Phase 2 (Bedarfsanalyse) befindet sich das Projekt aktuell in Phase 3 (Entwicklung von praxistauglichen, zielgruppengerechten Qualitätssicherungsinstrumenten). Dabei werden insbesondere Interviews mit Schlüsselpersonen (z. B. Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung) durchgeführt. Ab Mai 2020 bis zum Projektende im April 2021 werden in Phase 4 die Instrumente zur Qualitätssicherung evaluiert.

Kernergebnisse der Bedarfsanalyse:

- Die lebensweltspezifischen Gegebenheiten und zielgruppenspezifischen Erkenntnisse müssen berücksichtigt werden, z. B. hohe gesundheitliche Belastungen der Pflegefachkräfte, Personalmangel, Schichtdienst, Mobilität der Pflegebedürftigen als Schlüssel zur sozialen Teilhabe.
- Anknüpfungspunkte bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und beim neuen Verfahren zur Qualitätsprüfung sowie vorhandene Strukturen, z. B. Steuerungskreise und Qualitätsinstrumente, sollten genutzt werden.

Workshop-
Moderation:

Prof. Dr. Corinna
Petersen-Ewert,
Hochschule für
Angewandte
Wissenschaften,
Hamburg



ICE-PfleGesund – Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung und Prävention in Einrichtungen der stationären Pflege²

– Udo Castedello, Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI)

ICE-PfleGesund ist ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege nach § 5 SGB XI mit einer Laufzeit von 2017 bis 2019. Es handelt sich um ein Teilprojekt inner-

¹ Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/tempelmann.pdf

² Die Präsentation steht Interessierten unter folgendem Link zur Verfügung: www.praeventionsforum.org/2019/castedello.pdf

halb des Verbundprojektes SaluPra (Kurztitel für „Entwicklung einer interaktiven, mediengestützten Bildungs- und Beratungsintervention sowie handlungsfeldbezogener Interventionsmaßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Setting stationäre Pflegeeinrichtung“³), das der Verband der Ersatzkassen im Auftrag und im Namen der Ersatzkassen umsetzt.

ICE steht für Implementation, Coaching und Entwicklung. Es verfolgt den Ansatz, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention über die Qualitätsmanagementsysteme (QMS) der stationären Einrichtungen zu implementieren. Auf diese Weise kann an Prozesse und Strukturen in den Pflegeeinrichtungen angeknüpft werden.

Ein Regelprozess im QMS ist die Pflegevisite, in der der Gesundheits- und Pflegezustand, die Zufriedenheit/Lebensqualität und die Bedarfsermittlung der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens einmal jährlich oder anlassbezogen erfasst wird. Ziel von ICE PflGeGesund ist es, die Prozessbeschreibung der Pflegevisite um weitere Prozessschritte aus der Gesundheitsförderung und Prävention zu ergänzen und in den Regelprozess zu implementieren. Zur Unterstützung wird ein Qualitätsmanagement-Handbuch „QMS +“ zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung entwickelt und zur Verfügung gestellt.

Entsprechende Evaluationsverfahren der Pflegeeinrichtungen zur Qualitätssicherung sind: Self-Assessment, Pflegevisite, Zufriedenheitsabfrage. So werden bei der Erfolgskontrolle der Maßnahme „Gartentherapie“ einerseits der Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI herangezogen, in dem die Handlungsfelder „Stärkung der kognitiven Ressourcen“ und „Psychoziale Gesundheit“ vorgegeben sind. Andererseits werden für die Erfolgskontrolle in der Pflegevisite ergänzend

zu den Leitfragen der Qualitätsprüfungsrichtlinien Fragen mit dem Fokus auf gesundheitsbezogene Lebensqualität gestellt.

ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSIONSERGEBNISSE

Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Leistungen/ Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert umgesetzt und implementiert werden?

Erfassung verbessern:

- Dokumentation der Qualitätssicherung sicherstellen
- Maßnahmen evaluieren (Selbsterhebung, Fremdevaluation)

Klare Abgrenzungen vornehmen:

- leistungsrechtliche Abgrenzung zur aktivierenden Pflege
- zwischen externer und interner Qualitätssicherung trennen

Professionalität stärken:

- Einsatz qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einsatz qualitätsgesicherter Maßnahmen

Anke Tempelmann,
AOK-
Bundesverband





Udo Castedello,
Gesellschaft für
Beratung Bildung
Innovation

Informationsaustausch und Beteiligung fördern:

- Angebote der Pflegekassen in den Pflegeeinrichtungen bekannt machen
- Entwicklungen mit den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungsleitungen partizipativ begleiten.
- über gute Beispiele für Synergieeffekte von Präventionsangeboten für Bewohnerinnen und Bewohner und BGF informieren

Verantwortlichkeiten klären und nutzen:

- Verantwortliche in Einrichtungen als Schlüsselakteure benennen
- Einrichtungskriterien gemeinsam mit Dienstleistern zur Umsetzung von Maßnahmen definieren und als Vorarbeit für eine gemeinsame Vereinbarung heranziehen
- Verantwortung von Pflegekassen und Pflegeeinrichtung aufzeigen

Bestehendes nutzen:

- Bedarfserhebung nach neuem Begutachtungsassessment

Kreativität fördern:

- Raum für Experimente

Welche Rolle spielen die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und Landesrahmenvereinbarungen (LRV) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten?

- BRE und LRV geben die Zielorientierung (Ober- und Teilziele) und die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor; sie sind die Basis für Aktivitäten.

Allgemein wurde angemerkt, dass

- Instrumente trägerübergreifend weiterentwickelt werden müssen,
- Anbieterqualifikation sichergestellt sein muss,
- in den LRV das Thema Pflege auch in Bezug auf die Umsetzung des § 5 SGB XI aufgenommen werden sollte,
- Wohlfahrtsverbände nicht immer LRV-Partner sind, weshalb ein gegenseitiges und gezieltes aufeinander Zugehen wichtig ist.

Welche Chancen und Risiken sehen Sie in den im Präventionsbericht formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation?

Als Chancen wurden folgende Punkte genannt:

- Erkenntnisse aus den modellhaften Evaluationsprojekten sollten bereitgestellt werden.
- Ableitbare Empfehlungen aus Beispielstudien sollten genutzt werden.
- Pflegeeinrichtungen müssen Gesundheitsförderung und Prävention systematisch einführen.
- Evidenzbasierte Wirkungsindikatoren für die Evaluationsarbeit sollten entwickelt werden.
- Ein Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Qualitätssicherung sollte weiterentwickelt werden.
- An bestehende QMS sollte angedockt werden.
- Zur Wirksamkeitsprüfung von Maßnahmen müssen weitere Instrumente entwickelt werden.
- Wenn bewährte Instrumente zur Verfügung gestellt und Kriterien definiert werden, beteiligen sich auch mehr Einrichtungen.

Als Risiken wurden folgende Punkte genannt:

- Es könnten Daten erhoben werden, die letztendlich nicht genutzt werden.
- Es ist eine große Herausforderung, „harte“ Indikatoren zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie dem Pflegepersonal festzulegen.
- Es gibt nur geringe personelle Kapazitäten für (sich wiederholende) Bedarfserhebungen in den Einrichtungen.
- Das partizipative Vorgehen der Evaluation geht durch externe Evaluationsbeauftragte ggf. verloren.
- Eine externe Evaluation verhindert die Befähigung von Einrichtungen zur selbstständigen Erfolgskontrolle.
- Es sollte keinen generellen Standard eines Qualitätsentwicklungs- bzw. Qualitätssicherungs-Kits geben. Stattdessen sollte ein modularer Baukasten entwickelt werden.

EMPFEHLUNGEN AN DIE NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ

Den Empfehlungen wurde der allgemeine Hinweis vorangestellt, dass die Partizipation von Pflegenden und Pflegebedürftigen von hoher Bedeutung ist und dass Bestehendes wertgeschätzt und genutzt werden sollte.

Empfohlen wird im Besonderen:

- Die NPK sollte die Kommunikation zwischen allen Beteiligten verbessern.
- Die NPK sollte Qualitätskriterien klar definieren.
- Die NPK sollte mehr in Forschung und Evaluation investieren.
- Erkenntnisse sollten einrichtungsbezogen angepasst werden: Selbstbefähigung zum eigenen Handeln.
- Gestaltungsspielräume sollten wahrgenommen und genutzt werden: aus Fehlern lernen.
- Ein Qualitätsentwicklungs- bzw. Qualitätssicherungs-Kit muss modular aufgebaut sein, um eine einrichtungsindividuelle Wirkung zu entfalten.
- Die NPK sollte unnötig hohen Dokumentationsaufwand vermeiden.



Wie können wir Qualitätssicherung und Evaluation weiterentwickeln?

(v. l. n. r.)

Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin, Deutsches Jugendinstitut;

Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg;

Prof. Dr. Wolf Polenz, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg;

Dr. Beate Grossmann, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung;

Prof. Dr. Gudrun Faller, Hochschule für Gesundheit, Bochum;

Dr. Reinhild Benterbusch, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz;

Prof. Dr. Thorsten Köhler, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln

Unter der Moderation von Dr. Beate Grossmann, Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, diskutierten die Moderatorinnen und Moderatoren über die Ergebnisse ihrer Workshops und nannten ihre wichtigsten Botschaften zu den Fragen:

- Was sind die wichtigsten Erkenntnisse aus Ihrem Workshop, die Sie diskutieren möchten?
- Welchen Weiterentwicklungsbedarf der Qualitätssicherung und Evaluation haben Sie in Ihrem Workshop auf Basis der Erkenntnisse des Präventionsberichts identifiziert?
- Was ist in besonderem Maße für die Lebenswelt Ihres Workshops von Bedeutung und was ist auch für die anderen Lebenswelten von Bedeutung?

WS 1: Landkreise, Städte und Gemeinden

- Dr. Reinhild Benterbusch, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Nach wie vor ist das Bemühen um eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis ein wichtiges Thema, ebenso die Frage nach den personellen und finanziellen Ressourcen.

Beim Thema Qualitätssicherung wäre ein erster Schritt, jemanden zu befähigen, den Bedarf von Qualitätssicherung systematisch in der Lebenswelt erfassen zu können. Dies ermöglicht alles Weitere, wie z. B. Dokumentation und Vernetzung.

Die Empfehlung des Präventionsberichts, evaluierte und typisierte Aktivitäten, für die entsprechende Dokumentationen vorliegen, zu nutzen, stößt auf ein geteiltes Echo. Auf der einen Seite braucht man Maßnahmen, die evaluiert sind - vorausgesetzt, sie lassen sich an die regionalen oder lokalen Gegebenheiten anpassen. Auf der anderen Seite braucht es aber den Dialog mit den Zielgruppen, um Raum für die Kreativität der Beteiligten zu lassen, damit sich diese Maßnahmen bedarfsorientiert entwickeln können. Es braucht also ein „sowohl als auch“, d. h. Blaupausen und kreativen Freiraum für eine partizipative Umsetzung vor Ort. Vorstellbar sind z. B. Basismodule, die individuelle Anpassungen ermöglichen. Darüber hinaus müssen wir uns eine gewisse Fehlerkultur bewahren. Auch aus Bad-Practice-Beispielen kann man eine Menge lernen.



WS 2: Lebenswelt Kindertageseinrichtung

– Prof. Kirsten Fuchs-Rechlin,
Deutsches Jugendinstitut

Für eine qualitätsgesicherte Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen (Kita) ist die Organisationsentwicklung eine erfolgreiche Strategie. Dabei können die Sozialversicherungsträger die Kitas unterstützen. Zudem geht es darum, die Fachkräfte zu befähigen, diesen Prozess selbstständig zu gestalten. Dazu braucht es u. a. koordinierte Angebote aus einer Hand.

Zu der Frage, inwiefern es gemeinsame Qualitätskriterien geben muss und wie diese aussehen könnten, konnte kein Konsens erzielt werden. Dazu sollten in erster Linie gemeinsame Qualitätsstandards bzw. ein gemeinsames Qualitätsverständnis entwickelt werden. Zudem ist bei der Entwicklung von Qualitätskriterien die Partizipation der Fachwelt bedeutsam.

Wichtig ist auch, Transparenz zu schaffen. Denn viele Kitas wissen vermutlich gar nicht, welche Möglichkeiten und Angebote es bereits gibt und wo sie Unterstützung bekommen könnten. Möglicherweise braucht es koordinierende Stellen, die die Einrichtungen dabei beraten und begleiten.

WS 3: Lebenswelt Schule

– Prof. Dr. Thorsten Köhler,
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln

Im Vordergrund steht, ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention zwischen allen Akteuren herzustellen. Auch sollte der Bildungsbereich in die Gesamtdiskussion einbezogen werden.

Um Gesundheitsförderung und Prävention umzusetzen, müssen innerhalb der Schulgemeinschaft zunächst entsprechende Strukturen geschaffen werden. Als Grundlage dafür müssen die Bedarfe ermittelt

werden. Wichtig ist dabei, dass alle Personengruppen in der Lebenswelt Schule an allen Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Wer kümmert sich an der Schule um Gesundheitsförderung und Prävention und wer stellt letztlich die Ressourcen dafür zur Verfügung? Die Leitung muss sich daran aktiv beteiligen. Auch bedarf es einer Fachkraft oder einer „Kümmernerin“ bzw. eines „Kümmers“, die oder der an den Schulen gesundheitsförderliche Strukturen schafft. Voraussetzung dafür ist, dass die Angebote auch transparent sind. Zudem ist die Vernetzung der verschiedenen Akteure und Anbieter wichtig.

Letztlich ist es auch notwendig, die Prozesse, Strukturen und Ergebnisse zu evaluieren.

WS 4: Lebenswelt Hochschule

– Prof. Dr. Wolf Polenz,
Hochschule für angewandte Wissenschaft,
Hamburg

Hochschulen tauchen zwar in den Bundesrahmenempfehlungen auf, doch in den meisten Landesrahmenvereinbarungen (LRV) finden sie keine Erwähnung. Deshalb sind die Hochschulen auch keine Ansprechpartner, wenn es um das Entwickeln und Gestalten von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung geht. Wichtig ist für die Hochschulen daher, den Sprung in die LRV zu schaffen.

Die Hochschulen bilden die Fachleute und Führungskräfte der Zukunft aus, die später in Betrieben und Schulen arbeiten und dort Dienstleistungen anbieten, die nach Möglichkeit gesundheitsförderlich gestaltet sein sollten. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, wie die Studienbedingungen sind und wie die Studierenden darauf vorbereitet werden, dass sie für die Gesundheit anderer sorgen sollen. Eine weitere Frage ist: Wie kann man Gesundheitskompetenz sinnvoll entwickeln, auch in nicht-gesundheitsbezogenen Studiengängen und in der akademischen Lehre?

Wir wünschen uns für die Lebenswelt Hochschule eine differenziertere Gesundheitsberichterstattung. Zurzeit liegen den Hochschulen keine Daten vor, die Aussagen über die Belastungen oder das Unfallgeschehen ihrer Studierenden zulassen. Wenn Interventionen durchgeführt werden, müssen sie mit einem Wirkmodell hinterlegt sein, egal ob arbeits- oder gesundheitswissenschaftlich. Eine spannende Aufgabe für die nächsten Jahre wird sein, wie wir messen können, ob eine Organisation gesünder geworden ist oder ob die Gesundheitskompetenz in einer Organisation zugenommen hat.

WS 5: Arbeitswelt

– Prof. Dr. Gudrun Faller,
Hochschule für Gesundheit, Bochum

Die drei wichtigsten Erkenntnisse beziehen sich darauf, was wir schon haben, was wir noch brauchen und was wir auf keinen Fall brauchen:

- Wir haben den sehr umfangreichen und auch hilfreichen GKV-Leitfaden Prävention als Orientierung für Qualität sowie umfangreiche Checklisten.
- Wir brauchen trägerübergreifende, am Lebenslauf orientierte Konzepte, um die Brüche in der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen den Lebenswelten zu überwinden. Und wir brauchen spezifische Interventionen und Qualitätssicherungsansätze für Klein- und Kleinstbetriebe.
- Wir brauchen auf keinen Fall eine Organisation der Organisation. Eine Sorge ist, dass ein weiterer Strukturaufbau die Praxis bremst. Auch dürfen Dokumentieren und Evaluieren Aktivitäten nicht behindern.

Qualitätssicherung findet momentan oft innerhalb der Säulen der NPK-Träger statt. Wir finden, es macht Sinn, ein gemeinsames Qualitätsverständnis und ein gemeinsames Konzept von Qualitätssicherung zu entwickeln. Darin sollten auch die Perspektiven der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite einfließen.

WS 6: Einrichtungen der stationären Pflege

– Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert,
Hochschule für Angewandte Wissenschaften,
Hamburg

Das Ziel muss eine gesundheitskompetente Organisation sein. Das halten wir für wichtig. Pflegeeinrichtungen bieten dafür gute Voraussetzungen.

Es gibt in der Pflege gute Daten, die genutzt werden können. Eine wichtige Voraussetzung für Qualitätssicherung ist, sie richtig zu kommunizieren und die Betroffenen an den Entwicklungen partizipieren zu lassen. Insgesamt brauchen wir dazu mehr Forschung, um Wissen zu generieren. Allerdings sind Pflegeeinrichtungen so heterogen in Bezug auf Zusammensetzung, Personal und die zu pflegenden Personen, dass eine Vergleichbarkeit nur schwer zu erreichen sein wird.

Natürlich wäre es wünschenswert, Basismodule für die Evaluation und Qualitätssicherung zu haben. Doch muss es auch möglich sein, diese an die Bedingungen vor Ort anzupassen. Letztlich müssen die Einrichtungen selbst zu Evaluation und Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Angebote befähigt werden. Das kann nicht ganz nach außen gegeben werden. Zudem sollte ein unnötig hoher Dokumentationsaufwand vermieden werden. Auch sollten wir Fehler offen kommunizieren, denn auch aus ihnen kann man sehr viel lernen.



Zusammenfassung und Ausblick

Am Vormittag haben wir die Ergebnisse und Empfehlungen des ersten Präventionsberichts kennengelernt und die daraus resultierenden Erkenntnisse gemeinsam diskutiert. Mit dem Präventionsbericht liegt eine umfassende Dokumentation und Analyse vor, die Transparenz über die erbrachten Leistungen, die Erfahrungen der Akteure, die Zusammenarbeit und die präventiven Potenziale herstellt. In Zukunft muss daran weitergearbeitet werden, Prozesse, Strukturen und Ergebnisse zielgenau und methodisch sauber zu erfassen.

Wenn ich die Diskussionsrunde am Vormittag rekapituliere, scheint mir am vordringlichsten zu sein, die an gemeinsamen Zielen ausgerichtete Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure sowie die Koordination und Vernetzung zu verbessern. Damit verbunden ist die Hoffnung, über die Ebene der Lebenswelten die Zielgruppen noch besser zu erreichen. Dabei sollte die Nationale Präventionskonferenz die in den Bundesrahmenempfehlungen genannten Ziele so weiterentwickeln, dass Aktivitäten zielgerichteter geplant und umgesetzt werden können und die Wirksamkeit besser gemessen werden kann.

Am Nachmittag haben wir dann in den sechs Workshops die engere Frage nach der Sicherung bzw. Weiterentwicklung von Qualität in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention diskutiert. Vordringlich aus Sicht der Arbeitsgruppen ist u. a., dass die Durchführenden von qualitätssichernden Maßnahmen entsprechend qualifiziert sind und ggf. von Lotsinnen und Lotsen dabei unterstützt werden, ein gemeinsames Qualitätsverständnis und ein gemeinsames Konzept von Qualitätssicherung zu entwickeln. Misserfolge sollen nicht verschwiegen, sondern als Potenzial gesehen werden, von dem auch andere Akteure lernen können.

Die im Präventionsbericht ausgesprochenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, die eine stärkere Trennung von praktischer

Durchführung und Entwicklung bzw. Evaluation von Aktivitäten vorsieht, wurde, wie wir gerade in den zusammenfassenden Berichten der Moderierenden gehört haben, in den Arbeitsgruppen durchaus kontrovers diskutiert. Kritisch wurde z. B. angemerkt, dass „Qualitätssicherungs-Kits“ nicht immer sinnvoll und nutzbar sind und die Partizipation beeinträchtigt werden könnte. Aber es werden auch klare Vorteile in einem adaptiven „Baukasten“-Konzept gesehen, welches die Akteure von aufwendigen Qualitätsentwicklungen entlastet. Adaptive „Qualitätssicherungs-Kits“ könnten also durchaus genutzt werden, um bereits evaluierte und qualitätsgesicherte Konzepte strukturiert in die Breite zu tragen.

Das sind aus meiner Sicht gute und wichtige Ergebnisse, an denen nun weitergearbeitet werden kann!

Zum guten Schluss ein herzlicher Dank an alle Teilnehmenden dafür, dass Sie sich beim Präventionsforum 2019 eingebracht und damit einen Beitrag für die Weiterentwicklung der Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention geleistet haben.

Dr. Beate Grossmann,
Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung

Das Präventionsforum wird durchgeführt von der

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

