

Die Nationale Präventionskonferenz



Bundesrahmen- empfehlungen

nach § 20d Abs. 3 SGB V

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):





Impressum

Herausgeber

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

GKV-Spitzenverband

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Telefon: 0561 785-0
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

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

Zweite weiterentwickelte Fassung vom 27. November 2025

Gestaltung:

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

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



Die Nationale Präventionskonferenz



Bundesrahmen- empfehlungen

nach § 20d Abs. 3 SGB V

Die Nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), sozialer Pflegeversicherung (SPV), gesetzlicher Unfallversicherung (GUV) und gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) besteht aus folgenden Mitgliedern:

Mitglieder mit Stimmrecht:

- Gesetzliche Krankenversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze)
- Soziale Pflegeversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (zwei Sitze)
- Gesetzliche Unfallversicherung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (jeweils ein Sitz)
- Gesetzliche Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze)
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (ein Sitz)

Mitglieder mit beratender Stimme:

- Bundesministerien (vier Sitze)
- Landesministerien (vier Sitze)
- Deutscher Städtetag (ein Sitz)
- Deutscher Landkreistag (ein Sitz)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (ein Sitz)
- Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (ein Sitz)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (ein Sitz)
- Patientenvertretung nach § 140f SGB V (zwei Sitze)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (als Vertretung des Präventionsforums mit einem Sitz)

An der Vorbereitung der

Bundesrahmenempfehlungen waren beteiligt:

- Bundesagentur für Arbeit
- Kommunale Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene
- die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden

Zu diesen Bundesrahmenempfehlungen wurde

das Benehmen mit folgenden Partnern hergestellt:

- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat
- Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium des Innern
- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Inhalt

1.	Präambel	6
2.	Grundsätze.....	7
3.	Gemeinsame Ziele, Zielgruppen, Handlungsfelder und Anwendungsbeispiele	13
3.1	Ziel Gesund aufwachsen	19
3.1.1	Zielgruppen: werdende und junge Familien, Kinder und Jugendliche	19
3.1.2	Zielgruppen: Auszubildende und Studierende.....	22
3.2	Ziel Gesund leben und arbeiten.....	25
3.2.1	Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter - Erwerbstätige.....	25
3.2.2	Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter - Arbeitslose Menschen	35
3.2.3	Zielgruppe: Ehrenamtlich tätige Personen	36
3.2.4	Zielgruppe: Pflegende An- und Zugehörige	37
3.3	Ziel Gesund im Alter	40
3.3.1	Zielgruppe: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune	40
3.3.2	Zielgruppe: Pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.....	42
3.4	Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit.....	43
3.4.1	Gemeinschaftsverpflegung	43
3.4.2	Bewegungsförderung.....	47
3.4.3	Suchtprävention	51
3.4.4	Hitzeschutz	58
4.	Dokumentations- und Berichtspflichten	63
5.	Schlussbestimmungen	64
	Anhang	65

1. Präambel

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention die folgenden bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) beschlossen.¹ Die Bundesrahmenempfehlungen dienen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten.

Sie sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele² untereinander und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken. Die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie berücksichtigen und konkretisieren diese Bundesrahmenempfehlungen entsprechend den jeweiligen landesspezifischen Bedarfen.

1 Seit 2017 ist der PKV-Verband neben den Trägern stimmberechtigtes Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e SGB V). Die PKV hat sich im Zuge der Mitgliedschaft verpflichtet, Programme nach Maßgabe der Anforderungen nach §§ 20a SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V) und 5 SGB XI Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und dabei diese einschlägigen Qualitätsstandards zu berücksichtigen (Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen).

2 Hierbei werden die im Präventionsgesetz genannten Ziele berücksichtigt.

2. Grundsätze

Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialen Pflegeversicherung unterstützen Lebensweltverantwortliche und Betriebe bei ihren Aktivitäten zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen sowie bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen zum Arbeitsschutz und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die Gesundheitskompetenz³ der Menschen zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, ihre Ressourcen für ein gesundes Leben voll auszuschöpfen. Dafür sind Strukturen aufzubauen bzw. zu stärken, die zur Erreichung dieser Ziele beitragen.

Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen sind von erheblicher Bedeutung für ein gesundes Leben. Sie werden maßgeblich in den Lebenswelten der Menschen gestaltet. Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports. Dazu zählen insbesondere:

- Kommunen⁴
- Kindertagesstätten
- Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung
- Allgemeinbildende und berufliche Schulen
- Hochschulen
- Betriebe⁵
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, einschließlich besonderer Wohnformen und Tagesförderstätten

Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung

Die Kommune ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können, z. B. werdende und junge Familien, alleinlebende ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, arbeitslose Menschen, Selbstständige, Freiberuflerinnen und Freiberufler, Hausfrauen/-männer, erwerbsgeminderte Personen und wohnungslose Menschen. Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz auch für die Schaffung und Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Rahmenbedingungen für ihr Gebiet. Aufgrund ihres verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechts (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 Grundgesetz) und dem damit einhergehenden kommunalen Auftrag zur Daseinsvorsorge kommt ihnen für die kommunale Gesundheitsförderung eine steuernde Funktion zu.

Lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind ein Beitrag zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit. Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialen Pflegeversicherung wirken darauf hin, gemeinsame Vorhaben zielgruppenorientiert, bedarfsgerecht und

3 Gesundheitskompetenz umfasst Wissen, Motivation und Fähigkeiten, für die Gesundheit relevante Informationen aufzufinden, diese zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen für die Gesundheit (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und -bewältigung) treffen zu können. Gesundheitskompetenz umfasst auch Ernährungskompetenz sowie die Fähigkeit zur Erkennung und Vermeidung von Unfallrisiken.

4 Innerhalb von Kommunen (Städte, Landkreise und Gemeinden) können weitere Differenzierungen, z. B. nach Stadt-/Ortsteilen bzw. Quartieren oder nach speziellen Einrichtungen, z. B. für Jugendliche, Alleinerziehende, Seniorinnen und Senioren, arbeitslose Menschen oder generationenübergreifende Einrichtungen, sinnvoll sein. Gemeindeübergreifende Ansätze bieten sich z. B. im ländlichen Raum an.

5 Der Begriff „Betrieb“ schließt mit Blick auf die Zielgruppe Beschäftigte u. a. auch Bildungseinrichtungen (Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen etc.), Einrichtungen der Behindertenhilfe und Werkstätten für behinderte Menschen, andere Leistungsanbieter gemäß § 60 SGB IX, Pflegeeinrichtungen sowie öffentliche Betriebe und Verwaltungen ein.

partizipativ zu gestalten, um im Sinne von Inklusion und Barrierefreiheit die Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen und für Menschen mit Behinderungen fortlaufend zu verbessern. Hierzu ist u. a. eine Konzentration von Aktivitäten auf solche Lebenswelten erforderlich, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen (Indikatoren z. B.: niedriger Bildungsstand, niedrige berufliche Stellung, Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen) ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Dies gelingt z. B. in Kommunen mit niedrigem durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an arbeitslosen Menschen, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen und Migranten, in Fördergebieten des Städtebauförderungsprogramms Sozialer Zusammenhalt sowie Kommunen bzw. Einrichtungen im ländlichen Raum, in Gebieten mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen. Leistungen sind auf Basis der in der jeweiligen Lebenswelt ermittelten Bedarfe zu erbringen. Hierbei sollten auch die im Rahmen der Gesundheits-, Sozial- und Umweltberichterstattung erhobenen Daten der Länder (und ggf. Kommunen) sowie die Daten der Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Auch Aufklärungsmaßnahmen zu gesetzlichen Leistungsansprüchen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung dienen der Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Die Kommunikations-, Informations- und Beratungsangebote sind nach Möglichkeit zielgruppengerecht aufzubereiten. Zudem sollten Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Themen wie Diversität⁶, Inklusion und Barrierefreiheit beinhalten.

Zwischen Frauen und Männern existieren Unterschiede in Mortalität, Morbidität und Gesundheitsverhalten (z. B. in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum, Suizidalität). Sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Planung und Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sind daher geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Zugleich gewinnen in einer pluralistischen Gesellschaft Aspekte von Diversitäts- und Kultursensibilität an Bedeutung. Eine lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung, die diese Aspekte berücksichtigt, stärkt nicht nur die gesundheitliche Chancengleichheit, sondern unterstützt auch die Integration und Teilhabe aller in Deutschland lebenden Menschen.

Der Schutz vor Krankheiten und Unfällen und die Förderung von Gesundheit, Sicherheit⁷ und gesellschaftlicher Teilhabe in Lebenswelten – wie auch die Bewältigung der mit dem Klimawandel verbundenen gesundheitsbezogenen Herausforderungen – bilden gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Verantwortlichen. Dabei sind die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen und der Aufbau von Gesundheitskompetenz besonders bedeutsam. Wesentliche Ansatzpunkte für eine präventive, gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Lebensweltgestaltung sind regulative Eingriffe (z. B. Rauchverbote zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern), die Ausstattung mit einer die Gesundheit fördernden Infrastruktur (z. B. für Erholung, Möglichkeiten für Bewegung im öffentlichen Raum, aktive Alltagsmobilität, Sport und Ernährung), die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange (z. B. in Lehr- und Bildungsplänen) sowie der Anpassung an den Klimawandel (z. B. Hitzeaktionspläne) durch die Verantwortlichen für die jeweiligen Lebens

6 Relevante Merkmale der Diversität sind u. a. Alter, Geschlecht, Behinderung, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung.

7 Die gesetzliche Unfallversicherung versteht unter dem Begriff Sicherheit die Abwesenheit einer Gefährdung für die physische und psychische Unversehrtheit eines Menschen bei versicherten Tätigkeiten und den damit verbundenen Wegen in Lebenswelten des Arbeitens und Lernens. Mit Hilfe einer Gefährdungsbeurteilung werden technische, organisatorische, persönliche und ggf. auch pädagogische Maßnahmen festgelegt, die das Wirksamwerden von Gefahren verhindern.



welten sowie die gesundheitliche Aufklärung. Das erfordert die Bereitschaft zu ressort- und auch sozialversicherungszweigübergreifendem Handeln und die Bereitschaft, effektive und aufeinander abgestimmte Maßnahmen zu implementieren bzw. bestehende effektive Maßnahmen miteinander zu verzahnen. Die Mitglieder der NPK sind sich einig, dass die Intensivierung des Engagements eines Partners nicht zu einer Reduktion des Engagements der übrigen Beteiligten oder anderer verantwortlicher Akteure führen darf. Die nach § 20f SGB V geschlossenen Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie leisten einen Beitrag zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.⁸

Mit den Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung sollen die für die Lebenswelten Verantwortlichen bei der präventiven sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderlichen Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Lebenswelt bedarfsbezogen und adressatengerecht unterstützt werden. Voraussetzung für ein entsprechendes Engagement ist, dass der Bedarf möglichst datengestützt (z. B. Gesundheits-, Sozial- und Umweltberichterstattung der Länder und Kommunen, betriebliche Gefährdungsbeurteilungen, betriebliche Gesundheitsberichte von Krankenkassen, weitere Daten von Sozialversicherungsträgern) nachgewiesen wird und die für die Lebenswelt Verantwortlichen – Träger der Lebenswelt sowie politisch Verantwortliche – bereit sind, die Umsetzung bedarfsgerechter präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten in der jeweiligen Lebenswelt zu unterstützen und auf eine dauerhafte Implementierung hinzuwirken. Für die Leistungen der GKV ist eine angemessene Eigenleistung der für die Lebenswelt Verantwortlichen in § 20a Abs. 2 SGB V als gesetzliche Voraussetzung

verankert. Durch gemeinsame und gleichgerichtete Anstrengungen der Verantwortlichen für die Lebenswelten und der sie unterstützenden Träger der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung entsteht der größte Mehrwert für die Gesundheit – insbesondere dann, wenn Transparenz über die Leistungen besteht, bei der Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen die Zielgruppen partizipativ eingebunden sind und bestehende Strukturen auf Landes- bzw. regionaler Ebene, auch unter Einbeziehung weiterer Akteure, genutzt werden.

Die Träger der NPK wirken in gemeinsamer Verantwortung darauf hin, die Lebenswelten, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag haben, so zu gestalten, dass Gesundheit gefördert und gesundheitliche Risiken vermindert werden.⁹ Als Träger öffentlicher Aufgaben berücksichtigen sie bei ihren Planungen und Entscheidungen die Ziele des Klimaschutzes und der Anpassung an den Klimawandel gemäß § 13 Abs. 1 Bundes-Klimaschutzgesetz (KSG) und § 8 Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KANg). Das KANg sieht auch Aktivitäten von Bund, Ländern und Kommunen vor, eigene Strategien für Anpassungen an den Klimawandel zu entwickeln und regelmäßig zu aktualisieren.

- Die **GESETZLICHEN KRANKENKASSEN** erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte gemäß § 20a Abs. 1 SGB V sowie Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß §§ 20b und 20c SGB V. Mit den Leistungen sollen unbeschadet der Aufgaben anderer insbesondere gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten aufgebaut und gestärkt werden. Hierzu erheben die Krankenkassen unter Beteiligung

⁸ Link zu allen Landesrahmenvereinbarungen: <https://www.npk-info.de/die-npk/downloads>

⁹ Lebenswelten wie z. B. Betriebe und Bildungseinrichtungen eignen sich darüber hinaus auch als Zugangswege zur Erreichung von Zielgruppen für Leistungen zum Schutz vor übertragbaren Erkrankungen wie insbesondere Schutzimpfungen.

der Versicherten und der für die Lebenswelten Verantwortlichen¹⁰ die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei Maßnahmen, die auf arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken in Betrieben ausgerichtet sind (§ 20c Abs. 1 SGB V), werden die Ergebnisse vorliegender Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und der DGUV Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) berücksichtigt. Außerdem fördern die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den zuständigen Behörden der Länder die Schutzimpfungen ihrer Versicherten (§ 20i Abs. 3 SGB V).

- Die **PFLEGEKASSEN** erbringen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI. Auch hier besteht der präventive bzw. gesundheitsfördernde Auftrag in der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sowie in der Unterstützung der Umsetzung. Darüber hinaus weisen auch viele andere Leistungen der Pflegeversicherung einen präventiven Bezug auf. Beispielsweise werden über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b SGB XI pflegebedürftige Menschen und - wenn gewünscht - ihre Angehörigen auch über die Möglichkeit beraten, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch der anspruchsberechtigten

Person ist die Pflegeberatung auch im Rahmen einer Video-Pflegeberatung möglich. Über Pflegekurse nach § 45 SGB XI werden pflegende An- und Zugehörige unterstützt, pflegebedingte körperliche, psychische und seelische Belastungen und Beanspruchungsfolgen zu mindern und deren Entstehung vorzubeugen, sodass ihre eigene Gesundheit gestärkt wird. Durch Pflegekurse vor Ort, digitale Pflegekurse sowie Schulungen in der Häuslichkeit bestehen hierzu vielfältige Zugangswege.

- Die **GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER** haben gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen. Als „geeignete Mittel“ erbringen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger grundlegend folgende Präventionsleistungen (s. auch www.dguv.de Webcode d1090649):
 - Anreizsysteme (z. B. Gütesiegel, Auszeichnungen, Prämiensysteme)
 - Beratung (z. B. zur Gefährdungsbeurteilung, zu Managementsystemen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, zu Maßnahmen der Individualprävention¹¹)
 - Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
 - Ermittlung (z. B. von Unfallursachen)
 - Forschung, Entwicklung und Modellprojekte
 - Information, Kommunikation und Präventionskampagnen (z. B. Handlungshilfen, Messen, Fachkongresse)
 - Prüfung/Zertifizierung
 - Vorschriften- und Regelwerk

¹⁰ In Betrieben unterstützen die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Wahrnehmung der Verantwortung.

¹¹ Maßnahmen der Individualprävention gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII in Verbindung mit § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV); siehe auch Kapitel 3.2.1

Qualifizierung (insbesondere betriebliche Akteure für Sicherheit und Gesundheit einschließlich Führungskräfte)

- Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung
- Im Rahmen aller Präventionsleistungen berücksichtigen sie die Gefährdungen und Belastungen für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch die Folgen des Klimawandels.
- Die gesetzlichen Rentenversicherungsträger erbringen gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Mit den Leistungen sollen die Kompetenz und die Motivation für eine gesundheitsbewusste Einstellung und gesundheitsförderliches Verhalten erhöht, Informationen und Kompetenzen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung vermittelt sowie die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und der Entstehung und/oder der Verschlimmerung von Krankheiten anschaulich und mit Bezügen auf den Lebensalltag der Versicherten vermittelt werden. Es handelt sich um verhaltenspräventive Leistungen, die der/dem einzelnen Versicherten zur Verfügung gestellt werden, um die Erwerbsfähigkeit mittel- bis langfristig zu sichern.

Bezogen auf ihren jeweiligen Leistungsauftrag stellen die Träger der NPK relevante Daten und Informationen für den alle vier Jahre zu erstellenden trägerübergreifenden Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V bereit.

Die vorliegenden Bundesrahmenempfehlungen legen Ziele und Handlungsfelder mit gemeinsamer Verantwortung sowie Verfahrensgrundsätze für die Zusammenarbeit fest. Sofern lebensweltbezogene Aktivitäten eines Trägers den Zuständigkeitsbereich eines oder mehrerer anderer Träger berühren, sollen diese sich wechselseitig über ihre Vorhaben

in der entsprechenden Lebenswelt informieren und bedarfsbezogen Absprachen über eine Zusammenarbeit treffen. Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung machen ihre lebensweltbezogenen Leistungen gemäß diesen Bundesrahmenempfehlungen transparent und stimmen sich bezüglich eines koordinierten Vorgehens ab. Dies dient auch dem Ziel, dass Maßnahmen zugunsten einer Zielgruppe sich nicht nachteilig auf eine andere Zielgruppe auswirken. Die wechselseitige Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der Träger untereinander und mit weiteren Verantwortlichen – bis hin zur gemeinsamen Durchführung von Maßnahmen – ist in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf der Landesebene geregelt. Die Träger nehmen ihre jeweiligen gesetzlichen Aufgaben eigenständig wahr; Aufgaben- und Kostenverlagerungen untereinander und von Dritten auf die Träger sind auszuschließen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung werden auch Modellvorhaben gemäß § 20g SGB V (vgl. hierzu für die Rentenversicherung speziell § 14 Abs. 3 SGB VI) empfohlen.

Zur Förderung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention haben die Träger der NPK untereinander und mit weiteren Partnern bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes folgende Vereinbarungen geschlossen:

- 2009: Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
- 2012: Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit

- 2013: Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune
- 2015: Kooperationsvereinbarung zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten bei der Umsetzung der GDA¹²-Arbeitsprogramme 2013-2018 sowie der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der gesetzlichen Krankenversicherung

Die grundlegenden Inhalte dieser Vereinbarungen sind in der vorliegenden Fassung der Bundesrahmenempfehlungen berücksichtigt. Sowohl die Träger der NPK als auch die weiteren Partner der oben genannten Vereinbarungen/Empfehlungen entwickeln ihr lebens- und arbeitsweltbezogenes Engagement entsprechend den Inhalten dieser Vereinbarungen/Empfehlungen partnerschaftlich fort.

Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden. Die Handlungsfelder und Qualitätskriterien der Träger für lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen ergeben sich insbesondere aus folgenden Dokumenten:

Für die **GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG:**

- Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von Maßnahmen der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der individuellen verhaltensbezogenen Prävention gemäß §§ 20, 20a und 20b SGB V (Leitfaden Prävention in der jeweils geltenden Fassung; www.gkv-spitzenverband.de
 ▶ Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung)

Für die **GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG:**

- Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (www.dguv.de Webcode d1090649)
- Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention (www.dguv.de/de/praevention/praev_lohnt_sich/position-praevention/index.jsp)
- DGUV Grundsatz 306-002 Präventionsfeld „Gesundheit bei der Arbeit“ – Positionierung und Qualitätskriterien der Träger der GUV und der DGUV (www.dguv.de Webcode p306002)
- Fachbereiche der DGUV als Kompetenz-Netzwerk Prävention der DGUV (u. a. Erarbeitung des Regelwerks der Unfallversicherungsträger) (www.dguv.de Webcode d36139)
- Qualitätsverbund Qualifizierung (QVQ) und Qualitätsrahmenmodell für die Aus- und Fortbildung durch die Unfallversicherungsträger (www.dguv.de Webcode d101144)

Für die **GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG:**

- Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 14 Abs. 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (Präventionsrichtlinie)
- Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14 Abs. 1 SGB VI

Für die **SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG:**

- Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 5 SGB XI (Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung; www.gkv-spitzenverband.de
 ▶ Pflegeversicherung ▶ Prävention)

3. Gemeinsame Ziele, Zielgruppen, Handlungsfelder und Anwendungsbeispiele

Voraussetzungen für eine erfolgreiche lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind, dass sich Maßnahmen am Bedarf der Zielgruppen orientieren und innerhalb eines systematischen Prozesses partizipativ geplant und umgesetzt werden. Im Folgenden werden die sich aus den epidemiologischen und gesellschaftlichen Herausforderungen bzw. Gefährdungen ergebenden Bedarfe, das erforderliche systematische Vorgehen sowie die gemeinsamen Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder in der lebensweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung beschrieben.

Zielgerichtete Leistungen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung (Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung) leiten sich insbesondere aus epidemiologischen, gesellschaftlichen und umweltbedingten Herausforderungen ab (z. B. Wandel von akuten zu chronischen Erkrankungen und psychischen Erkrankungen, Entwicklung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, demografischer Wandel und Klimawandel). Die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung (entsprechend den Indikatoren ambulante und stationäre Morbidität, Krankheitskosten, Arbeitsunfähigkeit, Sterblichkeit, vorzeitige Berentung, Pflegebedürftigkeit) sind insbesondere die chronischen nicht übertragbaren Erkrankungen.¹³ Sie werden in ihrer Entstehung durch verbreitete Risikofaktoren (insbesondere Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, beruflicher und privater Stress, Gewalterfahrungen, Rauchen, Alkoholkonsum) begünstigt. Außerdem gewinnen psychische Belastungen an Bedeutung. In der Arbeitswelt wurde dieser Entwicklung durch

die gesetzliche Klarstellung Rechnung getragen, dass psychische Belastungsfaktoren im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen sind. Aufgrund des demografischen Wandels und des daraus resultierenden Fachkräftemangels ist eine gezielte und nachhaltige Förderung der Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten, auch unter Berücksichtigung der Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention sinnvoll, um ein Arbeiten in Gesundheit auch für ältere Menschen und ein gesundes Leben im Alter zu ermöglichen. Bei hochaltrigen Menschen und insbesondere bei Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, spielen sowohl Herz-Kreislauf- bzw. Stoffwechselerkrankungen als auch kognitive Einschränkungen wie demenzielle Erkrankungen mit ihren Folgen für die physische und psychische Gesundheit und das gesundheitsfördernde Verhalten eine große Rolle.

Bei Kindern und Jugendlichen stellen Unfälle ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren, die jährlich nach Unfallverletzungen ärztlich versorgt werden müssen, wird auf rund 1,88 Mio. geschätzt. Auch gehören Unfälle mit zu den häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter.¹⁴

Für alle Personen stellt der Klimawandel eine zentrale gesundheitliche Herausforderung dar, weil er zu vermehrten oder neuartigen physischen Gesundheitsproblemen wie Infektionen, Allergien, Verletzungen oder hitze- bzw. extremwetterbedingten Erkrankungen und Todesfällen führt.¹⁵ Der Verlust von Lebensräumen und die Zerstörung von Wohnräumen und anderer Infrastruktur bedingt

¹³ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des zerebrovaskulären Systems); Diabetes mellitus, insbesondere Typ 2; Adipositas; bösartige Neubildungen; Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes; chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen; Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychische/ psychosomatische Krankheiten einschließlich Suchterkrankungen.

¹⁴ Bundesgesundheitsministerium (BMG, 2024). Prävention von Kinderunfällen. BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/praevention-von-kinderunfaellen.html>

¹⁵ NPK-Papier Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen. Abrufbar unter: <https://www.npk-info.de/umsetzung/gesamtgesellschaftliches-zusammenwirken/npk-papier-gesundheit-und-klima>

zudem soziale sowie psychische Belastungen und trägt damit zum vermehrten Auftreten psychischer Störungen bei.^{16,17} Der Klimawandel hat damit existenzielle Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche und erfordert eine systematische Betrachtung von Mensch, Natur und Umwelt im Sinne des „One Health“-Ansatzes.¹⁸ Darüber hinaus sind eine gesunde Umwelt und Natur Voraussetzungen für menschliche Gesundheit, für Wohlbefinden und eine resiliente Wirtschaft und Gesellschaft.¹⁹ Die NPK möchte dazu beitragen, den mit dem Klimawandel einhergehenden gesundheitlichen Risiken frühzeitig durch lebensweltbezogene Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung unter Nutzung der besten verfügbaren Evidenz zu wirksamen und zweckmäßigen Maßnahmen und Vorgehensweisen zu begegnen.

Eine weitere komplexe gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist Einsamkeit. Sie hat zahlreiche negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen aller Altersgruppen und in verschiedenen Lebenslagen sowie das soziale Miteinander. Einsamkeit ist mit vielfältigen Gesundheitsbeeinträchtigungen verbunden und kann mit einer stärkeren Belastung des Gesundheitssystems einhergehen.²⁰

Die Studienlage belegt einen wechselseitigen, sich verschärfenden Effekt: Einsamkeit macht krank, aber Krankheit macht auch einsam.²¹ Einsamkeitsprävention kann zur Prävention von bestimmten Erkrankungen beitragen.²²

Einsamkeit sowie psychische oder somatische Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen können das Risiko für suizidales Verhalten erhöhen. Die Anzahl der Suizide und Suizidversuche in Deutschland ist steigend. Insbesondere bei jungen und älteren Menschen ist der Suizid eine häufige Todesursache.²³ Der Leidensweg suizidgefährdeter Personen bleibt oft über lange Zeit unbemerkt. Suizide und Suizidversuche sind belastend für das familiäre, soziale, schulische und berufliche Umfeld. Bei Personen, die im beruflichen Kontext mit solchen Ereignissen konfrontiert werden, beispielsweise Lokführerinnen und Lokführer, können langfristige psychische Beeinträchtigungen die Folge sein und zu einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit führen. Niedrigschwellige Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten, auch digitale Angebote, können zur Reduktion suizidalen Verhaltens beitragen.²⁴ Dazu gehören neben edukativen Maßnahmen auch Angebote zur Stärkung von Resilienz und Lebenskompetenzen.

-
- 16 Umweltbundesamt (UBA, 2021). Klimawirkungs- und Risikoanalyse 2021 für Deutschland – Teilbericht 5: Risiken und Anpassung in den Clustern Wirtschaft und Gesundheit. UBA. <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/KWRA-Teil-5-Wirtschaft-Gesundheit>
- 17 Robert-Koch-Institut (RKI 2023). Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit: Teil 1 – Auswirkungen des Klimawandels auf Infektionskrankheiten und antimikrobielle Resistenzen. *Journal of Health Monitoring*, 1-119.; Robert-Koch-Institut (RKI 2023). Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit: Teil 2 – Auswirkungen des Klimawandels auf nicht-übertragbare Erkrankungen und die psychische Gesundheit. *Journal of Health Monitoring*, 1-161: <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Klimawandel/Klimawandel-Gesundheit-Sachstandsbericht.html>
- 18 Der „One Health“-Ansatz basiert auf dem Verständnis, dass die Gesundheit von Mensch, Tier, Umwelt und Pflanzen eng miteinander zusammenhängt. One Health umfasst die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren aus verschiedenen Disziplinen mit dem Ziel, die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt gleichermaßen zu erhalten.
- 19 Das Handlungsfeld Gesundheit der Nationalen Biodiversitätsstrategie 2030 (NBS 2030) verweist auf die Leistungen der Natur für die Gesundheit und den gesundheitsfördernden Charakter von Natur- und Umweltschutz: <https://www.bundesumweltministerium.de/download/die-nationale-strategie-zur-biologischen-vielfalt-2030-nbs-2030>
- 20 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2023). Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/strategie-der-bundesregierung-gegen-einsamkeit-234582>
- 21 Expertise des Kompetenznetzes Einsamkeit: <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-10>
- 22 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2024). Einsamkeitsbarometer 2024: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/einsamkeitsbarometer-2024-237576>
- 23 Zahlen des statistischen Bundesamts über Suizide: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- 24 Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2024). Nationale Suizidpräventionsstrategie. Abschlussbericht: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf

Chronische nichtübertragbare Erkrankungen sowie durch den Klimawandel ausgelöste gesundheitliche Belastungen sind in starkem Maße mit sozialen Faktoren, wie insbesondere Bildung, Berufsstatus und Einkommen, assoziiert. Die Reduzierung einer hieraus resultierenden sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die das Engagement zahlreicher Verantwortlicher auch außerhalb des Gesundheitswesens erfordert. Die Sozialversicherungsträger leisten mit ihren Maßnahmen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie dazu einen Unterstützungsbeitrag. Nachhaltige Effekte sind insbesondere dann zu erzielen, wenn auch die anderen Akteure diesbezüglich ihre Verantwortung wahrnehmen.

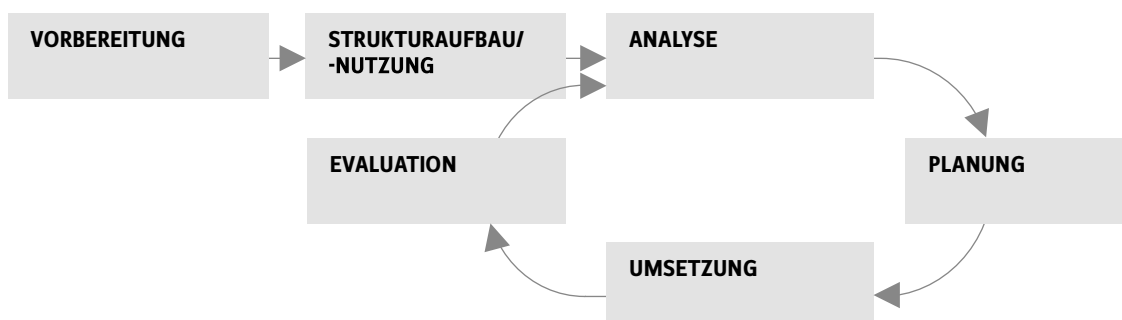
Aufgabe der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung ist die Reduktion von lebens- und arbeitsweltbedingten sowie verhaltensbezogenen Krankheits- und Unfallrisiken und gleichzeitig die Stärkung allgemeiner (krankheitsunspezifischer) gesundheitlicher Ressourcen und der Gesundheitskompetenz der Menschen.

Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sollen Lebenswelten und die dortigen Rahmenbedingungen menschengerecht gestalten und gesundheitsförderlich weiterentwickeln sowie die hier lebenden und arbeitenden Menschen bei der Aufnahme und Verstetigung gesundheitsförderlicher und sicherheitsrelevanter Verhaltensweisen unterstützen.

Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe sollen systematisch in die Strukturen und Prozesse der Lebenswelten integriert werden.²⁵ Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger unterstützen die Lebenswelten beim Aufbau und der Umsetzung eines solchen systematischen Prozesses (vgl. Abb. 1) und bieten entsprechende bedarfsorientierte qualitätsgesicherte Lösungen an. Ziel ist es, dass die Lebensweltverantwortlichen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe diesen Prozess eigenverantwortlich gestalten und fortführen können.

Vorbereitung: Für den Einstieg in einen systematischen Prozess der Prävention, Gesundheits-,

Abb. 1: Lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung als systematischer Prozess



Kontinuierlich: Transparenz des Prozesses/Partizipation der Zielgruppen/Qualitätssicherung

Quelle:
Eigene Darstellung

²⁵ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Setting- bzw. Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung konzeptionell entwickelt und verbreitet: Ottawa-Charta (1986); Jakarta-Deklaration (1997).

Sicherheits- und Teilhabeförderung sind die Motivation und Bereitschaft der Verantwortlichen für die Lebenswelt unverzichtbare Voraussetzungen. Dies betrifft auch die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen. Die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger können die Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse der Lebensweltverantwortlichen dabei mit Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsangeboten unterstützen.

Strukturaufbau/-nutzung: Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention mit allen in der Lebenswelt verantwortlichen Akteuren bilden die Basis für ein systematisches Vorgehen, um Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in die Lebenswelt zu integrieren.²⁶ Innerhalb des Steuerungsgremiums werden die Verantwortlichkeiten der Partner abgestimmt und verbindliche Entscheidungen zum Vorgehen getroffen. Bereits bestehende Gremien, z. B. zu den Themen Sicherheit und Gesundheit, sollten als Steuerungsstruktur genutzt werden; dabei sollte ein förmlicher Beschluss zur Zusammenarbeit angestrebt werden. Sofern in einer Lebenswelt unterschiedliche Gremien für Teilaufgaben existieren, ist eine Abstimmung von Themengebieten und Vorgehensweisen empfehlenswert. Auch hier kann an ggf. vorhandene Strukturen, z. B. das Quartiersmanagement oder vergleichbare Koordinationsinstanzen in der Lebenswelt Kommune angeknüpft werden. Sozialversicherungsträger unterstützen Strukturaufbau und -nutzung für lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung mit Informations-, Beratungs- und Moderationsleistungen.

Analyse: Der Bedarf an präventiven sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderlichen Interventionen ist möglichst datengestützt – ggf. unter Nutzung vorhandener Untersuchungen, Messungen und Datenquellen – zu ermitteln. Als Indikatoren des

Bedarfs eignen sich die Verbreitung von Belastungen bzw. Gefährdungen (z. B. Arbeitsbelastungen, Umweltdaten), Ressourcen (z. B. Erholungs- und Freizeitangebote) sowie Gesundheitsparameter (z. B. Daten zu Arbeitsunfähigkeit, Unfällen, zur erwerbsbezogenen Rehabilitation, zu Prävalenzen von Krankheiten oder anderen Merkmalen des Gesundheitszustandes in den Lebenswelten). Für die Planung der Interventionen sollte dabei auch die sozialräumliche bzw. branchenbezogene Verteilung von Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsparametern berücksichtigt werden. Sozialversicherungsträger unterstützen die Lebensweltverantwortlichen mit Routinedaten (z. B. zum Arbeitsunfähigkeits- und Unfallgeschehen), befragungsbasierten Daten (z. B. aus Befragungen von Angehörigen der Lebenswelt) sowie Gesundheitswerkstätten und -zirkeln, beraten zu geeigneten Analyseverfahren und unterstützen bei der Gefährdungsbeurteilung bzw. stellen für die Lebenswelt spezifische Handlungshilfen oder auch Messungen zur Verfügung.

Planung: Auf Grundlage der ermittelten Bedarfe werden gemeinsam Ziele und darauf bezogene Interventionen im Steuerungsgremium (bzw. von den Verantwortlichen unter Beteiligung der Zielgruppen/Angehörigen der Lebenswelt) abgeleitet und priorisiert. Die Priorisierung dient insbesondere der Reduzierung von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Der Maßnahmenplan sollte verhältnis- und verhaltensbezogene Interventionen kombinieren und neben der Reduzierung von Risiken auch die Stärkung von Schutzfaktoren für die physische und psychische Gesundheit vorsehen. Die Sozialversicherungsträger bringen sich in die Lösung dieser Aufgaben mit Moderations- und Beratungsleistungen ein. Die Planung im Steuerungsgremium kann auch eine gemeinschaftliche Finanzierung von Maßnahmen beinhalten.

²⁶ In Lebenswelten mit kleiner Personalstärke (z. B. Kleinstbetriebe mit unter zehn Beschäftigten, Kleinbetriebe mit unter 50 Beschäftigten, Kitas) können die Funktionen des Steuerungsgremiums durch regelmäßige Gespräche zwischen den Verantwortlichen und/oder durch Mitwirkung in einrichtungsübergreifenden Netzwerken erfüllt werden.



Umsetzung: Die verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen werden möglichst unter Nutzung wissenschaftlicher bzw. evidenzbasierter Programme oder qualitätsgesicherter Ansätze von den Lebensweltverantwortlichen umgesetzt. Die Sozialversicherungsträger unterstützen die Umsetzung mit Leistungen entsprechend ihren gesetzlichen Zuständigkeiten.

Evaluation: Der gesamte Prozess und seine Ergebnisse werden systematisch mittels geeigneter Methoden evaluiert. Die Resultate der Evaluation bilden die Basis für Weiterentwicklungen der durchzuführenden Maßnahmen. Die Sozialversicherungsträger unterstützen die Lebenswelten bei dieser Aufgabe mit Beratungsleistungen und stellen Handlungshilfen zur Verfügung.

Transparenz, Partizipation und Qualitätssicherung (prozessphasenübergreifend): Die Partizipation der Zielgruppen in einem transparenten Prozess fördert Akzeptanz und Umsetzung. Die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität bilden wichtige prozessübergreifende Aufgaben.

Übergreifendes Struktur- und Prozessziel für die lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung

Die Träger der NPK unterstützen die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen dabei, verstärkt Steuerungsstrukturen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu etablieren, wobei auch die sich aus dem Klimawandel ergebenden Herausforderungen zu berücksichtigen sind. Dies gilt insbesondere auf kommunaler Ebene (Städte, Landkreise und Gemeinden). Sie unterstützen dabei auch übergreifende Vernetzungsprozesse. Sie wirken auf die Verankerung dieser Strukturen und Prozesse in den Landesrahmenvereinbarungen hin.

In jeder Lebensphase können Potenziale für den Schutz vor Krankheiten sowie zur Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe ausgeschöpft werden. Insbesondere in der Lebensphase des Heranwachsens können dabei wichtige Grundlagen geschaffen werden. Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind somit auch Beiträge, um die Folgen des demografischen Wandels in einer Gesellschaft des langen Lebens besser zu bewältigen. Der Grundstein für eine gesunde Lebensweise wird bereits in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren gelegt. Eine frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung hat Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf mit zu erwartenden positiven Effekten auf die Gesundheit. Die längste Phase des menschlichen Lebens ist das mittlere Alter. Insbesondere in dieser Lebensphase können über Jahrzehnte Maßnahmen der Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung greifen und sich positiv bis in die letzte Lebensphase auswirken. Auch im Alter gilt es, die gesundheitlichen Ressourcen zu erhalten und zu fördern und die Kompetenzen zur Bewältigung gesundheitlicher Einschränkungen zu stärken. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, die Verhältnisse sicher und gesundheitsförderlich zu gestalten und hierdurch gesundes Verhalten in jeder Lebensphase zu unterstützen. Hauptaugenmerk ist auf sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu legen, um größtmögliche Chancengleichheit zu erzielen.

Durch gemeinsame Ziele werden die Anstrengungen der verschiedenen Akteure der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auf vorrangige gesundheitliche Gestaltungsaufgaben gebündelt. Die gemeinsamen Ziele auf Bundesebene müssen alle Lebenswelten berücksichtigen, Menschen in jeder Lebensphase adressieren und gleichzeitig einen relativ hohen Allgemeinheitsgrad aufweisen.²⁷ Für die NPK sind folgende am Lebenslauf orientierte gemeinsame Ziele²⁸ handlungsleitend:

- **ZIEL GESUND AUFWACHSEN**
 - Zielgruppen: Werdende und junge Familien, Kinder und Jugendliche
 - Zielgruppen: Auszubildende und Studierende
- **ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN**
 - Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige
 - Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Arbeitslose Menschen
 - Zielgruppe: Ehrenamtlich tätige Personen
 - Zielgruppe: Pflegende An- und Zugehörige
- **ZIEL GESUND IM ALTER**
 - Zielgruppe: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune
 - Zielgruppe: Pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Mit dieser Zielesystematik können im Grundsatz alle Menschen mit lebensweltbezogenen Präventions-, Gesundheitsförderungs-, Sicherheits- bzw. Teilhabeangeboten erreicht werden. Da Menschen in der

Regel mehrere gesellschaftliche Rollen einnehmen, bieten Lebenswelten komplementäre Zugangsmöglichkeiten – Beschäftigte sind beispielsweise gleichzeitig in der betrieblichen Gesundheitsförderung und ggf. als Eltern durch Aktivitäten in Kita und Schule erreichbar.²⁹ Kommunal verankerte Ansätze/ Programme sind geeignet, um einen Großteil der Menschen eines bestimmten Gebietes zu erreichen.

Um auch Menschen mit Behinderungen die Nutzung der lebensweltbezogenen Angebote zu ermöglichen, sollte im Sinne der Inklusion der Aspekt der Barrierefreiheit berücksichtigt werden. Die Träger der NPK haben daher vereinbart, Leistungen der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungsauftrag haben, im Sinne der Inklusion barrierefrei zu gestalten. Um den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen, haben sie sich selbst verpflichtet, bei gemeinsamen Vorhaben der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an fortlaufend zu berücksichtigen.³⁰ Die Leistungen der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sollen insbesondere auf solche Lebenswelten ausgerichtet werden, in denen Menschen, die in sozial benachteiligenden Bedingungen leben, erreicht werden können.

Maßnahmen für Klimaschutz und zur Anpassung an den Klimawandel können Synergien und Zusatznutzen (sogenannte Co-Benefits) für die Gesundheit der Bevölkerung schaffen. Durch eine angemessene nachhaltig orientierte Gestaltung der Gebäude,

27 Konkretisierungen und Schwerpunktbildungen gemäß regionaler Bedarfe für die Tätigkeit der für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Zuständigen und Verantwortlichen werden in den Landesrahmenvereinbarungen verankert. Die Bundesrahmenempfehlungen bilden für alle denkbaren Schwerpunktbildungen einen allgemeinen Rahmen.

28 Der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ hat ebenfalls am Lebenslauf orientierte Ziele definiert: Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen (2010), Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden (2012); auch die übrigen Ziele von „gesundheitsziele.de“ weisen Bezüge zu den am Lebenslauf orientierten Zielen dieser Bundesrahmenempfehlungen auf.

29 Darüber hinaus stehen GKV-Versicherten Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V zur Verfügung.

30 Nationale Präventionskonferenz (NPK, 2022). Erklärung der NPK zur Berücksichtigung besonderer Belange von Menschen mit Behinderung. NPK. <https://www.npk-info.de/aktuelles/detailansicht/erklarung-der-npk-zur-beruecksichtigung-besonderer-belange-von-menschen-mit-behinderung>



Einrichtungen, Sport- und Spielflächen, des Verpflegungsangebots sowie der Pausen wird ein gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderndes Lernumfeld geschaffen, das zugleich zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen beiträgt. Mit Blick auf die Folgen durch den Klimawandel ist der Schutz vor Hitze und UV-Strahlung von Bedeutung. Aktivitäten sollten in der Rangfolge durch technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen umgesetzt werden.³¹ Auch hier können Co-Benefits zum Tragen kommen (z. B. Kühlung der Umgebungstemperatur durch Anlegen von schattenspendenden Grünflächen).

Gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherungsträger, gesetzliche Rentenversicherungsträger und Pflegekassen bringen sich entsprechend ihrer gesetzlichen Mitgestaltungsverantwortung gemäß diesen Bundesrahmenempfehlungen mit ihren zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten ein. Sie legen dabei auch ihre jeweiligen trägerspezifischen Ziele-Festlegungen sowie die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele übergreifender Initiativen von bundesweiter Bedeutung zugrunde. Dies sind insbesondere die auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erstellte Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), die bei der Festlegung spezieller Ziele der NPK zur Umsetzung des Ziels Gesund leben und arbeiten berücksichtigt werden (Kap. 3.2.1).

3.1 ZIEL GESUND AUFWACHSEN

3.1.1 ZIELGRUPPEN: WERDENDE UND JUNGE FAMILIEN, KINDER UND JUGENDLICHE

Werdende und junge Familien sowie Kinder und Jugendliche sind wichtige Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Bemühungen, da in jungen Lebensjahren die Grundlagen für Gesundheitskompetenz gelegt werden, die auch für das gesundheits- und sicherheitsgerechte Verhalten in späteren Lebensphasen wie dem Arbeitsleben bedeutsam sind. Für werdende und junge Familien sowie Kinder und Jugendliche haben Krankenkassen einen Unterstützungsauftrag, um zusammen mit weiteren verantwortlichen Partnern ein gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche zu erleichtern und persönliche Gesundheitskompetenz zu fördern. Die Unfallversicherungsträger haben für Kinder und Jugendliche in Bildungseinrichtungen einen Unterstützungsauftrag. Für die Bildungseinrichtungen als Betriebe haben die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Unfallversicherungsträger und gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag (s. hierzu Ziel Gesund leben und arbeiten).

Werdende und junge Eltern zeigen sich tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen.^{32;33} Alleinerziehende und ihre Kinder sind durch ihre Lebenslage häufig erheblichen psychosozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und sollten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Zusammenarbeit mit den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe daher besonders berücksichtigt werden. Mitunter brauchen Familien Unterstützung aus verschiedenen Bereichen gleichzeitig, z. B. aus der

31 Das STOP-Prinzip des Arbeitsschutzes: Substitution (S), technische (T) und organisatorische (O) Maßnahmen besitzen Vorrang gegenüber den stärker belastenden persönlichen Schutzmaßnahmen (P).

32 Robert Koch-Institut (RKI, 2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI.

33 Unabhängig von Lebensweltangeboten stehen GKV-Versicherten insbesondere für die medizinische und pflegerische Unterstützung während der Schwangerschaft, für die Geburt und einige Monate nach der Geburt Leistungen der Hebammenhilfe nach §§ 24d ff. SGB V i. V. m. dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V zur Verfügung.

Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem oder der Sozialhilfe. Die verschiedenen Unterstützungsleistungen sollen möglichst trägerübergreifend in abgestimmter und koordinierter Form erbracht werden.

Kinder und ihre Eltern werden in Kindertagesstätten (Kitas) und in anderen Formen der Kinderbetreuung, insbesondere Wohngruppen, in einer Lebensphase erreicht, in der gesundheits- und sicherheitsbezogene Lebens- und Verhaltensweisen entscheidend geprägt und wichtige Grundsteine für die weitere Bildungs- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder gelegt werden. Ausgehend von der Lebenswelt Kita können auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe kann auch zur Verringerung der Belastungen und damit zur Verbesserung der Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern beitragen.

Kinder ab sechs Jahren und Jugendliche können primär in Schulen durch präventive, gesundheits- sowie sicherheitsfördernde Aktivitäten erreicht werden. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen an den allgemeinen Schulen sind auch mitentscheidend dafür, wie gut Schulen ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen können.

Alle Bildungseinrichtungen sind mit Blick auf die Zielgruppe „Beschäftigte“ zugleich als Betriebe anzusehen. Für Betriebe und deren Beschäftigte kommen Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten in Betracht (Kap. 3.2.1). Die Wirkung von Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen kann durch eine Verknüpfung mit Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten verstärkt werden.

Länder und Kommunen gestalten im Rahmen ihrer Verantwortung für Infrastruktur, Raumplanung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie auch in ihrer Rolle als Einrichtungsträger maßgeblich die Entwicklung eines förderlichen Umfelds für ein

gesundes und sicheres Aufwachsen. Es liegt auch in ihrer Verantwortung, für die Sicherheit und Gesundheit der Zielgruppen in den Lebenswelten zu sorgen. Bildungseinrichtungen (Kitas, allgemeinbildende- und berufsbildende Schulen, Volkshochschulen und Hochschulen) können auch zu einer Verbesserung persönlicher Kompetenzen in Bezug auf Klimaschutz und -anpassung beitragen. Konkret und anschaulich sollte dabei verdeutlicht werden, in welcher Hinsicht ein klimafreundlicher Lebensstil auch der Gesunderhaltung dient. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Einrichtungen (z. B. pädagogische Fachkräfte, Führungskräfte) sollten dabei berücksichtigt und in ihren Funktionen gestärkt werden. Auch Eltern sind in ihrer besonderen Vorbildfunktion hinsichtlich eines klimaschützenden und -anpassenden Verhaltens sowie Lebensstils zu unterstützen. Neben der Gestaltung des Umfelds kann das Engagement von Jugendlichen und jungen Erwachsenen für den Klimaschutz für eine mit Nachhaltigkeit verknüpfte Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden.

Die Träger der NPK sehen einen besonderen Bedarf bei der Unterstützung werdender und junger Familien durch die Träger der Jugendhilfe, bei der Ermöglichung ausreichender Bewegung und gesundheitsförderlicher und nachhaltiger Verpflegung in Schulen und Kitas sowie bei der Resilienzförderung, Raumgestaltung und Gewaltprävention. Diese Aufgaben betreffen die kommunale Daseinsvorsorge, die (Länder-)Gesetzgebung (z. B. Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Schul- und Kita-Gesetzen), die Bildungs- und Lehrplangestaltung (z. B. Schulsport, Gesundheitskompetenz) und die Haushaltspolitik (z. B. Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schul- und Kita-Verpflegung).

Gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung tragen zur Umsetzung des Ziels Gesund aufwachsen für die Zielgruppen werdende und junge Familien, Kinder und Jugendliche durch die nachfolgenden Leistungen/Aktivitäten bei.



GESETZLICHE KRANKENKASSEN:

- Bedarfsermittlung (z. B. Befragungen von Zielgruppen) und Zielentwicklung im Setting
- Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen sowie Initiierung von Gestaltungsprozessen und entsprechendem Strukturaufbau
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Vernetzungsprozessen
- Aktive Mitwirkung in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern

Inhaltlich können die Maßnahmen auf eines oder mehrere der folgenden Themen ausgerichtet sein:

- Bewegungsförderung
- Förderung gesundheitsförderlicher und nachhaltiger Ernährung
- Stärkung psychischer Ressourcen
- Stressreduktion/Entspannung
- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander/Gewaltprävention
- Prävention von Suchtmittelkonsum
- Gesundheitsbezogene Elternkompetenzen
- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- Gesundheitliche Aspekte des Klimaschutzes und der Anpassung an den Klimawandel
- Weitere Themen nach Bedarf der Zielgruppe, die gesundheitliche Aspekte berücksichtigen

GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER:

Die Unfallversicherungsträger unterstützen Bildungseinrichtungen – als Lebenswelt für die Lernenden und als Betriebe für Beschäftigte – im Rahmen ihrer Präventionsleistungen³⁴ (detaillierte Darstellung: Kap. 2) unter Berücksichtigung der Gefährdungen und Belastungen durch den Klimawandel. Ihr inhaltliches Spektrum umfasst folgende Schwerpunkte:

- Prävention von Unfällen durch Organisationsentwicklung
- Förderung von psychischer Gesundheit
- Gewaltprävention
- Sichere und gesunde Gestaltung von Digitalisierung in Bildungseinrichtungen
- Förderung von Bewegung, Spiel und Sport
- Verkehrserziehung und Mobilitätsbildung
- Förderung einer auf Sicherheits- und Gesundheitskompetenzen aufgebauten Präventionskultur
- Management von Sicherheit und Gesundheit/gesundheitsgerechten Leitungshandeln
- Förderung gesundheitsförderlicher Raumgestaltung
- Förderung gesundheitsförderlicher Lehr-Lernprozesse
- Gefährdungsbeurteilung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger zielen darauf ab, Gesundheit und Sicherheit systematisch und nachhaltig in die Strukturen und Prozesse von Lebenswelten zu integrieren (vgl. Abb. 1). Dafür unterstützen sie in Lebenswelten beim Aufbau und bei der Stärkung von Strukturen (z. B. der Etablierung von Steuerungsgremien). Sie arbeiten bei der Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung zum Ziel Gesund aufwachsen eng zusammen und beteiligen sich an Gremien und/oder Netzwerken zur wechselseitigen Abstimmung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene. Formen

³⁴ Die zehn Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung werden in Kap. 2 angeführt. S. auch www.dguv.de Webcode d1090649.

der Zusammenarbeit sind z. B. die gegenseitige Information über geplante und durchzuführende Maßnahmen, die Abstimmung über jeweils geplante Maßnahmen sowie die trägerübergreifende Maßnahmenplanung, -finanzierung, -durchführung und -bewertung.³⁵ Grundlage der Planung und Umsetzung der Maßnahmen bildet eine möglichst mit der Sozial-, Familien- und Umweltberichterstattung koordinierte Gesundheitsberichterstattung. Für die Bildungseinrichtungen als Lebenswelt sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Beschäftigte ist der Prozess der Gefährdungsbeurteilung in diesem Setting ebenfalls von grundlegender Bedeutung für die Maßnahmenplanung.

Die NPK unterstützt zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung. Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge und auf Grundlage der jeweiligen Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sollten auf kommunaler Ebene Strukturen (wie z. B. Gesundheitskonferenzen) etabliert bzw. genutzt und weiterentwickelt werden. Über die kommunalen Zuständigkeiten und Handlungsfelder hinweg sollen gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet werden („Präventionsketten“). Hierbei sind bereits bestehende effektive Strukturen und Präventionsmaßnahmen in den Settings, wie z. B. die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V³⁶, zu berücksichtigen.

Dabei spielt insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle.

(Vgl. Übersicht zum **Ziel Gesund aufwachsen: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen** in Anhang 1).

Das Anliegen, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, entspricht auch den Zielen des Nationalen Aktionsplans „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“³⁷, der in Umsetzung der EU-Kindergarantie³⁸ sozial benachteiligten Kindern bis 2030 den Zugang zu Bildung, Betreuung, Wohnen, Gesundheit und gesundheitsförderlicher Ernährung gewährleisten soll.

3.1.2 ZIELGRUPPEN: AUSZUBILDENDE UND STUDIERENDE

Auszubildende und Studierende haben mehrheitlich einen guten Gesundheitszustand. Dennoch zeigt insbesondere die Zunahme psychischer Erkrankungen bei jungen Erwachsenen das Potenzial für Präventionsmaßnahmen.^{39,40} Personen, die parallel zur Ausbildung eine Familie gründen, neben dem Studium arbeiten oder Angehörige pflegen, können zusätzlich gesundheitlich beansprucht sein. Gesundheitsförderliche und gesundheitsfördernde Ausbildungs- und Lernbedingungen sind essenziell, damit Auszubildende und Studierende sicher und gesund lernen können.

35 Vgl. Kap. 2.

36 Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V insbesondere in Kindergärten und Schulen der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer, dem deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege e. V. (heute: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.), dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Juni 1993.

37 Nationaler Aktionsplan Kinderchancen. Abrufbar unter <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/familie/nationaler-aktionsplan-kinderchancen>

38 Europäische Garantie für Kinder – Europäische Kommission. Abrufbar unter: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/investing-children/european-child-guarantee_de

39 Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R., & Hapke, U. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6 (3). 3-23. <https://www.doi.org/10.25646/8456>

40 Beckmannshagen, M., & Graeber, D. (2024). Psychische Gesundheit jüngerer Menschen sinkt: Corona-Pandemie verschärft Abwärtstrend. *DIW aktuell*, 99. 1-7.



In der Phase des Übergangs in das Erwerbsleben können Auszubildenden und Studierenden für ihre weitere Berufs- und Lebensbiografie wesentliche Gesundheits- und Sicherheitskompetenzen vermittelt werden. Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, den Herausforderungen in der Arbeits- und Lebenswelt sowie den damit verbundenen Belastungen selbstbestimmt zu begegnen. Zudem tragen sie ihr erlerntes Wissen in ihre zukünftigen beruflichen Umfelder und sind somit bedeutende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Gesundheitsförderung und Prävention.

Für Jugendliche und junge Erwachsene in Ausbildung sowie im Studium haben sowohl Krankenkassen als auch Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag. Die Zielgruppen werden insbesondere über Bildungseinrichtungen wie Berufs- und Hochschulen erreicht. Bildungseinrichtungen sind mit Blick auf die Zielgruppe „Beschäftigte“ zugleich als Betriebe anzusehen (vgl. Kap. 3.2.1).

Gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung tragen zur Umsetzung des Ziels Gesund aufwachsen für die Zielgruppe der Auszubildenden und Studierenden durch die nachfolgenden Leistungen/Aktivitäten bei.

GESETZLICHE KRANKENKASSEN:

- Bedarfsermittlung (z. B. Befragungen von Zielgruppen) und Zielentwicklung im Setting
- Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen sowie Initiierung von Gestaltungsprozessen und entsprechendem Strukturaufbau, auch unter Berücksichtigung der vom Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen erstellten Gütekriterien für Durchführung von Gesundheitsprojekten an Hochschulen⁴¹
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen

- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Vernetzungsprozessen
- Aktive Mitwirkung in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern

Inhaltlich können die Maßnahmen auf eines oder mehrere der folgenden Themen ausgerichtet sein:

- Bewegungsförderung
- Förderung gesundheitsförderlicher und nachhaltiger Ernährung
- Stärkung psychischer Ressourcen
- Stressbewältigung und Entspannung
- Förderung eines gesunden und wertschätzenden Umgangs miteinander und eines gesundheitsgerechten Umgangs mit sozialen Medien
- Prävention von Suchtmittelkonsum
- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- gesundheitliche Aspekte des Klimaschutzes und der Anpassung an den Klimawandel
- weitere Themen nach Bedarf der Zielgruppe, die gesundheitliche Aspekte berücksichtigen

GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER:

Die Unfallversicherungsträger unterstützen Berufs- und Hochschulen als Lebenswelt für die Lernenden und als Betriebe für Beschäftigte – im Rahmen ihrer Präventionsleistungen⁴² (detaillierte Darstellung: Kap. 2) unter Berücksichtigung der Gefährdungen und Belastungen durch den Klimawandel. Ihr inhaltliches Spektrum umfasst folgende Schwerpunkte:

- Prävention von Unfällen durch Organisationsentwicklung
- Förderung von psychischer Gesundheit
- Gewaltprävention
- Mobilitätsbildung und Verkehrserziehung
- Sichere und gesunde Gestaltung von Digitalisierung in Bildungseinrichtungen

⁴¹ <https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/arbeitspapiere>

⁴² Die zehn Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung werden in Kap. 2 angeführt. S. auch <http://www.dguv.de> Webcode d1090649.

- Förderung von Bewegung und Sport
- Förderung einer auf Sicherheits- und Gesundheitskompetenzen aufgebauten Präventionskultur
- Management von Sicherheit und Gesundheit/ gesundheitsgerechtes Leitungshandeln
- Förderung gesundheitsförderlicher Raumgestaltung
- Förderung gesundheitsförderlicher Lehr-Lernprozesse
- Gefährdungsbeurteilung

Auszubildende werden sowohl über Berufsschulen als auch im Betrieb/am Arbeitsplatz durch Prävention und Gesundheitsförderung erreicht (s. auch Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige).

Für die Bildungseinrichtungen als Betriebe haben die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Unfallversicherungsträger und gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag (s. hierzu Kap. 3.2.1 Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige). Die Wirkung von Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen kann in Bildungseinrichtungen durch eine Verknüpfung mit Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten verstärkt werden.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger zielen darauf ab, Gesundheit und Sicherheit systematisch und nachhaltig in die Strukturen und Prozesse von Lebenswelten zu integrieren (vgl. Abb. 1). Wie für die Zielgruppe werdende und junge Familien, Kinder und Jugendliche umfassend beschrieben, unterstützen sie Lebenswelten beim Aufbau und bei der Stärkung von Strukturen, wirken bei der Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung zusammen und beteiligen sich an Gremien und/oder Netzwerken zur wechselseitigen Abstimmung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene.

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) unterstützt gezielte, ressortübergreifende Strategien zur Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene, um bedarfsgerechte „Präventionsketten“ zu integrieren, die gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote entlang der verschiedenen Lebensphasen miteinander verbinden. Diese Aufgaben betreffen die kommunale Daseinsvorsorge, die Gesetzgebung (z. B. Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Schul- und Hochschulgesetzen), die Bildungs- und Lehrplangestaltung (z. B. Schulsport, Gesundheitskompetenz) und die Haushaltspolitik (z. B. Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schulverpflegung).

(Vgl. Übersicht zum **Ziel Gesund leben und arbeiten: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen** in Anhang 2).



3.2 ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

3.2.1 ZIELGRUPPE: PERSONEN IM ERWERBSFÄHIGEN ALTER - ERWERBSTÄTIGE

Der Erwerbsarbeit kommt ein hoher Stellenwert für die Gesundheit der Beschäftigten zu. Einerseits besitzt die Erwerbsarbeit ein großes gesundheitsförderliches Potenzial, da Arbeit die persönliche Identität des Einzelnen positiv prägen kann, Sinn und sozialen Zusammenhalt stiftet und für die Sicherung des Wohlstands und des sozialen Status wesentlich ist. Andererseits können sich Arbeitsbedingungen auch nachteilig auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Die Zielgruppe der erwerbstätigen Personen ist heterogen im Hinblick auf demografische und sozio-kulturelle Merkmale ebenso wie im Hinblick auf Formen der Erwerbstätigkeit (angestellt - beamtet - selbstständig, teilzeitbeschäftigt - vollzeitbeschäftigt, Führungskraft - nachgeordnet Beschäftigte etc.) und Belastungskonstellationen (z. B. überwiegend sitzende, physisch oder psychisch belastende Tätigkeit, Schichtarbeit). Für das Ziel Gesund leben und arbeiten, Zielgruppe „Personen im erwerbsfähigen Alter - Erwerbstätige“⁴³, haben die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Unfallversicherungsträger und gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag.

Um Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Beschäftigte die sie jeweils betreffenden Pflichten der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften sowie der Vorschriften ihres Unfallversicherungsträgers erfüllen. Auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ist damit im Kern die Fürsorgepflicht beziehungsweise die Verantwortung gemeint, Gesundheitsgefährdungen bei der Arbeit möglichst zu vermeiden und die verblei-

bende Gefährdung möglichst gering zu halten sowie die Beschäftigten über Gesundheitsgefährdungen aufzuklären und in ihrer Vermeidung zu unterweisen. Die Beschäftigten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Die durch die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber vorzunehmende gesetzlich verpflichtende Gefährdungsbeurteilung ist für alle Gefährdungsarten das zentrale Instrument, um mit der Arbeit verbundene Gesundheitsgefährdungen zu erkennen und entsprechende Schutzmaßnahmen einleiten zu können. Die Gefährdungsbeurteilung muss immer die aktuellen Gefährdungen berücksichtigen und schließt auch Gefährdungen ein, die durch die Folgen des Klimawandels bzw. Anpassungen an den Klimawandel entstehen können. Bezüglich der Auswahl der Maßnahmen findet das sogenannte STOP-Prinzip⁴⁴ Anwendung. Bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung können Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Unterstützung durch die Arbeitsschutzbehörden der Länder, die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit erhalten. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Unterstützung durch die GKV erhalten. Wenn betriebliche Präventionsmaßnahmen auch Aspekte des Klimaschutzes und der Anpassung an den Klimawandel berücksichtigen, können in der Arbeitswelt Synergien und Zusatznutzen für die Gesundheit von Beschäftigten generiert werden (sogenannte Co-Benefits). Aus-, Fort- und Weiterbildungen sollten daher bedarfsgerecht um die dafür erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen ergänzt werden. Dazu zählt auch, dass Beschäftigte ihre Gesundheitskompetenz verbessern. Zielgruppen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen sind unter anderem betriebliche Akteure sowie Mul-

43 Die Zielgruppe Erwerbstätige umfasst auch freiwillig Beschäftigte im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes (BFD), des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) und des Freiwilligen Ökologischen Jahres (FÖJ).

44 Das STOP-Prinzip des Arbeitsschutzes: Substitution (S), technische (T) und organisatorische (O) Maßnahmen besitzen Vorrang gegenüber den stärker belastenden persönlichen Schutzmaßnahmen (P).

tiplikatorinnen und Multiplikatoren, Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärztinnen und -ärzte und Sicherheitsbeauftragte.

Da erwerbstätige Personen einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, sind Betriebe auch ein geeignetes Setting für Maßnahmen der Gesundheitsförderung - zum einen, um Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten, zum anderen, um Beschäftigte bei einem gesundheitsgerechten Lebensstil zu unterstützen. Von den gesetzlichen Krankenkassen initiierte und begleitete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention stehen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offen. Dabei können in besonderer Weise Zielgruppen erreicht werden, die Angebote im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung und Prävention nur zu einem geringen Anteil nutzen, z. B. Auszubildende und jüngere Beschäftigte, aber auch Beschäftigtengruppen, die auf Grund von sozial bedingten Lebensumständen über geringere Gesundheitschancen verfügen (gering qualifizierte Beschäftigte ggf. mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Mütter und Väter u. a.). Ein besonderes Augenmerk soll auf Beschäftigte in Kleinst-, Klein- und mittleren Betrieben gelegt werden,⁴⁵ zu denen 99 % aller Betriebe in Deutschland gehören.⁴⁶ Verhaltensbezogene Präventionsangebote, wie sie von den Rentenversicherungsträgern Versicherten angeboten werden, tragen zu einem gesundheitsgerechten Umgang mit den Anforderungen des Erwerbslebens bei.

Um ein effektives ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement zu befördern, sollten Maß-

nahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie des Arbeitsschutzes und der Teilhabe bedarfsgerecht ausgestaltet und aufeinander abgestimmt werden.

Gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen fördern die Vereinbarkeit von Beruf und anderen Lebensbereichen und beeinflussen damit mittelbar auch wichtige gesundheitsrelevante Bedingungen insbesondere für Erwerbstätige mit Erziehungs- und Pflegeaufgaben in den Familien.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V sind für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber grundsätzlich freiwillig.⁴⁷ Der Handlungsrahmen für die betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen ergibt sich aus dem GKV-Leitfaden Prävention in der jeweils gültigen Fassung. Dort werden Kriterien und Anforderungen festgelegt, die für die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten. Gesundheitsförderungsleistungen von gesetzlichen Krankenkassen dienen insbesondere dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher betrieblicher und überbetrieblicher Strukturen. Im Rahmen eines systematischen Vorgehens werden auf der Grundlage einer Beurteilung der gesundheitlichen Situation, einschließlich der Risiken und Potenziale, unter Berücksichtigung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der

45 Kleinstbetriebe: unter zehn Beschäftigte, Kleinbetriebe: unter 50 sowie mittlere Betriebe: unter 250 Beschäftigte. Insbesondere bei Kleinst- und Familienunternehmen wird der Fokus auch auf Sicherheit und Gesundheit von Heranwachsenden und sogenannten Altenteilern gelegt (vor allem im landwirtschaftlichen Bereich).

46 Zahlen des Statistischen Bundesamts über kleine und mittlere Unternehmen. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/_inhalt.html

47 Werden im Rahmen einer durch die gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten oder geförderten Untersuchung zur gesundheitlichen Situation im Betrieb arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ermittelt, so ist die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber für entsprechende Maßnahmen verantwortlich.



gesundheitlichen Ressourcen ermittelt. Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung sind insbesondere auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken hin ausgerichtet (§ 20c Abs. 1 SGB V); dabei werden mit Zustimmung des Betriebs die Ergebnisse vorliegender Gefährdungsbeurteilungen berücksichtigt. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die Betriebe auch bei der Evaluation von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen bieten sie Unternehmen Beratung und Unterstützung an (§ 20b Abs. 3 SGB V; www.bgf-koordinierungsstelle.de). Dies umfasst die Information über die Leistungen und die Klärung über die Erbringung der Leistung im Einzelfall. Die gesetzlichen Krankenkassen entwickeln Modellprojekte, fördern den Wissenstransfer zu Best-Practice und evidenzbasierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention im betrieblichen Setting und bringen sich in entsprechende Experten- und Unternehmensnetzwerke ein. Für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wenden Krankenkassen entsprechend § 20 Abs. 6 SGB V einen Betrag je Versicherten von mindestens 3,79 Euro (2025, dynamisiert in den Folgejahren entsprechend der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV) auf.⁴⁸

Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V unterstützen die Krankenkassen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben und arbeiten eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen. Insbesondere für die überbetriebliche Zusammenarbeit sollen sie und ihre Verbände regionale Arbeitsgemeinschaften bilden und auf bewährte Strukturen auf Landesebene bzw. regionaler Ebene zurückgreifen. Aufgaben und Pflichten der Krankenkassen sind insbesondere:

- Information und Beratung zu betrieblicher Gesundheitsförderung/zu betrieblichem Gesund

heitsmanagement

- die Ausrichtung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken
- die Ermittlung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen
- die Information der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über diese Erkenntnisse
- die Mitteilung von berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen oder Berufskrankheiten an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall

GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG: Maßnahmen des Arbeitsschutzes sind für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber verpflichtend. Hierbei werden sie durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit unterstützt. Die Unfallversicherungsträger unterstützen Betriebe und Einrichtungen dabei gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII mit allen geeigneten Mitteln der Verhältnis- und Verhaltensprävention entsprechend ihrem Präventionsleistungskatalog. Nach der Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention sowie dem DGUV Grundsatz 306-002 „Präventionsfeld Gesundheit bei der Arbeit“ umfasst dies die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch die Gesamtheit technischer, organisatorischer, verhaltensbezogener, sozialer, psychologischer und betriebsärztlicher Maßnahmen einschließlich bedarfsgerechter Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn sie zum Abbau von Gesundheitsgefahren bzw. zur Vermeidung einer Entstehung von Gesundheitsgefahren im Betrieb beitragen können. Die Unfallversicherungsträger halten eine systematische Vorgehensweise zur Integration von Sicherheit und Gesundheit in den Betrieb unter aktiver Unterstützung der Führungskräfte und Beteiligung der Beschäftigten, der

⁴⁸ Von der Mindestausgabenregelung für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Trägerin der Krankenversicherung der Landwirte ausgenommen (vgl. Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte - § 8 Abs. 2c KVLG 1989).

Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit für grundlegend wichtig und unterstützen die Betriebe dabei, ein betriebliches Management für Sicherheit und Gesundheit, das ein betriebliches Gesundheitsmanagement mit einschließen kann, aufzubauen. Darüber hinaus bieten die Unfallversicherungsträger gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII in Verbindung mit § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) Maßnahmen der Individualprävention für versicherte Personen mit einem individuell erhöhten Erkrankungsrisiko an, um der Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder dem Wiedererleben einer Berufskrankheit entgegenzuwirken. Diese Maßnahmen können verhaltenspräventiv sein (z. B. ambulant oder stationär durchgeführte Seminare, die zu einem besseren Verständnis der Krankheit und der ihr zugrunde liegenden Mechanismen sowie dem Umgang mit entsprechenden Gefährdungen beitragen) oder die Gestaltung der Arbeitsbedingungen betreffen (z. B. Ersatz gefährdender Stoffe, organisatorische Maßnahmen).

GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG: Die verhaltenspräventiven Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI richten sich an Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung im erwerbsfähigen Alter, die aktiv im Erwerbsleben stehen. Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden, können Leistungen der Rentenversicherung zur Prävention erhalten. Darüber hinaus bietet die gesetzliche Rentenversicherung firmenbezogene bzw. betriebsbezogene Informations- und Beratungsleistungen, u. a. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, an und fungiert im Bedarfsfall als Lotse und/oder Wegweiser zu den anderen SV-Trägern.

Gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung tragen zur Umsetzung des Ziels Gesund leben und arbeiten durch folgende Leistungen/Aktivitäten bei:

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen:

- Information und Beratung von Betrieben zu betrieblicher Gesundheitsförderung/zu betrieblichem Gesundheitsmanagement
- Unterstützung beim Aufbau von innerbetrieblichen Strukturen für die Steuerung von betrieblichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen
- Ermittlung und Analyse des Handlungsbedarfs, Erhebung der gesundheitlichen Situation
- Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und des gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils (Bewegungsförderung, gesundheitsförderliche und nachhaltige Ernährung, Herausstellung, inwiefern die zuvor genannten Handlungsfelder mit Gesundheit und Klima zusammenhängen, sowie Stressbewältigung, Ressourcenstärkung und Suchtprävention)
- Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention insbesondere chronischer Krankheiten
- Unterstützung bei der Qualifizierung innerbetrieblicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken infolge des Klimawandels, inkl. gesundheitsgerechter Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung
- Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zur gesundheitsförderlichen Gestaltung an alle Zielgruppen
- Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- Aktive Mitwirkung in Gremien zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern auf Landes- und kommunaler Ebene



Die Leistungen können digital unterstützt werden. Dabei sind die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie die Nutzbarkeit durch Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen; der Gefahr der Exklusion digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“) ist vorzubeugen. Die Krankenkassen schließen außerdem regionale Vereinbarungen über allgemeine Schutzimpfungen mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Darüber hinaus sollen die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Anreizsysteme, u. a. für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen oder für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, vorsehen.

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger:

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger erbringen Leistungen entsprechend ihrem Präventionsleistungskatalog (detaillierte Darstellung: s. Kap. 2) sowie unter Berücksichtigung der Gefährdungen und Belastungen durch den Klimawandel. Einer ihrer Aufgabenschwerpunkte ist die Unterstützung der Betriebe bei deren gesetzlicher Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz und DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“. Die Gefährdungsbeurteilung umfasst unter anderem Gefährdungen durch physische und auch psychische Belastung und erfolgt entsprechend der „GDA-Leitlinie zur Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“⁴⁹ nach den folgenden Prozessschritten:

1. Festlegen von Arbeitsbereichen und Tätigkeiten
2. Ermitteln der Gefährdungen
3. Beurteilen der Gefährdungen

Festlegen konkreter Arbeitsschutzmaßnahmen nach dem Stand der Technik

5. Durchführen der Maßnahmen
6. Überprüfen der Wirksamkeit der Maßnahmen
7. Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung

Diesen Aufgabenschwerpunkt spiegelte auch das strategische Ziel der GDA in der Zielperiode 2019-2025⁵⁰ wider: „Arbeit sicher und gesund gestalten: Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung“.

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger:

- Beratung von Betrieben zum Thema „Prävention und Rehabilitation“
- Beratung von Betrieben zum Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement“
- Informationen und Sensibilisierung zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“
- Individuelle Präventionsangebote für Versicherte: Multiprofessionelle und modularisierte Leistungen zur Förderung der Eigenverantwortung der/des Versicherten zur Gestaltung eines gesundheitsgerechten Lebensstils im Alltag und am Arbeitsplatz
- Vernetzung und aktive Zusammenarbeit mit Haus-, Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzten, mit Selbsthilfegruppen vor Ort sowie mit anderen regionalen und überregionalen Beratungs- und Präventionsangeboten für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber
- Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Sozialversicherungsträgern
- Dokumentation und Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung wirken auf ein koordiniertes Vorgehen in ihrem Zusammen

⁴⁹ Die „GDA-Leitlinie zur Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“. Abrufbar unter: <https://www.gda-portal.de> -> Aufsichtshandeln -> Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation.

⁵⁰ Ursprünglich wurde das strategische Ziel der GDA für den Zeitraum 2019-2024 vereinbart und im Verlauf der Coronavirus-Pandemie bis 2025 verlängert.

wirken hin und sorgen für die Anschlussfähigkeit ihrer Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung und ihrer Konzepte zu den jeweiligen gesetzlichen Aufträgen der Sozialversicherungsträger. So ist für alle Sozialversicherungsträger im Kontext einer Risikobewertung das Vorhandensein einer für die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber gesetzlich verpflichtenden Gefährdungsbeurteilung von grundlegender Bedeutung. Dafür haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung einen Unterstützungsauftrag. Im Sinne eines Zusammenwirkens der Sozialversicherungsträger sensibilisieren auch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger Betriebe und Einrichtungen, eine Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz bzw. nach der DGUV-Vorschrift „Grundsätze der Prävention“ durchzuführen. Besteht seitens eines Betriebs oder einer Einrichtung dazu Beratungsbedarf, verweisen sie auf den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger handeln im Sinne dieser Bundesrahmenempfehlungen auf Grundlage anschlussfähiger und auf nationaler Ebene abgestimmter Konzepte und weisen die Betriebe auf jeweils ergänzende Leistungen der anderen Sozialversicherungsträger hin. Dies erfordert Transparenz und Information über die grundlegenden Leistungen der Sozialversicherungsträger und eine entsprechende Qualifizierung ihrer betrieblichen Beraterinnen und Berater. Darüber hinaus sollen sich die gesetzlichen Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger wechselseitig über Präventionsprogramme auf Landes- bzw. regionaler Ebene oder zu branchenspezifischen Modellvorhaben und -projekten informieren und sich auf Grundlage ihrer jeweils zur Verfügung stehenden Daten über ihre gewonnenen Erkenntnisse von spezifischen Präventionsbedarfen der verschiedenen Zielgruppen bzw. unterschiedlicher Branchen austauschen. Eine eventuelle Einbindung der jeweils anderen Partner im

Rahmen betrieblicher Leistungen ist bei Bedarf und in Abstimmung mit dem Betrieb zu klären. Bedarfsbezogen sollten Absprachen getroffen werden, wie sich die Beteiligten entsprechend ihren gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen in gemeinsame Aktivitäten einbringen.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit auf betrieblicher Ebene von gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten bestehen z. B. bei der

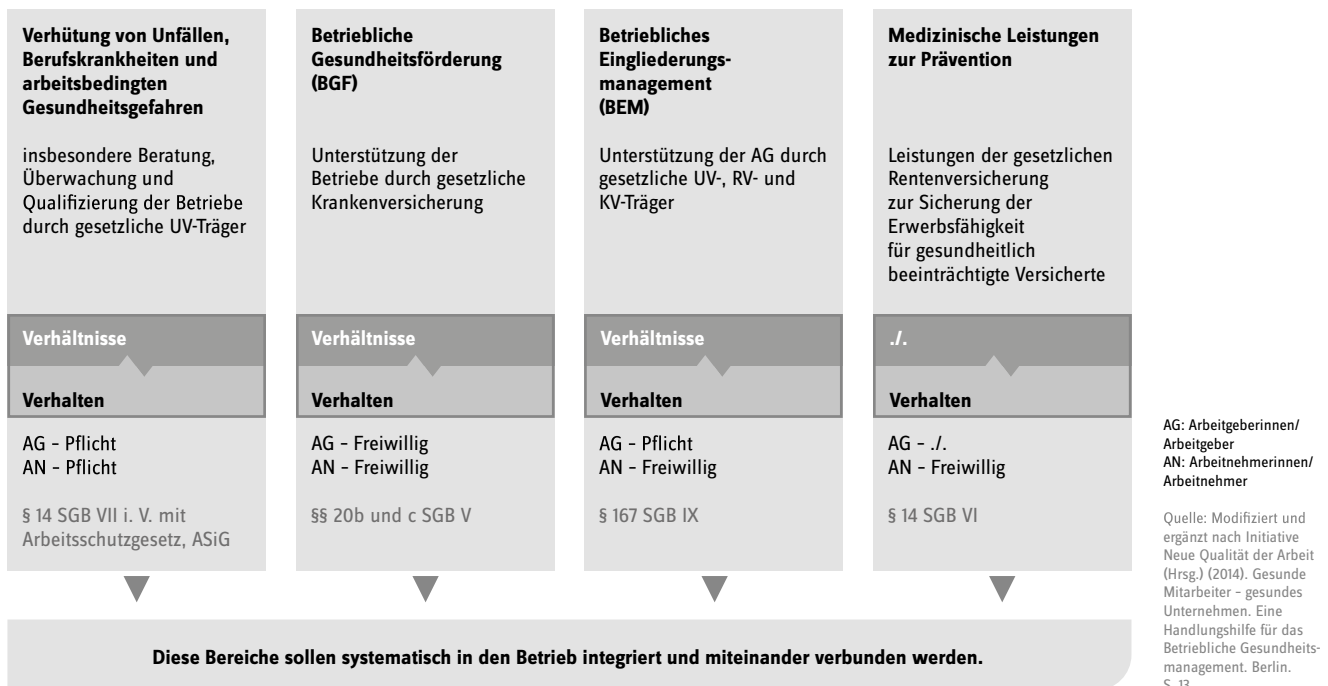
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Beschäftigten
- Qualifizierung von Führungskräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Unterstützung beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Gestaltung von Medien/innerbetrieblicher Öffentlichkeitsarbeit/überbetrieblichen Informationskampagnen
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken

Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung beraten Betriebe dahingehend, Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe innerhalb eines systematischen und strukturierten Prozesses in den Betrieb zu integrieren (vgl. Abb. 1). Gleichzeitig unterstützen sie Betriebe dabei, den gesetzlichen Arbeitsschutz, das Betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung innerbetrieblich zu institutionalisieren, fachgerecht systematisch in den betrieblichen Prozessen umzusetzen und miteinander zu verzahnen⁵¹ (Abb. 2).

Betriebe können auf vielfältige Unterstützungsleistungen von Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträgern zu allen die Beschäftigtengesundheit betreffenden Fragen zurückgreifen; die Leistungs-

⁵¹ Vgl. auch Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018). Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“.

Abb. 2: Gesundheit in der Arbeitswelt - Beiträge der Unfall-, Kranken- und Rentenversicherungsträger



möglichkeiten der Träger in Bezug auf die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung und der Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz werden in den Anhängen 4-6 zu diesen Bundesrahmenempfehlungen exemplarisch dargestellt.

Dabei werden vorhandene Strukturen, wie insbesondere der Arbeitsschutzausschuss, genutzt bzw. die Etablierung innerbetrieblicher Steuerungsstrukturen für die betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement unterstützt. Hierfür ist die frühzeitige Einbeziehung der Betriebsparteien - Betriebsleitung und Betriebs-/Personalräte oder Mitarbeitendenvertretungen - unabdingbar. Kooperationen mit den Sozialpartnern (Arbeitgeber

verbände und Gewerkschaften) auf regionaler Ebene können eine nachhaltige Verankerung zusätzlich fördern.

Maßnahmen betrieblicher Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung orientieren sich am betrieblichen Bedarf, der sich insbesondere aus der Gefährdungsbeurteilung und der Bewertung von Risiken und Potenzialen der gesundheitlichen Situation ergibt. Zur Bedarfsfeststellung geeignete Daten- und Informationsquellen sind - ausschließlich anonymisiert - Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, Arbeitsunfähigkeitsdaten⁵² und sonstige Leistungsdaten der Krankenkassen, Informationen aus Gesundheitszirkeln und Mitarbeitendenbefragungen, Daten zu Unfällen und Berufskrankheiten,

⁵² Bei der Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Verknüpfung mit Angaben zu den an den jeweiligen Arbeitsplätzen bestehenden Gefährdungen und Belastungen sind auch die Gesundheit beeinflussende Faktoren zu berücksichtigen, die außerhalb der Arbeitswelt liegen.

Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlicher Tätigkeit sowie Erkenntnisse der Aufsichtsdienste.⁵³

Auf Grundlage einer Zusammenschau der aus den genannten Datenquellen abgeleiteten Erkenntnisse, ist der Betrieb bei der Entwicklung eines Konzepts für Maßnahmen der betrieblichen Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu unterstützen. Dieses Konzept sollte ganzheitlich und langfristig angelegt sein. Dabei sollten sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Maßnahmen durchgeführt und in ihrer Wirkung evaluiert werden. Alle Maßnahmen sollen die Diversität der Beschäftigten berücksichtigen und bedarfsbezogen alters-, geschlechts- sowie kultur-/migrationssensibel und barrierefrei ausgestaltet sein.

Wichtige Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner der Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherungsträger sind (mit beispielhafter Nennung von möglichen Leistungen):

- Für den Arbeitsschutz zuständige Behörden
 - Information und Beratung der Betriebe zu allen Themen des Arbeitsschutzes
 - zielgerichtete Überwachung und Kontrolle der Umsetzung der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften
 - hierbei Fokus auf verhältnispräventive Maßnahmen, insbesondere innerbetriebliche Strukturen und Prozesse
- Integrationsämter⁵⁴
 - Zuschüsse zu behinderten- bzw. leidensgerechten Arbeitsplatzausstattungen
- Suchtberatungsstellen und Selbsthilfe-Kontaktstellen sowie weitere Organisationen und Initiativen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Information und Zugang zu Leistungen

Information durch bzw. Zugang über einzelne

Träger: Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger informieren Betriebe über ihr trägerspezifisches Leistungsangebot und erbringen bedarfsbezogen die vereinbarte Unterstützung. Da für jeden Betrieb in der Regel ein Renten- und ein Unfallversicherungsträger zuständig ist, kann sich der Betrieb direkt an einen dieser Träger wenden. Im Bereich der Krankenversicherung kann der Betrieb bei Interesse an betrieblicher Gesundheitsförderung auf eine Krankenkasse zugehen, bei der ein Teil seiner Beschäftigten versichert ist. Leistungen einer Krankenkasse stehen allen Beschäftigten unabhängig von der Mitgliedschaft in der betreffenden Kasse zur Verfügung.

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von den verschiedenen Trägern vorgehaltenen Leistungen weisen die gesetzlichen Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger in der Beratung der betrieblich Verantwortlichen nicht nur auf die jeweils eigenen Instrumente und Angebote hin, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten der anderen Sozialleistungsträger.

Zugang über regionale BGF-Koordinierungsstellen der GKV:

Information und firmenspezifische Beratung von Betrieben durch gesetzliche Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden landesbezogen über gemeinsame regionale BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V angeboten bzw. vermittelt. Die regionalen BGF-Koordinierungsstellen bilden einen weiteren Zugangsweg zu den BGF-Leistungen der Krankenkassen insbeson-

53 Die Aufsichtsdienste der Länder und der Unfallversicherungsträger überwachen die Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften in den Betrieben bzw. am Arbeitsplatz. Es handelt sich um ein duales System bestehend aus Gewerbeaufsicht und Ämtern für Arbeitsschutz (staatlich, regionale Zuständigkeit) sowie Technischen Aufsichtsdiensten (Unfallversicherungsträger, regionale, gewerbe- bzw. branchenspezifische Zuständigkeit).

54 Die Integrationsämter haben wesentliche Aufgaben bei der Eingliederung von Menschen mit Schwerbehinderung in das Arbeitsleben. Zu ihren Aufgaben gemäß § 185 SGB IX gehört u. a. die begleitende Hilfe im Arbeitsleben für Menschen mit Schwerbehinderung sowie für deren Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber.



dere für kleinste, kleine und mittlere Unternehmen in den Bundesländern. Kern der regionalen BGF-Koordinierungsstellen ist die persönliche Beratung von Betrieben durch die BGF-Beraterinnen und -Berater der Krankenkassen. Diese über das gesamte Bundesgebiet verteilten Beratungsressourcen werden in Form eines Beratungs- und Informationsportals digital gebündelt und können auf diese Weise interessierten Betrieben niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. In Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen – insbesondere Arbeitgeberverbände, Innungen, Handwerkskammern, Wirtschaftsverbände und Industrie- und Handelskammern – sowie regionalen gewerkschaftlichen Ansprechpartnern fördern die Koordinierungsstellen die Bekanntheit und Akzeptanz von betrieblicher Gesundheitsförderung sowie die Vernetzung von Betrieben in der Region. Die BGF-Koordinierungsstellen weisen darüber hinaus auf Angebote der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung (DRV) hin und arbeiten mit weiteren relevanten Akteuren auf Landesebene zusammen (www.bgf-koordinierungsstelle.de).

Zugang über die regionalen Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger: Jeder Betrieb kann sich direkt an die für ihn zuständige Aufsichtsperson des zuständigen Unfallversicherungsträgers wenden und erhält darüber Zugang und Information zu Präventionsleistungen seines Unfallversicherungsträgers. Die Unfallversicherungsträger verfügen über regional gegliederte Präventionsdienste und sind Ansprechpartner zu allen Fragen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit für ihre Mitgliedsbetriebe. In diesem Zusammenhang weisen sie entsprechend den Zuständigkeiten auch auf die Leistungen von Krankenkassen und Trägern der Rentenversicherung sowie weiterer Sozialleistungsträger hin.

Zugang über Firmenservice der DRV: Der Firmenservice der DRV berät Unternehmen je nach Bedarf telefonisch, per E-Mail oder aufsuchend im Betrieb.

Neben den klassischen Themen der Rentenversicherung – Rehabilitation, Rente und Beitragspflicht – bietet der Firmenservice der DRV auch gezielte Beratung zu Präventionsleistungen der Rentenversicherung, zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie Informationen zur Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. In diesem Rahmen verweist die Rentenversicherung auch auf die Beratungs- und Präventionsangebote der anderen Träger, insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der BGF-Koordinierungsstellen, der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen (firmenservice.drv.info).

Zugang über die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG): Die SVLFG als zweigübreifender Sozialversicherungsträger verknüpft die Prävention von arbeitsbedingten und -unabhängigen Gesundheitsgefahren, Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung zu einem integrierten Gesamtkonzept; sie setzt dabei auf eine aufsuchende Hilfe mittels ihres Außendienstes.

Zugang und Betreuung über Netzwerke: Um mehr Betriebe mit Leistungen betrieblicher Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu erreichen, ist insbesondere für Kleinst-, Klein- und mittlere Betriebe die mittelbare Betreuung auf überbetrieblicher Ebene in Form von Netzwerken empfehlenswert. Netzwerke sind zeitlich relativ stabile Gruppen aus Vertretungen von Betrieben und ihren Organisationen sowie regionalen Akteuren, die sich auf Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen. Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung unterstützen den Aufbau von überbetrieblichen Netzwerken zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sowie die Integration dieser Themen in bestehende Unternehmensnetzwerke und arbeiten in diesen Netzwerken mit. Hierbei ist die Zusammenführung der unterschiedlichen Datenquellen zu Risiken und Erkrankungen von Beschäftigten, über die die Netzwerkpartner

verfügen, die Abstimmung gemeinsamer Vorgehensweisen, Konzepte und Qualitätskriterien, der Austausch und die Herstellung von Transparenz über die jeweiligen Leistungen der Sozialversicherungsträger und die Vermittlung von Unterstützungsangeboten, die über den eigenen Zuständigkeitsbereich hinausgehen, auch zur Erschließung von Synergieeffekten von Bedeutung. Die konkrete Ausgestaltung der wechselseitigen Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der Träger untereinander und mit weiteren Verantwortlichen ist in den Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie geregelt. Bei der überbetrieblichen Information und Beratung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken wirken auch die regionalen BGF-Koordinierungsstellen der GKV gemeinsam mit Unternehmensorganisationen sowie dem Firmenservice der DRV mit. Auch die Arbeitsschutzbehörden der Länder können Betriebe auf die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger in der arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung hinweisen.

Spezielle Ziele für die Zielgruppe Erwerbstätige

Zur Konkretisierung des Ziels Gesund leben und arbeiten für die Zielgruppe Erwerbstätige hat die NPK folgende spezielle Ziele formuliert und mit den Zielen der GDA abgestimmt.

Prozessziel:

Die Träger der NPK fördern abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen in der arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Unterstützung von Betrieben

- a) bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen im Arbeitsschutz und beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie bei der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung und

- b) auf regionaler und örtlicher Ebene unter Beteiligung von regionalen Unternehmensorganisationen, Gewerkschaften und weiteren Partnern insbesondere für kleinste, kleine und mittlere Betriebe.

Die Träger der NPK wirken darauf hin, dass Regelungen zu abgestimmten und koordinierten Vorgehensweisen in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V verankert werden.

Begründung: Eine bedarfsgerechte und nachhaltig wirksame Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung erfordert ein Zusammenwirken der verschiedenen Sozialversicherungsträger untereinander und mit den betrieblich und überbetrieblich Verantwortlichen gemäß diesen Empfehlungen. Dies beinhaltet auch die weitere Ausgestaltung der Anschlussfähigkeit ihrer Leistungen und Konzepte zu den jeweiligen gesetzlichen Aufträgen der anderen Sozialversicherungsträger, insbesondere zur Erreichung der gemeinsamen inhaltlichen Ziele (Beispiele zu Unterstützungsbeiträgen der Sozialversicherungsträger zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Gefährdungsbeurteilung: s. Anhänge 4, 5 und 6).

Inhaltliche Ziele:

- Schutz und Stärkung des Muskel-Skelettsystems in der Arbeitswelt
- Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt

Begründung: Bei Erwerbstätigen stellen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems sowie psychische und Verhaltensstörungen wesentliche Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Berentung sowie medizinische Behandlung dar. Zu diesen Erkrankungen, die in der Regel multifaktoriell bedingt sind, können auch arbeitsbedingte Belastungen beitragen. Präventive und gesundheits-

förderliche Interventionen am Arbeitsplatz sollen einen Beitrag zur Reduktion arbeitsbedingter Risikofaktoren und damit zur Senkung der Auftretenswahrscheinlichkeit und/oder Chronifizierung dieser Erkrankungen leisten sowie soziale und personale Schutzfaktoren stärken.

Die inhaltlichen Ziele sollen möglichst trägerübergreifend in abgestimmter und koordinierter Form entsprechend dem Prozessziel verfolgt werden.

Die Träger der NPK operationalisieren diese Ziele für ihren jeweiligen Verantwortungsbereich und berichten darüber in der NPK. Im trägerübergreifenden Präventionsbericht wird der Stand der Zielerreichung dokumentiert. Die Träger der NPK laden die beratenden Mitglieder entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeit ein, sich in die zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten einzubringen.

3.2.2 ZIELGRUPPE: PERSONEN IM ERWERBSFÄHIGEN ALTER – ARBEITSLOSE MENSCHEN

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor. Die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit steigen mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, betreffen jüngere Menschen in höherem Ausmaß und zeigen sich vor allem bei Männern.⁵⁵ Für arbeitslose Menschen⁵⁶ mit bereits eingetretenen gesundheitlichen Einschränkungen ist der berufliche Wiedereinstieg erheblich erschwert. Arbeitslose Menschen sind daher eine sozial benachteiligte Gruppe mit besonderem Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarf. Gemäß dem

Ziel *Gesund leben und arbeiten* für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen haben die gesetzlichen Krankenkassen für diese einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag. Hierbei arbeiten sie mit Jobcentern⁵⁷ und Arbeitsagenturen zusammen. Für arbeitslose Menschen, die an Arbeitsförderungsmaßnahmen teilnehmen, haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag; die gesetzlichen Unfallversicherungsträger leisten Versicherungsschutz.

Ziel der gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten von gesetzlichen Krankenkassen ist es, gesundheitlichen Einschränkungen von arbeitslosen Menschen vorzubeugen bzw. sie zu minimieren und die Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Dabei sollen insbesondere Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist und die häufig mehr als zwölf Monate ohne Beschäftigung sind, Berücksichtigung finden. Für diese Zielgruppe sind vor allem die mit Erwerbslosigkeit verbundenen psychosozialen Belastungen relevant.

Zuständig für die Arbeitsförderung und Arbeitsmarktintegration arbeitsloser Menschen sind die Arbeitsagenturen und Jobcenter. Zur gesundheitsbezogenen Sensibilisierung und Motivierung arbeitsloser Menschen wird das Beratungs- und Dienstleistungsangebot der Jobcenter und Arbeitsagenturen auch auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet. Gesundheitsorientierung als übergreifende Handlungsstrategie ist daher in ihre Beratungs- und Vermittlungstätigkeit integriert. Durch ihren Zugang zu

55 Picchio, M., & Ubaldi, M. (2023). Unemployment and health: A meta-analysis. *Journal of Economic Surveys*, 1-36. <http://dx.doi.org/10.1111/joes.12588>

56 Der Begriff *arbeitslose Menschen* wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit umgangssprachlich verwendet. Zielgruppe für Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote können dabei grundsätzlich alle bei den Jobcentern gemeldeten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Sinne des SGB II sowie alle bei den Agenturen für Arbeit gemeldeten Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld sowie arbeitsuchend Gemeldete ohne Arbeitslosengeldanspruch im SGB III sein. Voraussetzung ist ein geklärtes gesundheitliches Leistungsvermögen sowie der Ausschluss erforderlicher medizinischer Behandlungen bzw. Maßnahmen der medizinischen/beruflichen Rehabilitation.

57 Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit und der Kommunen sowie als zugelassene kommunale Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Menschen in Arbeitslosigkeit können Jobcenter und Arbeitsagenturen sowie von ihnen beauftragte Träger der Arbeitsmarktintegration zur freiwilligen Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen motivieren. Hierbei wird eine Verzahnung des Leistungsangebots der Arbeitsagenturen und Jobcenter mit den von den gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Präventionsleistungen angestrebt. Die Förderung von verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken bzw. zur Stärkung persönlicher Ressourcen erfolgt krankenkassenübergreifend im Rahmen des Setting-Ansatzes in der Kommune nach dem GKV-Leitfaden Prävention (für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kostenfrei).

In einem in der Kommune verankerten Steuerungsgremium arbeiten die Verantwortlichen der Jobcenter/Arbeitsagenturen mit den kommunalen Stellen und gesetzlichen Krankenkassen bzw. von ihnen beauftragten Dritten und Vertretern des freigemeinnützigen Sektors (z. B. Vereine) für eine mit der Arbeitsförderung verzahnte Gesundheitsförderung entsprechend dem in Abb. 1 dargestellten Prozess zusammen. Bei Vorhandensein eines Gremiums zur Gesundheitsförderung in der Kommune sollten die Planung und Umsetzungssteuerung entsprechender Aktivitäten in diesem Gremium erfolgen. Indem Maßnahmen für verschiedene vulnerable Zielgruppen in einer integrierten kommunalen Strategie aufeinander bezogen werden (z. B. Maßnahmen für arbeitslose Alleinerziehende, Menschen mit Flucht-/Migrationshintergrund), können Synergieeffekte erzielt werden.

In diesem Gremium ermitteln die Verantwortlichen den Bedarf, planen das gemeinsame Vorgehen vor Ort und stimmen ihre spezifischen Beiträge zur Verknüpfung von Leistungen der Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung ab. Beiträge von Jobcentern und Arbeitsagenturen sind insbesondere die Qualifizierung ihrer Integrationsfachkräfte und die Integration gesundheitsorientierter Anteile in

Arbeitsförderungsmaßnahmen, die gesundheitsorientierte Ansprache und Beratung von Menschen in Arbeitslosigkeit verbunden mit der Motivierung zur Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten der Krankenkassen; Kommunen können z. B. Räumlichkeiten für gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verfügung stellen.

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen können insbesondere sein:

- Bedarfsermittlung
- Planung und Umsetzung zielgruppenspezifischer präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Unterstützung der Verstetigung gesundheitsförderlicher Aktivitäten
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
- Förderung von Vernetzungsprozessen der verantwortlichen Fachkräfte und der Zielgruppe

Spezielles Ziel für die Zielgruppe arbeitslose Menschen

Die Träger der NPK setzen sich dafür ein, dass bedarfsbezogen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen für arbeitslose Menschen angeboten und diese Leistungen in den auf kommunaler Ebene existierenden Steuerungsstrukturen (gemäß dem Struktur- und Prozessziel zu Beginn von Kap. 3) koordiniert werden. Sie wirken darauf hin, dass diese Leistungen in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V verankert werden.

3.2.3 ZIELGRUPPE: EHRENAMTLICH TÄTIGE PERSONEN

Ehrenamtlich tätige Personen können gleichermaßen wie Beschäftigte Risiken und gesundheitlichen Gefährdungen im Rahmen ihrer Tätigkeiten ausgesetzt sein. Für diese Personen bedarf es daher entsprechender präventiver und unterstützender Maßnah-



men der Verantwortlichen der Lebenswelten, in denen sie tätig werden.

Für die Zielgruppe der im Auftrag einer Gebietskörperschaft (Bund, Länder, Kommunen) ehrenamtlich Tätigen, die z. B. zur Hilfe bei Unglücksfällen, im Zivilschutz, in Bildungseinrichtungen oder in der Flüchtlingshilfe eingesetzt sind, haben die gesetzlichen Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag entsprechend der Zielgruppe der Beschäftigten. Entscheidend ist dabei, dass Ehrenamtliche nicht in Eigenregie, sondern im Auftrag oder zumindest mit ausdrücklicher Einwilligung der Gebietskörperschaft handeln. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Tätigkeit unmittelbar für die Gebietskörperschaft erbracht wird oder für eine privatrechtliche Organisation mit entsprechendem Auftrag oder entsprechender Einwilligung einer Gebietskörperschaft. In diesen Fällen kommen die oben genannten Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Zielgruppe Erwerbstätige zum Tragen.⁵⁸

Ohne den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung bleiben Aktivitäten, die Privatleute in Eigenregie ohne entsprechenden Auftrag oder vergleichbare Einwilligung erbringen. Für Unfälle in der Privatsphäre bleibt die jeweilige gesetzliche oder private Krankenversicherung zuständig.

In einigen Bundesländern bestehen ergänzende Rahmenverträge zum Unfallversicherungsschutz zugunsten Ehrenamtlicher (s. auch www.dguv.de Webcode d2415).

(Vgl. Übersicht zum **Ziel Gesund leben und arbeiten: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen** in Anhang 2)

3.2.4 ZIELGRUPPE: PFLEGENDE AN- UND ZUGEHÖRIGE

Pflegende An- und Zugehörige sind eine tragende Säule der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Sie können, ebenso wie professionell Pflegende, Risiken und gesundheitlichen Gefährdungen im Rahmen ihrer häuslichen Pflgetätigkeiten ausgesetzt sein. Werden Beschwerden und Erkrankungen von informell Pflegenden betrachtet, dann berichten Personen mit Pflegeaufgaben über einen schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zu Personen ohne Pflegeaufgaben.⁵⁹ Über vier Millionen Erwerbstätige⁶⁰ stehen als pflegende An- und Zugehörige zusätzlich vor der Herausforderung, Beruf und Pflege zu vereinbaren.⁶¹ Daraus können sich psychische und physische negative Folgewirkungen ergeben. Für pflegende An- und Zugehörige bedarf es daher entsprechender präventiver und unterstützender Maßnahmen, die über Zugangswege wie Pflegestützpunkte, kommunale Einrichtungen, stadtteil-/quartiersbezogene Vernetzungsstellen, ambulante Pflegedienste oder Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege erreicht werden können. Aber auch z. B. über ein gezieltes betriebliches Gesundheitsmanagement, wenn Pflegepersonen einer Beschäftigung nachgehen, können die Rahmenbedingungen berufstätiger pflegender An- und Zugehöriger und die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf

58 Es bestehen Verzahnungsmöglichkeiten mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Setting Kommune.

59 Vgl. Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, S. 255

60 Ehrlich, U., Bünning, M., & Kelle, N. (2024). Doppelbelastung ohne Entlastung? Herausforderungen und gesetzliche Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in einer alternden Gesellschaft. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 03/2024. <https://doi.org/10.60922/a3f4-7758>

61 Elling, M., & Hetzel, C. (2024). Auswertung der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2018 zum Themenfeld Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: eine Propensity-Score-Analyse. Vereinbarkeit Beruf & Pflege, 1 - 30. https://berufundpflege-nrw.de/uploads/2024/07/Bericht_BIBBBAuA_20180701_ES_i-1.pdf

verbessert werden.⁶² Pflegende An- und Zugehörige, die eine Person mit Pflegegrad 2 oder höher pflegen, stehen unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.⁶³

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger können insbesondere sein:

- Aufklärung über den Unfallversicherungsschutz
- Netzwerkarbeit/Unterstützung beim Aufbau von Netzwerkstrukturen
- Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Bekanntmachung von Informationen, Beratungsleistungen, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten z. B. über Internetportale⁶⁴
- Kooperation bei der Bereitstellung von entlastenden, niedrigschwelligen Angeboten für pflegende Angehörige

Leistungen/Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen zur Unterstützung der Zielgruppe pflegende An- und Zugehörige können unter anderem sein:

- Unterstützung bei der Ermittlung gesundheitsbezogener Bedarfe in der Kommune und im Betrieb
- Planung/Unterstützung von Managementprozessen (einschließlich Vernetzung)
- Mitwirkung in Gremien zur Unterstützung der Verknüpfung von verhältnispräventiven Maßnahmen mit Angeboten des SGB V (Leitfaden Prävention)
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken infolge des Klimawandels
- Konzeption und Durchführung von verhaltenspräventiven Angeboten für pflegende An- und Zugehörige, insbesondere zu den Themen Bewe-

gungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement und Suchtmittelkonsum, auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit

- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und das Familienpflegezeitgesetz (FPFZG) bieten einen gesetzlichen Rahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In einem akuten Pflegefall besteht mit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung das Recht, für bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um die Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Beschäftigte, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzungsgeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können, können hierbei gemäß § 44a SGB XI für bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld, erhalten. Gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 (PflegeZG) bzw. 25 Beschäftigten (FPFZG) besteht unter Geltung eines Sonderkündigungsschutzes ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit (Pflegezeit) bzw. für bis zu 24 Monate ein Anspruch auf teilweise Freistellung bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden (Familienpflegezeit). Für die Dauer der Freistellungen kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden, das im Anschluss in monatlichen Raten zurückgezahlt werden muss.⁶⁵ Die Pflegekassen und auch private Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, ent-

62 Vgl. Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, S. 57

63 Unfallversicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung, dass die Pflege im Umfang von mindestens 10 Stunden pro Woche und verteilt über mindestens 2 Tage pro Woche erfolgt und nicht erwerbsmäßig ist.

64 Die Internetseite des Sachgebiets „pflegende Angehörige“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist abrufbar unter: https://www.dguv.de/de/praevention/fachbereiche_dguv/gesund_wohlfahrt/sg-pflegende-angehoerige/index.jsp

65 Siehe insbesondere zu den Regelungen des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes das Serviceportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Wege zur Pflege“, abrufbar unter <https://www.wege-zur-pflege.de/start>



richten Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist (vgl. § 44 SGB XI).

Die Leistungen der **sozialen Pflegeversicherung** richten sich in erster Linie an pflegebedürftige Menschen. Viele der Leistungen tragen aber dazu bei, dass gerade auch (berufstätige) pflegende An- und Zugehörige bei der Ausübung ihrer häuslichen Pflegetätigkeit und bei der Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege unterstützt werden. Hierzu zählen z. B. die Angebote der Tages-, Nacht- oder der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, die auch eine Entlastung der Pflegepersonen ermöglichen. Zudem gibt es Leistungen, die für niedrighschwellige, nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden können, zu denen auch Angebote zur Entlastung von Pflegenden gehören. Im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden – wenn gewünscht – auch pflegende An- und Zugehörige über die Möglichkeit beraten, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beispielsweise der Krankenkassen und Kommunen auch für sich in Anspruch zu nehmen. Pflegende An- und Zugehörige werden ferner durch Pflegekurse nach § 45 SGB XI unterstützt und befähigt, pflegebedingte körperliche und psychische Belastungen zu mindern und die eigene Gesundheit zu stärken. Gemäß § 45d SGB XI stehen unter anderem Fördermittel für Selbsthilfegruppen zur Verfügung, in denen sich Personen aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende austauschen und gegenseitig unterstützen können.

Leistungen/Aktivitäten der sozialen Pflegeversicherung können insbesondere sein:

- Unterstützung der pflegenden An- und Zugehörigen und anderer ehrenamtlicher Pflegepersonen durch Pflegekurse
- Information über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Pflegeberatung

Vorhandene Strukturen sollten genutzt und Angebote miteinander koordiniert und verzahnt werden (siehe auch Kap. 3.3.1 Zielgruppe: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune).

(Vgl. Übersicht zum **Ziel Gesund leben und arbeiten: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen** in Anhang 2)

3.3 ZIEL GESUND IM ALTER

3.3.1 ZIELGRUPPE: PERSONEN NACH DER ERWERBSPHASE IN DER KOMMUNE

In einer Gesellschaft des langen Lebens wird die Lebensphase nach Beendigung der Erwerbstätigkeit trotz Erhöhung des Renteneintrittsaltes länger. Ziel muss es sein, dass die zusätzlichen Jahre möglichst lange gesund verbracht werden. Insbesondere der Wechsel von der Erwerbsphase in den Ruhestand stellt einen bedeutenden Lebensumbruch dar. Für Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag.

Die Lebensphase nach Eintritt in den Ruhestand ist dadurch geprägt, dass ein großer Teil dieser Altersgruppe bereits chronische Erkrankungen aufweist. Mit zunehmendem Alter haben sich Einstellungen und Verhaltensweisen ausgeprägt, die in den Folgejahren die Alterskohorten immer heterogener hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes werden lassen.⁶⁶ Vor allem haben sich bedingt durch ungleiche Bildungs- und Teilhabechancen im Jugendalter die ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen vulnerabler Gruppen meist weiter verfestigt, sodass die Herausforderungen in der Altersphase wachsen, die Menschen in zielgruppenadäquate Kultur-, Freizeit-, Bewegungs- und Sportangebote einzubinden. Bereits in der Phase des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand sollten niedrigschwellige Angebote für eine aktive Freizeitgestaltung und gesellschaftliche Teilhabe sowie allgemein gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Wohnumfeld zur Verfügung stehen.

Gesundes Altern zu unterstützen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insbesondere für die Ressorts Bau/Umwelt, Gesundheit, Soziales und Senio

ren. Mit den Menschen gemeinsam muss überlegt werden, wie sie alt werden wollen, was sie selbst in den Prozess einbringen können und wo sie Hilfe und Unterstützung benötigen. Gesunde Lebensverhältnisse mithilfe von Angeboten zur Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit zu beeinflussen, ist eine Herausforderung für die Koordinierung der Maßnahmen der unterschiedlichen Verantwortungsträger. Vorhandene Strukturen sollten daher genutzt sowie vorhandene Angebote miteinander koordiniert und verzahnt werden. Hierbei kann auf kommunaler Ebene insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wichtige Rolle spielen. Hinsichtlich des kommunalen Hitzeschutzes kommt dem ÖGD eine besondere Bedeutung zu, damit Hitzeaktionspläne ältere Menschen, dabei insbesondere auch pflegebedürftige Menschen, als vulnerable Zielgruppe adressiert werden.

Ebenso wie die Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft stetig zunimmt, steigt auch die Zahl hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen, die im häuslichen Umfeld betreut werden. Der Fokus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune muss daher auch auf diese Personengruppen gerichtet werden. Dabei ist auch die soziale Teilhabe älterer Menschen von großer Bedeutung, um ein gesundes Altern zu unterstützen. Gemeinschaftsangebote im Bereich der Verpflegung oder der Bewegung bieten dabei Anknüpfungspunkte, um einen gesunderhaltenden Lebensstil mit sozialer Teilhabe zu verbinden. Ziel ist es, die Gesundheit und Selbstständigkeit älterer, hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen bestmöglich zu erhalten und der bestehenden Pflegebedürftigkeit oder deren Verschlechterung entgegenzuwirken. Dabei sollten auch pflegende An- und Zugehörige mit in den Blick genommen werden, die aufgrund der mit der Pflegesituation verbundenen physischen wie psychischen

66 Jaul, E., & Barron, J. (2021). Characterizing the Heterogeneity of Aging: A Vision for a Staging System for Aging. *Frontiers in Public Health*, 9(513557), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.513557>



Beanspruchungen ebenfalls von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren können (vgl. auch Kapitel 3.2.4). Die Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen können im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort erbracht werden. Sie sind umso erfolgreicher, je mehr der Fokus auf die jeweilige Lebenswelt der Zielgruppen gerichtet wird.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** tragen zur Umsetzung des Ziels Gesund im Alter durch folgende Leistungen/Aktivitäten bei:

- Unterstützung bei der Ermittlung gesundheitsbezogener Bedarfe in der Kommune
- Planung/Unterstützung von Managementprozessen (einschließlich Vernetzung)
- Mitwirkung in Gremien zur Unterstützung der Verknüpfung von verhältnispräventiven Maßnahmen mit Angeboten des SGB V (Leitfaden Prävention)
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken infolge des Klimawandels
- Konzeption und Durchführung von verhaltenspräventiven Angeboten für unterschiedliche Altersgruppen sowohl für ältere als auch pflegebedürftige Menschen und die Menschen, die in der Pflege und Begleitung hauptberuflich arbeiten oder ehrenamtlich tätig sind, insbesondere zu den Themen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum, auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit
- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Die **soziale Pflegeversicherung** trägt zur Stärkung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen in allen Versorgungssettings bei. Ein wesentlicher Bestandteil professioneller Pflege ist die Förderung verbliebener Fähigkeiten sowie die Vorbeugung von Krankheiten, Komplikationen und gesundheitlichen Risiken. Darüber hinaus unterstützt die soziale Pflegeversicherung pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige mit ihren vielfältigen Leistungen sowie weiteren Maßnahmen und Angeboten, die auch zum Erhalt der Gesundheit und Stärkung ihrer Ressourcen beitragen. Hierzu zählen unter anderem die Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI und die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI, die auch zur Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen beitragen. Erhält der pflegebedürftige Mensch Leistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung, so umfasst deren Auftrag auch präventiv wirkende Maßnahmen in Form von Prophylaxen (z. B. Dekubitusprophylaxe) sowie die ressourcenfördernde Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses. Zur Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger bietet die soziale Pflegeversicherung zudem Pflegekurse nach § 45 SGB XI an. Diese zielen auf eine Verbesserung und Erleichterung der Pflege und Betreuung ebenso ab wie darauf, pflegebedingte körperliche, psychische und seelische Belastungen der Pflegepersonen zu vermindern und deren Entstehung von vorneherein vorzubeugen. Ferner bietet die Pflegeversicherung individuelle Beratung. In der Pflegeberatungs-Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes ist, mit Blick auf die Anpassung an den Klimawandel, der Schutz vor Hitze ein Bestandteil. Innerhalb der Pflegeberatung werden Anspruchsberechtigte und Angehörige für hitzebedingte Symptome sensibilisiert und zu bedarfsentsprechenden Maßnahmen der Hitzeprävention beraten.

3.3.2 ZIELGRUPPE: PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN IN STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Die Bedingungen für ein gesundes Älterwerden von pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in teilstationären Tagespflegeeinrichtungen werden maßgeblich von den Einrichtungen gestaltet. Unterstützt werden diese gemäß § 5 SGB XI durch die soziale Pflegeversicherung, indem Pflegekassen gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag Leistungen zur Prävention in der stationären pflegerischen Versorgung erbringen.

Die **soziale Pflegeversicherung** trägt zur Umsetzung des Ziels **Gesund im Alter** bei, indem sie im Bereich der stationären pflegerischen Versorgung durch folgende Leistungen unterstützt:

- Die Pflegekassen entwickeln unter Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen und der Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und unterstützen deren Umsetzung.

Die Pflegekassen legen bei ihren präventiven Leistungen den Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in der jeweils geltenden Fassung zugrunde. Bei der Umsetzung sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Hierfür schließen die Pflegekassen untereinander Kooperationsvereinbarungen ab.

Ziel präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten in vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen ist die Verbesserung oder der Erhalt der gesundheitlichen Situation und der Ressourcen der Pflegebedürftigen. Die gemäß dem Leitfaden infrage kommenden Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention und damit auf den Aufbau von gesund

heitsfördernden Strukturen in vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen ab und können auch Maßnahmen der Verhaltensprävention in bestimmten Handlungsfeldern (z. B. Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, s. Übersicht in Anhang 3) beinhalten. Die Angebote sollen sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass sie entweder alle pflegebedürftigen Menschen erreichen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut bzw. versorgt werden, oder nach ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten differenzierte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen entsprechend ihren individuellen Interessen und Bedarfen. Hierbei sollen die Pflegekassen möglichst eine gender- und kultursensible Ausrichtung der präventiven Angebote berücksichtigen und auch die Bedarfe besonderer Zielgruppen (z. B. von jungen pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit hohem Pflegebedarf) mit in den Blick nehmen. Durch die Pflegekassen geförderte Präventionskonzepte nach § 5 SGB XI können auch klimarelevante Aspekte in der Umsetzung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen in den Handlungsfeldern der Prävention berücksichtigen. Hierzu bieten sich insbesondere Aktivitäten im Handlungsfeld Ernährung durch die Berücksichtigung einer gesunden und zugleich nachhaltigen Gemeinschaftsverpflegung an.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind zugleich Betriebe. Für Betriebe und deren Beschäftigte kommen Aktivitäten zum Ziel **Gesund leben und arbeiten** in Betracht. Hier haben auch gesetzliche Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag (s. Ziel **Gesund leben und arbeiten** – Zielgruppe **Erwerbstätige**). Die Wirkung von Aktivitäten zum Ziel **Gesund im Alter** kann durch eine Verknüpfung mit Aktivitäten zum Ziel **Gesund leben und arbeiten** verstärkt werden. (Vgl. Übersicht zum **Ziel *Gesund im Alter: Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*** in Anhang 3)

3.4 ANWENDUNGSBEISPIELE ZUR GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENARBEIT

Die Mitglieder der NPK bekennen sich zu Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftlichen Querschnittsaufgaben, die von allen politischen Ressorts auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit und den jeweiligen spezifischen Leistungen der Sozialversicherungsträger getragen und von einem breiten bürgerschaftlichen Engagement unterstützt werden.

3.4.1 GEMEINSCHAFTSVERPFLEGUNG

In Kindertagesstätten, Schulen, stationären Pflegeeinrichtungen, Rehakliniken, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und in Betrieben werden Menschen regelmäßig gepflegt. In diesen Lebenswelten ist die Gemeinschaftsverpflegung unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterworfen. So unterscheiden sich die Anforderungen bzgl. der Förderung von Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit für die jeweiligen Zielgruppen in den Lebenswelten voneinander. Trotz dieser Unterschiede ist eine gesundheitsförderliche und nachhaltige Ernährung in allen Lebenswelten möglich. Eine bedarfsgerechte Ernährung stellt eine Grundvoraussetzung für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Menschen in seiner Lebenswelt dar.

Die Verzahnung von Verhältnis- und Verhaltensprävention im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung in Lebenswelten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und ein zentrales Handlungsfeld einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Insbesondere

im Hinblick auf eine Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit sind verhältnispräventive Maßnahmen wichtig.⁶⁷ Eine Trendwende hin zu einer gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Ernährung kann durch Anpassungen gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene unterstützt werden. Eine entscheidende Rolle kommt den Lebensweltverantwortlichen zu. Ziel ist es, einen gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Ernährungsstil zu stärken, Fehlernährung entgegenzuwirken, Ernährungsgewohnheiten positiv zu beeinflussen und lebensweltgeeignete Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Gemeinschaftsverpflegung zu schaffen.

Im Zuge des bundesweiten Ausbaus von Ganztageseinrichtungen im Bildungswesen erhält die Gemeinschaftsverpflegung eine immer stärkere Bedeutung für die Gesundheit sowie für den Erhalt und die Förderung der Leistungsfähigkeit der Heranwachsenden. Ernährung und gesundes Essen beeinflussen nicht nur die körperliche, sondern auch die mentale Leistungsfähigkeit. Gesundes Essen zum richtigen Zeitpunkt beugt z. B. Müdigkeit und Konzentrationschwächen vor und reduziert damit ggf. auch die Unfallgefahr auf dem Weg von der Bildungseinrichtung nach Hause oder im Schulsport. Die aktive Einbindung von Kindern in die Erstellung von Speiseplänen sowie in die Zubereitung von Mahlzeiten in Kindertagesstätten und Schulen verbindet gesundheitsfördernde mit pädagogischen Elementen.⁶⁸ Eine gesundheitsförderliche und nachhaltige Ernährung hat – gemeinsam mit Sport und Bewegung⁶⁹ – Auswirkungen auf das Wohlbefinden, aber auch auf die körperliche und psychische Gesundheit eines Menschen. Darüber hinaus hat gemeinschaftliches Essen und Trinken eine zentrale Bedeutung für die

67 Bucksch, J., Häußler, A., Schneider, K., Finne, E., Schmidt, K., Dadacynski, K., & Sudeck, G. (2020). Bewegungs- und Ernährungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittsergebnisse der HBSC-Studie 2017/2018 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 22-38. <https://www.doi.org/10.25646/6892>

68 Werden Kinder im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung in die Zubereitung von Mahlzeiten eingebunden, unterliegen auch sie den Vorgaben des Lebensmittelrechts sowie des Infektionsschutzgesetzes.

69 World Health Organization (WHO, 2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Gestaltung der Lebenswelt Bildungseinrichtungen. Hier kann ein ausgewogenes, vollwertiges Essen in ansprechend und angenehm gestalteter Essatmosphäre als kultureller Bestandteil einer Bildungseinrichtung geübt werden und sich hierdurch positiv auf das Sozialklima auswirken. Entsprechendes gilt für die Gemeinschaftsverpflegung in Betrieben und Pflegeeinrichtungen.

Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Verpflegung umfasst insbesondere verhältnisbezogene Aspekte, z. B. Getränkeversorgung, Lebensmittelangebot, allergenfreie und auch für chronisch erkrankte Personen geeignete Speisenherstellung, Nährstoffzufuhr, eine angenehme und sichere Essatmosphäre, Essenszeiten und Raum- und Essplatzgestaltung sowie eine Beachtung von Hygiene-, Sicherheits- und Teilhabekonzepten. Zudem kann die bestehende Verpflegungssituation zusätzlich durch eine optimierte Darbietung gesunder, allergenfreier, möglichst unbelasteter und nachhaltiger Lebensmittel verbessert werden („Nudging“⁷⁰, „Healthy Choices“). Zur Förderung der Akzeptanz einer vollwertigen und gesundheitsförderlichen Gemeinschaftsverpflegung und damit für ihre verhaltensbezogene Wirksamkeit ist ein partizipatives Vorgehen unter Einbeziehung der Beteiligten unerlässlich.

Ca. 3 Mio. Kinder (unter sieben Jahren) nehmen in der Kindertagesstätte ein Mittagessen ein⁷¹, rund 3,8 Mio. Kinder nehmen am Ganztagschulbetrieb in allgemeinbildenden Schulen teil.⁷² Durch eine Verbesserung der Qualität der Gemeinschaftsver-

pflegung und auch der Berücksichtigung von Lebensmittelintoleranzen können auch ernährungsbezogene Gewohnheiten und Normen in den Familien beeinflusst werden.⁷³ Eine vollwertige und gesundheitsförderliche Gemeinschaftsverpflegung ist als Bestandteil eines bedarfsgerechten Betreuungsangebots für Kinder in Kindertageseinrichtungen (Kinderförderungsgesetz: seit dem 1. August 2013) und einer bedarfsgerechten und gesundheitsförderlichen Ganztagsbetreuung in Schulen (landesspezifische Rechtsgrundlagen zur Ganztagsbetreuung) unerlässlich. Weiterhin leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK) zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der KMK vom 15. November 2012).

Die Zahl der erwerbstätigen Personen mit Arbeitsort in Deutschland liegt bei etwa 44 Mio., wobei jede bzw. jeder fünfte Berufstätige regelmäßig in einer Kantine isst.⁷⁴ Die Mehrheit der berufstätigen Menschen verpflegt sich in der Mittagspause individuell, entweder durch selbst mitgebrachtes Essen von zu Hause (57 %) oder durch den Gang zur Bäckerei oder zum Imbiss (15 %). Die gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz bezieht die Gemeinschaftsverpflegung sowie die individuelle Verpflegung mit ein.

Neben Kindern, Jugendlichen und Beschäftigten bilden auch ältere Menschen eine besondere Gruppe, die insbesondere auch über eine gesundheitsgerechte Verpflegung (z. B. Essen auf Rädern, Einrichtungen

70 Nudging (dt. anstupsen) ist ein subtiler Anreiz für Menschen, Entscheidungen zu treffen, die ihr Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen.

71 Zahlen des statistischen Bundesamts über Kinder in Kindertagesbetreuung nach verschiedenen Merkmalen. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/kita-betreuung-merkmale.html>

72 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK, 2024). Allgemeinbildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland - Statistik 2018 bis 2022. Sekretariat der KMK. <https://www.kmk.org/dokumentation-statistik/statistik/schulstatistik/allgemeinbildende-schulen-in-ganztagsform.html>

73 Wapp, K., & Schnabel, F. (2023). Gesund durch Gemeinschaft - Gemeinschaftsverpflegung im Kindergarten und ihre mehrdimensionalen Effekte auf die Gesundheit von Kindern. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18, 159-165. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00944-2>

74 Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH). Deutschland, wie es isst - Der BMLEH-Ernährungsreport 2025



für Seniorinnen und Senioren, Mittagstische) erreicht werden kann. Unter anderem können Pflegekassen in Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung einer gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Gemeinschaftsverpflegung unterstützen und beraten. Die Krankenkassen können beispielsweise Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden und Religionsgemeinschaften helfen, ihre Verpflegungsangebote für ältere oder ambulant gepflegte Menschen wie „offene“ Mittagstische oder Essen auf Rädern gesund und nachhaltig auszurichten. Etwa 6 Mio. Menschen sind pflegebedürftig, von denen etwa 5 Mio. im häuslichen Umfeld versorgt werden.⁷⁵ Eine gesundheitsförderliche, vollwertige und nachhaltige Gemeinschaftsverpflegung ist auch in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sinnvoll. Sie dient der Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen, der Vermeidung von Mangelernährung und kann auch allgemein zum Wohlbefinden sowie zum Einüben bzw. Erlernen gesunderhaltender Ernährungsmuster beitragen. Dies gilt insbesondere für die medizinische Rehabilitation, in der längere Aufenthalte (3-5 Wochen, ggf. bis 6 Monate) gegeben sind.⁷⁶

Ein gesamtgesellschaftlicher Kooperationsansatz kann wesentlich zur präventiven und gesundheitsförderlichen Gestaltung einer qualitätsorientierten Gemeinschaftsverpflegung in den verschiedenen Lebenswelten beitragen. Die Bündelung der zu diesem Handlungsfeld vorhandenen Trägerkompetenzen sowie Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungsträger und weiterer Partner machen es möglich, dass sowohl Gesundheitsrisiken minimiert (z. B. Verminderung von Übergewicht und Adiposi-

tas) als auch Gesundheitsressourcen gestärkt (z. B. Entwicklung ernährungsbezogener Handlungskompetenz), Sicherheit und Teilhabe gefördert sowie die Reduzierung der Inzidenz von chronischen ernährungsbedingten Erkrankungen erreicht werden kann.

Zur Förderung einer gesunden und nachhaltigen Gemeinschaftsverpflegung und gleichzeitig zur Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen bieten die von Wissenschaft und Praxis erarbeiteten Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) eine bewährte Grundlage. Im Hinblick auf Kitas und Schulen ist insbesondere die Expertise des Bundeszentrums Kita- und Schulverpflegung sowie der Vernetzungsstellen der Länder zu beachten.⁷⁷ Für die Gemeinschaftsverpflegung für Seniorinnen und Senioren stellen die Vernetzungsstellen Seniorenernährung entsprechende Expertise bereit.⁷⁸ Die Qualitätsstandards der DGE für die Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen, Betrieben, Kliniken sowie Senioreneinrichtungen helfen zugleich, die Klima- und Umweltbilanz zu verbessern.⁷⁹ Es wird empfohlen, diese Qualitätsstandards in den entsprechenden Lebenswelten flächendeckend zu implementieren. Regionalität und Saisonalität als Kriterien der Lebensmittelauswahl leisten zusätzlich einen Beitrag zum Klimaschutz, da somit energieintensive Transportwege und Lagerzeiten vermieden werden.

Die folgende Abbildung 3 stellt exemplarisch das Zusammenwirken verantwortlicher Partner für die Sicherstellung und Förderung einer qualitätsorientierten Gemeinschaftsverpflegung dar.

75 Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2025). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. BMG.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>

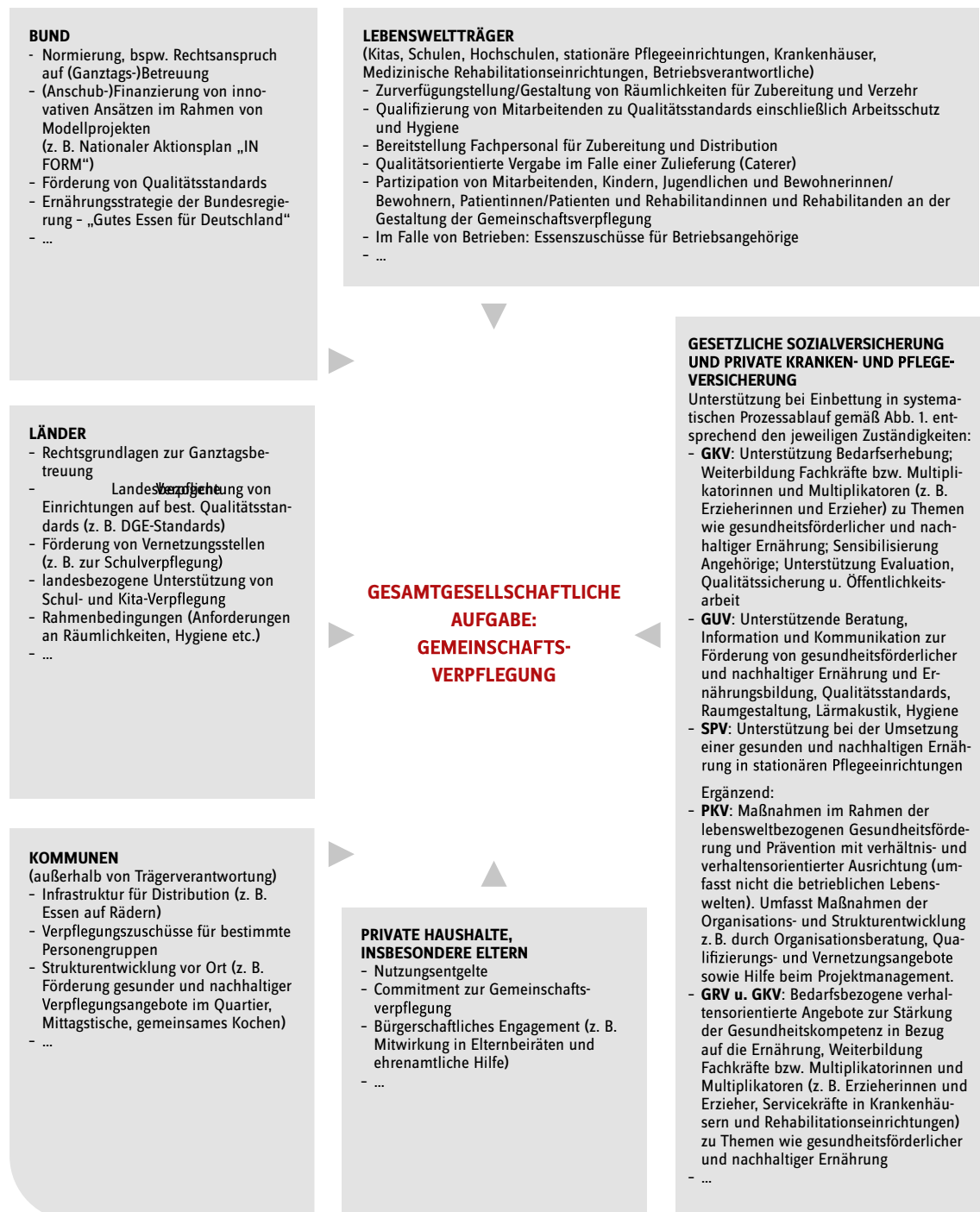
76 Hauner, H., Beyer-Reiners, E., Bischoff, G., Breidenassel, C., Ferschke, M., Gebhardt, A., Holzapfel, C., Lambeck, A., Meteling-Eeken, M., Paul, C., Rubin, D., Schütz, T., Volkert, D., Wechsler, J., Wolfram, G., & Adam, O. (2019). Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). Aktuelle Ernährungsmedizin, (44), 384-419.

77 Abrufbar unter: <https://www.gemeinsamgutessen.de> (Bundeszentrum Kita- und Schulverpflegung); Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung <https://www.gemeinsamgutessen.de/bundeslaender>.

78 Abrufbar unter: <https://www.in-form.de/ernaehrung/aeltere-menschen/senioreneinrichtung-und-essen-auf-raedern/vernetzungsstellen-seniorenernaehrung>

79 Die DGE-Qualitätsstandards für verschiedene Lebenswelten sind abrufbar unter: <https://www.dge.de/gemeinschaftsgastronomie/dge-qualitaetsstandards>

Abb. 3: Zusammenwirken verantwortlicher Partner zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten Gemeinschaftsverpflegung in Lebenswelten einschließlich Betrieben (exemplarische Darstellung)





3.4.2 BEWEGUNGSFÖRDERUNG

Regelmäßige körperliche Aktivität beugt einer Vielzahl nicht übertragbarer chronischer Erkrankungen vor. Darüber hinaus können das physische, psychische und soziale Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen verbessert werden. Bewegung mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von zweieinhalb Stunden pro Woche bei Erwachsenen⁸⁰ ist ein gesicherter gesundheitlicher Schutzfaktor. Insbesondere in Kindheit und Jugend fördert Bewegung die Entwicklung von personalen und sozialen Kompetenzen, vor allem kognitive und motorische Fähigkeiten sowie Risikokompetenz.^{81,82} Die Aktivitäten sollten dabei auf möglichst viele Tage der Woche verteilt sein. Der moderne Lebensstil der Menschen ist demgegenüber gekennzeichnet durch die Nutzung motorisierter Verkehrsmittel für Wege zu Kita, Schule, Hochschule und zum Arbeitsplatz, überwiegend sitzende Tätigkeiten während des Lernens und Arbeitens sowie eine intensive Nutzung elektronischer Geräte auch in der Freizeit. Weniger als die Hälfte der Erwachsenen und nur ein Viertel der Kinder und Jugendlichen bewegen sich – gemessen an nationalen und internationalen Bewegungsempfehlungen – in ausreichendem Umfang.⁸³

Die aktive Alltagsmobilität, zu Fuß oder mit dem Fahrrad, trägt nicht nur zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei, sondern hat auch Auswirkungen

auf Umwelt und Klima, weil der Verkehrssektor für 22 % aller Treibhausgasemissionen in Deutschland verantwortlich ist.⁸⁴ Im alltäglichen Mobilitätsverhalten liegen damit bedeutende Synergiepotenziale für die Kombination von Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Umwelt- und Klimaschutz. Eine Verlagerung vom motorisierten Individualverkehr auf den öffentlichen Nahverkehr, den Fuß- und Radverkehr sowie weitere Formen der Nahmobilität geht nicht nur mit der Verminderung beziehungsweise Vermeidung von CO₂-Emissionen einher, sondern hat auch weitere Vorteile in Bezug auf Flächenbedarf und -nutzung, Energiebedarf, Schadstoff- und Lärmbelastungen.⁸⁵ Klimaschutzmaßnahmen wie kommunale Mobilitätskonzepte, die aktive Alltagsmobilität wie das Zufußgehen und den Radverkehr fördern, oder die Anlage von schattenspendenden und CO₂ absorbierenden Grünflächen, wirken sich positiv auf die Gesundheit und die Umwelt aus.

Die Förderung von Bewegung im Alltag ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe über alle föderalen Ebenen und viele politische Ressorts hinweg. Wesentlichen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung haben insbesondere die Stadt- und Verkehrsplanung, das Straßenverkehrsrecht, die Umwelt-, Verkehrs-, Familien-, Bildungs-, Sport-, Sozial-, Gesundheits- und Finanzpolitik. In diesen Politikfeldern werden insbesondere die verhältnisbezogenen Rahmenbedingungen für die

80 World Health Organization (WHO, 2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

81 Singh, A. S., Saliassi, E., Van Den Berg, V., Uijtendewilligen, L., De Groot, R. H. M., Jolles, J., Andersen, L. B., Bailey, R., Chang, Y. K., Diamond, A., Ericsson, I., Etnier, J. L., Fedewa, A. L., Hillman, C. H., McMorris, T., Pesce, C., Pühse, U., Tomporowski, P. D., & Chinapaw, M. J. M. (2019). Effects of physical activity interventions on cognitive and academic performance in children and adolescents: A novel combination of a systematic review and recommendations from an expert panel. *British Journal of Sports Medicine*, 53(10), 640-647. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098136>

82 Utesch, T., Bardid, F., Büsch, D., & Strauss, B. (2019). The Relationship Between Motor Competence and Physical Fitness from Early Childhood to Early Adulthood: A Meta-Analysis. *Sports medicine*, 49(4), 541-551. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01068-y>

83 Tiemann, M. (2020). Mangelnde körperliche Aktivität – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_29-1

84 Umweltbundesamt (2025). Bausteine für einen klimaverträglichen Verkehr. https://www.umweltbundesamt.de/system/files/medien/366/dokumente/uba-bausteine_fuer_einen_klimavertraeglichen_verkehr_2025-03_0.pdf

85 Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU, 2020). Für eine entschlossene Umweltpolitik in Deutschland und Europa – Umweltgutachten 2020. SRU. https://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/01_Umweltgutachten/2016_2020/2020_Umweltgutachten_Entschlossene_Umweltpolitik.html

Ausübung regelmäßiger gesundheitsfördernder Bewegung und körperlicher Aktivität im Lebensalltag gestaltet.

Lebensstilbezogene Interventionen entfalten ihre Wirksamkeit auf das Bewegungsverhalten der Menschen auf der Grundlage der „Bewegungsverhältnisse“. Hierzu gehören eine auf das Gemeinwohl ausgerichtete Ausstattung der kommunalen Infrastruktur, insbesondere mit sicheren Verkehrswegen einschließlich eines attraktiven Netzes von Rad- und Fußwegen, ausreichend und gut erreichbare Grünflächen mit sauberer Luft, sicheren und bewegungsfreundlichen Spielplätzen und Schulhöfen sowie -wegen, Einrichtung von Schulstraßen, öffentlichen Parks und Bewegungsparcours sowie einer ausreichenden Anzahl von Sportplätzen, -hallen und Schwimmbädern. Dabei soll auch dem Aspekt der Barrierefreiheit Rechnung getragen werden.

Bund, Länder und Kommunen haben auch über die Verkehrsplanung hinaus große Einflussmöglichkeiten, um ein gesundes und klimafreundliches Mobilitätsverhalten der Bürgerinnen und Bürger zu fördern. Anreiz- und Unterstützungssysteme, die auch sozialen Ungleichheiten Rechnung tragen können sowie regionale Kontexte, Kapazitäten und Ressourcen berücksichtigen, können die Nutzung des öffentlichen Raums unterstützen. Auch Betriebe sowie (Bildungs-)Einrichtungen können eine klimaverträgliche und gesunde Mobilitätswahl fördern, indem sie beispielsweise betriebliches Mobilitätsverhalten und betriebliche Gesundheitsförderung synergetisch verknüpfen und Anreizsysteme schaffen. Damit finanzielle Anreize greifen können, müssen entsprechende klimafreundliche Alternativen bereit

gestellt, ausgebaut und gegebenenfalls miteinander verbunden werden. So könnten Unternehmen, wie in Frankreich, ab 100 Beschäftigten dazu verpflichtet werden, im Rahmen eines betrieblichen Mobilitätsmanagements umweltfreundliche und gesundheitsfördernde Arbeitswege zu unterstützen. Schulen leisten mit der Mobilitäts- und Verkehrsbildung einen wichtigen Beitrag, in dem sich Schülerinnen und Schüler mit den Auswirkungen des Verkehrs auf die Menschen und die Umwelt sowie mit der Entwicklung einer zukunftsfähigen Mobilität auseinandersetzen.⁸⁶

Maßnahmen zur Förderung von Bewegung im Alltag sind unter Nutzung der besten verfügbaren gesundheitswissenschaftlichen Evidenz am Bedarf, der Erreichbarkeit und den Umsetzungsmöglichkeiten der verschiedenen Zielgruppen auszurichten.⁸⁷ Die Partizipation der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung der verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen trägt wesentlich zur Akzeptanz und Wirksamkeit bei. Wie eine Verlagerung vom motorisierten Individualverkehr auf den Umweltverbund⁸⁸ gelingen kann und welche weiteren Handlungsmöglichkeiten bestehen, wird zum Beispiel detailliert vom Sachverständigenrat für Umweltfragen in dem Umweltgutachten „Für eine aktive und umweltfreundliche Stadtmobilität: Wandel ermöglichen“ aufgezeigt.⁸⁹

Für die unterschiedlichen Zielgruppen bestehen folgende prioritäre Aufgaben:

86 Empfehlung zur Mobilitäts- und Verkehrserziehung in der Schule, weitere Informationen abrufbar unter: <https://www.kmk.org>

87 Ebd. S. 75 ff.

88 Umweltverbund bezeichnet die Gruppe der umweltverträglichen Verkehrsmittel. Dazu zählen öffentliche Verkehrsmittel (Bahn, Bus, Taxi), nicht motorisierte Verkehrsträger (Fußgänger, private beziehungsweise öffentliche Fahrräder) sowie Carsharing und Mitfahrzentralen.

89 Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU, 2020). Für eine aktive und umweltfreundliche Stadtmobilität: Wandel ermöglichen. SRU. https://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/01_Umweltgutachten/2016_2020/2020_Umweltgutachten_Kap_06_Stadtmobilitaet.html



Kinder und Jugendliche:

- Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern zur Unterstützung der Bewegungsimpulse der Kinder im privaten und häuslichen Umfeld
- Förderung und Ermöglichung von Bewegung auch für Kinder mit Behinderungen in Kitas durch Zurverfügungstellung von Bewegungsräumen zur freien Gestaltung und Anleitung durch qualifizierte Fachkräfte
- Ausweitung der Bewegungszeit in Schulen (zusätzliche schulsportliche Angebote im Rahmen des Ganztagsausbaus in Grundschulen ab 2026, bewegte Pause, aktive Nachmittagsbetreuung) in Kombination mit verhältnisorientierten Interventionen (bewegungsfreundlicher Schulhof, bewegungsorientierter Schulweg)
- Kompetenzentwicklung des zur Bewegungsförderung eingesetzten pädagogischen Personals
- Förderung der Kooperation zwischen Schulen, Sportvereinen und -verbänden

Erwachsene:

- Bewegungsfreundliche Gestaltung von Arbeitsabläufen (z. B. Ermöglichung von Bewegungspausen)
- Bewegungsfreundliche Infrastruktur (z. B. Fahrradstellplätze, Sport- und Duschkmöglichkeiten im Betrieb, Kooperationen mit Vereinen und anderen Sportanbietern, Dienstradleasing)
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Form von Information und Anleitung zu gesundheitsförderlicher Bewegung im Beruf und in der Freizeit (z. B. Laufgruppen, gemeinsame Sportereignisse, Firmenlauf, Initiative „Stadtradeln“)
- Bewegungsfreundliche Arbeitswege

Ältere Menschen:

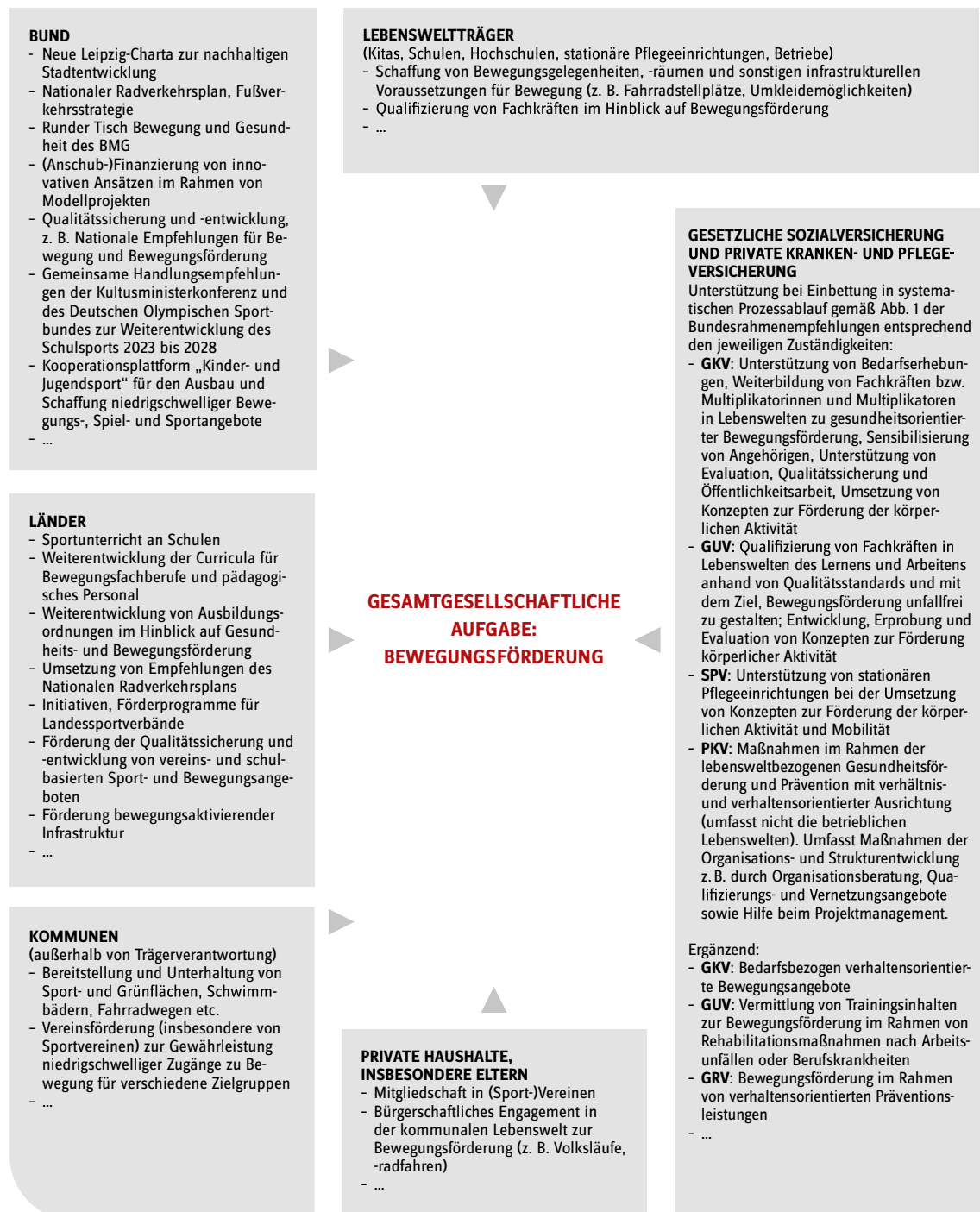
- Bewegungsberatungen und -programme mit sozialer Einbindung, insbesondere in der kommunalen Lebenswelt (Begegnungsstätten, Bewegungsparcours, Vereine)
- Bewegungsangebote für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesamte Bevölkerung:

- Mehrkomponentenprogramme mit massenmedialen Kampagnen, strukturell ausgerichteten Komponenten (z. B. attraktive und leicht zugängliche Sport- und Freizeitanlagen) sowie Bewegungsangebote und Motivationsstärkung (z. B. gemeinnützige Events, Anreize) in den unterschiedlichen Lebenswelten (Gemeinde, Betrieb, Bildungseinrichtungen, Einrichtungen der Freizeitgestaltung)

Abbildung 4 stellt exemplarisch die Beiträge der verschiedenen Verantwortlichen für eine qualitätsorientierte Bewegungsförderung dar.

Abb. 4: Zusammenwirken verantwortlicher Partner für Bewegungsförderung in Lebenswelten einschließlich Betrieben
(exemplarische Darstellung)





3.4.3 SUCHTPRÄVENTION

Suchtprävention dient der Vermeidung bzw. Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum, der Reduzierung des Konsums, der Frühintervention bei riskantem Konsum und der Verhütung einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (wie Alkohol, Tabak- und neuartige Nikotin- und Tabakprodukte, Medikamente, Cannabis, andere Drogen) sowie von Verhaltensweisen (z. B. pathologisches Glücksspiel oder pathologischer Internetgebrauch). Sie zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden vorzubeugen, die mit abhängigem (substanzgebundenem und substanzungebundenem) Verhalten einhergehen.^{90,91}

Suchtprävention umfasst verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen. Verhältnisbezogene Interventionen beeinflussen insbesondere die Verfügbarkeit, den Preis, die Produktgestaltung sowie die Werbemöglichkeiten für Suchtstoffe. Hierunter fallen gesetzgeberische Maßnahmen zum Jugendschutz (z. B. Altersgrenzen für den Verkauf von Tabak und Alkohol sowie den Besuch von Spielhallen), Arbeitsschutzvorschriften, die Besteuerung von Suchtstoffen, die äußere Gestaltung von Produkten, die Anbringung von Warnhinweisen darauf sowie die Regulierung von Werbung. Zur Verhältnisprävention zählen auch Interventionen, die mit dem Suchtmittelkonsum einhergehende Schäden für Dritte verhüten (z. B. Reduzierung der Passivrauchbelastung durch die Nichtraucherschutzgesetzgebung) bzw. gesunde und preiswerte Alternativen zum Suchtmittelkonsum (z. B. kostenfreies Leitungswasser, alkoholfreies Getränkeangebot in Kantinen sowie auf Betriebs- und Vereinsfeiern) bereitstellen. Verhaltenspräventive Maßnahmen beeinflussen die Nachfrageseite durch Stärkung von Lebenskompe-

tenzen und Resilienz durch Information, Aufklärung und Schulung u. a. über die Gefahren des Suchtmittelkonsums, pathologischen Glücksspiels bzw. Internetgebrauchs sowie Möglichkeiten zu deren Vermeidung.

Erfolgversprechende Suchtprävention kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen im Sinne eines Policy-Mix. Nur eine nachhaltig und ernsthaft betriebene „verhältnisbezogene Prävention schafft die Grundlage, auf der verhaltensbezogene Prävention epidemiologisch erst wirken kann“.

Zentrales Anliegen der Suchtprävention bei **Kindern und Jugendlichen** ist es, den Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen zu verhindern bzw. so lange wie möglich hinauszuzögern sowie riskantem und pathologischem Spielverhalten und pathologischem Internetgebrauch vorzubeugen. Hier kommt dem Jugendschutz und dem Jugendmedienschutz mit seinem verhältnispräventiven Fokus eine zentrale Rolle zu. Da der Einstieg in die Sucht durch Faktoren der sozialen Umgebung (wie Mangel an sozialen Kontakten, Zukunftsperspektiven, Stabilität, Milieukultur) beeinflusst wird, sind hier Interventionen bedeutsam, die auf junge Familien, Kitas, Schulen und Peergroups ausgerichtet sind. So haben z. B. Kinder aus Elternhäusern, in denen mindestens ein Elternteil raucht, ein höheres Risiko, selbst zu rauchen, als Gleichaltrige, deren Eltern nicht rauchen. Ähnliches gilt für den Alkoholkonsum. Präventive Maßnahmen zur Förderung der Gesundheits-, Sicherheits- sowie Erziehungs- und Beziehungskompetenz sind daher für junge und werdende Familien und in Lebenswelten, in denen Kinder, Jugendliche und ihre Eltern ohne Stigmatisierung erreicht werden können, besonders wichtig. Auch müssen Eltern über die Folgen des Substanzkonsums im Jugend

90 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS, 2014). DHS Grundsatzpapier: Suchtprävention. Stark für die Zukunft. DHS. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchtpraevention_in_Deutschland.pdf

91 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2025, heute BIÖG). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln. DOI: doi.org/10.17623/BZGA:Q3-DAS23-DE-1.0

alter informiert werden.⁹² werdende Eltern müssen stärker dafür sensibilisiert werden, welche Gefahren und irreversiblen Folgen aus einem Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft für ihr Kind entstehen können. Der Lebenswelt Schule kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu, da hier in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe, den Kranken- und Unfallversicherungsträgern sowie weiteren relevanten Akteuren gesunde Entwicklungsbedingungen für alle Schülerinnen und Schüler geschaffen werden können.

Im Fokus: Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

Kinder suchtkranker Eltern sind einer Vielzahl von Entwicklungsschwierigkeiten in ihren Familien ausgesetzt und bilden eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung eigener psychischer und suchtbbezogener Störungen. Häufig sind sie aufgrund der Erkrankung ihrer Eltern gezwungen, vorzeitig Verantwortung für sich selbst, ihre Eltern und ggf. Geschwisterkinder zu übernehmen. Sie erfahren oft unzureichende elterliche Fürsorge und emotionale Unterstützung und können sich nicht altersgerecht entwickeln. Säuglinge und Kleinkinder bilden eine besonders vulnerable Gruppe, da sie in besonderem Maße auf Eltern bzw. erwachsene Bezugspersonen angewiesen sind.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien zielen darauf ab, die Resilienz der betroffenen Kinder zu stärken, z. B. im Rahmen von Spielgruppen, Gesprächsangeboten, Einzel

beratungen sowie erlebnispädagogischen Angeboten. Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die von Suchtproblemen betroffenen Eltern selbst medizinische bzw. psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Auch die Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachpersonal in den Jugend-, Sozial- sowie Bildungseinrichtungen in Bezug auf die Problematik und Interventionsmöglichkeiten für Kinder aus suchtbelasteten Familien, einschließlich der Unterstützung interprofessioneller Netzwerke zum gesundheitlichen Jugendschutz, bilden hier wichtige Handlungsfelder.

Die Mehrzahl der **Erwachsenen** verbringt einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz. Betriebliche Suchtprävention bietet Chancen, Beschäftigte zu einem Verzicht auf bzw. verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln, Internet und Glücksspiel anzuregen. Interventionen können sich auch positiv auf private Lebenswelten des berufstätigen Menschen auswirken. Eine systematische betriebliche Suchtprävention bezieht die arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen und relevante Akteure mit ein.^{93, 94} Neben den betrieblichen Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schul- und Ausbildung⁹⁵ sind auch auf kommunaler Ebene Maßnahmen der Verhältnisprävention und niedrigschwellige Angebote der Verhaltensprävention notwendig. Sie sollten deshalb stets begleitend vorgesehen und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

92 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS, 2018). Rauschmittelkonsum im Jugendalter.

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Rauschmittelkonsum_im_Jugendalter.pdf

93 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV, 2019). DGUV Information 206-009, Suchtprävention in der Arbeitswelt. www.dguv.de, Webcode p206009

94 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS, 2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. DHS. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Handbuch_Qualitaetsstandards_BFREI.pdf

95 Präventionsprogramm „Jugend will sich-er-leben“ der gesetzlichen Unfallversicherung für Auszubildende sowie Berufsanfängerinnen und -anfänger. www.jwsl.de



Sucht betrifft auch **ältere Menschen jenseits der Erwerbsphase**. Neben den bereits benannten substanzgebundenen und -ungebundenen Suchtproblematiken können insbesondere ältere Menschen auch vom problematischen Gebrauch von Medikamenten betroffen sein. Wichtig ist hier die Sensibilisierung der niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, über die die Verschreibung von Medikamenten erfolgt. Präventive Maßnahmen sollten Fähigkeiten älterer Menschen mobilisieren, sich ggf. mit therapeutischer Unterstützung von der Sucht zu lösen bzw. nicht mehr zu Suchtmitteln zu greifen. Für Personen mit Hilfs- und Pflegebedarf spielt auch Sensibilisierung und Schulung von Angehörigen sowie von in der Pflege tätigen Personen in Bezug auf problematischen Medikamentengebrauch eine wichtige Rolle. Suchtprävention im Alter erfordert ebenso effektive intersektorale Kooperation von Alten- und Suchtthilfe, um maßgeschneiderte Interventionen zur Förderung von Gesundheit, Resilienz und Teilhabe älterer Menschen umzusetzen.^{96,97}

Unter den Abhängigkeit erzeugenden Substanzen mit hohem gesundheitlichen Schadenspotenzial werden Alkohol und Tabak in Deutschland am häufigsten konsumiert.⁹⁸ Die Reduzierung des Konsums von Tabak und von Alkohol in Zusammenarbeit von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie weiteren Akteuren bilden wichtige nationale Gesundheitsziele.⁹⁹

Im Folgenden werden die hierfür im Bereich der Prävention bestehenden Aufgaben dargestellt.

Prävention des Tabak- und Nikotinkonsums

Rauchen ist das relevanteste einzelne Gesundheitsrisiko und die häufigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Schätzungsweise 127.000 Menschen in Deutschland sterben jährlich an den Folgen ihres Tabakkonsums.¹⁰⁰ Die Anstrengungen zur Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums müssen daher fortgesetzt und verstärkt werden. Hierbei sollte an die bisherigen Erfolge entsprechender Tabakkontrollpolitik angeknüpft werden.

So wurden die Steuersätze für Tabakprodukte deutlich angehoben; durch Änderung des Jugendschutzgesetzes wurde die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakprodukten von 16 auf 18 Jahre erhöht. Der Nichtraucherschutz wurde durch das Bundesnichtraucherschutzgesetz und die - unterschiedlich strengen - Nichtraucherschutzgesetze in den Ländern verbessert. Präventionskampagnen auf Bundes- und Landesebene sowie kommunale Aktivitäten für eine rauchfreie Umgebung haben ebenfalls zur Reduzierung des Tabakkonsums beigetragen. Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs sieht ein umfassendes Werbeverbot im Rahmen eines Verfassungsvorbehalts vor. Im Juli 2020 hat der Deutsche Bundestag ein Verbot der bisher in Deutschland noch gestatteten Außenwerbung für Tabakerzeugnisse einschließlich Tabakerhitzern und E-Zigaretten beschlossen, das ab 2022 schrittweise in Kraft getreten ist. Zudem verfolgt das Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. das Ziel, Maßnahmen zur Eindämmung der Gesundheitsgefahren durch

96 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS, 2015). Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. DHS. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf

97 GKV-Spitzenverband (GKV-SV, 2017). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei älteren Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz - Ergebnisbericht. GKV-SV. https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/AeltereM_Grill_2017.pdf

98 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit. (BMG, 2019). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2019. BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/drogen-und-suchtbericht-2019>

99 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG, 2019). Nationale Gesundheitsziele. GVG. <http://www.gesundheitsziele.de>

100 Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (BMG-D, 2024). Tabak und Nikotin. BMG-D. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/suchtstoffe-und-suchtformen/nikotin>

das Rauchen und Passivrauchen auf politischer Ebene anzuregen. Eine Erhöhung der Tabaksteuer, das Verbot von Sponsoring und Marketing für Tabak- und Nikotinprodukte sowie kostenfreie Angebote der Tabak- und Nikotinentwöhnung sind u. a. Forderungen des Bündnisses, in dem zwanzig bundesweit tätige Gesundheitsorganisationen vertreten sind. Ferner wurde die Werbung für Tabakerzeugnisse im Kino auf Filme mit einer Altersfreigabe ab 18 Jahren eingeschränkt. Werbung für E-Zigaretten und Tabakerhitzer in den Sozialen Medien ist jedoch weit verbreitet, in der Regel nicht gekennzeichnet, und erreicht vor allem junge Nutzerinnen und Nutzer¹⁰¹. Ein Rauchverbot in Autos würde mitfahrende Kinder und schwangere Frauen vor Passivrauch schützen. Staaten wie Großbritannien, Italien, Griechenland, Österreich oder Frankreich haben bereits Rauchverbote in Autos eingeführt, wenn Minderjährige mitfahren. Zudem sieht auf europäischer Ebene die Empfehlung des Rates vom 3. Dezember 2024 vor, dass die Rauchverbote auf wichtige Außenbereiche ausgeweitet werden sollen, um die Bevölkerung besser zu schützen.¹⁰²

Nicht nur langjährig bekannte Tabakprodukte wie Zigaretten, sondern auch neuartige Nikotin- und Tabakprodukte (z. B. Tabakerhitzer, E-Zigaretten, Nikotinbeutel zum oralen Gebrauch) haben ein hohes Suchtpotenzial.¹⁰³ Zudem ist auch der Konsum der neuartigen Nikotin- und Tabakprodukte mit gesund

heitlichen Risiken verbunden: Sie begünstigen den Einstieg in den Tabakkonsum und erhöhen das Rückfallrisiko.¹⁰⁴

Für die Verhinderung eines Einstiegs in den Tabak- und Nikotinkonsum haben neben dem Gesetzgeber auch Träger von Lebenswelten durch Beachtung des Jugendschutzes, Eltern durch ihr Vorbild- und Erziehungsverhalten sowie das weitere soziale Umfeld eine hohe Verantwortung.

Prävention des Alkoholkonsums

Deutschland gehört mit ca. 10 Litern Reinalkohol pro Kopf und Jahr zu den Hochkonsumländern in der EU. Übermäßiger Alkoholkonsum bildet einen der wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit, medizinische Behandlungen, Unfälle, Kriminalität und weitere soziale Probleme. Präventionspolitisch besonders beunruhigend ist der Anteil von 30,8 % der sehr jungen Altersgruppe der 12- bis 13-Jährigen, die bereits einmal im Leben Alkohol konsumiert haben¹⁰⁵, der hohe Anteil mit Erstkonsum unter den 11- bis 17-Jährigen von 52 %¹⁰⁶ und die hohe Zahl von 11.500 Krankenhausbehandlungen pro Jahr aufgrund akuter Alkoholvergiftung bei den unter 20-Jährigen.¹⁰⁷

Der Bund hat eine verpflichtende Alterskontrolle beim Alkoholverkauf sowie eine Null-Promillegrenze

101 Studie zur „Medienbeobachtung: Werbung für Tabak, verwandte Produkte und Alkohol in Sozialen Medien“, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/medienbeobachtung-werbung-fuer-tabak-verwandte-produkte-und-alkohol-in-sozialen-medien.html>

102 Proposal for a Council Recommendation on smoke and aerosol-free environments. Abrufbar unter: https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-council-recommendation-smoke-and-aerosol-free-environments_en

103 Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz, 2015). Gesundheitsrisiko Nikotin. Fakten zum Rauchen. https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/FzR/FzR_2015_Gesundheitsrisiko-Nikotin.pdf

104 World Health Organization (WHO, 2019). WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>

105 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2025, heute BIÖG). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln
DOI: doi.org/10.17623/BZGA:Q3-DAS23-DE-1.0

106 Zeiher, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T., & Kuntz, B. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 23-44. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5690>

107 Zahlen des Statistischen Bundesamts über die Klinikbehandlungen junger Menschen wegen Alkoholmissbrauch. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/11/PD23_N060_23.html



für die Dauer der Probezeit von Fahranfängerinnen und Fahranfängern eingeführt. Bundesweite Mehrebenen-Kampagnen wie z. B. „Alkohol? Kenn dein Limit.“¹⁰⁸ vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit dienen der Sensibilisierung der Bevölkerung. Die Bundesländer können z. B. über die Beschränkung der Verkaufszeiten für Alkoholika Einfluss auf den Alkoholverbrauch nehmen. Die Aufgaben der Kommunen bestehen in der Umsetzung des Jugendschutzes, insbesondere auch durch die Überwachung des Gaststätten- und Ordnungsrechts. Auf kommunaler Ebene sind an Jugendliche gerichtete Maßnahmen der Suchtprävention sinnvoll. Bewährt haben sich kombinierte Ansätze einer zugleich verhältnis- und verhaltensbezogenen Präventionsarbeit mit Vernetzung und zielgerichteter Zusammenarbeit aller zuständigen und verantwortlichen Personen. Kommunal verankerte verhältnisbezogene Aktivitäten mit dem Ziel, schädlichen Alkoholkonsum und Alkoholexzesse im Vorfeld zu verhindern, umfassen die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes auf Veranstaltungen, in der Gastronomie und im Einzelhandel sowie eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung, u. a. mit dem Ziel einer erhöhten Verantwortung und Vorbildfunktion von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol.

Gesamtgesellschaftliches Vorgehen

Für die Suchtprävention stehen der Gesetzgeber, die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen, Sozialversicherungsträger und Träger der Wohlfahrtspflege sowie zivilgesellschaftliche Organisationen in der Verantwortung. Auch die privaten Krankenversicherungen übernehmen Verantwortung. Die Vielfalt der Zuständigkeiten und des Engagements unterstreicht den Bedarf für eine enge Kooperation. Die Vernetzung von Fachkräften der Jugendhilfe-, Sozial- und Psychiatrieplanung sowie der Suchthilfeplanung kann sich beispielsweise positiv auf die sozialen, gesundheitsfördernden Strukturen für Kinder und Jugendliche in ihren Lebenswelten auswirken. Suchtprävention erfordert auch eine gesicherte Finanzierung auf allen Ebenen der Verantwortlichkeiten in den Lebenswelten. Die Sozialversicherungsträger und privaten Krankenversicherungen unterstützen die Träger von Lebenswelten, einschließlich der Betriebe, durch möglichst kombinierte verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote im Rahmen eines systematischen Prozesses. Eingebettet in einen gesamtgesellschaftlichen Kooperationsansatz können Angebote der Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherungen zur Förderung intersektoraler Zusammenarbeit, Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit in der Suchtprävention beitragen.

¹⁰⁸ Programme zur Gestaltung suchtpreventiver Lebenswelten im Rahmen der Mehrebenen-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ werden durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unterstützt.

Wesentliche Qualitätsmerkmale von kommunalen Aktivitäten der Suchtprävention enthalten die Bewertungskriterien des Wettbewerbs „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“. Positiv bewertet wurden darin u. a. Projekte, die:

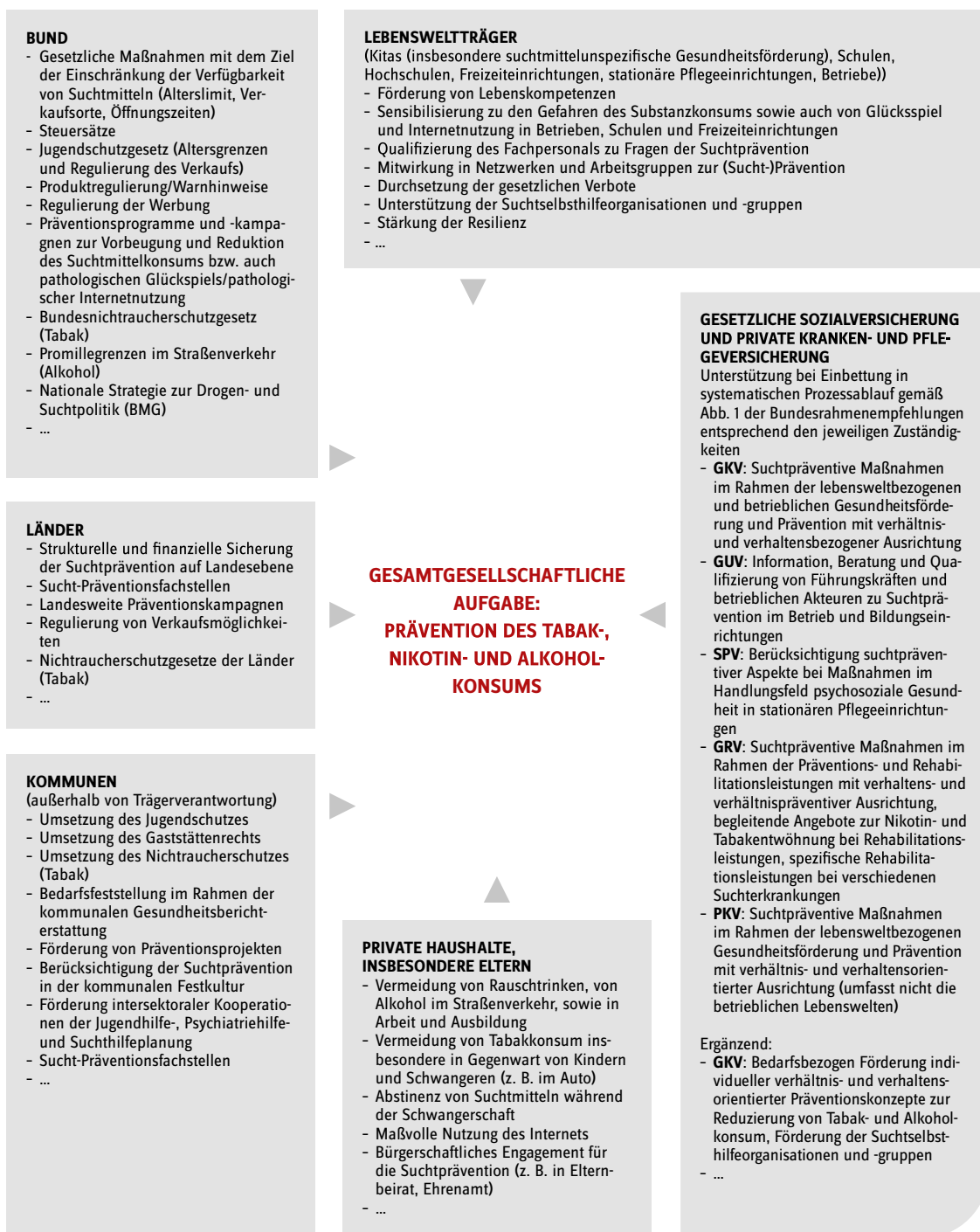
- „in eine Gesamtkonzeption zur kommunalen Suchtprävention eingebunden sind,
- eine Ausgangs- und Bedarfsanalyse erstellt haben,
- Ziele detailliert festgelegt haben,
- Instrumente des Qualitätsmanagements und der Evaluation einsetzen,
- verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombinieren,
- die Zielgruppen partizipativ in Konzeption und Umsetzung einbeziehen,
- eine verbindlich vereinbarte Vernetzung und Kooperation von verschiedenen Akteuren umfassen,
- kommunale Einflussmöglichkeiten bei der Suchtprävention optimal ausnutzen,
- eine langfristige und nachhaltige Implementation der suchtpreventiven Maßnahmen und Projekte in der Kommune vorsehen und umsetzen,
- auf der kommunalpolitischen Ebene verankert sind und von dieser unterstützt werden,
- einen Transfer in andere Kommunen leisten.“¹⁰⁹

Die stimmberechtigten Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz empfehlen eine Orientierung an diesen Merkmalen für eine nachhaltige und qualitätsorientierte Suchtprävention.

109 Deutsches Institut für Urbanistik. (difu, 2016). 7. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ - Innovative Suchtprävention vor Ort. difu: <https://difu.de/publikationen/2016/7-bundeswettbewerb-vorbildliche-strategien-kommunaler-suchtpraevention>

Abb. 5: Zusammenwirken verantwortlicher Partner für Prävention des Tabak-, Nikotin- und Alkoholkonsums in Lebenswelten einschließlich Betrieben

(exemplarische Darstellung)



3.4.4 HITZESCHUTZ

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet den Klimawandel als die größte Bedrohung für die Gesundheit, der sich die Menschheit im 21. Jahrhundert gegenüber sieht.¹¹⁰ Zu den größten klimawandelbedingten Gesundheitsgefahren in Deutschland und weltweit zählen insbesondere die häufigeren und länger anhaltenden Hitze- beziehungsweise Trockenperioden. Gesundheitlich besonders problematisch sind länger andauernde Hitzeperioden ohne ausreichende Abkühlung während der Nachtstunden. Hitze wirkt sich durch die Überlastung des körpereigenen Kühlmechanismus unter anderem auf das Herz-Kreislauf-System aus. Hitzeerkrankungen wie Schwindel, Kopfschmerzen und Erschöpfung bis hin zum Hitzekollaps und lebensbedrohlichen Hitzschlag können die Folge sein. Ferner droht Dehydrierung, wenn die Flüssigkeitsaufnahme nicht dem erhöhten Bedarf angepasst wird.¹¹¹ Längere und intensivere Hitzeperioden gehen auch mit einer erhöhten UV-Exposition, einem damit verbundenen steigenden Hautkrebsrisiko sowie höheren bodennahen Ozonwerten und einer stärkeren Belastung mit Luftschadstoffen wie Feinstaub einher.¹¹² Hitze verschlechtert zudem die Immunabwehr, führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen, kann Aggressivität fördern¹¹³ und steht im Zusammenhang mit einer höheren Suizidrate.¹¹⁴ In der Arbeitswelt kann Hitze zu einer geringeren Produktivität, Konzentrations-

und körperlichen Leistungsfähigkeit führen und erhöht somit das Risiko von Arbeitsunfällen.¹¹⁵ Eine Studie aus der Schweiz geht beispielsweise von einer um 7,4 % erhöhten Zahl an Arbeitsunfällen an Hitzetagen mit über 30 Grad Celsius aus.¹¹⁶ Vor diesem Hintergrund gewinnen präventive Maßnahmen und Strategien zum Schutz vor Hitze an Bedeutung.

Eine Möglichkeit, intersektoral und koordiniert Hitzeschutzmaßnahmen umzusetzen, sind kommunale oder einrichtungsspezifische Hitzeaktionspläne. Diese beinhalten kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Ziel ist es, unter anderem die Bevölkerung durch Risikokommunikation und die Förderung von klimangepasstem Verhalten zu sensibilisieren, um negative gesundheitliche Auswirkungen und die hitzebedingte Morbidität und Mortalität insbesondere vulnerabler Gruppen zu senken. Auch immer mehr Betriebe stellen Hitzeaktionspläne auf, um die Beschäftigten zu sensibilisieren und zu schützen. Dies gilt sowohl für Arbeiten in Gebäuden als auch im Freien, z. B. im Straßenbau. Hitzeschutzpläne in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern tragen dazu bei, hitzebedingte Gesundheitsrisiken für Bewohnerinnen und Bewohner, Patientinnen und Patienten sowie das dort tätige Personal zu minimieren. Für die Umsetzung von Hitzeaktionsplänen kann der Zusammenschluss zu Hitzeschutzbündnissen hilfreich sein. Eine routinemäßige Evaluation von Hitzeaktionsplänen

110 World Health Organization (WHO, 2021). COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/346168>

111 Ebi, K. L., Capon, A., Berry, P., Broderick, C., de Dear, R., Havenith, G., Honda, Y., Kovats, R. S., Ma, W., Malik, A., Morris, N. B., Nybo, L., Seneviratne, S. I., Vanos, J., & Jay, O. (2021). Hot weather and heat extremes: health risks. *Lancet*, 398(10301), 698-708. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01208-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01208-3)

112 Bunz, M., & Mücke, H. G. (2017). Klimawandel – physische und psychische Folgen. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 632-639. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2548-3>

113 Van Susteren, L., & Al-Delaimy, W. K. (2020). Psychological Impacts of Climate Change and Recommendations. In: Al-Delaimy, W., Ramanathan, V., Sánchez Sorondo, M. (Hrsg.) *Health of People, Health of Planet and Our Responsibility*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-31125-4_14

114 Gebhardt, N., van Bronswijk, K., Bunz, M., Müller, T., Niessen, P., & Nikendei, C. (2023). Scoping Review zu Klimawandel und psychischer Gesundheit in Deutschland – Direkte und indirekte Auswirkungen, vulnerable Gruppen, Resilienzfaktoren. *Journal of Health Monitoring*, 8(S4), 132-161. <https://doi.org/10.25646/11650>

115 Bauer, S., Bux, K., Dieterich, F., Gabriel, K., Kienast, C., Klar, S., & Alexander, T. (2022). Klimawandel und Arbeitsschutz. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). 5-108. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20220601>

116 Drescher, K., & Janzen, B. (2023). When weather wounds workers: The impact of temperature on workplace accidents, BGPE Discussion Paper.

dient der kontinuierlichen Verbesserung der ergriffenen Maßnahmen und erfordert die Erfassung von hitzebedingter Mortalität und Morbidität sowie die Dokumentation der erfolgten Maßnahmen.

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich dafür ausgesprochen, dass alle Kommunen sektor- und fachübergreifend bis 2025 Hitzeaktionspläne in Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren wie den Pflegediensten, dem ambulanten und stationären Versorgungssektor, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den Krankenkassen erarbeiten.^{117, 118} Für deren Umsetzung hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesministeriums für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMUKN) Handlungsempfehlungen für die Hitzeaktionsplanung erarbeitet.¹¹⁹ Diese basieren auf den Empfehlungen der WHO,¹²⁰ die an die deutschen Verhältnisse angepasst wurden. Viele Maßnahmen zum Schutz vor Hitze entfalten zugleich eine Schutzwirkung gegenüber UV-Strahlung, weshalb die Handlungsempfehlungen auch Maßnahmen zur Reduzierung der UV-Belastung beinhalten. In jeder Kommune soll demnach entsprechend den Handlungsempfehlungen bei der Kreisgesundheitsbehörde bzw. dem städtischen Gesundheitsamt eine Koordinierungsstelle zur Hitzeaktionsplanung geschaffen und, wenn möglich, in bestehende Strukturen (z. B. Gesundheitsplanung, kommunale Gesundheitskon-

ferenz) integriert werden. Dort erfolgt die koordinierte Zusammenarbeit von Vertretungen relevanter Akteure wie Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Rettungsdiensten, Feuerwehren, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Wohlfahrts- und Hilfsorganisationen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und bürgerschaftlichen Netzwerken (z. B. Vereine, Stadtteilcafés und Nachbarschaftszentren). Ziel ist es, möglichst schnell die Menschen vor Ort und insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen zu erreichen und zu schützen. Ein Ineinandergreifen mit den Schutzmaßnahmen für Beschäftigte ist notwendig und sollte über institutionelle oder einrichtungsbezogene Hitzeaktionspläne erfolgen. Die kommunale Koordinierungsstelle kann im Falle bevorstehender Hitzeereignisse¹²¹ Hinweise zum Verhalten und zur Kühlung von Innenräumen auf zuvor abgestimmten Kommunikationswegen herausgeben. Hitzeaktionspläne in Unternehmen und Betrieben¹²² werden im Idealfall im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung erstellt. Grundlagen für Arbeitsplätze in Innenräumen sind die Arbeitsstättenregeln (ASR) A3.5 und A3.4.¹²³ Für Arbeiten im Freien und in nicht allseits umschlossenen Arbeitsstätten kann eine entsprechende Empfehlung des Ausschusses für Arbeitsstätten (ASTA)¹²⁴ herangezogen werden. Den zukünftigen Herausforderungen des Klimawandels für den Arbeitsschutz widmet sich ein Bericht der

117 Auch in kreisangehörigen Kommunen sind Hitzeaktions- und Notfallpläne sinnvoll.

118 Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz 30.09.2020 - 01.10.2020. Der Klimawandel - eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen. Abrufbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?jahr=2020>

119 Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (GAK) (2017). Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt, 60, 662-672. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2554-5>

120 World Health Organization (WHO, 2008). Heat-health action plans: guidance. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289071918>

121 Grenzwerte entsprechend dem Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes (DWD): Warnstufe I (Starke Wärmebelastung) - gefühlte Temperatur an zwei Tagen hintereinander über 32°C, geringe nächtliche Abkühlung; Warnstufe II (Extreme Wärmebelastung) - gefühlte Temperatur über 38°C am frühen Nachmittag.

122 Zum Beispiel stellt die Berufsgenossenschaft für Bauwirtschaft (BG BAU) Unternehmen der Bauwirtschaft Hitzeaktionspläne und weitere Informationen bereit (siehe <https://www.bgbau.de/meldung/hitzeaktionsplaene>).

123 Die DGUV stellt entsprechende Informationen auf ihrer Internetseite unter <https://www.dguv.de/de/praevention/klimawandel/hitze-und-trockenheit> bereit.

124 Empfehlung „Beurteilung der Gefährdung durch Hitze und Maßnahmen an Arbeitsplätzen in nicht allseits umschlossenen Arbeitsstätten und an Arbeitsplätzen im Freien“ des Ausschusses für Arbeitsstätten (ASTA) unter <https://www.baua.de/DE/Die-BAuA/Aufgaben/Geschaeftsfuehrung-von-Ausschuessen/ASTA/Empfehlungen>.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).¹²⁵

Hitzeperioden betreffen die gesamte Bevölkerung, insbesondere jedoch Personen, die der Hitze in Kombination mit schwerer Körperarbeit ausgesetzt sind, Menschen in belastenden Wohnsituationen, wohnungslose Menschen, Menschen mit psychischen oder chronischen Erkrankungen und Schwangere. Auch Kleinkinder, Säuglinge und Ungeborene sind betroffen, da sich ihre Körpertemperatur schneller erhöht, und sie selbst keine Strategien zum Schutz vor Hitze anwenden können.¹²⁶ Zudem sind Personen über 65 Jahre, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen, welche von der Versorgung durch Betreuungspersonen abhängig sind, gegenüber Hitze besonders vulnerabel. Für Risikogruppen sollten zielgruppenspezifische Maßnahmen zum Schutz vor Hitze im Hinblick auf Flüssigkeitsversorgung, Ernährung, Bewegung und Medikation mit konkreten Betreuungsmaßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden. Dabei sind auf Bundesebene bereits bestehende Konzepte sowie Rahmenvorgaben zu berücksichtigen. Eine Orientierung für die Prävention von hitzebedingten Gesundheitsrisiken bei unterschiedlichen Zielgruppen bietet die WHO.¹²⁷

Sinnvoll sind auch einrichtungsbezogene Maßnahmenpläne. In stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Reha-Kliniken sowie Bildungsein-

richtungen ist das Abwenden hitzebedingter Risiken besonders relevant und erfordert die Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals. Die Maßnahmen sollten partizipativ entwickelt werden und den Aufbau oder die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen beinhalten. Der Qualitätsausschuss Pflege hat dazu bundeseinheitliche Empfehlungen zum Einsatz von Hitzeaktionsplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten vorgelegt.¹²⁸ Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser herausgegeben,¹²⁹ der sich an den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Hitzeschutz Berlin orientiert, das Musterhitzeschutzpläne für verschiedene Einrichtungen auf seiner Internetseite veröffentlicht hat.¹³⁰

Hitzeaktionspläne sollten auch längerfristig wirkende gebäudebezogene (z. B. Thermoverglasung, Außenjalousie, Fassadenbegrünung) und städtebauliche (z. B. schattenspendende Grünanlagen, Entsiegelungen) Maßnahmen enthalten mit dem Ziel der Stadtklimaregulierung.

Die Prävention hitzebedingter Gesundheitsgefahren beinhaltet neben gesellschaftlichen Anpassungen an die häufiger auftretenden und länger andauernden Hitzeperioden (Klimaanpassung) auch, die Erd erwärmung zu begrenzen und die Auswirkungen des Klimawandels abzumildern (Klimaschutz). Sowohl die Anpassung an den Klimawandel als auch der Klimaschutz sind eine gesamtgesellschaftliche Auf-

125 Bauer, S., Bux, K., Dieterich, F., Gabriel, K., Kienast, C., Klar, S., & Alexander T. (2022). Klimawandel und Arbeitsschutz. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). 1-108. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd108>

126 Niebuhr, D., & Henny, A. G. (2021). Hitzeextreme als Risiko für Frühgeburten und Totgeburten. *Public Health Forum*. 29 (2), 128-130. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0014>

127 World Health Organization (WHO, 2019). Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden: neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341625/WHO-EURO-2021-2510-42266-58732-ger.pdf?sequence=1>

128 Qualitätsausschuss Pflege (2024). Bundeseinheitliche Empfehlung des Qualitätsausschusses Pflege zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten. Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege. 1-12. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2024/05/Bundeseinheitliche-Empfehlung-zum-Einsatz-von-Hitzeschutzplaenen-gem.-5113b-Abs.-4-Satz-3-SGB-XI.pdf>

129 Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2024). Bundesempfehlung: Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser. BMG, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/Musterhitzeschutzplan_Krankenhaeuser_BF.pdf

130 Die Musterhitzeschutzpläne des Aktionsbündnisses Hitzeschutz Berlin sind abrufbar unter: <https://hitzeschutz-berlin.de/hitzeschutzplaene>



gabe, die sowohl Maßnahmen von Personen und Betrieben als auch auf der politischen und globalen Ebene erfordern.¹³¹ Auf der politischen Ebene bildet das Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KANg; BGBl. 2023 I Nr. 393 vom 22.12.2023) den strategischen Rahmen für Anpassungen an den Klimawandel in Bund, Ländern und Kommunen, für Klimaschutz gilt weiterhin das Bundes-Klimaschutzgesetz (KSG).

Auch die Implementierung von kommunalen Hitzeaktionsplänen benötigt eine interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit. Der Hitzeschutzplan für Gesundheit wurde im Juli 2023 vom BMG veröffentlicht und veranschaulicht, wie eine sektorale Verzahnung im Gesundheitswesen gelingen kann.¹³² Das Zentrum Klima-Anpassung (ZKA), das 2021 vom Bundesministerium für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMUKN) geschaffen wurde, bietet Unterstützung in der Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz vor Hitze, indem es Kommunen berät und vernetzt.¹³³ Zudem stellt das BMUKN den Ratgeber „Den Klimawandel gesund meistern - Tipps für heiße Tage“ zur Verfügung, der Tipps gegen sommerliche Hitze im Allgemeinen, am Arbeitsplatz und Hilfestellung für besonders betroffene Gruppen gibt.¹³⁴ Auch das Hitzeservice-Portal für Kommunen bietet Unterstützung bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen.¹³⁵ Darüber hinaus sensibilisiert das Informationsportal „Klima

Mensch Gesundheit“ des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit für die Themen Hitze, UV-Strahlung und Allergien im Zusammenhang mit dem Klimawandel.¹³⁶ Empfehlungen zum Schutz vor Hitze bietet auch der „Hitzeknigge“¹³⁷, eine Broschüre des Umweltbundesamts für Kommunen und Unternehmen, die konkrete Hilfen für die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Gruppen aufzeigt. Für den organisierten Sport stellen das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesamt für Strahlenschutz praxisorientierte Empfehlungen zum Hitze- und UV-Schutz bereit.^{138, 139} Das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) hat Handlungsempfehlungen zu Hitzeschutz und Hitzevorsorge in der Stadtentwicklung und im Bauwesen erarbeitet.¹⁴⁰

131 Windemuth, D., Schmid, H., Portuné, R., Nöthen-Garunja, I., Klesper, G. Harth, U., & Edelhäuser, S. (2023). „Man müsste eigentlich viel mehr tun“ - Klimawandel und Handlungsoptionen in einem komplexen Feld, DGUV Forum, 1-2, 55-60.

132 Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2023). Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMG. BMG. 1-9. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/BMG_Hitzeschutzplan.pdf

133 Die Internetseite des Zentrums für Klimaanpassung ist abrufbar unter: <https://zentrum-klimaanpassung.de>

134 Bundesministerium für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMUKN, 2022). Den Klimawandel gesund meistern. Tipps für heiße Tage. Berlin: <https://www.bundesumweltministerium.de/PU644>

135 Das Hitzeservice-Portal ist abrufbar unter: <https://hitzeservice.de>

136 Das Informationsportal ist abrufbar unter: <https://www.klima-mensch-gesundheit.de>

137 Umweltbundesamt (UBA, 2021). Der Hitzeknigge - Tipps für das richtige Verhalten bei Hitze. UBA. <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/hitzeknigge>

138 Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2025). Musterhitzeschutzplan für den organisierten Sport. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/Bundesempfehlung_Musterhitzeschutzplan_Sport_BMG_Layout_bf.pdf

139 Bundesamt für Strahlenschutz (BfS, 2025). Praxistipps zum UV-Schutz. Maßnahmen für Sportvereine. Salzgitter. https://www.bfs.de/SharedDocs/Downloads/BfS/DE/broschueren/opt/praxistipps-uvschutz-vereine.pdf?__blob=publicationFile&v=3

140 Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB, 2024) Hitzeschutz. Eine Handlungsstrategie für die Stadtentwicklung und das Bauwesen. Berlin: https://www.bmwsb.bund.de/DE/stadtentwicklung/klimagerechte-stadtentwicklung/hitzeschutz/hitzeschutz_node.html

Abb. 6: Zusammenwirken verantwortlicher Partner zum Schutz vor Hitze in Lebenswelten einschließlich Betriebe

(exemplarische Darstellung)





4. Dokumentations- und Berichtspflichten

Die NPK erstellt im vierjährigen Turnus einen Präventionsbericht, erstmals zum 1. Juli 2019. Mit dem Präventionsbericht wird Transparenz über die von den unterschiedlichen Verantwortlichen für Gesundheitsförderung und Prävention erbrachten Leistungen, die Erfahrungen bei der Erreichung der gemeinsamen Ziele und bei der Zusammenarbeit sowie über die gesundheitliche Lage hinsichtlich Präventionsbedarfen und -potenzialen in der Bevölkerung geschaffen. Hierzu berichten die von den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK vertretenen Organisationen datengestützt auf der Grundlage dieser Bundesrahmenempfehlungen insbesondere über

- die angesprochenen Zielgruppen einschließlich der Zahl erreichter Personen,
- die genutzten Zugangswege (Lebenswelten),
- die Erfahrungen mit der Qualitätssicherung,
- die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung der Leistungen und
- die Höhe der jeweiligen Ausgaben für die Leistungen der Träger im Rahmen der Präventionsstrategie.

Alle erforderlichen Angaben zu den genannten Merkmalen werden in trägerübergreifend abgestimmter Form der jeweiligen gesetzlichen Spitzenorganisation bzw. dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. zur Verfügung gestellt.

Der Präventionsbericht dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf. Damit bietet er eine Basis für die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Leistungen hinsichtlich Effektivität und Effizienz, u. a. auch unter dem Gesichtspunkt des Beitrags der NPK-Träger zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, die sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren.

Die Träger der NPK laden alle von den NPK-Mitgliedern mit beratender Stimme vertretenen Organisationen ein, ebenfalls Angaben zu den von ihren Mitgliedsorganisationen bzw. nachgeordneten Stellen erbrachten Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen in den Präventionsbericht einzubringen. Für den Präventionsbericht werden ferner die Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts herangezogen. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen.



5. Schlussbestimmungen

Die Bundesrahmenempfehlungen sind erstmalig am 19. Februar 2016 in Kraft getreten. Sie werden kontinuierlich unter Beteiligung der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK sowie der in die Vorbereitung Einzubeziehenden und der Benennungspartner und auf Basis der Beratung durch das Präventionsforum weiterentwickelt. Die vorliegende Fassung ist die zweite weiterentwickelte Fassung vom 27. November 2025.

Anhang

Anhang 1: Ziel Gesund aufwachsen Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Werdende und junge Familien	Familienbezogene Prävention und Gesundheitsförderung	GKV: Aktivitäten zur Umsetzung des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsziels Kommune; Leistungen nach dem Setting-Ansatz Kommune des Leitfadens Prävention	Öffentliche und freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe
Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Kindertagesstätten	GKV: Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte des GKV-Leitfadens Prävention GUV: Präventionsleistungen nach dem Konzept „Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern“ (DGUV Information 202-100)	Kita-Träger und Träger von anderen Betreuungseinrichtungen, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine
Kinder und Jugendliche im Schulalter oder in der Ausbildung	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Schulen (einschl. beruflicher Schulen) und Freizeiteinrichtungen	GKV: Aktivitäten zur Umsetzung der lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele; Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Schule des Leitfadens Prävention GUV: Präventionsleistungen nach dem Konzept „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln“ (DGUV Information 202-083)	Länder, Schulträger, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine
Jugendliche und junge Erwachsene im Studium	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Berufs- und Hochschulen	GKV: Leistungen zur lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung des Leitfadens Prävention GUV: Maßnahmen nach dem Präventionsleistungskatalog	Hochschulen, Kommunen, freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine, Studierendenwerke

* Immer: kommunales Steuerungsgremium (sofern vorhanden, z. B. Gesundheitskonferenz), darüber hinaus exemplarische Nennung. Weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure (z. B. Landesbehörden, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und/oder Bewegungsbereich, die lokalen Netzwerke der Frühen Hilfen) können sich themenbezogen und in Abhängigkeit von regionalen Bedarfen und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen.

Anhang 2: Ziel Gesund leben und arbeiten

Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Beschäftigte (bedarfsbezogen unterschiedlich: alle; mit Gesundheitsgefährdungen Belastete; Beschäftigte mit spezifischen Bedarfen, z. B. Frauen/Männer, Menschen mit Behinderungen, Ältere, Migrantinnen und Migranten, Führungskräfte)	Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz/ Unterstützung innerbetrieblicher Maßnahmen	GKV: Leistungen nach dem Leitfaden Prävention in den BGF-Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ GUV: Präventionsleistungen nach der Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und auf Grundlage des DGUV-Grundsatzes 306-002 „Präventionsfeld Gesundheit bei der Arbeit“; Maßnahmen der Individualprävention gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII in Verbindung mit § 3 Berufskrankheitenverordnung GRV: Leistungen nach dem RV-Rahmenkonzept: Auf Antrag des Versicherten Ermittlung und Beurteilung des verhaltensbezogenen Präventionsbedarfs sowie Erbringung von medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit/Förderung der Eigenverantwortung zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils im Alltag und am Arbeitsplatz	Unternehmensleitung einschl. Personalverantwortliche, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte, Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen (Schwerbehindertenvertretung), Fachkraft für Diversity Management/betriebliche Integrationsmanagerin und -manager, Arbeitsschutzbehörden der Länder
Betriebe, insbesondere kleinste, kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten	Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz/ Förderung und Unterstützung von Netzwerken	GKV: Leistungen nach dem Leitfaden Prävention, BGF-Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ GUV: Präventionsleistungen nach der Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und auf Grundlage des DGUV-Grundsatzes 306-002 „Präventionsfeld Gesundheit bei der Arbeit“; Maßnahmen der Individualprävention gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII in Verbindung mit § 3 Berufskrankheitenverordnung GRV: Information und Beratung von Betrieben und Unternehmen zum Thema „Gesunde Mitarbeiter“ durch den Firmenservice der DRV; Zusammenarbeit und Vernetzung mit Haus-, Werks-, und Betriebsärztinnen und -ärzten, mit Selbsthilfegruppen sowie mit anderen regionalen und überregionalen Beratungs- und Präventionsangeboten für Betriebe und deren Beschäftigte; Unterstützung bei der Ein- und Durchführung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement; Information und Beratung zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“	Unternehmensorganisationen/-verbände, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, Arbeitsschutzbehörden der Länder
Arbeitslose Menschen	Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit	GKV: Leistungen nach dem Leitfaden Prävention, Settingansatz Kommune GUV: Für arbeitslose Menschen in Maßnahmen der Arbeitsmarktförderung Leistungen wie für Beschäftigte, s. o.	Jobcenter, Arbeitsagenturen, Kommunen, ggf. Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger, Unternehmenspartner

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Ehrenamtlich Tätige im Auftrag (Betriebe, Feuerwehren, Freiwillige, Freiwilligenorganisationen, Hilfsorganisationen, Kommunen, Landesfeuerwehrverbände, Technisches Hilfswerk, Vereine, Wohlfahrtsverbände)	Prävention und Gesundheitsförderung für ehrenamtlich Tätige	GUV: Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit wie für Beschäftigte, s. o.	Unternehmensleitungen, bei denen ehrenamtlich Tätige beschäftigt sind
Pflegende An- und Zugehörige (siehe auch Anhang 3)	Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende An- und Zugehörige	GUV: Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit von pflegenden Angehörigen (insbesondere Information und Aufklärung, Beratung und Qualifizierung) GKV: Leistungen nach dem Leitfaden Prävention im Setting-Ansatz Kommune und in den BGF-Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ SPV: Unterstützung bspw. durch Pflegekurse oder durch Informationen über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Pflegeberatung	Unternehmensleitungen bei denen pflegende An- und Zugehörige beschäftigt sind; ambulante Pflegedienste/-einrichtungen; Wohlfahrtsverbände; Vereine; kommunale Einrichtungen und Strukturen (z. B. Seniorenbeiräte, Gesundheitskonferenzen/ Pflegekonferenzen, quartiers-/stadteilbezogene Vernetzungsstellen...); Pflegestützpunkte

* Exemplarische Nennung. Weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure (z. B. Länder/Öffentlicher Gesundheitsdienst; Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und/oder Bewegungsbereich) können sich themenbezogen und in Abhängigkeit von regionalen Bedarfen und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen.

Anhang 3: Ziel Gesund im Alter

Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Personen in der nachberuflichen Lebensphase (Differenzierung nach spezifischen Bedarfen, z. B.: Frauen/Männer; Menschen mit Behinderungen; aktive Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit noch vermieden bzw. verzögert werden kann; Menschen, die zu Hause gepflegt werden; pflegende An- und Zugehörige)	Prävention und Gesundheitsförderung für ältere und alte Menschen im Setting Kommune (zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken, Stärkung von Ressourcen und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit)	GKV: Leistungen nach dem Setting-Ansatz ältere/alte Menschen im Setting Kommune	Immer: kommunales Steuerungsgremium (sofern vorhanden, z. B. Gesundheitskonferenz); weiterhin Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger, freigemeinnützige Organisationen, z. B. Sportvereine
Personen in der Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung	Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen	SPV: Leistungen gemäß dem „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes Themen: Ernährung, Körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt	Stationäre Pflegeeinrichtungen

* Exemplarische Nennung. Weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure können sich themenbezogen und in Abhängigkeit von regionalen Bedarfen und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen, z. B. Länder/Öffentlicher Gesundheitsdienst, Bürger- und Seniorenzentren, Begegnungsstätten, Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften, Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, Landfrauenverbände, Kultur- und Freizeitvereine sowie Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und/oder Bewegungsbereich.

Anhang 4: Unterstützung von Betrieben bei der Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durch Renten-, Unfall- und Krankenversicherungsträger sowie weitere Beteiligte (exemplarische Darstellung)

BEITRÄGE VON RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERN

- Beratung und Unterstützung für Betriebe zum Nutzen sowie zum Aufbau von betrieblichen Strukturen und Prozessen des BEM; Informationen zu Fragen des Datenschutzes und zu arbeitsrechtlichen Bezügen
- Einzelfallbegleitung bei Durchführung eines BEM-Verfahrens: Erstkontakt mit Mitarbeiterin oder Mitarbeiter, Eingliederungsgespräch, Beratung zu Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung, Unterstützung der Wiedereingliederung durch Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, Informationen zu Leistungen anderer Reha-Träger, Einbindung anderer Reha-Träger sowie der Integrationsämter und der Integrationsfachdienste und/oder anderer Leistungserbringer, Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen, Überprüfung der Wirksamkeit

BEITRÄGE VON UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERN

- Information und Beratung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (Betriebe) zum Nutzen sowie zum Aufbau von betrieblichen Strukturen und Prozessen des BEM
- Unterstützung im Rahmen des betriebs-spezifischen BEM-Verfahrens anlässlich der Reintegration von Beschäftigten nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten z. B. Hilfe bei Anpassung des Arbeitsplatzes durch Hilfsmittel oder Umbauten

BETRIEBLICHE AUFGABE: BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGS- MANAGEMENT

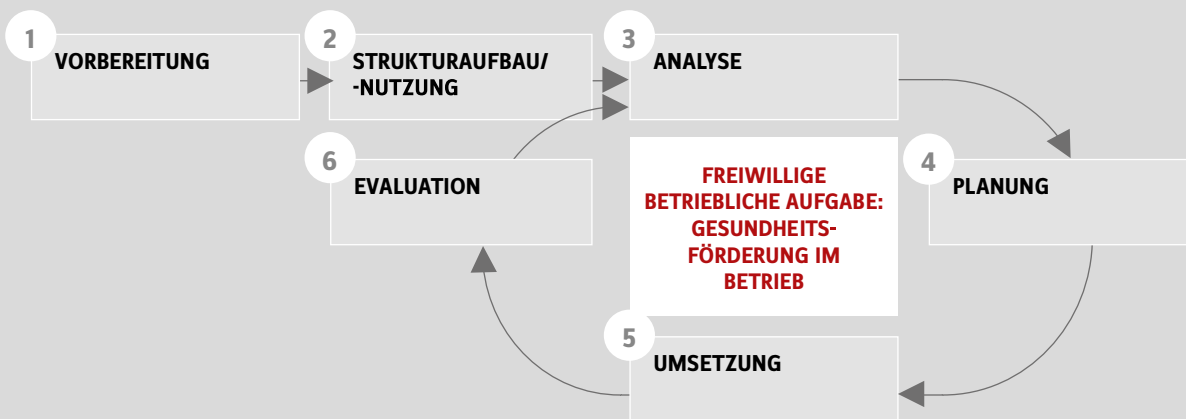
BEITRÄGE VON KRANKENKASSEN

- Information und Beratung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (Betriebe) zum Nutzen sowie zum Aufbau von betrieblichen Strukturen und Prozessen des BEM
- Beratung zu und Vermittlung von Leistungen, z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Befreiung von Zuzahlungen

BEITRÄGE WEITERER PARTNER

- Bundesagentur für Arbeit (ALG 1, Gleichstellung)
- Integrationsamt (finanzielle Leistungen an AG und AN, technischer Beratungsdienst, Integrationsfachdienst, Kündigungsschutz)
- Versorgungsamt (Feststellung einer Behinderung)

Anhang 5: Unterstützung bei der Gesundheitsförderung im Betrieb durch Krankenkassen, Unfallversicherungs- und Rentenversicherungsträger (exemplarische Darstellung)



BEITRÄGE VON UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERN (Beispiele)

- 1 Sensibilisierung für BGF, Information zu einem systematischen Vorgehen, Sicherheit und Gesundheit in den Betrieb zu integrieren, Lotsenfunktion zu Leistungen der Krankenkassen und anderer Sozialleistungsträger
- 2 Unterstützung der Betriebe, Steuerungsstrukturen für Sicherheit und Gesundheit aufzubauen, weiterzuentwickeln und miteinander zu verzahnen unter besonderer Berücksichtigung der Akteure des Arbeitsschutzausschusses
- 3 Bereitstellung von Handlungshilfen, Beratung und Qualifizierung zu Analyseverfahren, insbesondere Gefährdungsbeurteilung psychischer und physischer Belastungen
- 4 5 Beratung und Information zu geeigneten Maßnahmen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und Lotsenfunktion zu Leistungen von Kranken- und Rentenversicherung, Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen in Anreizsystemen (z. B. Begutachtung eines BGM als optionale Ergänzung einer Begutachtung eines Arbeitsschutzmanagementsystems)
- 6 Sensibilisierung und Beratung zu geeigneten Vorgehensweisen

Übergreifend:

- Qualifizierungsmaßnahmen für betriebliche Akteure (insbesondere Führungskräfte) und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zum Thema Gesundheit bei der Arbeit
- Beratung zu einem Management für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (z. B. BGM)

BEITRÄGE VON RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERN (Beispiele)

- 1 2 und **übergreifend:** Sensibilisierungsberatung zu BGM und BGF, Wahrnehmung der Wegweiser- und Lotsenfunktion zu Angeboten der KK oder UK, teilweise eigene Angebote zur qualifizierten Beratung zum BGM, wie unten beschrieben
- 3 Erhebung des Präventionsbedarfs im Rahmen des Check-up 45 plus (noch in der Projektphase)
- 4 5 Wenn möglich Kooperation mit dem Werks-/Betriebsärztlichen Dienst; Erbringung von Gruppenleistungen zur Prävention mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, Resilienz und Stressbewältigung in Kooperation mit dem Betrieb
- 6 Interne Dokumentation

GGF. WEITERE BETRIEBSEXTERNE PARTNER:

Unternehmensorganisationen, gewerkschaftliche Organisationen/Arbeitnehmerorganisationen, Verbände, Netzwerke, ...

BEITRÄGE VON KRANKENKASSEN (Beispiele)

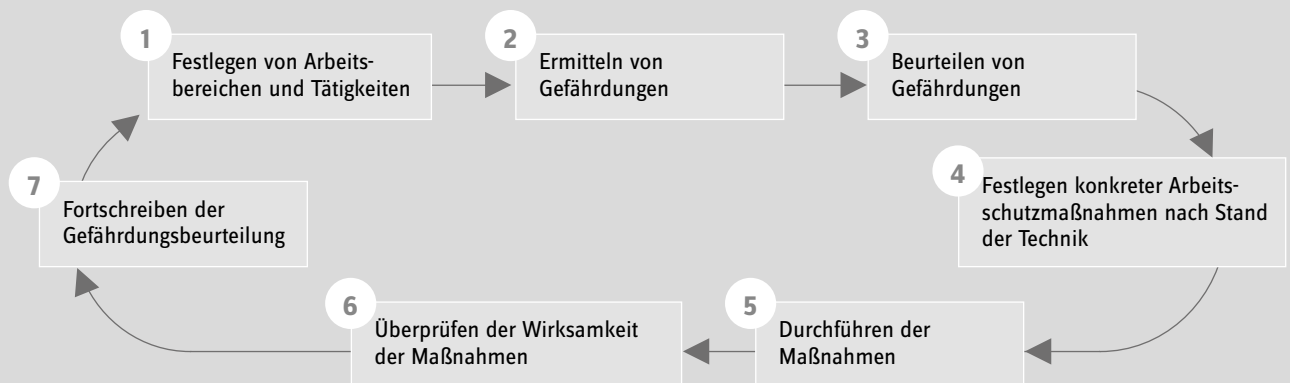
- 1 Information und Beratung durch Fachkräfte der Krankenkassen und BGF-Koordinierungsstellen
- 2 Hilfe beim Aufbau bzw. Weiterentwicklung betrieblicher Steuerungsstrukturen mit Betriebs-/Werksärztinnen und -ärzten sowie Fachkräften für Arbeitssicherheit, Aufbau und Koordination von Unternehmensnetzwerken
- 3 Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Mitarbeitendenbefragungen, Gesundheitszirkel und andere partizipative Verfahren der Bedarfsbestimmung
- 4 Moderation von Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkeln
- 5 Verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen in den Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, „Überbetriebliche Beratung und Vernetzung“
- 6 Prozess- und Ergebnisevaluationen durchgeführter BGF-Maßnahmen

Übergreifend:

- Inner- und überbetriebliche Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zur BGF
- Qualifizierungsmaßnahmen betrieblicher und überbetrieblicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu BGF
- Koordination von Unternehmensnetzwerken zu BGF
- Einbeziehung von Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Qualifizierungsmaßnahmen zu BGF

Anhang 6: Unterstützung von Betrieben bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung durch Unfallversicherungsträger, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger

(exemplarische Darstellung)



BEITRÄGE VON UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERN (Beispiele)

1 2 3 Betriebliche und branchenspezifische Analysen, Bereitstellung von Checklisten und Handlungshilfen, Ermittlung von Ursachen für Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, Messsystem zur Gefährdungsbeurteilung (in bestimmten Fällen, z. B. Lärm, Gefahrstoffe)

4 5 Beratung zu geeigneten Maßnahmen, Auswahlhilfen für den betrieblichen Einkauf, Prüfungen und Zertifizierungen, Gewährung von monetären und nichtmonetären Vorteilen in Abhängigkeit von Präventionsmaßnahmen bzw. Schutzniveau (i. d. R. von Anreizsystemen)

6 7 Beratung zu geeigneten Verfahren, Software zur Dokumentation, systematische bzw. Vor-Ort-Überprüfung und anschließende Beratung der Unternehmen

Übergreifend:

- Beratung bei Aufbau und Weiterentwicklung der Organisation von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
- Aufbau und Koordination von Unternehmensnetzwerken
- Qualifizierung, Forschung und Entwicklung, betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung (in bestimmten Fällen)

BEITRÄGE VON RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERN (Beispiele)

Sensibilisierungsberatung zum Thema „Gefährdungsbeurteilung“, Wahrnehmung der Lotsen- und Wegweiserfunktion

WEITERE PARTNER:

Zuständige Arbeitsschutzbehörde des Landes, Regionale Unternehmensorganisationen, Gewerkschaftliche Organisationen, ...

BEITRÄGE VON KRANKENKASSEN (Beispiele)

1 2 3 Daten zu Zusammenhängen von Erkrankungen und Arbeitsbedingungen (z. B. betriebliche Gesundheitsberichte, Ergebnisse aus Mitarbeitendenbefragungen, Gesundheitszirkeln, ...)

4 5 Angebot/Durchführung von BGF-Maßnahmen mit Ausrichtung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken in Abstimmung mit UV-Trägern nach dem GKV-Leitfaden Prävention

6 7 Prozess- und Ergebnisevaluationen durchgeführter BGF-Maßnahmen

Übergreifend:

- Beratung und Unterstützung zum Aufbau und Betrieb einer mit der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation abgestimmten und koordinierten innerbetrieblichen Organisation der BGF
- Aufbau und Koordination von Unternehmensnetzwerken zu BGF
- Einbeziehung von Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Qualifizierungsmaßnahmen zu BGF

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

