

# Die Nationale Präventionskonferenz



# Erster Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

**KURZFASSUNG**

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



# Impressum

## Herausgeber

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz:

### **GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin  
Telefon: 030 206288-0  
E-Mail: [kontakt@gkv-spitzenverband.de](mailto:kontakt@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Spitzenverband**

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 288763800  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

### **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**

Weißensteinstraße 70-72  
34131 Kassel  
Telefon: 0561 9359-0  
E-Mail: [poststelle@svlfg.de](mailto:poststelle@svlfg.de)  
Internet: [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de)

### **Deutsche Rentenversicherung Bund**

Ruhrstraße 2  
10709 Berlin  
Telefon: 030 865-0  
E-Mail: [drv@drv-bund.de](mailto:drv@drv-bund.de)  
Internet: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://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](mailto:kontakt@pkv.de)  
Internet: [www.pkv.de](http://www.pkv.de)

Stand: Juni 2019

## **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.

# Inhalt

Vorwort.....	5
Mitwirkende .....	6
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Überblick über die Akteurslandschaft .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung .....</b>	<b>9</b>
<b>4 Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen .....</b>	<b>10</b>
<b>5 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen .....</b>	<b>11</b>
<b>6 Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen .....</b>	<b>15</b>
<b>7 Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes.....</b>	<b>18</b>
<b>8 Ausgaben .....</b>	<b>24</b>
<b>9 Fazit und Ausblick .....</b>	<b>25</b>



## Vorwort

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz den Auftrag erhalten, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Der Präventionsbericht der NPK ist ein zentraler Bestandteil dieser Strategie. Er gibt künftig alle vier Jahre einen Überblick über das Engagement zur Erreichung der Ziele, die zur Förderung der Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in Lebenswelten wie Kommunen, Schulen, Betrieben oder Pflegeeinrichtungen vereinbart wurden.

Der vorliegende Bericht zeigt eine erste Bestandsaufnahme der im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zur Umsetzung der Präventionsstrategie und der gesammelten Erfahrungen der beteiligten Akteure bei ihrem gemeinsamen Engagement. Außerdem bietet der Bericht einen Überblick über weitere Maßnahmen, die auf Basis des Präventionsgesetzes initiiert wurden.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass sowohl das Präventionsgesetz als auch die nationale Präventionsstrategie engagiert und ergebnisorientiert umgesetzt werden: Bundesweit wurden in den Ländern und Kommunen Strukturen und Prozesse etabliert, um Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung stärker zu verzahnen und zielgerichtet weiterzuentwickeln. Die Sozialversicherungsträger haben mit den zuständigen Landesministerien und weiteren Partnern Vereinbarungen geschlossen, in denen sie gemeinsame Ziele und Handlungsfelder festgelegt und die Koordination von Leistungen geregelt haben. Ihre Beratungsangebote für Betriebe haben die Sozialversicherungsträger ebenfalls ausgeweitet und aufeinander abgestimmt.

Entsprechend optimistisch blicken die Träger der Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung auf ihre weitere Zusammenarbeit und die anstehenden Aufgaben. Das im September stattfindende Präventionsforum werden sie nutzen, um mit weiteren Beteiligten in die Diskussion zu den im Bericht gezogenen Schlussfolgerungen einzusteigen.

Um erreichen zu können, dass viele Bürgerinnen und Bürger von den Aktivitäten im Rahmen der nationalen

Präventionsstrategie profitieren, sind die Träger der Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung darauf angewiesen, dass ihr Engagement in ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen eingebettet ist. Denn auch das bestätigt der Bericht: Wesentliche Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, liegen außerhalb ihres Einflussbereichs. Als Beispiele seien Arbeits- und Wohnbedingungen, wirtschaftliche Faktoren, Bildungsangebote, soziale Netzwerke und die natürliche Umwelt genannt. Neben der Gesundheitspolitik kommt damit auch der Sozial-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Bildungs-, Familien- und Umweltpolitik eine erhebliche gesundheitsrelevante Bedeutung zu. Die unterschiedlichen Kompetenzen und Zuständigkeiten gilt es im Sinne des von der Weltgesundheitsorganisation geprägten Ansatzes „Gesundheit in allen Politikfeldern“ zu bündeln.

Die im Präventionsbericht skizzierte Akteurslandschaft zeigt, dass die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in den Aufgabenbereich vieler unterschiedlicher Akteure fällt. Der Kreis derjenigen, die an der Erstellung des Berichts mitgewirkt haben, ist entsprechend vielfältig und reicht weit über das Gremium der NPK hinaus. Beteiligt waren alle in der NPK vertretenen Organisationen einschließlich ihrer nachgeordneten Stellen und Mitgliedsorganisationen sowie ein wissenschaftlicher Beirat. Ihr Engagement reichte von Diskussionsbeiträgen und schriftlichen Hinweisen über die Teilnahme an einer umfangreichen Online-Erhebung und an Interviews bis hin zur Erstellung von eigenen Berichtskapiteln. Das IGES Institut unterstützte die NPK bei der Finalisierung des Berichtskonzepts, setzte das Konzept um und erstellte den Bericht.

Allen, die an diesem Präventionsbericht mitgewirkt haben, gilt unser ausdrücklicher Dank.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern eine informative Lektüre und freuen uns auf inspirierende Diskussionen, um die nationale Präventionsstrategie im Sinne von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ weiterzuentwickeln und sie mit allen Verantwortlichen gemeinschaftlich zum Erfolg zu führen.



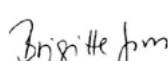
**Gernot Kiefer**  
GKV-Spitzenverband



**Dr. Stefan Hussy**  
DGUV



**Arnd Spahn**  
SVLFG



**Brigitte Gross**  
DRV Bund



**Dr. Timm Genett**  
PKV-Verband

## Mitwirkende

### Art der Mitwirkung

- <sup>1</sup> Mitglied in der NPK  
<sup>2</sup> Einladung zur Teilnahme an der Online-Erhebung  
<sup>3</sup> Erstellung Berichtskapitel

#### Gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung

- GKV-Spitzenverband<sup>1,3</sup>
- Bundes-<sup>2,3</sup> und Landesverbände<sup>2</sup> der Kranken- und Pflegekassen
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen<sup>3</sup>

#### Gesetzliche Rentenversicherung

- DRV Bund<sup>1,2,3</sup> und DRV Knappschaft-Bahn-See<sup>2</sup>
- Regionalträger der gesetzlichen Rentenversicherung<sup>2</sup>
- Alterssicherung der Landwirte<sup>2</sup>

#### Gesetzliche Unfallversicherung

- DGUV Spitzenverband<sup>1,2,3</sup> und dessen Landesverbände<sup>2</sup>
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau<sup>1,2</sup>
- Berufsgenossenschaften/Unfallkassen<sup>2</sup>

#### Private Kranken- und Pflegeversicherung

- PKV-Verband<sup>1,2</sup> und dessen Mitgliedsunternehmen<sup>2</sup>

#### Wissenschaftlicher Beirat

Beratende Unterstützung aus den Bereichen Epidemiologie und Public Health  
 Prof. Dr. Gudrun Fallner  
 Prof. Dr. Alfons Holleederer  
 Prof. Dr. Klaus Hurrelmann  
 Prof. Dr. Thomas Kliche  
 Prof. Dr. Gabriele Meyer  
 Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

### Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz

#### Bund

Ministerien für Gesundheit<sup>1,2</sup>, für Arbeit und Soziales<sup>1,2</sup>, für Ernährung und Landwirtschaft<sup>1,2</sup>, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend<sup>1,2</sup>, des Innern, für Bau und Heimat<sup>2</sup>

#### Länder

Ministerien mit Bezug zu Prävention<sup>1,2</sup>, Arbeitsschutz<sup>1,2</sup> und GBE<sup>3</sup>

#### Kommunen

- Dt. Städtetag<sup>1</sup>
- Dt. Landkreistag<sup>1</sup>
- Dt. Städte- und Gemeindebund<sup>1</sup>
- Mitglieder der kommunalen SpiV<sup>2</sup>

#### Bundesagentur für Arbeit<sup>1,2</sup>

#### Sozialpartner

- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)<sup>1</sup> und DGB-Bezirke/Regionen<sup>2</sup>
- Bundesvereinigung der Arbeitgeber (BDA)<sup>1</sup> und BDA-Landesvereinigungen<sup>2</sup>

#### Patientenvertretung

- Dt. Behindertenrat/VdK/BAG Selbsthilfe<sup>1</sup>
- BAGP/vzbv/DAG SHG<sup>1</sup>
- Landesarbeitsgemeinschaften der BAG Selbsthilfe<sup>2</sup>
- Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen<sup>2</sup>

#### Präventionsforum

- BVPG<sup>1,3</sup>
- Landesvereinigungen für Gesundheit<sup>2</sup>
- Wohlfahrtsverbände<sup>2</sup>
- DOSB, DTB, ADH, DBS, Landessportbünde<sup>2</sup>

#### Weitere

- Robert Koch-Institut<sup>3</sup>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)<sup>2</sup>
- NPK-Geschäftsstelle bei der BZgA<sup>3</sup>

#### IGES Institut

Erstellung Bericht

#### Abkürzungen:

ADH: Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband, BAG Selbsthilfe: Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, BAGP: BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen, BVPG: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, DAG SHG: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, DBS: Deutscher Behindertensportverband, DOSB: Deutscher Olympischer Sportbund, DTB: Deutscher Turner-Bund, GBE: Gesundheitsberichterstattung, VdK: Sozialverband VdK Deutschland, vzbv: Verbraucherzentrale Bundesverband



# 1 Einleitung

**Der Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz ist - neben den Bundesrahmenempfehlungen - die zweite Säule der nationalen Präventionsstrategie. In Kapitel 1 werden der Kontext, die Ziele und die Methodik der Berichterstellung erläutert.**

## Kontext des ersten Präventionsberichts der NPK

Am 25.07.2015 trat das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz** - PräVG)“ in Kraft. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) zu stärken.

Mit dem Präventionsgesetz wurde die **Nationale Präventionskonferenz (NPK)** eingeführt. Träger der NPK sind die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV), vertreten durch ihre Spitzenorganisationen: GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Seit Februar 2017 übt darüber hinaus der PKV-Verband sein Stimmrecht in der NPK aus. Als beratende Mitglieder sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialpartner, Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten sowie das Präventionsforum (Kapitel 7.3) in der NPK vertreten.

Aufgabe der NPK ist es, eine **nationale Präventionsstrategie** zu entwickeln und fortzuschreiben. Diese umfasst gemäß § 20d SGB V zwei Säulen:

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

Die NPK konstituierte sich am 26.10.2015 und verabschiedete am 19.02.2016 erstmals Bundesrahmenempfehlungen; eine erste weiterentwickelte Fassung wurde am 29.08.2018 verabschiedet. Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wurden in allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V geschlossen (Kapitel 6).

## Ziele des Präventionsberichts der NPK

Der Präventionsbericht der NPK dient gemäß der Gesetzesbegründung der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation. Darüber hinaus soll er eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele bieten.

Dem vorliegenden ersten Bericht kommt vorrangig die Bedeutung einer Bestandsaufnahme zu. Ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben enthält er acht inhaltliche, in Kapitel gegliederte Schwerpunkte (Kapitel 2 bis 9). Als Querschnittsthema zieht sich die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, durch den Bericht.

Die stimmberechtigten NPK-Mitglieder und ihre Mitgliedsorganisationen werden den ersten NPK-Präventionsbericht für die Weiterentwicklung ihres Engagements in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nutzen. Gleichzeitig werden in dem Bericht Ansatzpunkte aufgezeigt, wie auch das Engagement aller anderen in der NPK vertretenen - und für die Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung ebenfalls in der Verantwortung stehenden - Akteure im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Agierens weiterentwickelt werden kann.

## Methodik der Berichterstellung

Für die Erstellung des ersten NPK-Präventionsberichts wurde eine Methodik gewählt, die einer Vielzahl von Akteuren die Möglichkeit gab, ihre Perspektiven einzubringen:

- Im Rahmen einer **Online-Erhebung** erhielten alle NPK-Mitglieder bzw. die durch sie vertretenen Organisationen die Gelegenheit, Informationen und Einschätzungen zu vier Themen beizusteuern: (1) Engagement auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen, (2) Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen, (3) Erfahrungen mit der Zusammenarbeit und (4) Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation.
- In ergänzenden **Telefoninterviews** wurden anhand von Fallbeispielen fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit (zwölf Interviews) sowie der Qualitätssicherung und Evaluation (vier Interviews) untersucht.

## 2 Überblick über die Akteurslandschaft

- Während eines **Workshops** entwickelten Expertinnen und Experten der Gesundheitsberichterstattung der Länder eine fachliche Empfehlung, welche Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder für den Präventionsbericht der NPK zur Verfügung gestellt werden könnten. Ausgehend von dieser Empfehlung verfasste jedes Bundesland einen Beitrag für den Bericht (Kapitel 3.3).
- Mehrere weitere Organisationen verfassten **Beiträge**: NPK-Geschäftsstelle (Kapitel 2.1), Robert Koch-Institut (Kapitel 3.1 und 3.2), Initiative Gesundheit und Arbeit mit der DRV Bund (Kapitel 4.2), Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (Kapitel 7.3), GKV-Spitzenverband (Kapitel 7.4, 7.6, 7.7, 7.9, 8.3), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Kapitel 7.8) und Kooperationsgemeinschaft der kassenartenübergreifenden Umsetzung der regionalen Koordinierungsstellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Kapitel 7.5).

Die Stärken und Schwächen der Methodik werden in Kapitel 1.3 des Berichts erläutert.

**In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Akteuren, die sich auf Basis unterschiedlicher (gesetzlicher) Aufträge und Aufgaben mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung befassen. Sie initiieren, finanzieren bzw. organisieren Aktivitäten, führen Aktivitäten durch oder bestimmen deren Rahmenbedingungen.**

Die **Akteure** lassen sich unterteilen in: gesetzliche Sozialversicherung und PKV, Bund, Länder, Kommunen, lebensweltbezogene Akteure, arbeitsweltbezogene Akteure, Leistungserbringende, Wohlfahrtspflege, weitere Akteure der Zivilgesellschaft sowie Akteure der Forschung (Kapitel 2.1).

Um ihr Engagement abzustimmen und weiterzuentwickeln, arbeiten die Akteure in **Kooperationsstrukturen** zusammen. Neben der NPK gehören hierzu die Nationale Arbeitsschutzkonferenz, Kooperationsstrukturen in den Bundesländern und auf kommunaler Ebene sowie weitere Kooperationsstrukturen, die sich lebens- bzw. arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention widmen (Kapitel 2.2).



### 3 Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung

**Ausgangspunkte für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und ihrer Einflussfaktoren sowie daraus ableitbare Präventionsbedarfe und -potenziale. Dafür werden Daten sowohl auf Bundes- als auch auf Länder- und kommunaler Ebene benötigt. Aufgrund dieser Notwendigkeit hat der Gesetzgeber in § 20d Abs. 4 SGB V festgelegt, dass das Robert Koch-Institut (RKI) für den Präventionsbericht der NPK relevante Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring liefert und die Länder regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen können.**

#### Krankheitsspektrum und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand

Wie in vielen anderen Ländern hat sich das Krankheitsspektrum in Deutschland in den letzten Generationen gewandelt: Infektionskrankheiten traten als Todesursache in den Hintergrund, während chronische Erkrankungen an Bedeutung gewonnen haben. Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung wird heute vor allem von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychischen und Verhaltensstörungen geprägt.

Aus der Public-Health-Forschung ist bekannt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, die sich drei Gruppen zuordnen lassen:

- soziale Faktoren (z. B. Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse),
- personale Faktoren (z. B. genetische Disposition, körperliche und psychische Konstitution),
- Gesundheitsverhalten (z. B. Essgewohnheiten, körperliche Aktivität, Spannungsregulation).

Diese Einflussfaktoren treten nicht isoliert auf, sondern bedingen sich gegenseitig. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Faktoren in der Gesellschaft unterschiedlich ausgeprägt sind, woraus sich Unterschiede in den Gesundheitschancen der Menschen ergeben. So konstatierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2005: „Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten sind tendenziell mehr Belastungen z. B. durch psychosoziale Faktoren und Umweltfaktoren ausgesetzt, weisen überproportional häufig der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige

statushöherer Sozialschichten.“ Die Belastungen und Ressourcen variieren auch zwischen den Geschlechtern.

#### Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI

Der Beitrag des RKI (Kapitel 3.1 und 3.2) gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage und ihre Einflussfaktoren für die Bevölkerungsgruppen, die in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK als Zielgruppen definiert wurden. Die wesentlichen Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren unterscheiden sich innerhalb und zwischen den sehr heterogenen, lebensphasenbezogenen Zielgruppen. Zudem zeigen sich sozialogen- und geschlechtsbezogene Differenzen. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Präventionsbedarfe und -potenziale. Präventionsbedarfe beziehen sich dabei auf noch nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten, Erkrankungsdaten durch Gesundheitsförderung und Prävention zu senken. Präventionspotenziale berücksichtigen noch nicht ausgenutzte Chancen, das Gesundheitsverhalten zu fördern bzw. die Lebensverhältnisse und Rahmenbedingungen zu verbessern.

#### Regionale Erkenntnisse aus den Bundesländern

Die Bundesländer erläutern in ihren Beiträgen (Kapitel 3.3), wie sie Indikatoren der Gesundheits- und Sozialberichterstattung nutzen, um Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen und umzusetzen. Darüber hinaus stellen sie dar, wie die Gesundheits- und Sozialberichterstattung in den Bundesländern weiterentwickelt werden, um eine noch bessere Verzahnung mit der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen sowie deren Umsetzung zu unterstützen.

Die Nutzung und Weiterentwicklung der Gesundheits- und Sozialberichterstattung erfolgt im Kontext der Landesrahmenvereinbarungen: In allen Bundesländern wurde vereinbart, die Gesundheitsberichterstattung, aber auch weitere Daten wie z. B. die Sozialberichterstattung oder Routinedaten der Sozialversicherungsträger, für die Definition von gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern zu nutzen. Zusätzlich zu den Weiterentwicklungen in jedem Bundesland arbeiten die Länder an der Entwicklung länderübergreifender Präventionsindikatoren.

## 4 Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen

**Um Gesundheitsförderung und Prävention evidenzbasiert umzusetzen, sollte das gegenwärtig beste verfügbare Wissen über ihre Wirksamkeit in gewisshafter, ausdrücklicher und vernünftiger Weise genutzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention - wie auch in anderen Bereichen - mit methodischen Herausforderungen verbunden ist, die u. a. aus der Komplexität und Kontextabhängigkeit der Interventionen sowie dem mit den Studien verbundenen Aufwand entstehen. Daher wird bei der Zusammenstellung der Evidenz neben randomisierten, kontrollierten Studien häufig auch auf Erkenntnisse aus Studien ohne Randomisierung zurückgegriffen.**

Im Rahmen ihrer Beauftragung durch die GKV (Kapitel 7.4) führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) umfassende Aufbereitungen empirischer Erkenntnisse zu **lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention** durch. Um verfügbares Wissen sowohl aus der Praxis als auch aus der Forschung zu identifizieren, werden zum einen Bestandsaufnahmen von Maßnahmen und Modellen „Guter Praxis“ und zum anderen systematische Literaturrecherchen durchgeführt. Neben der Beantwortung themenübergreifender, genereller Fragestellungen steht insbesondere im Fokus, Erkenntnisse hinsichtlich wirksamer Strategien zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu generieren. Die Ergebnisse werden fortlaufend auf der Website des GKV-Bündnisses für Gesundheit ([www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)) veröffentlicht.

In der Zusammenschau der bisher vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass es sich bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention trotz methodischer Schwierigkeiten um ein Feld handelt, welches zunehmend Gegenstand der Forschung ist und - zumindest auf internationaler Ebene - bereits eine substantielle Anzahl an Studien vorweisen kann. Die Evidenz ist jedoch noch uneinheitlich.

Für einige der untersuchten Aspekte (z. B. Alkoholprävention bei Heranwachsenden und Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund) erlauben die Ergebnisse eine differenzierte Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen. Für andere Aspekte wiederum wird großer Nachholbedarf in Sachen Wirksamkeitsforschung deutlich - zu nennen sind hier Maßnahmen für Alleinerziehende, Kinder aus sucht- oder psychisch belasteten Familien sowie Menschen mit Behinderungen. Ein positiver Trend ist für die Evidenz von Präventionsmaßnahmen bei arbeitslosen Menschen zu verzeichnen.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit, in der GKV und GUV zusammenarbeiten, setzt sich seit mehr als zwei Jahrzehnten dafür ein, das Thema Gesundheit im Arbeitsleben stärker in die Unternehmen zu bringen. Mit dem iga.Report 40 (2019) erschien bereits zum vierten Mal eine Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenz für Wirksamkeit und Nutzen **arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention**.

Vorbehaltlich methodischer Einschränkungen liefert die Forschung eine Reihe von Hinweisen, mit welchen Maßnahmen Unternehmen die Gesundheit von Beschäftigten erhalten bzw. stärken und arbeitsbezogenen Erkrankungen vorbeugen können. Hierzu gehören verhaltenspräventive Interventionen - zumeist mit mehreren Komponenten - zur Vermeidung psychischer Störungen, zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten sowie zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Allerdings lassen sich teils nur überschaubare Effekte erzielen und die Nachweise für Wirksamkeit sind nicht so überzeugend, wie es die umfangreiche Studienlage zunächst erwarten lässt. Relativ robust zeigt sich die Evidenzbasis im Handlungsfeld Rauchen, für das sich der Arbeitsplatz als besonders geeignete Lebenswelt im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe erwiesen hat. Unzureichend evaluiert ist die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Alkoholprävention, obwohl auch hier der Arbeitsplatz als geeignete Lebenswelt für Interventionen angesehen wird. Eine breite Studienbasis liegt für Maßnahmen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen vor, das Gesamtbild ist jedoch uneinheitlich.

Hinsichtlich der Wirkung verhältnispräventiver Maßnahmen lässt die Studienlage Fragen offen, obwohl Verhältnisprävention als eine der wesentlichen Grundlagen für den Schutz und die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz besondere Beachtung in der Forschung finden sollte. Partizipative Ansätze, z. B. im Bereich Ergonomie, ebenso wie Interventionen zur Veränderung des Sitzverhaltens besitzen laut Studienlage Potenzial, gesundheitlichen Beschwerden vorbeugen zu können. Für Maßnahmen in den Bereichen Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit liegen Erkenntnisse vor, die auf einen positiven Nutzen für Beschäftigte und Unternehmen insbesondere auch im Hinblick auf Nachhaltigkeit schließen lassen.

Der ökonomische Nutzen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention ist in vielen Fällen unklar; wenn Evaluationen vorliegen, deuten sie in der Tendenz in Richtung Wirtschaftlichkeit.

## 5 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen

**Der erste Präventionsbericht der NPK stellt die Aktivitäten vor, die GKV, GRV, GUV, SVLFG<sup>1</sup>, SPV und PKV sowie Bund, Kommunen und organisierte Zivilgesellschaft (OZG<sup>2</sup>) im Jahr 2017 zur Erreichung der in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele – Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter – durchführten. Die Ergebnisse beruhen auf der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht bzw. der Dokumentation, die die GKV und SPV für ihre jeweiligen Präventionsberichte durchführten.**

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Aktivitäten um eine sehr heterogene Gruppe von Projekten, Maßnahmen, Programmen, Kampagnen und Leistungen handelt, die mit unterschiedlichen Detaillierungsgraden berichtet wurden. Die Rückläufe variieren stark – für die Sozialversicherungsträger und PKV liegen Vollerhebungen vor, auch für den Bund ist von einer Vollerhebung auszugehen; die dargestellten Aktivitäten der Kommunen und OZG zeigen lediglich einen kleinen Ausschnitt ihres Engagements. Bei den Angaben zur Anzahl erreichter Personen bzw. Lebenswelten ist zu beachten, dass die Zahlen z. T. nicht vergleichbar sind. Letztlich ist anzumerken, dass die Angaben über die Aktivitäten der GKV und der SPV aus der Dokumentation für ihre jeweiligen Präventionsberichte stammen und somit nicht komplett deckungsgleich sind mit den Angaben der anderen Akteure, die aus der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht stammen.

### 5.1 VORGEHENSWEISE BEI DEN DURCHGEFÜHRTEN AKTIVITÄTEN

Das grundsätzliche Vorgehen auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen orientiert sich am gesundheitspolitischen Aktionszyklus, bestehend aus Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation. Auf diese Weise sollen Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe systematisch in die Strukturen und Prozesse von Lebenswelten integriert werden. Ziel der Sozialversicherungsträger ist es, dass die Lebensweltverantwortlichen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe Aktivitäten eigenverantwortlich gestalten und fortführen können.

Aktivitäten der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung können **verhältnis- und/oder verhaltensbezogene Elemente** beinhalten. Durch ver-

hältnisbezogene Elemente findet eine gesundheits- und sicherheitsförderliche Umgestaltung des Umfelds, der Strukturen, der Prozesse oder der Abläufe statt. Verhaltensbezogene Elemente vermitteln der Zielgruppe gesundheits- und sicherheitsbezogene Informationen, praktische Fertigkeiten oder Kompetenzen. Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass die Akteure der Empfehlung der Bundesrahmenempfehlungen nachkommen, verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente zu kombinieren.

Die **Interventionsebenen** der Aktivitäten im Jahr 2017 waren fast ausschließlich Individuen, Lebenswelten oder beide, d. h. es wurden einzelne Personen und/oder Lebenswelten wie Kitas oder Betriebe adressiert. Zieleübergreifende Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG richteten sich häufig auch an die Interventionsebene Bevölkerung, z. B. in Form von bundesweiten Kampagnen.

Für die meisten Aktivitäten führten die Akteure eine oder mehrere **Erfolgskontrollen** durch. Insgesamt war zu beobachten, dass Erfolgskontrollen, die relativ einfach realisierbar sind (z. B. Zugänglichkeit, Akzeptanz bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme, Zufriedenheit der erreichten Personen mit der Aktivität), am häufigsten zur Anwendung kamen. Auch Prozesse und Abläufe der Aktivität wurden relativ häufig untersucht. Aufwendigere Erfolgskontrollen, wie z. B. die Untersuchung gesundheitlicher Wirkungen bei den erreichten Personen, wurden seltener durchgeführt.

Die Aktivitäten fanden häufig in **Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern** statt. Dabei handelte es sich meist um zwei bis sechs Kooperationspartner, die ein breites Spektrum von Akteuren abbildeten. Bei zieleübergreifenden Aktivitäten war das Spektrum besonders breit. An Aktivitäten zu den lebensphasenbezogenen Zielen waren meist die für das jeweilige Ziel zu erwartenden Kooperationspartner beteiligt (z. B. Bildungseinrichtungen und Landesministerien bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen). Kooperationen der Sozialversicherungsträger untereinander traten noch relativ selten auf. Am häufigsten fand eine solche Zusammenarbeit bei Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten statt: Die GKV berichtete hier z. B., bei 25 % ihrer Aktivitäten mit Unfallversicherungsträgern zusammengearbeitet zu haben.

<sup>1</sup> Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. In der Akteursgruppe SVLFG werden ihre Aktivitäten als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft dargestellt. Ihre Aktivitäten als Kranken- und Pflegekasse sind unter GKV bzw. SPV enthalten. Die Alterssicherung der Landwirte führte im Jahr 2017 nur Modellvorhaben durch.

<sup>2</sup> Unter OZG wurden Mitgliedsorganisationen der Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK sowie Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst.

## 5.2 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND AUFWACHSEN

Die Auswertungen zum Ziel Gesund aufwachsen beruhen auf Angaben von GKV, GUV, SVLFG, PKV, Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Die gesetzlichen Grundlagen bildeten für die GKV § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) und für die GUV und SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft § 14 Abs. 1 SGB VII (Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen). Die PKV beteiligte sich auf freiwilliger Basis an der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen; das Engagement erfolgte durch den PKV-Verband im Auftrag der in ihm organisierten Unternehmen.

Die am häufigsten erreichten **Zielgruppen** waren Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung, Kinder und ihre Eltern in der Kitaphase sowie werdende und junge Familien. Von PKV, Bund, Kommunen und OZG wurden auch relativ häufig Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Erziehende oder andere pädagogische Fachkräfte adressiert. Dies bringt zum Ausdruck, dass auch Erwachsene im Umfeld von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Ziels Gesund aufwachsen als Zielgruppe wahrgenommen wurden.

Die **Inhalte** der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen waren vielfältig: Am häufigsten zielten die Aktivitäten auf Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Förderung gesunder Ernährung, Förderung von Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz sowie Entspannungstechniken und Stressbewältigung. Für Aktivitäten der GUV und der SVLFG wurden Prävention von Unfällen und Verhinderung bestimmter Krankheiten häufig genannt; für solche der PKV Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum (insbesondere Alkoholkonsum).

Als erreichte **Lebenswelten** gab die GKV am häufigsten Kindertageseinrichtungen, Grundschulen sowie Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen an. Die Aktivitäten von GUV, Bund, Kommunen und OZG fanden in allen Arten von Bildungseinrichtungen statt, die Aktivitäten der SVLFG in berufsbildenden Schulen und Betrieben. Die Aktivitäten der PKV erreichten am häufigsten die Lebenswelt „Gemeinde, Kommune, Quartier, Stadtteil“.

Die Anzahl der je Aktivität **erreichten Personen** lag zwischen wenigen Dutzend und mehreren Millionen. Die breite Spanne reflektiert u. a. die Heterogenität der

Aktivitäten: Teils handelte es sich um Aktivitäten in einzelnen Kitas oder Schulklassen, teils um bundesweite Kampagnen.

## 5.3 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

Die Auswertungen zum Ziel Gesund leben und arbeiten beruhen auf Angaben von GKV, GRV, GUV und SVLFG sowie Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Die gesetzlichen Grundlagen waren für die GKV die §§ 20b und 20c SGB V (Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) sowie § 20a SGB V für die Zielgruppe arbeitslose Menschen, für die GRV § 14 Abs. 1 SGB VI (Leistungen zur Prävention) und für die GUV und die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft § 14 Abs. 1 SGB VII (Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen).

Die Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten richteten sich überwiegend an die in den Bundesrahmenempfehlungen definierte **Zielgruppe** der Erwerbstätigen. Die Zielgruppen arbeitslose Menschen (siehe auch Kapitel 7.4), ehrenamtlich tätige Personen und Erwachsene außerhalb des Kontexts der Erwerbstätigkeit (z. B. Patientinnen und Patienten) wurden insgesamt betrachtet selten genannt.

Wie auch bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen waren die **Inhalte** der Aktivitäten zu Gesund leben und arbeiten vielfältig. Bei den Aktivitäten von GKV, GRV, Bund, Kommunen und OZG standen die Vermittlung von Gesundheitskompetenz, die Förderung der allgemeinen körperlichen und psychischen Gesundheit sowie Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum im Vordergrund. Die GKV nannte auch gesundes Führen sowie Verbesserung der Umgebungsbedingungen und gesundheitsförderliche Raumgestaltung relativ häufig. Die Präventionsleistungen der GUV und der SVLFG umfassten insbesondere die Überwachung, die Beratung und die Qualifizierung, u. a. zur Prävention von Unfällen, zur Verhinderung bestimmter Krankheiten (insbesondere Berufskrankheiten), zur Gefährdungsbeurteilung sowie zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitstätigkeiten; hiermit wurde die „Vision Zero“ verfolgt, mit der die GUV eine Welt ohne Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren anstrebt.

Die Aktivitäten fanden hauptsächlich in der für das Ziel Gesund leben und arbeiten zu erwartenden **Lebenswelt** Betrieb statt, wenige Aktivitäten in Bildungseinrichtungen oder „Gemeinde, Kommune, Quartier, Stadtteil“. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Aktivitäten in nichtbetrieblichen Lebenswelten, die sich (auch) an Erwachsene richteten, meist als zieleübergreifende Aktivitäten (Kapitel 5.5) klassifiziert wurden.

Die Anzahl der je Aktivität **erreichten Personen** lag zwischen wenigen Dutzend und mehreren Millionen. Wie bereits bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen angemerkt, reflektiert die breite Spanne u. a. die Heterogenität der Aktivitäten: Teils handelte es sich um Aktivitäten in einzelnen Betrieben, teils um bundesweite Kampagnen.

#### 5.4 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND IM ALTER

Die Ergebnisse zum Ziel Gesund im Alter beruhen auf Angaben von GKV, SPV, PKV, Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Die gesetzlichen Grundlagen bildeten für die GKV § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) und für die SPV § 5 SGB XI (Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen). Die meisten Aktivitäten der GKV, die sich an Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune richteten, adressierten auch andere Zielgruppen und wurden daher als zieleübergreifende Aktivitäten (Kapitel 5.5) klassifiziert. Das Engagement der PKV erfolgte wie in Kapitel 5.2 beschrieben.

Die Aktivitäten der SPV erreichten die **Zielgruppe** Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen und fanden somit in der **Lebenswelt** stationäre Pflegeeinrichtung statt. Die Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG erreichten Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune, Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen sowie ehrenamtlich Tätige. Sie fanden häufig in stationären Pflegeeinrichtungen, darüber hinaus auch in der Lebenswelt „Gemeinde, Kommune, Quartier, Stadtteil“ statt.

**Inhaltlich** fokussierten die Aktivitäten der SPV am häufigsten auf die Aspekte Förderung von Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz sowie Förderung kognitiver Leistungen. Die Aktivitäten der PKV zum Ziel Gesund im Alter vermittelten die Inhalte Förderung von Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz, Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Verhinderung bestimmter Krankheiten sowie Prävention

von Unfällen. Bei den Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG standen am häufigsten die Förderung von Bewegung und die Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Fokus.

Wie auch bei den Aktivitäten zu den anderen Zielen lag die Anzahl der je Aktivität **erreichten Personen** zwischen wenigen Dutzend und mehreren Millionen, da es sich teils um Aktivitäten in einzelnen Pflegeeinrichtungen, teils um bundesweite Kampagnen handelte.

#### 5.5 ZIELEÜBERGREIFENDES ENGAGEMENT

Einige Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung lassen sich nicht allein einem der drei in den Bundesrahmenempfehlungen definierten Ziele zuordnen. Solche zieleübergreifenden Aktivitäten wurden für das Jahr 2017 von GKV, PKV, Bund, Kommunen und OZG berichtet. Die zieleübergreifenden Aktivitäten der GKV waren Leistungen nach § 20a SGB V. Die von der PKV genannten zieleübergreifenden Aktivitäten waren Teil ihres freiwilligen Engagements (siehe Kapitel 5.2).

Wie für ihren Charakter zu erwarten, richteten sich die zieleübergreifenden Aktivitäten an eine Vielzahl von **Zielgruppen**. Häufig genannt wurden Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung, werdende und junge Familien, Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase, Erwerbstätige, ehrenamtlich Tätige und Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune. Darüber hinaus richteten sich zieleübergreifende Aktivitäten an die Bevölkerung insgesamt, an Menschen mit Migrationshintergrund sowie an Personen mit hohem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten oder Drogenkonsum.

Die zieleübergreifenden Aktivitäten vermittelten ein breites Spektrum unterschiedlicher **Inhalte**. Insbesondere Aktivitäten zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz und die auf die allgemeine körperliche und psychische Gesundheit bezogenen Inhalte Förderung von Bewegung, Förderung gesunder Ernährung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz sowie Entspannungstechniken und Stressbewältigung wurden häufig durchgeführt. Die Aktivitäten der PKV waren inhaltlich besonders häufig auf die sexuelle Gesundheit ausgerichtet.

Als erreichte **Lebenswelt** wurden für die zieleübergreifenden Aktivitäten häufig Gemeinde, Kommune, Quartier, Stadtteil, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen sowie Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen angegeben. Zieleübergreifende Aktivitäten von Bund, Kommunen

und OZG richteten sich darüber hinaus an Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Einrichtungen der Freizeitgestaltung.

Die Anzahl der je Aktivität **erreichten Personen** variierte u. a. aufgrund der Heterogenität der Aktivitäten zwischen wenigen Dutzend und mehreren Millionen.

## 5.6 ENGAGEMENT ZUR VERMINDERUNG UNGLEICHER GESUNDHEITSCHANCEN

In § 20 Abs. 1 SGB V werden die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, mit ihren Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Dieses Ziel wurde auch in den Bundesrahmenempfehlungen verankert.

Um ihr Engagement zur **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen** zu dokumentieren, nutzen die Krankenkassen derzeit zwei Indikatoren: erreichte Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“ und Betriebe/Standorte mit einem hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. 40 % der Aktivitäten der GKV, die im Jahr 2017 in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Landkreisen, Städten, Stadtteilen oder Orten durchgeführt wurden, fanden in „sozialen Brennpunkten“ statt. Für Aktivitäten in den Lebenswelten Kindertageseinrichtung, Grundschule, Förder-/Sonderschule, Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Berufsschule o. Ä., Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtung für Freizeitgestaltung, Krankenhaus sowie andere lag der Anteil bei 10–20 %; für Gymnasien und Hochschulen bei 5 % bzw. 2 %. Die übrigen Aktivitäten fanden jeweils nicht in „sozialen Brennpunkten“ statt oder es liegen keine Angaben vor. Die Aktivitäten der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung fanden zu 10 % in Betrieben mit einem hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung statt. Allerdings lagen für 80 % der Aktivitäten keine Angaben vor. Die Indikatoren stellen lediglich eine Annäherung dar, das Erreichen sozial benachteiligter Zielgruppen abzubilden; validere Kennzahlen fehlen derzeit für eine Routine-Erhebung.

Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht waren die teilnehmenden Organisationen aufgefordert, eine Einschätzung zu geben, welchen Stellenwert die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption ihrer

Aktivitäten hatte. Ferner sollten sie angeben, ob sozial benachteiligte Personen die primäre Zielgruppe waren. Der Stellenwert wurde bei 40–50 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG als (sehr) hoch angegeben; bei Aktivitäten der PKV waren es 90 %. Bei 20 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG waren sozial benachteiligte Personen die primäre Zielgruppe, bei der PKV traf dies auf 40 % der Aktivitäten zu. Die Zielgruppen dieser Aktivitäten waren häufig Personen in schwieriger sozialer Lage, geflüchtete Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund oder Personen mit spezifischen Erkrankungen.

Für die Aktivitäten der GKV wurde dokumentiert, ob sie eine **geschlechtsbezogene Zielgruppe** adressierten. Für jeweils 1 % der 2017 durchgeführten Aktivitäten wurde angegeben, dass sie speziell männliche Personen bzw. speziell weibliche Personen erreichten. Die übrigen 98 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an beide Geschlechter einer spezifischen Zielgruppe bzw. an alle Menschen in einer Lebenswelt, unabhängig vom Geschlecht.

Bei den Aktivitäten von PKV und Bund, für die das Geschlecht der erreichten Personen erfasst wurde, war das Verhältnis von Frauen und Männern meist ausgewogen; bei Kommunen und OZG überwogen hier Aktivitäten, die sich vermehrt oder ausschließlich an Frauen richteten. Der Stellenwert der Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption einer Aktivität wurde für die meisten Aktivitäten der PKV als (sehr) hoch eingeschätzt; bei Bund, Kommunen und OZG traf dies auf 20–30 % der Aktivitäten zu. Auch die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Bedarfe bei der Planung und Durchführung einer Aktivität wurde am häufigsten für Aktivitäten der PKV angegeben, jedoch auch von Bund, Kommunen und OZG.

## 5.7 MODELLVORHABEN NACH § 20G SGB V BZW. § 14 ABS. 3 SATZ 2 SGB VI

Um die Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung weiterzuentwickeln, ist die Durchführung von Modellvorhaben vorgesehen. Mit Modellvorhaben nach § 20g SGB V soll „die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden“ bzw. eine „wissenschaftlich fundierte Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit“ getroffen werden. Modellvorhaben nach § 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI dienen der trägerübergreifenden Erpro-

## 6 Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

bung „einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres“. Im Präventionsbericht der NPK werden sechs Modellvorhaben exemplarisch vorgestellt, um die Möglichkeiten und die Heterogenität von Modellvorhaben zu verdeutlichen.

**Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wurden in allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen (LRV) gemäß § 20f SGB V geschlossen. Der erste Präventionsbericht der NPK enthält eine Analyse der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen in den LRV und Ergebnisse aus der Online-Erhebung zur Umsetzung der LRV.**

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Online-Erhebung ist zu berücksichtigen, dass die Rückläufe zum LRV-Modul unterschiedlich ausfielen: Während die Beteiligung der Sozialversicherungsträger und Länder relativ hoch war, stellen die Ergebnisse der Kommunen und OZG nur einen kleinen Ausschnitt der möglichen Meinungen dar. Hierdurch kann die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein und verzerrende Effekte auf die Ergebnisse können auftreten. Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass es sich bei den Ergebnissen um ein vorläufiges Meinungsbild handelt, welches im Zeitraum Mai bis Juni 2018 erhoben wurde.

### 6.1 BETEILIGTE

Die an den LRV beteiligten Partner variieren zwischen den 16 Bundesländern nur wenig. Immer zugehörig sind, wie gesetzlich vorgesehen, Vertretungen der NPK-Träger sowie Vertretungen des jeweiligen Bundeslandes. Die Bundesagentur für Arbeit und die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde haben in fast allen Bundesländern von ihrem Beitrittsrecht Gebrauch gemacht. Mit Stand November 2018 ist ein Beitritt der kommunalen Spitzenverbände in neun Bundesländern erfolgt, wobei in vier Bundesländern nur ein Teil der Verbände beigetreten ist. In vier Bundesländern erfolgte kein Beitritt. In den drei Stadtstaaten entfällt der Beitritt.

### 6.2 LEISTUNGEN DER BETEILIGTEN

Bei den auf Grundlage der LRV zu erbringenden Leistungen handelt es sich im Fall der Sozialversicherungsträger um die in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK beschriebenen Leistungen. Im Hinblick auf die Leistungen der Länder nennen einige Länder konkrete Landesgesetze, während andere auf die Landesgesetze im Allgemeinen verweisen. In fünf LRV ergänzten die Beteiligten weitere Leistungen.

### 6.3 GEMEINSAME ZIELE UND HANDLUNGSFELDER

In den LRV konkretisieren die Beteiligten ihre Vereinbarungen zu den in § 20f Abs. 2 SGB V geforderten „gemeinsamen und einheitlich zu verfolgenden Zielen und Handlungsfeldern“. In allen 16 LRV findet sich ein Verweis auf die Ziele der Bundesrahmenempfehlungen. Auch die Berücksichtigung gesundheitsbezogener Ziele der Länder und der Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ist in allen LRV festgeschrieben. Zwölf LRV enthalten weitere Ausführungen, die bei der Zieleplanung zu berücksichtigen sind.

Bezüglich der Verantwortlichkeit für die Zieleplanung verfolgen die Länder zwei Ansätze: In vier Ländern findet die Zieleplanung in Strukturen und Prozessen statt, die im Landesgesundheitsgesetz verankert sind bzw. vom Land initiiert werden. In den übrigen Ländern findet die Zieleplanung in Strukturen und Prozessen statt, die in den LRV definiert werden.

Im Rahmen der Online-Erhebung waren die teilnehmenden Organisationen aufgefordert, die in den LRV vereinbarten Ziele und Handlungsfelder zu bewerten. Die Beurteilung durch GKV, GRV, GUV, SPV, Länder und Bundesagentur für Arbeit fiel überwiegend positiv aus: Die Ziele und Handlungsfelder wurden als sinnvolle Ergänzung zu den bereits im Bundesland existierenden Zielen wahrgenommen. Auch die Prozesse zur Definition und die Nutzung der Ziele und Handlungsfelder fanden Zustimmung. Nach Einschätzung von GKV, SPV, Ländern und Bundesagentur für Arbeit tragen die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder auch dazu bei, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern.

Im Gegensatz zu den o. g. Akteuren äußerten Kommunen und OZG sowohl zu den Zielen und Handlungsfeldern als auch zu den übrigen Themen, die untersucht wurden, eine relativ kritische Meinung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich diese Akteure noch nicht zufriedenstellend in die Prozesse und Strukturen, die durch die LRV geregelt werden, einbezogen fühlen.

### 6.4 GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

In allen Bundesländern wurden zur Umsetzung der LRV Kooperationsstrukturen definiert. Vier Bundesländer nutzen dialogorientierte Strukturen, die primär dem gegenseitigen Austausch dienen. Drei Bundesländer haben

zusätzlich abstimmungsorientierte Strukturen etabliert, die durch eine Steuerungsgruppe gekennzeichnet sind, die das Engagement der LRV-Beteiligten bzw. der Sozialversicherungsträger koordiniert. In den übrigen neun Bundesländern wurden Gremien mit expliziten und verbindlichen Entscheidungskompetenzen eingerichtet.

Die Meinungen hinsichtlich der Arbeit in den Gremien zur Umsetzung der LRV gingen deutlich auseinander: GKV, SPV, Bundesagentur für Arbeit und Länder bewerteten die untersuchten Aspekte der Gremienarbeit überwiegend positiv; GRV und GUV lagen im Mittelfeld; kommunale Akteure und solche der OZG beurteilten die Arbeit in den Gremien als noch nicht zufriedenstellend.

Bei Betrachtung einzelner Aussagen fällt auf, dass die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen aus Sicht der Befragten zu wenig im Fokus der Gremien stand. Die Aussage, dass bei der Arbeit der Gremien ein Fokus auf der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen lag, erhielt dagegen relativ hohe Zustimmung.

### 6.5 KLÄRUNG VON ZUSTÄNDIGKEITSFRAGEN

In allen LRV legen sich die Krankenkassen sowie die Träger der Renten- und Unfallversicherung folgende drei Verpflichtungen auf:

- Sie sind grundsätzlich über ihr gegenseitiges Leistungsspektrum informiert.
- Sie unterrichten bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über Unterstützungsmöglichkeiten.
- Sie stimmen sich bei Zuständigkeitsfragen ab.

Akteure der GKV und SPV sowie die Bundesagentur für Arbeit stimmten überwiegend zu, dass eine gegenseitige Information der Beteiligten der LRV über ihre Angebote erfolgt. Bei Befragten der GRV, GUV und der Länder war die Zustimmung etwas geringer. Am niedrigsten war die Zustimmung bei Kommunen und der OZG. Letztere sahen auch die Unterrichtung der Träger von Lebenswelten über Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger als noch nicht zufriedenstellend. Die übrigen Akteure äußerten sich hierzu positiver. Die Abstimmung bei Zuständigkeitsfragen zwischen den Sozialversicherungsträgern wurde von der GKV überwiegend positiv bewertet; GRV und GUV äußerten sich verhaltener; die anderen Akteure machten hierzu keine Angabe.



## 6.6 KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

In allen LRV ist vorgesehen, dass zur Durchführung von Maßnahmen oder Projekten sowie zur Festlegung von Grundsätzen zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden können. In drei Bundesländern ist der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen verpflichtend festgelegt.

Im Rahmen der Online-Erhebung wurden 61 unterschiedliche Kooperationsvereinbarungen als Beispiele genannt. Dies zeigt, dass das Instrument der Kooperationsvereinbarung angenommen wurde. Es kann allerdings noch nicht abgeschätzt werden, inwieweit sich Kooperationsvereinbarungen flächendeckend etablieren werden und welche Relevanz ihnen für eine effektive und reibungslose Umsetzung von Aktivitäten zukommt.

## 6.7 KOOPERATIONEN MIT DEM ÖGD SOWIE DER KINDER- UND JUGENDHILFE

Die LRV sollen die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe regeln (§ 20f Abs. 2 SGB V). Diesem Auftrag kommen die LRV auf unterschiedliche Weise nach: Neun Bundesländer erwähnen die Leistungen des ÖGD explizit in ihrer jeweiligen LRV. In zwei Bundesländern soll eine Berücksichtigung bzw. Einbeziehung bei der Zieleplanung stattfinden. In fünf LRV wird eine künftige bedarfsgerechte und zielorientierte Zusammenarbeit erwähnt.

In der Online-Erhebung drückten die teilnehmenden Organisationen wenig Zustimmung hinsichtlich der Aussage aus, dass die LRV die Zusammenarbeit mit dem ÖGD bzw. der Kinder- und Jugendhilfe fördern. Auch die Frage, ob die jeweils antwortende Organisation aufgrund der LRV verstärkt mit der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeitet, wurde verhalten beantwortet. Eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem ÖGD schien eher stattzufinden.

Insgesamt gesehen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Einbindung des ÖGD sowie der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht in zufriedenstellender Weise erfolgt.

## 6.8 HANDLUNGSBEDARFE

Aus der Online-Erhebung zeichnen sich drei Bereiche ab, in denen von mehreren Akteursgruppen hoher Handlungsbedarf gesehen wurde:

- Finanzierungsstrukturen und Nachhaltigkeit der Finanzierung (nicht Finanzierungsvolumen),
- Zusammenarbeit, insbesondere stärkere Einbeziehung der öffentlichen Hand, bessere Kooperation zwischen allen relevanten Akteuren und verstärkte Netzwerkbildung sowie
- Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf Bundesebene.

Im Tabellenanhang des Präventionsberichts sind die Ergebnisse nach Bundesland aufgeschlüsselt. Diese können als Anknüpfungspunkte für Diskussionen in den Gremien zur Umsetzung der LRV genutzt werden. Ziel der Diskussionen sollte die Entwicklung konkreter Vorschläge sein, wie die Handlungsbedarfe in den Bundesländern adressiert werden können.

## 7 Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes

**Zu den Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes, über die der erste Präventionsbericht der NPK entsprechend § 20d Abs. 4 SGB V Auskunft gibt, gehören Erfahrungen mit der Zusammenarbeit, der Qualitätssicherung und Evaluation, der Durchführung des Präventionsforums, der Beauftragung der BZgA durch die GKV, der Arbeit der regionalen Koordinierungsstellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, den individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der GKV, ärztlichen Präventionsempfehlungen sowie der (Weiter-)Entwicklung der Präventionsleitfäden von GKV und SPV.**

### 7.1 ERFAHRUNGEN MIT DER ZUSAMMENARBEIT

Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und erfordern die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteuren. Die im NPK-Präventionsbericht dargestellten Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit beruhen auf der Auswertung des entsprechenden Moduls der für den Bericht durchgeführten Online-Erhebung sowie auf zwölf Interviews.

Die Zusammenarbeit wurde mit Bezug auf das Jahr 2017 und in drei Kontexten untersucht: kommunale Lebenswelten, Arbeitswelt sowie Arbeits- und Gesundheitsförderung. Im Kontext Arbeitswelt wurden die betriebliche und die überbetriebliche Ebene separat betrachtet. Die Auswertung im Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung konzentrierte sich auf die Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (siehe auch Kapitel 7.4).

Bei der Interpretation der Ergebnisse der Online-Erhebung ist zu berücksichtigen, dass die Rückläufe insbesondere in den Akteursgruppen Kommunen, OZG und Arbeitgeberorganisationen relativ gering waren, wodurch die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein kann und verzerrende Effekte auf die Ergebnisse auftreten können.

#### Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

Die Mehrzahl der Akteure, die an der Online-Erhebung teilnahmen, hat im Jahr 2017 mit Kooperationspartnern zusammengearbeitet. Dies gilt für alle drei untersuchten Kontexte der Zusammenarbeit. Die am häufigsten genannten Kooperationspartner entsprachen den Erwartungen für den jeweiligen Kontext.

Über den bestehenden Grad der Zusammenarbeit hinaus wurde von vielen Akteuren – insbesondere bezogen auf die Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner – künftig eine verstärkte Zusammenarbeit gewünscht. Es ist also zu erwarten, dass sich das Netzwerk der Akteure weiter ausbilden und verstärken wird. Dabei gab es zwischen den drei Kontexten Variationen: Für die Zusammenarbeit in **kommunalen Lebenswelten** bestanden sowohl für die Sozialversicherungsträger als auch bestimmte andere Organisationen ausgeprägte Präferenzen für eine verstärkte Zusammenarbeit. Für die Zusammenarbeit in der **Arbeitswelt** deutete sich der Wunsch nach einer verstärkten Zusammenarbeit mit GKV, GRV und GUV an, während der Wunsch nach einer verstärkten Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern weniger stark ausgeprägt war. Die Organisationen, die die Aktivität „Verzahnung von **Arbeits- und Gesundheitsförderung** in der kommunalen Lebenswelt“ gemeinsam durchführten, sahen überwiegend keinen Veränderungsbedarf für die Häufigkeit der Zusammenarbeit untereinander. Gewünscht wurde aber die verstärkte Einbindung weiterer Kooperationspartner.

#### Elemente der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit kann unterschiedliche Elemente umfassen, z. B. gegenseitige Information und Abstimmung, gemeinsame Erarbeitung von Konzepten oder Zusammenarbeit in Steuerungsgremien. In **kommunalen Lebenswelten** wurden meist sechs oder mehr Elemente der Zusammenarbeit genutzt (von zehn in der Online-Erhebung zur Auswahl stehenden). Darin zeigt sich, dass die Zusammenarbeit relativ umfassend war. Das am häufigsten genutzte Element war gegenseitige Information und Abstimmung. Ebenfalls häufig genannt wurden Zusammenarbeit in Steuerungsgremien und gemeinsame Planung von Aktivitäten. GKV und GUV gaben relativ selten an, gemeinsame Bedarfserhebungen durchzuführen. Da die Krankenkassen und Unfallversicherungsträger über unterschiedliche Datensätze verfügen, die einer Bedarfserhebung zugrunde gelegt werden könnten, wäre hier eine häufigere Zusammenarbeit wünschenswert. Gefragt nach der Wichtigkeit der Elemente zeigte sich, dass die bereits genutzten Elemente für den Erfolg der Aktivitäten als entscheidend oder sehr wichtig eingestuft wurden. Im Gegensatz dazu wurden Elemente, die bisher nicht genutzt worden waren, nur zu einem kleinen Anteil als entscheidend oder sehr wichtig eingestuft, falls die Aktivität künftig nochmals durchgeführt wird.

Bei der Zusammenarbeit im Kontext der **Arbeitswelt** wurden weniger Elemente der Zusammenarbeit genutzt als

bei der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten. Dies war insbesondere auf der überbetrieblichen Ebene der Fall. Gegenseitige Information und Abstimmung war auch hier das am häufigsten genutzte Element. Auf der betrieblichen Ebene wurden Elemente, die eine engere Zusammenarbeit andeuten, wie z. B. gemeinsame Planung und Umsetzung von Aktivitäten, tendenziell häufiger genutzt als auf der überbetrieblichen Ebene, wohingegen die Zusammenarbeit in Steuerungsgremien auf der überbetrieblichen Ebene einen höheren Stellenwert aufwies. Eine gemeinsame Bedarfserhebung fand relativ selten statt, erscheint jedoch wie oben skizziert zielführend. Die Ergebnisse zur Wichtigkeit der Elemente der Zusammenarbeit ergaben ein ähnliches Bild wie bei der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten.

Die Anzahl an Elementen der Zusammenarbeit, die im Kontext **Arbeits- und Gesundheitsförderung** genutzt wurden, war hoch. Am häufigsten wurden gegenseitige Information und Abstimmung, Zusammenarbeit in Steuerungsgremien sowie gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterialien genannt. Die Wahl der genutzten und nicht genutzten Elemente wurde überwiegend als gut empfunden. Für die Elemente gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen und gemeinsame Bedarfserhebung zeichnete sich ab, dass eine verstärkte Nutzung angestrebt wird.

### **Umsetzung von Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit**

Als dritter Aspekt der Erfahrungen mit der Zusammenarbeit wurde untersucht, inwieweit Schritte unternommen wurden, die zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit beitragen. Dazu gehören z. B. die klare Festlegung einer Ansprechperson, die Dokumentation der Beiträge der Kooperationspartner oder ein regelmäßiger Informationsaustausch, auch beim Auftreten von Schwierigkeiten. In der Online-Erhebung wurden sieben Erfolgsfaktoren aufgeführt und die teilnehmenden Organisationen bewertet, inwieweit diese genutzt worden waren. Die Bewertung erfolgte auf der Basis von Beispielen, bei denen eine Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern tatsächlich stattfand. Über die Einschätzung derjenigen, mit denen keine Kooperation zustande kam, kann keine Aussage getroffen werden.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt betrachtet hohe Zustimmung, dass Schritte für eine erfolgreiche Zusammenarbeit unternommen wurden. Im Kontext kommunale Lebenswelten sowie bei der Arbeits- und Gesundheitsförderung war die Zustimmung etwas höher als im Kon-

text Arbeitswelt. Erfolgsfaktoren, die besonders häufig genutzt wurden, sind die klare Benennung einer Ansprechperson und ein persönliches Kennenlernen; weniger häufig genutzt wurden eine Dokumentation der Beiträge der Kooperationspartner und praxistaugliche Manuale.

### **Fallbeispiele für Zusammenarbeit**

Ergänzend zu den Ergebnissen der Online-Erhebung werden in Kapitel 7.1.4 des Präventionsberichts zwölf Fallbeispiele vorgestellt, anhand derer fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit aufgezeigt werden. Die Ausführungen beruhen auf Interviews mit den jeweiligen Kooperationspartnern.

## **7.2 ERFAHRUNGEN MIT DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION**

Unter **Qualitätssicherung** werden typischerweise alle systematischen Anstrengungen verstanden, die der Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen dienen. Eng damit verbunden ist die **Evaluation**, d. h. die systematische Analyse und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der Auswertung des Moduls „Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation“ der Online-Erhebung und auf vier Interviews. Sie beziehen sich auf das Jahr 2017 und die Kontexte kommunale Lebenswelten und Arbeitswelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Online-Erhebung ist zu berücksichtigen, dass die Rückläufe insbesondere in den Akteursgruppen Kommunen und OZG relativ gering waren, wodurch die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein kann und verzerrende Effekte auf die Ergebnisse auftreten können.

### **Genutzte Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation**

Qualitätssicherung kann unter Verwendung unterschiedlicher Instrumente wie z. B. Leitfäden, Schulungen, Vorlagen oder Checklisten erfolgen. Die Ergebnisse der Online-Erhebung zeigen, dass eine Vielzahl von **Instrumenten** genutzt wurde; Ausnahmen sind Qualitätszirkel und systematische Dokumentationssysteme. Die Ergebnisse deuten ferner an, dass die Nutzung von Instrumenten der Qualitätssicherung durch Kommunen im Vergleich zu anderen Akteuren etwas weniger ausgeprägt war und Kommunen weniger komplexe Methoden anwendeten. Hier könnte z. B. im Rahmen von Kooperationen mit den Sozialversicherungsträgern ein Austausch

erfolgen, um relevante Instrumente der Qualitätssicherung in Kommunen zu verankern.

In Bezug auf **Methoden der Evaluation** zeigen die Antworten, dass Selbstevaluationen im Vergleich zu Fremdevaluationen häufiger genutzt wurden. Als Evaluationsziel wurden jeweils gleichgewichtig „Struktur-/Prozessevaluationen“ und „Ergebnisevaluationen“ genannt. Die häufige Durchführung von Selbstevaluationen ist u. a. vor dem Hintergrund zu sehen, dass die letzte Phase des gesundheitspolitischen Aktionszyklus, während der eine Bewertung der Umsetzungsphase stattfindet, häufig als „Evaluation“ bezeichnet wird. In diesem Kontext ist die Durchführung einer Selbstevaluation folgerichtig und kann die häufige Nennung von Selbstevaluationen in der Online-Erhebung erklären.

#### **Verankerung von Qualitätssicherung und Evaluation in den Organisationen**

Die Ergebnisse der Online-Erhebung zeigen, dass die Qualitätssicherung meistens von Mitarbeitenden durchgeführt wurde, die neben anderen Aufgaben auch für die Qualitätssicherung zuständig waren. Nur gelegentlich waren Mitarbeitende ausschließlich für die Qualitätssicherung zuständig. In den Gruppen Kommunen und OZG gab es teilweise keine für die Qualitätssicherung zuständigen Mitarbeitenden.

Die Teilnahme an Fortbildungen zu Qualitätssicherung und Evaluation im Jahr 2017 wurde über alle Akteursgruppen hinweg betrachtet von der Hälfte der Organisationen bejaht. Als Grund für eine Nichtteilnahme wurde am häufigsten angegeben, dass kein Bedarf bestand, da die Mitarbeitenden bereits geschult worden waren. Teilweise gaben die Akteure auch an, dass sich kein zeitlich oder örtlich erreichbares Fortbildungsangebot mit den für ihre Arbeit relevanten Inhalten finden ließ. Somit deutet sich an, dass für einen Teil der Akteure eine Verbesserung des Fortbildungsangebots wünschenswert wäre.

Die finanziellen Mittel für Evaluationen wurden häufig nicht separat ausgewiesen bzw. es lag keine explizite Finanzierung für Evaluationen vor. Da der explizite Umgang mit Evaluationskosten bei der Planung von Aktivitäten förderlich sein kann, sollte vermehrt geprüft werden, inwieweit die Budgetierung für eine Aktivität als Auslöser genutzt werden kann, um Klarheit über Art und Umfang von Evaluationen zu schaffen.

#### **Nutzung von Evaluationsergebnissen**

Evaluationsergebnisse wurden von den Akteuren vornehmlich dazu genutzt, Aktivitäten zu verbessern. Dass Aktivitäten aufgrund schlechter Evaluationsergebnisse eingestellt oder Evaluationsergebnisse zur Steuerung finanzieller Ressourcen genutzt wurden, stand weniger im Vordergrund. Somit scheint das Potenzial von Evaluationsergebnissen noch nicht ausgeschöpft zu werden. Über die Weiterentwicklung einzelner Aktivitäten hinaus könnten Evaluationsergebnisse auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, das Portfolio von Aktivitäten so zu entwickeln, dass die am positivsten bewerteten Aktivitäten verstärkt fortgeführt werden, während schlechter bewertete Aktivitäten beendet werden.

#### **Weiterentwicklungsbedarfe**

Die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen sahen bei der Qualitätssicherung und Evaluation vorrangig zwei Weiterentwicklungsbedarfe:

- Bereitstellung praxisrelevanter Anleitungen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation (z. B. Leitfäden, Checklisten) sowie
- Entwicklung von Methoden der Qualitätssicherung bzw. Evaluation, die spezifisch auf Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zugeschnitten sind.

Insbesondere Kommunen, aber auch GUV, Bund und OZG nannten auch häufig Bereitstellung finanzieller Ressourcen für Qualitätssicherung bzw. Evaluation als Handlungsbedarf. PKV, GUV, Bund und Kommunen sahen darüber hinaus Handlungsbedarf bei der (Weiter-) Entwicklung von Indikatoren, um die Wirksamkeit von Aktivitäten nachzuweisen.

#### **Fallbeispiele für Qualitätssicherung und Evaluation**

Ergänzend zu den Ergebnissen der Online-Erhebung werden in Kapitel 7.2.5 des Präventionsberichts vier Fallbeispiele vorgestellt, anhand derer fördernde und hemmende Faktoren für die Qualitätssicherung und Evaluation aufgezeigt werden. Die Fallbeispiele beruhen auf Interviews mit Organisationen, die an der Umsetzung sowie der Qualitätssicherung und Evaluation der jeweiligen Aktivitäten beteiligt waren.

### 7.3 DURCHFÜHRUNG DES PRÄVENTIONSFORUMS

Das Präventionsforum wird von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. im Auftrag der NPK durchgeführt (§ 20e Abs. 2 SGB V). Es ist eine jährliche Veranstaltung, die dem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK und der Fachöffentlichkeit dient. Damit ermöglicht es die beratende Beteiligung der Fachöffentlichkeit an der nationalen Präventionsstrategie.

Im Mittelpunkt des ersten Präventionsforums (2016) standen Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen. Das zweite Präventionsforum (2017) ging der Frage nach, wie kommunale Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können. Zusätzlich wurde auch die Arbeitswelt im Rahmen zweier Workshops in den Blick genommen. Im dritten Präventionsforum (2018) wurde erörtert, wie eine koordinierte Zusammenarbeit, insbesondere im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele der NPK und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz erreicht werden kann.

Die Ergebnisse der ersten beiden Präventionsforen flossen in die aktuelle Fassung der Bundesrahmenempfehlungen ein. Die Ergebnisse des dritten Präventionsforums wurden im Februar 2019 in den Arbeitsgruppen der NPK vorgestellt und werden perspektivisch ebenfalls in die Bundesrahmenempfehlungen einfließen. Neben den inhaltlichen Ergebnissen, die aus den Präventionsforen hervorgingen, wurden auch wichtige Erfahrungen zur Konzeption des Forums gesammelt. Diese werden für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Veranstaltung genutzt.

### 7.4 BEAUFTRAGUNG DER BZGA ZUR UNTERSTÜTZUNG DER KRANKENKASSEN

Mit dem Präventionsgesetz wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, die BZgA mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation zu beauftragen (§ 20a Abs. 3 und 4 SGB V). Eine Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und BZgA zur Unterstützung der Krankenkassen wurde im ersten Halbjahr 2016 abgeschlossen.

Auf Basis der Vereinbarung setzt die BZgA mit den Finanzmitteln der Krankenkassen die Aufgaben des

GKV-Bündnisses für Gesundheit um. Das Bündnis ist die gemeinsame Initiative der Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Es fördert u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung, Erprobung und Implementierung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Bisher hat das GKV-Bündnis für Gesundheit vier Weiterentwicklungen auf den Weg gebracht:

- strukturelle Stärkung der Koordinierungsstellen
- gesundheitliche Chancengleichheit in allen Ländern,
- Ausweitung der Aktivität „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ von 6 auf 129 Standorte,
- Erteilung von Aufträgen für Bestandsaufnahmen und Literaturrecherchen (siehe Kapitel 4), um die empirische Basis für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, sowie
- ein Förderprogramm für die kommunale Gesundheitsförderung.

Weitere beauftragte Vorhaben umfassen z. B. die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in den Lebenswelten Kindertageseinrichtung, Schule und Kommune sowie von neuen Interventionsansätzen für vulnerable Zielgruppen. Die von der GKV für die Beauftragung zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel sind zum Großteil noch nicht ausgegeben. Die vom Gesetzgeber vorgegebene Beauftragung der BZgA als Bundesbehörde durch den GKV-Spitzenverband stellt beide Seiten vor die Herausforderung, die unterschiedlichen Rechtskreise so auszugestalten, dass die Aufgaben im Zusammenspiel bewältigt werden können.

### 7.5 ARBEIT DER REGIONALEN BGF-KOORDINIERUNGSSTELLEN

In § 20b Abs. 3 SGB V werden die Krankenkassen aufgefordert, Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen zu beraten und zu unterstützen. Ziel ist es, die Zahl der in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiven - insbesondere kleinen und mittelständischen - Betriebe zu erhöhen. Die BGF-Koordinierungsstellen sind somit ein möglicher Zugangsweg für Unternehmen zu den Leistungen der NPK-Träger zur betrieblichen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung.

Die Ergebnisse einer Evaluation der BGF-Koordinierungsstellen zeigen, dass die GKV dem Auftrag aus dem

Präventionsgesetz folgend ein neues Informations- und Beratungsangebot für Unternehmen geschaffen hat. Das Angebot baut überwiegend auf bestehenden Strukturen auf, wodurch Doppelstrukturen vermieden werden. Die bisherigen Erfahrungen der GKV auf Bundes- und Länderebene sowie der mit den BGF-Koordinierungsstellen kooperierenden Unternehmensorganisationen sind grundsätzlich positiv. Als für die Annahme des Angebots förderlich wird insbesondere gesehen, dass der Zugang niedrigschwellig und 24 Stunden am Tag verfügbar ist, sowie die Beratung persönlich, betriebsspezifisch und qualitätsgesichert erfolgt.

Die Weiterentwicklung der BGF-Koordinierungsstellen wird darauf fokussieren, das Angebot noch bekannter zu machen und mehr Betriebe zur Umsetzung von BGF-Aktivitäten zu motivieren.

## **7.6 WEITERENTWICKLUNG DES GKV-LEITFADENS PRÄVENTION**

Der im Jahr 2000 erstmals veröffentlichte und seitdem regelmäßig aktualisierte GKV-Leitfaden Prävention legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention fest. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes bei der Gestaltung der Handlungsfelder und Kriterien bestätigt, konkretisiert und ausgeweitet. In Zusammenarbeit mit der seit 2010 bestehenden und 2016 infolge des Präventionsgesetzes neu konstituierten Beratenden Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung konnte 2018 eine Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention im Hinblick auf die Anforderungen des Präventionsgesetzes abgeschlossen werden.

Teil der Weiterentwicklung war es, die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2019-2024 zu definieren; die Ziele operationalisieren die Zielstellungen der Bundesrahmenempfehlungen der NPK für die von der GKV verantworteten Aktivitäten. Darüber hinaus wurde abgeglichen, dass die vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de definierten Ziele mit Bezug zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie im Leitfaden Berücksichtigung finden.

Für den Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Kapitel 7.7) wurden insbesondere ein einheitliches Verfahren der Zertifizierung von Leistungen definiert und die Anforderungen an die Anbieterqualifikation neu geregelt. Auch Kriterien zur Erleichterung ei-

ner Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Menschen mit Behinderungen wurden ergänzt.

Über alle Leistungsbereiche hinweg wurde die Ausrichtung von Angeboten nach relevanten Merkmalen der Vielfalt/Diversität – u. a. Alter, Geschlecht, Behinderung, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung – als generelles Erfordernis gestärkt.

## **7.7 INDIVIDUELLE VERHALTENSBEZOGENE LEISTUNGEN DER GKV**

Die gesetzlichen Krankenkassen können nach § 20 Abs. 5 SGB V Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention für einzelne Versicherte erbringen. Die Leistungen finden grundsätzlich in Gruppen statt („Präventionskurse“) und haben zum Ziel, die Versicherten für eine gesunde Lebensführung zu motivieren und sie zu befähigen, Krankheiten aktiv vorzubeugen. Um von der GKV gefördert werden zu können, müssen die Leistungen einheitlichen Qualitätsvorgaben genügen, die im GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) definiert sind. Daten zur Inanspruchnahme der Kurse werden jährlich im GKV-Präventionsbericht veröffentlicht.

Im Berichtsjahr 2017 wurden insgesamt 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert. 70 % der Teilnahmen erfolgten in Kursen zum Thema Bewegung, 26 % zum Thema Stressmanagement, 4 % zu den Themen Ernährung bzw. Suchtmittelkonsum. Die Kursangebote werden überwiegend (81 %) von Frauen besucht. 42 % der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer befinden sich in der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen; der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist mit 30 % deutlich niedriger.

Wie durch das Präventionsgesetz gefordert, hat der GKV-Spitzenverband Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention definiert und diese Festlegungen sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen auf seiner Internetseite veröffentlicht. Die Zertifizierung erfolgt für nahezu alle Krankenkassen über die 2013 gegründete „Zentrale Prüfstelle Prävention“.

## 7.8 ERFAHRUNGEN MIT ÄRZTLICHEN PRÄVENTIONSEMPFEHLUNGEN

Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes können Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung, der arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftliche Präventionsempfehlungen ausstellen, sofern sie medizinisch angezeigt sind (§§ 20 Abs. 5, 25 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB V). Vorgesehen ist die Empfehlung individueller verhaltensbezogener Leistungen zur Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führte im Herbst 2018 eine schriftliche Befragung bei den gesetzlichen Krankenkassen durch, um deren bisherige Erfahrungen mit den Präventionsempfehlungen zu erheben.

Basierend auf den Ergebnissen der Befragung wurden bei den Krankenkassen bisher selten Präventionsempfehlungen vorgelegt. Wenn eine Präventionsempfehlung vorgelegt wurde, wandten sich zu fast zwei Dritteln weibliche Versicherte an die Krankenkassen und etwa die Hälfte der Versicherten war 40–60 Jahre alt. Fast drei Viertel der Empfehlungen stammten von Allgemeinmedizinerinnen oder -medizinern. Am häufigsten empfahlen die Ärztinnen und Ärzte einen Kurs im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten. Die Teilnahme an einer krankenkassengeforderten Maßnahme wurde fast immer (99,4 % der Präventionsempfehlungen) ermöglicht.

Die Erfahrungen der Krankenkassen deuten darauf hin, dass derzeit relativ viele Präventionsempfehlungen nicht, wie vorgesehen, für primärpräventive Leistungen nach § 20 SGB V, sondern für tertiärpräventive Leistungen nach §§ 40–43 SGB V ausgestellt werden. Inwiefern sich die Passgenauigkeit der Empfehlungen ändern wird und Effekte auf die Teilnahmequoten und die nachgefragten Handlungsfelder auftreten werden, kann erst beurteilt werden, wenn sich die Präventionsempfehlung weiter verbreitet hat.

## 7.9 ENTWICKLUNG DES SPV-LEITFADENS PRÄVENTION IN STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen (§ 5 SGB XI). Im Rahmen dieser Leistungen sollen sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vor-

schläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

Um den gesetzlichen Auftrag umzusetzen, hat der GKV-Spitzenverband den Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. In die Entwicklung flossen die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Expertise ein, die der GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben hatte. Ziel des Leitfadens ist es, die Pflegekassen bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.

In dem Leitfaden sind der Prozess der Gesundheitsförderung in der stationären Pflege, die Abgrenzung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention von anderen Leistungen in der Pflege und die anzuwendenden Umsetzungs- und Ausschlusskriterien erläutert. Weiterhin werden Ziele und Handlungsfelder (Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt in der Pflege) definiert. Um die Zielerreichung messen und bewerten zu können, dokumentieren die Pflegekassen seit 2017 ihr Engagement und veröffentlichen einen jährlichen Präventionsbericht.

Die Aktivitäten der Pflegekassen im Jahr 2017 (Kapitel 5.4) veranschaulichen den Einstieg in die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege. Ziel der Pflegekassen ist es, künftig eine größere Anzahl an Pflegeeinrichtungen zu erreichen und die Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen zu verstärken.

## 8 Ausgaben

**Kapitel 8 des NPK-Präventionsberichts gibt einen Überblick über die Ausgaben der stimmberechtigten und - soweit möglich - der beratenden NPK-Mitglieder. Entsprechend § 20d Abs. 4 SGB V enthält das Kapitel auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Richt- und Mindestwerte für die Ausgaben der GKV.**

### 8.1 ROUTINEDATEN DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER UND DATEN DER PKV

In § 20d Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Träger der NPK und die PKV - so sie ihr Stimmrecht wahrnimmt - im Präventionsbericht der NPK über ihre Ausgaben berichten. Für die GKV handelt es sich hierbei um Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und um Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V. Für die SPV, GUV, GRV, SVLFG und PKV handelt es sich um ihre Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (Kapitel 5). Im Jahr 2017 betragen die relevanten Ausgaben insgesamt 1,8 Milliarden Euro. Sie verteilen sich wie folgt: GUV 1,2 Milliarden Euro, GKV 519 Millionen Euro, SVLFG<sup>3</sup> 63 Millionen Euro, SPV 22 Millionen Euro, PKV 21 Millionen Euro und GRV 4 Millionen Euro.

Im Zeitverlauf nahmen die Ausgaben in den Jahren 2012 bis 2015 um 4-5 % pro Jahr zu. Von 2015 auf 2016 erfolgte ein Sprung in den Ausgaben um 15 % (+223 Millionen Euro). Der starke Anstieg entfällt im Wesentlichen auf die GKV und dürfte ursächlich darauf zurückzuführen sein, dass die GKV durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 zu Mindestausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtet wurde. Von 2016 auf 2017 stiegen die Ausgaben um 5 %.

Gemäß § 20 Abs. 6 SGB V sollen sich die Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention an einem Richtwert orientieren; für Leistungen nach §§ 20a und 20b SGB V müssen seit 2016 Mindestausgabenwerte eingehalten werden. Die Vorgaben wurden nahezu erreicht, allerdings entstanden aufgrund der hohen geforderten Ausgabensteigerungen überschaubare Überträge in nachfolgende Jahre. Auch die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen gemäß § 5 SGB XI unterliegen einem Mindestwert. Die tatsächlichen Ausgaben der Pflegekassen lagen 2016 und 2017 unter diesem Mindest-

wert, sodass größere Überträge in nachfolgende Jahre entstanden.

### 8.2 GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

Im Gegensatz zu den Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder werden die Ausgaben der beratenden Mitglieder im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen nicht gesondert erfasst. Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes gibt jedoch Auskunft über Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz. Für die öffentlichen Haushalte betragen diese Ausgaben im Jahr 2017 2,1 Milliarden Euro, für die Arbeitgebenden 1,1 Milliarden Euro und für die privaten Haushalte 0,5 Milliarden Euro. Es ist zu beachten, dass die in der Gesundheitsausgabenrechnung unter Prävention und Gesundheitsschutz aufgeführten Ausgaben nicht deckungsgleich sind mit den Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen.

### 8.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG DER AUSGABENWERTE DER GKV

Wie in Kapitel 8.1 dargestellt, hat die GKV seit 2016 erhebliche finanzielle Mehraufwendungen für Leistungen zur lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention aufgebracht. Durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018 wurde die GKV verpflichtet, ihr finanzielles Engagement nochmals zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die derzeitigen Bestimmungen zu den **Mindestwerten** in § 20 Abs. 6 SGB V unverändert zu lassen. Die geltende Kopplung der GKV-Ausgaben an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV stellt sicher, dass die von den Krankenkassen für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention bereitgestellten finanziellen Mittel weiter entsprechend der Einkommensentwicklung zunehmen.

Der in § 20 Abs. 6 SGB V definierte **Ausgabenrichtwert** ist eine anzustrebende, dynamische und auch überschreitbare Orientierungsgröße. Daher besteht kein Bedarf für eine Anhebung über die ohnehin stattfindenden jährlichen Anpassungen gemäß der monatlichen Bezugsgröße hinaus.

<sup>3</sup> Als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und als Alterssicherung der Landwirte. Ausgaben als Kranken- bzw. Pflegekassen sind unter GKV bzw. SPV verbucht.



## 9 Fazit und Ausblick

**Mit den Kapiteln 1 bis 8 des NPK-Präventionsberichts liegt erstmals eine umfassende Bestandsaufnahme zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland vor. Daran anknüpfend werden in Kapitel 9 Perspektiven zur Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie abgeleitet – insbesondere bezüglich der gemeinsamen Ziele (Kapitel 9.1), der zu erbringenden Leistungen (Kapitel 9.2), der Kooperation und Koordination (Kapitel 9.3) sowie der Qualitätssicherung und Evaluation (Kapitel 9.4). Danach wird ein Ausblick gegeben auf die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen (Kapitel 9.5) und den zweiten NPK-Präventionsbericht (Kapitel 9.6). Schließlich werden Perspektiven für ein gesamtgesellschaftliches Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt (Kapitel 9.7).**

### 9.1 WEITERENTWICKLUNG DER GEMEINSAMEN ZIELE

In den Bundesrahmenempfehlungen der NPK sind die drei Ziele Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter formuliert. Die NPK wählte bewusst eine umfassende, an Lebensphasen orientierte Zielsystematik: Sie stellt einen allgemeinen Handlungsrahmen dar, der alle Lebenswelten und potenziellen Personengruppen umgreift. Für die Konkretisierung der Ziele wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 20f SGB V – vorrangig auf die Landesrahmenvereinbarungen verwiesen, in denen zusätzlich regionale Erfordernisse berücksichtigt werden sollen. Zudem nimmt jeder NPK-Träger Konkretisierungen der in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele für sein jeweiliges System vor.

Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele besteht darin, die Bundesrahmenempfehlungen um inhaltlich qualifizierte Schwerpunkte zu ergänzen.

Durch eine Fokussierung auf Schwerpunkte könnten die Evaluation von gesundheitlichen Wirkungen ermöglicht, die Effektivität und möglicherweise die Effizienz der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung erhöht und noch stärkere Impulse gegeben werden, die Ziele und Handlungsfelder in den Landesrahmenvereinbarungen und die Beiträge der an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten weiter zu konkretisieren. Schließlich könnte auch dem im Rahmen der Online-Erhebung für den vorliegenden Präventionsbericht vor allem von Ländern, Kommunen und organisierter Zivilgesellschaft geäußerten Wunsch nach größerer

Transparenz bei Entscheidungen über die Förderung von Aktivitäten entsprochen werden.

Die Formulierung der Schwerpunkte sollte in einem strukturierten Prozess erfolgen, in dem die NPK die Schwerpunkte auswählt und anschließend für die Schwerpunkte Ziele definiert. Dabei wäre auch zu reflektieren, in welcher Weise sich alle verantwortlichen Akteure in die Umsetzung eines Schwerpunkts einbringen können.

### 9.2 WEITERENTWICKLUNG DER LEISTUNGEN

Das Engagement zur Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen basiert auf dem Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung und Prävention. Mit diesem wird angestrebt, Strukturen und Prozesse in Lebenswelten systematisch so zu verändern, dass die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Menschen verbessert werden. Die Leistungen, die die Sozialversicherungsträger zur Umsetzung des Lebensweltansatzes erbringen, beruhen auf ihren jeweiligen gesetzlichen Aufträgen und sind in Ergänzung zum Engagement der anderen verantwortlichen Akteure zu sehen (siehe auch Kapitel 9.7).

Basierend auf den Ergebnissen zum Engagement der in der NPK vertretenen Akteure (Kapitel 5) und zum Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen (Kapitel 4) kommt drei Aspekten ein hoher Stellenwert zur Weiterentwicklung der Leistungen zu:

- Fortsetzung der Verknüpfung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Elementen,
- vermehrte Investition in die Entwicklung bzw. Erforschung wirksamer Interventionen und
- vermehrte Umsetzung in der Fläche von Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit.

Ein erster Schritt zur Umsetzung der Weiterentwicklungen besteht darin, Transparenz über weiter zu erforschende bzw. für die Anwendung bereits vorliegende Aktivitäten zu schaffen. Hierzu könnte die NPK eine gemeinsame, z. B. internetbasierte Ressource entwickeln, die den Wissensstand zur Wirksamkeit von Aktivitäten beschreibt.

### 9.3 WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND KOORDINATION

Ein wichtiges Anliegen, das der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz verfolgt, ist die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung verantwortlichen

Akteuren. Die Ergebnisse des ersten NPK-Präventionsberichts zeigen, dass für die Weiterentwicklung der Kooperation und Koordination eine solide Grundlage vorliegt (Kapitel 5.1, 6 und 7.1).

Ein Ziel der kommenden Jahre wird sein, die etablierten Strukturen und Prozesse zu verstetigen, wobei der Aufbau weiterer Strukturen und Prozesse in den Hintergrund und der fachliche Austausch und die inhaltliche Arbeit zunehmend in den Vordergrund rücken sollte. Zusätzlich gibt es vier Bereiche für Weiterentwicklungen:

- größere Transparenz über die Zuständigkeiten der stimmberechtigten NPK-Mitglieder,
- verstärkte Zusammenarbeit mit Öffentlichem Gesundheitsdienst sowie Kinder- und Jugendhilfe,
- bessere Einbeziehung der Kommunen bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen und
- verstärkte Zusammenarbeit bei Bedarfserhebungen.

Um die Weiterentwicklungen umzusetzen, könnten die in den Bundesrahmenempfehlungen skizzierten Anwendungsbeispiele als Anknüpfungspunkt genutzt werden. Auch kommen konkretere Festlegungen für die Zusammenarbeit in den Landesrahmenvereinbarungen in Frage. Weiterhin sollten die Länder Möglichkeiten prüfen, den ÖGD hinsichtlich seiner finanziellen Mittel und seines Aufgabenprofils so weiterzuentwickeln, dass er verstärkt als Partner der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention agieren kann. Bei der Zusammenarbeit mit Kommunen bieten sich zudem Verknüpfungen mit den Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit (Kapitel 7.4) sowie den Fachkonzepten für Bildungseinrichtungen und dem Präventionsprogramm für Jugendliche der GUV an.

#### **9.4 WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION**

Die Durchführung von Qualitätssicherung und Evaluationen ist entscheidend für eine nachhaltige Verankerung von Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten. Für die Sozialversicherungsträger gilt explizit, dass ihre Leistungen einen belegbaren Nutzen haben müssen, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben zu entsprechen haben sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich zu erbringen sind. Die Ergebnisse des ersten NPK-Präventionsberichts deuten auf unterschiedliche Erfahrungen der Akteure mit der Qualitätssicherung und Evaluation hin: Auf der einen Seite scheint eine zunehmende Professionalisierung stattzufinden, auf der anderen Seite sehen sich einzelne

Akteure vor größeren Herausforderungen, Qualitätssicherung und Evaluationen umzusetzen.

Für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation könnte zu einer bewussteren Differenzierung zwischen der Entwicklung (einschließlich der Evaluation) von Aktivitäten und ihrer strukturierten Verbreitung in die Fläche übergegangen werden.

Konkret würde ein solches Vorgehen bedeuten, dass Aktivitäten durch Expertinnen und Experten entwickelt und evaluiert werden. Als Ergebnis läge für jede Aktivität eine Dokumentation vor, die die relevanten Merkmale der Aktivität (ggf. in Form von Modulen) und ihre Wirkung beschreibt. Weiterhin enthielte die Dokumentation ein „Qualitätssicherungs-Kit“, anhand dessen die konzeptgetreue Umsetzung der Aktivität in der Praxis überprüft werden kann. Durch ein solches Vorgehen würden die Akteure der Praxis von der Eigenentwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung entlastet und könnten sich – nach vorheriger Bedarfserhebung und Auswahl bereits evaluierter Aktivitäten – auf die Umsetzung konzentrieren.

Den NPK-Trägern käme bei dieser Herangehensweise eine wichtige Rolle zu, da sie durch ihre in den Bundesrahmenempfehlungen veröffentlichten Qualitätskriterien und gemeinsame Vorgehensweise Anreize für die Qualitätssicherung und Evaluation setzen.

#### **9.5 FORTSCHREIBUNG DER BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN**

Die Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d SGB V wurden von der NPK erstmals im Februar 2016 verabschiedet. Seit August 2018 liegt eine erste weiterentwickelte Fassung vor. Sie enthält drei Ergänzungen zu den lebensphasenbezogenen Zielen: (1) ein übergreifendes Ziel zur verstärkten Etablierung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung, (2) drei mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie abgestimmte spezielle Ziele für die Zielgruppe erwerbstätige Menschen und (3) ein spezielles Ziel für die Zielgruppe arbeitslose Menschen. Zudem sind die Schnittstellen und das Zusammenwirken der NPK-Träger in der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung ausführlich beschrieben. Zur Veranschaulichung eines gesamtgesellschaftlichen Vorgehens wurden Anwendungsbeispiele zur Gemeinschaftsverpflegung und Bewegungsförderung in Lebenswelten entwickelt. Die

Beispiele zeigen auf, wie sich die Beiträge der Verantwortlichen gegenseitig ergänzen.

Kurz- und mittelfristig wird der Fokus auf der Umsetzung und Verstetigung des Vereinbarten liegen. Gleichzeitig liegt mit dem ersten NPK-Präventionsbericht eine Grundlage für die weitere Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen vor. Darüber hinaus sollten die Erfahrungen, die die Akteure derzeit im Rahmen der Umsetzung sammeln, in die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen einfließen.

## **9.6 AUSBLICK AUF DEN ZWEITEN PRÄVENTIONSBERICHT**

Die NPK ist aufgefordert, alle vier Jahre einen Präventionsbericht zu erstellen (§ 20d Abs. 4 SGB V). Für künftige Berichte wird insbesondere zu klären sein, wie Veränderungen im Zeitverlauf dargestellt werden können, welcher Kompromiss zwischen Breite und Tiefe der Berichterstattung getroffen wird und welche Art der Dokumentation genutzt wird. Das für die Berichtsserie gewählte Konzept und die verwendete Methodik werden kontinuierlich weiterzuentwickeln sein.

## **9.7 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN**

Der erste Präventionsbericht der NPK veranschaulicht, dass seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes vieles auf den Weg gebracht wurde, um die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention weiterzuentwickeln. Als Hauptadressat des Präventionsgesetzes hat insbesondere die GKV ihr Engagement stark ausgebaut und Maßnahmen initiiert, um den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Lebenswelten und Betrieben zu unterstützen. Auch GRV, GUV, SPV und PKV – als weitere im Präventionsgesetz hervorgehobene Akteure – engagieren sich mit umfassenden, zum Teil gesetzlich neu eingeführten Leistungen, um die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Bevölkerung zu fördern.

Wenngleich mit dem Präventionsgesetz der Fokus stark auf die Sozialversicherungsträger gerichtet wird, werden die meisten der gesundheitlichen Problemlagen in erheblichem Maße durch Faktoren beeinflusst, die jenseits ihrer gesetzlichen Leistungsspektren liegen. Für die nationale Präventionsstrategie bedeutet dies, dass beispielsweise die Eindämmung von Fehl-Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, psychosozialen Belastungen und Substanzkonsum zwar zu ihren prioritären

Handlungsfeldern zählen, größere Fortschritte hier jedoch nur erzielt werden können, wenn sämtliche Einflussfaktoren adressiert werden und gesamtgesellschaftlich vorgegangen wird. Daher gehören z. B. Themen wie ein möglichst flächendeckendes Angebot gesunder Gemeinschaftsverpflegung und niedrigschwelliger Bewegungsmöglichkeiten in Bildungseinrichtungen, Betrieben und Kommunen sowie gesetzliche Vorgaben, z. B. zu Verfügbarkeit, Konsum und Preisgestaltung von Tabak und Alkohol sowie zur Werbung für diese Produkte, auf die politische Agenda.

Der Gesetzgeber hat der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung die Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie anvertraut. Diese Aufgabe werden die Träger der NPK auch in den kommenden Jahren mit Nachdruck verfolgen. Messbare Erfolge können jedoch nur im Schulterschluss aller auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene verantwortlichen Akteure im Sinne von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ erzielt werden. Die Sozialversicherungsträger werden sich für solch einen Schulterschluss einsetzen – in der Zuversicht, im zweiten Präventionsbericht der NPK im Jahr 2023 nicht nur über weitere Fortschritte in den jeweils eigenen Verantwortungsbereichen berichten zu können, sondern auch über einen gesamtgesellschaftlichen Aufbruch zu mehr Gesundheitsorientierung in allen für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Handlungsfeldern.

## Abkürzungsverzeichnis

BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GRV	gesetzliche Rentenversicherung
GUV	gesetzliche Unfallversicherung
LRV	Landesrahmenvereinbarungen
NPK	Nationale Präventionskonferenz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OZG	organisierte Zivilgesellschaft. Unter OZG wurden Mitgliedsorganisationen der Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK sowie Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst.
PKV	private Kranken- und Pflegeversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SPV	soziale Pflegeversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

