

Die Nationale Präventionskonferenz



Zweiter 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
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

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

sowie als stimmberechtigtes NPK-Mitglied:

Verband der Privaten Krankenversicherung

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



Stand: Juni 2023

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

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

Internet: www.npk-info.de

Inhalt

Vorwort.....	5
Mitwirkende	7
1 Einleitung	8
2 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen	10
3 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen	21
4 NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit	25
5 Weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes	30
6 Ausgaben.....	33
7 Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie.....	35
8 Fazit und Ausblick.....	37
9 Abkürzungsverzeichnis.....	46

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir wünschen eine informative Lektüre.



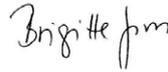
Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband



Dr. Stefan Hussy
DGUV



Arnd Spahn
SVLFG

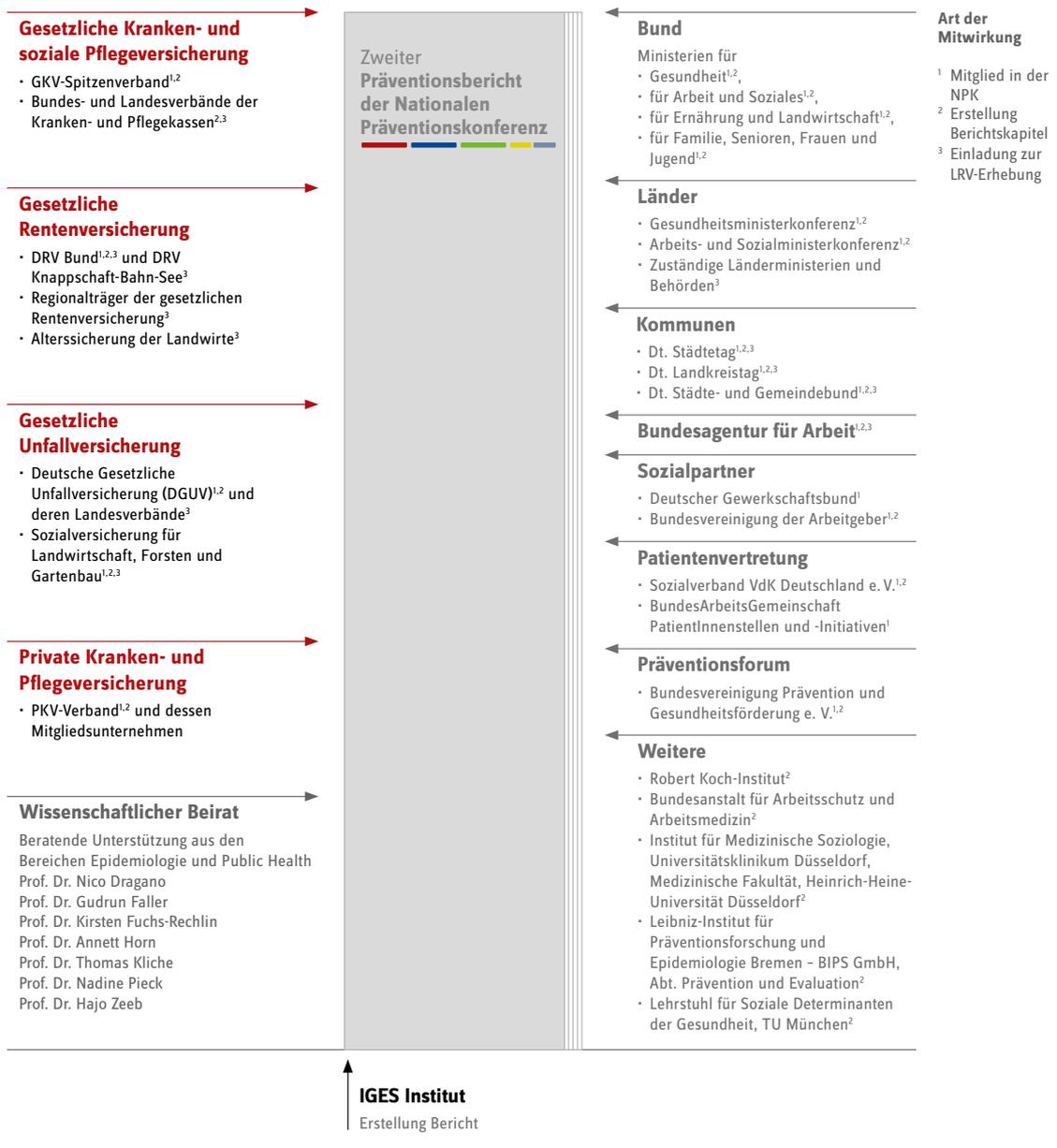


Brigitte Gross
DRV Bund



Dr. Timm Genett
PKV-Verband

Mitwirkende





1 Einleitung

Der Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) ist - neben den Bundesrahmenempfehlungen - eine der beiden Säulen der nationalen Präventionsstrategie. Er ist alle vier Jahre vorzulegen. In Kapitel 1 des NPK-Präventionsberichts werden Kontext, Ziele und Methodik der Berichterstellung erläutert.

1.1 AUSGANGSLAGE DER BERICHTERSTELLUNG

Ziel des Präventionsgesetzes von 2015 ist es, die Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten insbesondere unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) zu stärken. Mit dem Präventionsgesetz führte der Gesetzgeber die Nationale Präventionskonferenz ein. Träger der NPK sind die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV), vertreten durch die Spitzenorganisationen GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). 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 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) und
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 weiterentwickelte Fassung wurde am 29.08.2018 verabschiedet. Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wurden in allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen (LRV) gemäß § 20f SGB V geschlossen. Den ersten Präventionsbericht legte die NPK im Jahr 2019 vor.

1.2 ZIELE DES ZWEITEN NPK-PRÄVENTIONSBERICHTS

Der Präventionsbericht der NPK dient gemäß der Gesetzesbegründung zum Präventionsgesetz 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. Mit dem zweiten Bericht werden erstmals Entwicklungen und Verstärkungen in der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung abgebildet. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, zieht sich als Querschnittsthema durch den Bericht.

Die stimmberechtigten NPK-Mitglieder und ihre Mitgliedsorganisationen nutzen den zweiten NPK-Präventionsbericht für die Weiterentwicklung ihres Engagements in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Der Bericht zeigt Ansatzpunkte auf, wie dieses Engagement im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Agierens weiterentwickelt werden kann.

1.3 BERICHTSZEITRAUM UND BEZUGNAHME AUF DIE COVID-19-PANDEMIE

Der Berichtszeitraum für den zweiten NPK-Präventionsbericht erstreckt sich über die Kalenderjahre 2018 bis 2021. In Kapitel 3 (Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen) und Kapitel 4 (NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit) wird der Stand bis ins Jahr 2022 berücksichtigt. Um den Anschluss zum ersten NPK-Präventionsbericht herzustellen, der sich überwiegend auf das Jahr 2017 bezieht, werden an relevanten Stellen Informationen aus dem Jahr 2017 berücksichtigt. Prägend für etwa die Hälfte des Berichtszeitraums ist die Anfang 2020 ausgebrochene COVID-19-Pandemie. Der Berichtszeitraum umfasst somit die Jahre 2018 und 2019 vor und die Jahre 2020 und 2021 während der COVID-19-Pandemie.

1.4 METHODIK DER BERICHTERSTELLUNG

Die Inhalte des Präventionsberichts beruhen vor allem auf folgenden Quellen:

- Analysen von Dokumenten, die von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern zur Verfügung gestellt wurden,
- einer Recherche zum Vorhandensein einer kommunalen Gesundheitskonferenz, bezogen auf die 400 Landkreise und kreisfreien Städte,
- einer standardisierten Online-Erhebung zur Umsetzung der LRV,
- leitfadengestützten Interviews im Rahmen von Fallstudien zum Stand der Umsetzung der LRV,
- Workshops zur Programmtheorie des NPK-Vorhabens sowie
- mehreren Kapiteln und Abschnitten, die von Mitgliedern der NPK und weiteren Institutionen beigesteuert wurden.

Der Gastbeitrag „Lebenswelt- und soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie“ (Kapitel 7) stützt sich auf eine systematische Literaturrecherche und Interviews mit Expertinnen und Experten.

Stärken und Schwächen der Methodik der Berichterstellung werden in Abschnitt 1.4.8 des Berichts erläutert.

2 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen

Die Nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, trägerübergreifende, bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen, BRE) für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und fortzuschreiben. Hierfür sind insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festzulegen (§ 20d SGB V). Die übergeordneten Ziele der BRE sind „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“, „Gesund im Alter“.¹

Kapitel 2 des NPK-Präventionsberichts gibt einen Überblick über die Aktivitäten, die die in der NPK vertretenen Akteure seit dem ersten NPK-Präventionsbericht durchgeführt haben, um zur Erreichung der in den BRE formulierten Ziele und Zielgruppen sowie des übergreifenden Struktur- und Prozessziels und der speziellen Ziele für einzelne Zielgruppen beizutragen.

Die Ergebnisse einer für den NPK-Präventionsbericht durchgeführten Recherche zeigen, in wie vielen der 400 Landkreise und kreisfreien Städte² Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Strukturen identifiziert werden konnten.

Die Kurzfassung beschränkt sich auf das Engagement der stimmberechtigten NPK-Mitglieder. Der NPK-Präventionsbericht enthält darüber hinaus Darstellungen des Engagements im Sinne der BRE der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesministerien für Arbeit und Soziales, für Ernährung und Landwirtschaft, für Familien, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit. Darüber hinaus sind die Gesundheitsministerkonferenz, der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, die Patientenvertretung sowie das Präventionsforum mit einem Beitrag vertreten.

2.1 GESETZLICHE SOZIALVERSICHERUNG SOWIE PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Nachfolgend wird das Engagement der stimmberechtigten Mitglieder der NPK (GKV, GUV, GRV, SPV, SVLFG, PKV) im Sinne der BRE dargestellt.

2.1.1 GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ein breites Spektrum an Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zum Schutz vor Krankheiten für ihre 73 Millionen Versicherten (ca. 90 % der Bevölkerung). Mit diesen Leistungen sollen zum einen das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln gefördert (Gesundheitsförderung) sowie Krankheitsrisiken bei gesunden Versicherten verhindert und vermindert (Primärprävention) und zum anderen gesundheitsförderliche Strukturen in Lebenswelten und Betrieben unterstützt werden (Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben). Die Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsanforderungen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten der GKV werden im Leitfaden Prävention unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen definiert.³

Die Leistungen der GKV gemäß § 20a SGB V (**Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**) zielen darauf ab, die Verantwortlichen in den Lebenswelten dabei zu unterstützen, gesundheitsförderliche Strukturen auf- bzw. auszubauen. Durch sie sollen außerdem das Wissen zu Möglichkeiten der strukturellen und individuellen Gesundheitsförderung und ein kompetentes Gesundheitshandeln gestärkt werden. Lebensweltverantwortliche sollen befähigt werden, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Das Engagement der GKV ist darauf ausgerichtet, Gesundheit als Leitbild und Organisationsprinzip nachhaltig in Lebenswelten zu integrieren sowie die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner zu stärken, um sie zu befähigen, sich nach der befristeten Unterstützung durch die GKV eigenständig für ihre Gesundheit und eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt einzusetzen (Empowerment-Ansatz).

¹ Außer den übergeordneten Zielen formulieren die BRE spezielle Ziele für bestimmte Zielgruppen sowie ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel. Ausführlich unter <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen>.

² In Stadtstaaten: Bezirke oder Stadtteile. Mit Stand 31.3.2023 gibt es 400 Landkreise und kreisfreie Städte.

³ GKV-Spitzenverband (Hrsg.; 2022): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 21. Dezember 2022. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de. Vgl. dazu Abschnitt 5.1 der Kurzfassung sowie Abschnitt 5.1 des NPK-Präventionsberichts.

Kinder und Jugendliche stellen eine wesentliche Zielgruppe dar. In jedem der Jahre 2017, 2018 und 2019 wurden ca. 25.000 Schulen (Grundschulen, Gesamt-/Sekundarschulen, Gymnasien und weitere Schularten) unterstützt. Die Anzahl erreichter Kindertageseinrichtungen stieg von ca. 11.000 im Jahr 2017 auf 15.000 im Jahr 2019. Schulen und Kindertageseinrichtungen werden von den Krankenkassen zum Beispiel dabei unterstützt, Konzepte zu den Themen Bewegung und Ernährung in den Alltag zu integrieren. In den Jahren 2020 und 2021 sank die Anzahl erreichter Schulen und Kindertagesstätten aufgrund der Auswirkungen sowie der Beschränkungen während der COVID-19-Pandemie. Die Anzahl der erreichten Kommunen hat sich von 2017 bis 2021 in etwa verdreifacht (2017: 559, 2021: 1.650). Diese Entwicklung spiegelt die Bedeutung wider, die die kommunale Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren erlangt hat.

Die insgesamt durch Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention erreichte Anzahl an Lebenswelten ist von ca. 40.000 im Jahr 2017 auf ca. 45.000 im Jahr 2019 gestiegen. Aufgrund der erschwerten Bedingungen während der COVID-19-Pandemie verringerte sich die Anzahl erreichter Lebenswelten im Jahr 2020 auf etwa 36.000. Im Jahr 2021 stieg die Anzahl der erreichten Lebenswelten auf 41.000 an und näherte sich damit deutlich dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie an. Durch die Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wurden im Jahr 2019 ca. 6,8 Millionen Personen direkt erreicht, im Jahr 2021 ca. 6,0 Millionen Personen – auch hier zeigt sich eine Annäherung an das Niveau vor der COVID-19-Pandemie. Einschränkungen durch die Pandemiebedingungen begegneten die Krankenkassen durch veränderte Formate (z. B. digitale Formate oder Eins-zu-eins-Betreuung) sowie durch Intensivierung der Ansprache.

Das Engagement der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention soll insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB V). Ein Ansatz dafür ist es, Lebenswelten, in denen vornehmlich sozial benachteiligte Menschen leben, gesundheitsförderlich zu gestalten. In den Jahren 2017 bis 2021 befanden sich jeweils ca. 30 % aller erreichten Lebenswelten in sogenannten „sozialen Brennpunkten“⁴.

Die Lebensweltverantwortlichen legen anhand der bestehenden und/oder erhobenen Bedarfe eigene inhaltliche Schwerpunkte fest und planen darauf aufbauend bedarfsbezogene Aktivitäten. Für die Erhebung der Bedarfe nutzen die Krankenkassen qualitative und quantitative Methoden und Instrumente. Häufig werden verschiedene gesundheitsförderliche Themen im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes miteinander kombiniert. Die am häufigsten adressierten Bedarfe und Leistungserbringungen im Jahr 2021 bezogen sich auf die Themen Bewegung, Ernährung, Gesundheitskompetenz, Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion/Entspannung und gesundheitsgerechter Umgang miteinander.

Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich gemeinsam unter anderem im **GKV-Bündnis für Gesundheit**, der gemeinsamen Initiative zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Seit der Gründung im Jahr 2016 hat das Bündnis Strukturen etabliert und weiterentwickelt, ein Portfolio von Aktivitäten aufgebaut sowie wichtige fachliche Impulse gegeben. Die Aktivitäten ergänzen das kassenindividuelle und kassenartenübergreifende Engagement in den Bundesländern. Zu den Schwerpunkten zählen unter anderem das Kommunale Förderprogramm und der Aufbau von Programmbüros in den Ländern, eine Vielzahl landesweiter Projekte, mehrere bundesweite Projekte wie z. B. „teamw(ork) für Arbeit und Gesundheit“, bei dem Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit und Krankenkassen zusammenarbeiten, um die gesundheitliche Lage arbeitsloser Menschen zu verbessern, die anteilige Förderung der Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sowie die Förderung anwendungsorientierter Forschung und der Aufbau einer Wissensdatenbank für gesunde Lebenswelten.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur **betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)** sind ebenfalls vielfältig. Idealerweise sind sie in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet, das auch die Aufgaben des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements systematisch miteinander verbindet. Ziel ist es, das individuelle Gesundheitsverhalten Beschäftigter zu unterstützen und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in den Unternehmen auf- und auszubauen. Die Leistungen der GKV zur BGF

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

werden auf zwei Wegen erbracht: zum einen unmittelbar in Betrieben, zum anderen mittelbar in überbetrieblichen Strukturen wie Netzwerken oder Unternehmensorganisationen.

Die Anzahl der durch die GKV erreichten Betriebe stieg von ca. 18.000 im Jahr 2017 auf ca. 23.000 im Jahr 2019. Im Jahr 2020 wurden aufgrund der Beschränkungen und veränderten prioritären betrieblichen Belange durch die COVID-19-Pandemie weniger Betriebe (ca. 16.700) erreicht. 2021 stieg die Anzahl erreichter Betriebe wieder auf ca. 18.000 an, blieb jedoch aufgrund der weiter anhaltenden COVID-19-Pandemie unter dem zuvor erreichten Niveau. Die Anzahl der direkt erreichten Personen stieg von ca. 1,9 Millionen im Jahr 2017 auf ca. 2,3 Millionen im Jahr 2019, um dann 2020 auf ca. 2,0 Millionen und 2021 auf ca. 1,8 Millionen zurückzufallen. Neben ihrem Engagement zur BGF in einzelnen Betrieben unterstützt die GKV auch überbetriebliche Netzwerke aus z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern und regionalen Akteuren. Von 2017 bis 2019 ist die Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke, in denen die GKV aktiv war, von ca. 160 auf 190 gestiegen. Wenngleich in der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 viele Netzwerke ihre Aktivitäten einschränken mussten, war die GKV weiterhin an ca. 150 überbetrieblichen Netzwerken beteiligt. Dieses Niveau konnte 2021 gehalten werden. Auch die BGF fand in den Jahren 2020 und 2021 durch die COVID-19-Pandemie unter erschwerten Bedingungen statt. Die Krankenkassen begegneten diesen Bedingungen durch Anpassungen von Produkten und Maßnahmen, digitalen Formaten und einer Intensivierung der Ansprache der Zielgruppen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2017 in allen Bundesländern BGF-Koordinierungsstellen eingerichtet. Durch diese soll das Wissen um und die Verbreitung von BGF in Unternehmen, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Mit dem Informations- und Beratungsportal www.bgf-koordinierungsstelle.de wurde eine Anlaufstelle geschaffen, über die interessierte Unternehmen zeit- und ortsunabhängig mit den BGF-Expertinnen und -Experten der gesetzlichen Krankenkassen in Kontakt treten können, um eine kostenfreie sowie wettbewerbsneutrale Erstberatung zur BGF und den BGF-Leistungen der GKV zu erhalten. Neben der Information, Beratung und Unterstützung von Unternehmen nehmen die BGF-Koordinierungsstellen eine Lotsenfunktion bei Fragen und Informationen zu den anderen Sozialversicherungsträgern sowie eine akteurs- und sozialversicherungsträgerübergreifende Vernetzungsrolle auf

der Bundes- und insbesondere der Landesebene wahr, indem sie Kooperationen mit relevanten Stakeholdern in der Arbeitswelt anbahnen, Vernetzungstreffen, Austauschmöglichkeiten und Veranstaltungen organisieren oder sich an etablierten Veranstaltungsformaten beteiligen.

2.1.2 GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG

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

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

Das Präventionsprogramm „RV Fit“ beinhaltet die **verhaltenspräventiven Angebote der GRV** und bündelt diese in ein Konzept zur nachhaltigen Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen ein. Die Teilnahme am Programm enthält Kurse und Aktivitäten zu den Themen Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress und wird entlang verschiedener Phasen durchgeführt (Startphase, Trainingsphase, Eigenaktivitätsphase, Auffrischungsphase). Die Anzahl der Anträge auf Teilnahme an „RV Fit“ wie auch die Anzahl der bewilligten Anträge stieg im Zeitraum von 2017 bis 2021 jedes Jahr an. Im Jahr 2017 wurden 7.200 Anträge gestellt, wovon 4.800 bewilligt wurden (Bewilligungsquote: 66,6 %). Im Jahr 2021 war die Anzahl der gestellten Anträge mit 18.700 mehr als doppelt so hoch. Davon wurden 79,0 % bewilligt, sodass sich die Anzahl der bewilligten Anträge im Vergleich zu 2017 sogar verdreifachte. Diese Entwicklungen können unter anderem durch Anstrengungen der GRV erklärt werden, die Form der Ansprache sowie die Antragstellung konsequent an den Bedürfnissen der Versicherten

auszurichten. So ging im Juli 2020 das Präventionsportal „RV Fit“ online, das mit bürgernahe Sprache, einem schlanken Antragsprozess und der Neugestaltung des digitalen Nutzererlebnisses mehr Menschen zur Teilnahme motivieren soll. Der Anteil der Online-Anträge ist seitdem von 6 % auf 76 % angestiegen.

Die COVID-19-Pandemie stellte einen großen Einschnitt für die Präventionsbemühungen der GRV dar. Die GRV reagierte auf die Pandemie, indem besondere Anstrengungen zur Digitalisierung der „RV Fit“-Angebote unternommen wurden. Im August 2022 existierten mindestens 11 Projekte zur Integration digitaler Elemente in 25 Einrichtungen, die von 8 Rentenversicherungsträgern durchgeführt werden. In allen Projekten werden digitale Lernelemente in die Startphase integriert und die Trainingsphase überwiegend digital realisiert. Insofern handelt es sich um hybride Gestaltungen mit einem Mix aus Präsenz- und digitalen Modulen.

Am 14.12.2016 trat das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) in Kraft. Damit beauftragte der Gesetzgeber die GRV, eine Leistung zur freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen **Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs** zu entwickeln und zu erproben (§ 14 Abs. 3 SGB VI). Die GRV kam diesem Auftrag unter anderem durch Entwicklung eines wissenschaftlich validierten Screening-Fragebogens nach. Dieser wird zum Kurzscreening des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs der Befragten eingesetzt. Sein Einsatz sowie der Einsatz anderer Angebote zur Gesundheitsvorsorge, beispielsweise eine hausärztliche Gesundheitsvorsorgeuntersuchung oder ein umfassendes medizinisch-psychologisches Assessment in einem ambulanten Rehabilitationszentrum, wurden von den Trägern der GRV im Zeitraum von 2018 bis 2022 im Rahmen von neun Modellprojekten erprobt.

Der **Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung** ist ein bundesweites Beratungsangebot für Arbeitgeber. Seit März 2015 berät der Firmenservice der GRV Unternehmen zu den Themen Gesunde Mitarbeitende, Rente und Altersvorsorge sowie Beiträge und Meldungen zur Sozialversicherung. Beim Thema Gesunde Mitarbeitende stehen die Leistungen zur Teilhabe einschließlich der Prävention, die Beratung zur Einführung und Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements und In-

formationen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement im Mittelpunkt. Hierbei nimmt der Firmenservice auch eine Lotsen- und Wegweiserfunktion zu anderen Sozialversicherungsträgern ein. Das kostenfreie Beratungsangebot richtet sich insbesondere an Arbeitgebende, Betriebs-/Werksärztinnen und -ärzte, Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen kleiner und mittlerer Unternehmen.

Gemäß dem Prozessziel „Die Träger der NPK fördern abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen in der arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Unterstützung von Betrieben [...]“⁵ unternahm die GRV im Berichtszeitraum vielfältige Aktivitäten zur **Förderung von Vernetzung und Kooperation** mit anderen Akteuren der Prävention. Im Jahr 2016 wurde die Kooperationsvereinbarung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ zwischen GRV und GUV geschlossen. Ziele gemäß dieser Vereinbarung sind die Forcierung gemeinsamer Modellprojekte, die Zusammenarbeit bei der Beratung von Unternehmen, die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Im Berichtszeitraum wurde das gemeinsame Engagement fortgeführt und ausgebaut.

Im Berichtszeitraum wurde zudem darauf fokussiert, die Beraterinnen und Berater des Firmenservice in ihrer Lotsenfunktion zu stärken. Ein Beispiel für ein kooperatives Modellprojekt, bei dem die GRV neben der GUV auch mit der GKV und einem Großunternehmen kooperiert, ist das Modellprojekt „Ganz. Sicher. Gesund. Voneinander wissen, miteinander handeln, Sicherheit und Gesundheit managen“ in der Linde GmbH. Der Ausbau von Kooperationen der GRV und GKV erfolgt entlang vorhandener Strukturen (Firmenservice sowie BGF-Koordinierungsstellen) und mit dem Bestreben, diese noch stärker zu nutzen und zu verzahnen, indem unter anderem bestehende Angebote miteinander koordiniert bzw. verknüpft und gemeinsame Modellprojekte initiiert werden.

2.1.3 GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

Das Engagement der GUV zur Prävention ist in ihrem gesetzlichen Auftrag begründet, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen (vgl. § 14 Abs. 1 SGB VII). Durch ihre Präven-

⁵ Dieses Prozessziel ist eines der speziellen Ziele für die Zielgruppe der Erwerbstätigen gemäß den BRE (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz, 2018).

tionsleistungen unterstützt sie Arbeitgeber dabei, ihrer Verantwortung für die Sicherheit und die Gesundheit der Mitarbeitenden nachzukommen. Dementsprechend adressiert die GUV insbesondere das Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE. Ihr Engagement zum Ziel Gesund aufwachsen ergibt sich einerseits aus der Unterstützung der Träger von Bildungseinrichtungen und andererseits aus dem Auftrag, die Sicherheit und Gesundheit von Kindern während des Besuchs von Tageseinrichtungen, von Schülerinnen und Schülern während des Besuchs von allgemein- und berufsbildenden Schulen sowie von Studierenden während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 SGB VII) sicherzustellen. Maßgeblich für das Handeln der GUV ist des Weiteren die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA).

Die GUV hat im Berichtszeitraum mit folgenden Präventionsleistungen zu den Zielen der BRE beigetragen:

Beratung (auf Anforderung): Auf Anfrage von Unternehmen und Einrichtungen an die Träger der GUV zu Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit fanden 2017 ca. 180.000 Beratungen vor Ort statt, 2018 und 2019 jeweils etwa 190.000. Neben den Beratungen vor Ort wurden zudem in den Jahren 2017 bis 2019 jeweils ca. 450.000 schriftliche oder telefonische Beratungen durchgeführt. 2020 erfolgte insgesamt eine ähnliche Anzahl an Beratungen wie in den vorhergehenden Jahren, wobei wegen der pandemischen Situation die Anzahl der vor Ort geleisteten Beratungen deutlich zurückging (auf ca. 120.000), während die Anzahl der schriftlichen oder telefonischen Beratungen deutlich zunahm (auf ca. 520.000). Auch 2021 fanden im Vergleich zu den Jahren vor 2020 weniger Beratungen vor Ort statt (ca. 140.000), während die Anzahl der schriftlichen oder telefonischen Beratungen auf hohem Niveau blieb (ca. 490.000).

Überwachung und anlassbezogene Beratung: Mit der hoheitlichen Befugnis zur Überwachung kontrollieren qualifizierte Aufsichtspersonen der GUV die Durchführung betrieblicher Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Sicherstellung der Ersten Hilfe und suchen insbesondere Betriebe und Einrichtungen mit erhöhtem Gefährdungsrisiko auf. 2017 wurden 220.475, 2018 223.129 und 2019 230.076 Unternehmen und Einrichtungen überwacht und anlassbezogen beraten. Aufgrund der pandemischen Situation war im Jahr 2020 mit 166.595 besichtigten Unternehmen und Einrichtungen ein Rückgang zu verzeichnen. Im Jahr 2021 konnten mit 176.658 Unternehmen und Einrichtun-

gen wieder mehr Besichtigungen realisiert werden als im Jahr 2020, aber das Niveau der Jahre vor der Pandemie konnte noch nicht wieder erreicht werden. Trotz dieses Rückgangs der Besichtigungen vor Ort zeigen die Daten, dass es der GUV gut gelungen ist, auch während der Pandemie Kontrollen durchzuführen und anlassbezogen zu beraten. In der pandemischen Situation wurden zudem neue Überwachungsmethoden erprobt, z. B. mithilfe von Videoübertragungen und schriftlichen Selbstauskünften.

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung: Gemäß § 2 Abs. 1 der DGUV Vorschrift 2 „hat der Unternehmer Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Wahrnehmung der in den §§ 3 und 6 ASiG bezeichneten Aufgaben schriftlich zu bestellen“. Um insbesondere Kleinst- und Kleinbetriebe sowie Betriebe in strukturschwachen Regionen dabei zu unterstützen, dieser Verpflichtung nachzukommen, haben Träger der GUV arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Kompetenzzentren eingerichtet. Diese halten qualitätsgesicherte Angebote der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung vor.

Qualifizierung: Die Präventionsleistung Qualifizierung der GUV richtet sich an eine Vielzahl von Akteuren wie Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen/ Betriebsärzte, Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Sicherheitsbeauftragte und weitere betriebliche Akteure. 2018 und 2019 nahmen jeweils ca. 280.000 Betriebsangehörige an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen der GUV teil. In den Jahren 2020 und 2021 war die Erbringung von Leistungen zur Qualifizierung durch die COVID-19-Pandemie eingeschränkt, dennoch konnten auch durch die Umstellung von Präsenzveranstaltungen auf digitale Angebote bzw. hybride Formate 118.298 Betriebsangehörige im Jahr 2020 und 112.425 im Jahr 2021 erreicht werden.

Information, Kommunikation und Präventionskampagnen: Von Oktober 2017 bis Dezember 2021 führten die Träger der GUV die großangelegte Kampagne „kommittensch“ zur Kultur der Prävention durch. Das Ziel der Kampagne war, für Sicherheit und Gesundheit bei allen Entscheidungen und Abläufen in Unternehmen und Einrichtungen zu sensibilisieren. Ein weiteres Vorhaben ist die von der DGUV 2019 gemeinsam mit der Kultusministerkonferenz gestartete Initiative „Sicherheit und Gesundheit im und durch Schulsport“. Ziel der zunächst auf zehn Jahre ausgelegten Schulsportinitiative ist die Verbesserung der Sicherheit im unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Schulsport sowie der Ge-

sundheitsförderung durch Schulsport. Das Vorhaben zielt auf eine Stärkung der Kultur der Prävention und wurde deshalb zeitlich und inhaltlich mit „kommittensch“ verknüpft.

Ermittlung: Die GUV setzt verschiedene Methoden (z. B. Befragungen, Begehungen, Dokumenteneinsicht, physikalische Messungen) ein, um Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu ermitteln (verdachtsbezogene Ermittlung) oder Ursachen/Begleitumstände von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufzuklären (vorfallbezogene Ermittlung). Im Bereich der vorfallbezogenen Ermittlung untersuchen die Träger der GUV jährlich ca. 30.000 Unfälle und ca. 70.000 Fälle von Berufskrankheiten.

Forschung, Entwicklung und Modellprojekte: Die GUV adressierte die arbeitsweltbezogenen Ziele Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems sowie Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt und weitere Ziele der BRE auch im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten.

Prüfung/Zertifizierung: Aufgabe des Prüf- und Zertifizierungssystems DGUV Test der DGUV ist es, Sicherheit und Gesundheit präventiv durch Prüfung und Zertifizierung von Produkten (z. B. Staub beseitigende Maschinen, kollaborierende Roboter), Qualitätsmanagementsystemen und Personen (z. B. Demografie-Coach) zu erreichen. Im Berichtszeitraum wurde unter anderem ein Programm zur Zertifizierung von Demografie-Coaches im Rahmen der Personenzertifizierung entwickelt. 2021 konnte die erste Person ihre Zertifizierung erfolgreich abschließen.

Vorschriften- und Regelwerk: Die GUV verwaltet und entwickelt ein umfassendes Vorschriften- und Regelwerk, das als Grundlage für die Überwachung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes dient und allgemeine sowie tätigkeitsspezifische Informationen zur menschengerechten Arbeitsgestaltung sowie zum gesunden Arbeiten für Unternehmen und Bildungseinrichtungen zugänglich macht.

Anreizsysteme: Die GUV nutzt Anreizsysteme, um Unternehmen und Einrichtungen zu besonderen Präventionsanstrengungen zu motivieren. Zu den wichtigsten Anreizsystemen der Träger der GUV gehören: Beitragszuschläge oder -nachlässe (in Abhängigkeit von der Durchführung bestimmter Präventionsaktivitäten und/oder Realisierung eines bestimmten Sicherheitsniveaus), Prämien (als Sonderzahlungen) für Präventionsmaßnahmen, Auszeichnungen für besondere Präventionsaktivitäten (Urkunden, öffentlichkeitswirksame Belobigungen)

sowie Gütesiegel und Zertifizierungen, z. B. Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems, aber auch die Förderung von z. B. emissionsarmen Maschinen (vgl. Arbeitsschutzprämien der BG BAU).

Individualprävention: Die GUV hat gemäß § 9 Abs. 4 SGB VII und § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) auch den Auftrag, mit Maßnahmen der Individualprävention dafür zu sorgen, dass bei Personen mit einem individuell erhöhten Erkrankungsrisiko der Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder dem Wiederaufleben einer Berufskrankheit entgegengewirkt wird. Die Anzahl der durch die GUV erbrachten Maßnahmen der Individualprävention, die verhaltens- oder verhältnispräventiv sein können, ist von 2018 auf 2019 um rund 6 % auf 136.395 Maßnahmen angestiegen. In den darauffolgenden Jahren ist die Anzahl der insgesamt erbrachten Maßnahmen mit 122.282 im Jahr 2020 und 115.791 im Jahr 2021 unter den Wert von 2018 gesunken. Ursachen sind in der COVID-19-Pandemie begründet.

Im Sinne der Prozessziele der BRE, bei der Leistungserbringung eine **abgestimmte und koordinierte Vorgehensweise der Träger der NPK** zu fokussieren, wurde 2018 in der „Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention“ die sozialversicherungsträgerübergreifende Ausrichtung der GUV betont. Dieses Vorhaben wurde in den Jahren 2020 bis 2022 mit verschiedenen Aktivitäten der DGUV zur Unterstützung der Unfallversicherungsträger bei der Ausübung ihrer Lotsenfunktion gestärkt, unter anderem mit der „Landkarte der Unterstützenden“, dem „Leitfaden zur Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Beratung der Betriebe einschließlich Bildungseinrichtungen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung)“ sowie der Durchführung eines DGUV-Fachgesprächs „Lotse im Betrieb – auch das noch?!“. Darüber hinaus lag in den Jahren 2021 und 2022 ein besonderer Fokus auf dem Ausbau der regionalen Vernetzung der Beschäftigten von GUV und GRV. Grundlage für die Kooperation von GUV und GRV ist seit 2016 die Vereinbarung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“.

Auch wurde die Zusammenarbeit im Rahmen von sozialversicherungsträgerübergreifenden Datenprojekten ausgebaut. Beispielsweise haben die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die DRV Bund 2022 im gemeinsamen „Berufsgesundheitsindex Alten- und Krankenpflege“ analysiert, wie es um die Gesundheit und Arbeitssituation der Beschäftigten in der Pflege steht.

Daneben kooperiert die GUV mit der GKV fortlaufend in bereits seit längerem etablierten Kooperationsstrukturen zur Prävention und Gesundheitsförderung wie der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), dem Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) oder dem Projekt „Gesund.Stark.Erfolgreich - Der gemeinsame Gesundheitsplan“.

Zudem engagiert sich die GUV im Rahmen der **Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie** in den Arbeitsprogrammen zu Muskel-Skelett-Belastungen und psychischer Belastungen, die auch die spezifischen Ziele der BRE zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* direkt adressieren.

2.1.4 SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Die SPV trägt zur Erreichung der in den BRE formulierten Ziele insbesondere durch Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) und durch Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) bei. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen werden im Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen definiert. Die Leistungen sind dem Ziel *Gesund im Alter* zuzuordnen und adressieren pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) und Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune beziehungsweise deren Angehörige oder sie pflegende, ehrenamtliche Personen (§ 45 SGB XI). Über die genannten Leistungen hinaus haben weitere Angebote der SPV wie die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI einen präventiven Bezug.

Die **Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** nach § 5 SGB XI zielen darauf ab, unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung, Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu identifizieren oder zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen. Das Engagement der Pflegekassen ist darauf ausgerichtet, die vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Versicherter zu stärken sowie Gesundheitsförderung als Organisationsprinzip in Pflegeeinrichtungen in einem partizipativen Prozess zu verankern. Der sogenannte Gesundheitsförderungsprozess bietet die Möglichkeit, neben der Förderung der Gesundheit der pflegebedürftigen Versicherten die Gesundheit Beschäftigter in der Pflege nach § 20b SGB V

zu adressieren. Durch die befristete Unterstützung der SPV werden die Pflegeeinrichtungen befähigt, sich eigenständig für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt Pflegeeinrichtung einzusetzen (sogenannter Empowerment-Ansatz).

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

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

Im Jahr 2017 initiierten die Pflegekassen 16.800 erstmalige Kontaktaufnahmen mit Pflegeeinrichtungen. Der Großteil dieser Kontaktaufnahmen ist auf eine breit angelegte Informationskampagne zurückzuführen, mit der 13.000 der ca. 15.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland über die mit dem Präventionsgesetz 2015 neu eingeführten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen informiert wurden. 2018 und 2019 wurden jährlich ca. 3.000 Pflegeeinrichtungen angesprochen. 2020 und 2021 ging die Anzahl der angesprochenen Pflegeeinrichtungen auf ca. 2.600 beziehungsweise 1.600 zurück. Dies begründet sich in den Beschränkungen und veränderten, prioritär zu behandelnden Versorgungslagen durch die COVID-19-Pandemie in stationären Pflegeeinrichtungen, in deren Folge weniger Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Pflegekassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch nahmen. Die Ansprache- und Sensibilisierungsmaßnahmen der Pflegekassen haben dazu geführt, dass der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die sich zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen entschieden hatten, zwischen 2017 und 2021 von 9 % auf 49 % der angesprochenen Pflegeeinrichtungen anstieg. In absoluten Zahlen entschieden sich im Jahr 2020 847 Pflegeeinrichtungen für den Einstieg, 2021 waren es 755.

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozesse sowie Maßnahmen für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner und pflegebedürftige Gäste in der Tages- oder Kurzzeitpflege dieser Einrichtungen umsetzen, stieg von 2017 (ca. 700) bis 2019 (ca. 2.000 Einrichtungen) an. Für 2020 und 2021 wurde ein Rückgang der erreichten Pflegeeinrichtungen verzeichnet, der durch die Auswirkungen

gen und Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie erklärt werden kann. Den Pflegekassen gelang es in beiden Jahren durch digitale Ansätze und Modifikationen von Maßnahmen und Projekten in ca. 1.900 Pflegeeinrichtungen Aktivitäten unter den Rahmenbedingungen der Pandemie und im engen Zusammenwirken mit den Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Dies entspricht 12 % der etwa 16.000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Von Mai 2021 bis August 2022 wurden im Auftrag des GKV-Spitzenverbands die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen evaluiert und die Ergebnisse in einem Abschlussbericht veröffentlicht.⁶ Die Evaluation zeigt unter anderem, dass die Pflegekassen(verbände) ihren Präventionsauftrag in stationären Pflegeeinrichtungen umfassend wahrnehmen. Sie zeigt weiter, dass sich ein vielfältiges Kooperationsgeschehen unter den Kassen(arten) und den weiteren Beteiligten entwickelt hat.

Die SPV engagiert sich zudem im Sinne der BRE durch Modelle und Projekte der Kranken- und Pflegekassen, die beispielhaft und jährlich in den GKV-Präventionsberichten veröffentlicht werden. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Projekten, in denen in vollstationären Pflegeeinrichtungen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal mit Präventionsangeboten für pflegebedürftige Menschen verknüpft werden.

Zum Engagement der SPV im Sinne der BRE gehören zudem Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI. Diese stehen Angehörigen und sonstigen an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen unentgeltlich zur Verfügung. Sie dienen dazu, „soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln“ (§ 45 SGB XI). Die Ausgaben für die Umsetzung der Kurse sind von 33,7 Millionen Euro im Jahr 2017 auf 42,5 Millionen Euro im Jahr 2019 gestiegen. 2020 sanken sie auf 41,9 und 2021 auf 40,2 Millionen Euro. Der Rückgang der Ausgaben dürfte auf die

COVID-19-Pandemie zurückzuführen sein. Gruppenveranstaltungen konnten in dieser Phase teilweise gar nicht stattfinden und auch Hausbesuche bei pflegebedürftigen Personen waren nur erschwert bzw. unter hohem Risiko möglich.

2.1.5 SOZIALVERSICHERUNG LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU

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

Die SVLFG beschreibt für den NPK-Bericht das gemeinschaftliche Handeln im Rahmen der Sozialpartnerinitiative „Umgang mit UV-Strahlung bei Tätigkeiten im Freien“. Die Darstellung umfasst auch Erkenntnisse und Umsetzungsbesonderheiten während der COVID-19-Pandemie. Der Umstand, dass im Freien tätige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer während der Arbeitszeit der natürlichen UV-Strahlung deutlich stärker ausgesetzt sind als in Gebäuden tätige Arbeitskräfte, rückte den Schutz dieser Personengruppe vor UV-Strahlung in den Fokus politischer Diskussionen und arbeitsschutzrechtlicher Betrachtungen. Seit Anerkennung der Berufskrankheit im Jahr 2015 gehen allein bei der SVLFG jedes Jahr über 2.000 Verdachtsanzeigen auf Hautkrebs durch UV-Strahlung ein. Diese Tatsache war handlungsleitend für die Sozialpartner in Gartenbau und Landwirtschaft (Bundesverband Garten-, Landschafts- und Sportplatzbau e. V., Gesamtverband der Land- und Forstwirtschaftlichen Arbeitgeberverbände, IG Bauen-Agrar-Umwelt) sowie für die Sozialpartner des Baugewerbes, gemeinsam mit der SVLFG und der BG BAU alle in den beiden Sektoren Arbeitenden über die Risiken bei ihren Tätigkeiten im Freien zu informieren sowie Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die dem UV-Schutz dienen. Bei der Erstellung von Informationsmaterialien und des Angebots der arbeitsmedizinischen Vorsorge zum UV-Schutz sowie der Beschaffung von Motivationsartikeln arbeitete die

6 Vollmer, J.; Altmann, N.; Huschik, G.; Maday, C.; Horn, A.; Jansen, E. (2022): Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. Endbericht. Prognos AG; FH Münster University of Applied Sciences. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2022_Endbericht_Evaluation_praeventive_Leistungen_Pflegekassen_5_SGB_XI_final.pdf, zuletzt geprüft am 24.01.2023.

SVLFG eng mit der BG BAU zusammen, wodurch sich für beide Institutionen erhebliche Synergieeffekte ergaben.

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

Die Palette der bundesweiten Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Sozialpartnerinitiative reicht von Veranstaltungen mit Angeboten zur Ermittlung der individuellen Schutzzeit der Haut über vielfältiges Informationsmaterial in diversen Medien bis zu Multiplikatorenschulungen und Beratungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge zum UV-Schutz. Seit Start der Kampagne in der sogenannten grünen Branche im Jahr 2019 wurden bis 2021 40.000 Informationsmedien in Form von Flyern, Broschüren, Plakaten und Aufklärungskarten im betrieblichen Kontext verteilt. Es wurden 12.284 Beratungen bundesweit in den Betrieben der grünen Branchen zum Schwerpunktthema Sonnenschutz durchgeführt. Auf relevanten Veranstaltungen wurden 300 Vorträge zum Thema Sonnenschutz gehalten. Hierdurch konnten ca. 11.000 Versicherte erreicht werden. Hinzu kommen Schulungen, Motivationsartikel, ca. 1.300 Infoboxen zum Sonnen- und Hitzeschutz sowie 68 Sicherheits- und Gesundheitstage zum Thema UV- und Hitzeschutz, die trotz COVID-19-Pandemie in den Betrieben stattfanden. Das Kernstück der Sozialpartnerinitiative ist die sogenannte Angebotsvorsorge. Hier unterstützte die SVLFG die Betriebe bei der Umsetzung und übernahm im Rahmen

einer Gutscheinaktion in den Jahren 2020 und 2021 die Kosten für insgesamt 5.000 Vorsorgemaßnahmen. Abgerufen wurden in diesem Zeitraum 2.839 Gutscheine.

Ein weiteres Augenmerk im Rahmen der Umsetzung der Sozialpartnerinitiative legte die SVLFG auf die Entwicklung und Umsetzung besonderer Beratungsangebote für die vulnerable Gruppe der Wanderarbeiter.

2.1.6 PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Die PKV hat sich auf freiwilliger Basis verpflichtet, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der BRE zu erbringen. Damit nimmt sie die gesetzliche Option wahr, im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der BRE eine Stimme in der NPK zu erhalten (§ 20e Abs. 1 SGB V). Das Engagement wird durch den PKV-Verband im Auftrag der in ihm organisierten Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung umgesetzt. Es orientiert sich an § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) und § 5 SGB XI (Leistungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen) sowie den Vorgaben der Leitfäden Prävention der GKV und der SPV und darüber hinausgehenden wissenschaftsbasierten Qualitätsstandards. Die PKV beteiligt sich auch an der aktiven Weiterentwicklung dieser Standards. Mit seinem Engagement leistet der PKV-Verband einen Beitrag zur Erreichung aller drei Ziele der BRE. Mit Stand November 2022 umfasst das Portfolio des PKV-Verbands ca. 90 Projekte, die in 16 Programme münden. Hinzu kommen Projekte der Stiftung Gesundheitswissen, der Deutschen AIDS-Stiftung und des Zentrums für Qualität in der Pflege, die mit ihren Aktivitäten ebenfalls in Teilen zum Präventionsengagement der PKV beitragen. Daneben bringt sich der Verband in verschiedenen Gremien und Initiativen ein, darunter z. B. in das Akteursnetzwerk Stillförderung im Rahmen der Nationalen Stillstrategie und die Initiative Rauchfrei Leben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

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

nagement gesundheitsbezogener Veränderungs- und Entwicklungsprozesse einer Lebenswelt unter Einbeziehung aller Zielgruppen verstanden.

Im Zuge der Mitgliedschaft in der NPK ab dem Jahr 2017 lag der Fokus des PKV-Verbands in den Jahren 2018 bis 2021 auf dem Auf- und Ausbau seines Präventionsengagements. In diesen vier Jahren befand sich demzufolge die Mehrheit der Programme in einem Entwicklungsstadium. Die Programme „Alkohol? Kenn dein Limit.“, „LIEBESLEBEN“ und „Älter werden in Balance“ der BZgA förderte der PKV-Verband bereits vor der Mitgliedschaft in der NPK. Im Berichtszeitraum 2018 bis 2021 konnten die drei Programme weiterentwickelt werden, sodass sie nun vollständig auf den Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung und Prävention einzahlen. 2022 konnten für alle drei Programme die auslaufenden Sponsoringverträge in Kooperationsverträge mit der BZgA überführt werden.

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

Das Portfolio des PKV-Verbands zum Ziel Gesund aufwachsen umfasst sechs Programme, darunter „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zur Reduktion riskanten Alkoholkonsums bei 16- bis 20-jährigen, „LIEBESLEBEN“ mit dem Teilprogramm „LIEBESLEBEN - Das Mitmach-Projekt“ zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten und zur Förderung sexueller Gesundheit bei Jugendlichen sowie „Anfangsglück - Ernährung gemeinsam entdecken“ zur Förderung einer gesunden Ernährungsumgebung in familiennahen Einrichtungen.

Zum Ziel Gesund leben und arbeiten engagiert sich der PKV-Verband mit drei Programmen. Neben „LIEBESLEBEN“ sind dies „Juwel - Sexuelle Gesundheit in jungen Welten“ zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden positiven Sexualkultur in Lebenswelten junger Men-

schen sowie „Roter Stöckelschuh“ zur Stärkung präventiver Ressourcen von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern sowie zur Fortbildung, Beratung und strukturellen Verbesserung der Vernetzung von Versorgenden.

Zum Ziel Gesund im Alter engagiert sich der PKV-Verband durch die Umsetzung bzw. Entwicklung von sechs Programmen, darunter etwa „Impulsgeber Bewegungsförderung“ (zuvor „Älter werden in Balance“) zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen sowie „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ zur Förderung eines diskriminierungsfreien und selbstbestimmten Umgangs mit allen Formen von Sexualität und Geschlecht in Pflegeeinrichtungen, „Bewegungsfreundliche Organisationen (PfleBeO)“ zur bewegungsförderlichen Gestaltung des Alltags von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen.

Hinzu kommen eine Reihe lebensphasenübergreifender Aktivitäten und die Stiftungsarbeit des PKV-Verbands.

2.2 BUND, LÄNDER UND KOMMUNEN

In Abschnitt 2.2 des NPK-Präventionsberichts wird das Engagement im Sinne der BRE von Bund, Ländern und Kommunen dargestellt.

2.3 ZIVILGESELLSCHAFT UND WEITERE AKTEURE

In Abschnitt 2.3 des NPK-Präventionsberichts wird das Engagement im Sinne der BRE der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. und des Präventionsforums dargestellt.

2.4 STEUERUNGSSTRUKTUREN AUF KOMMUNALER EBENE

Die Träger der NPK formulieren in den BRE ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel, das auf kommunaler Ebene unter anderem zur Entstehung von Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen für die Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung beitragen soll. Bei kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) handelt es sich um eine von mehreren Möglichkeiten, eine solche Struktur einzurichten. Für den NPK-Präventionsbericht wurde recherchiert, in wie vielen der 400 Landkreise und kreisfreien Städte eine KGK eingerichtet ist. Eine Steuerungs- und Vernetzungsstruktur in einer Kommune wurde auch als vorhanden gewertet, wenn in einer Kommune der Auf- und Ausbau kommunaler

Steuerungsstrukturen durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert wird (vgl. Abschnitt 2.4.2 im NPK-Präventionsbericht). Für das Jahr 2022 konnten in Deutschland 252 Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien wie die Gesundheitsregionen PLUS in Bayern identifiziert werden, die in Landkreisen oder kreisfreien Städten eingerichtet wurden (in Stadtstaaten: Bezirke oder Stadtteile). In 107 von 203 ländlichen Räumen und in 145 von 237 städtischen Räumen ist eine KGK eingerichtet. Somit ist in 53 % der ländlichen und in 61 % der städtischen Regionen eine KGK eingerichtet.

In einigen Bundesländern sind kommunale Gesundheitskonferenzen gesetzlich verpflichtend einzurichten. Im NPK-Präventionsbericht ist angegeben, in welchen Bundesländern dies der Fall ist.

3 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (Landesrahmenvereinbarungen, LRV). Diese konkretisieren die BRE unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse. Kapitel 3 des NPK-Präventionsberichts beschreibt den Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen auf der Grundlage einer Analyse der LRV sowie standardisierter und qualitativer Befragungen der LRV-Beteiligten.

3.1 NOVELLIERUNGEN UND ÄNDERUNGEN DER ZUSAMMENSETZUNG DER BETEILIGTEN

Im Berichtszeitraum erfolgte erstmals seit Unterzeichnung der LRV eine Novellierung in zwei Bundesländern. In Hessen wurde am 20.12.2021 eine novellierte LRV unterzeichnet. Die novellierte LRV soll es besser als ihre Vorgängerin ermöglichen, externe Akteure in die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV einzubinden, neue Formate der Zusammenarbeit zu schaffen sowie Expertinnen und Experten hinzuzuziehen, Fachforen einzurichten und die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten mit den Kommunen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den kommunalen Lebensweltträgern zu stärken. In Mecklenburg-Vorpommern wurde die zuvor bis 2021 befristete LRV entfristet. Weitere Novellierungen der LRV sind in den übrigen Bundesländern derzeit nicht vorgesehen.

In allen Bundesländern haben mindestens zwölf Beteiligte nach § 20f Abs. 1 SGB V, d. h. die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen, die LRV unterzeichnet. Neben den Beteiligten nach § 20f Abs. 1 SGB V können die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene der LRV beitreten (§ 20f Abs. 2 SGB V). Im Berichtszeitraum ist die Bundesagentur für Arbeit (BA) in allen 16 Bundesländern als Beigetretene an der jeweiligen LRV beteiligt, zuvor in nur 14 Bundesländern. Die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sind in den meisten Bundesländern durch die unterzeichnenden obersten Landesbehörden vertreten. Die Kommunen sind in neun Bundesländern durch den Beitritt mindestens eines kommunalen Spitzenverbands beteiligt.

3.2 ZIELE UND HANDLUNGSFELDER

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

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen zur **Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen** beitragen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die meisten LRV übernehmen die Formulierung des § 20 SGB V, der zufolge bei der Planung von Maßnahmen ein besonderes Augenmerk auf diesen Aspekt gelegt werden soll. In acht Bundesländern erfolgt eine Konkretisierung der Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder mit einem Bezug zur gesundheitlichen Chancengleichheit. Die Fallstudien zeigen, dass gesundheitliche Chancengleichheit bei der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV von Bedeutung ist und in der Arbeit mitberücksichtigt wird, insbesondere dort, wo unter dem Dach der LRV Projekte und Programme gefördert werden. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (KGC), die in unterschiedlichen Konstellationen mit den LRV-Beteiligten zusammenarbeitet und sich mit ihrer Expertise im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit einbringt. In der standardisierten Online-Befragung der LRV-Beteiligten steht die stärkere Fokussierung auf Zielgruppen mit sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung auf Rang eins der Bereiche, in denen die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV eine Weiterentwicklung im Berichtszeitraum erfahren hat.

Die Beteiligten der LRV sehen die in der LRV definierten Ziele und Handlungsfelder nach wie vor als eine wirksame und nützliche Grundlage für die Zusammenarbeit an. Eine Notwendigkeit der Anpassung von Zielen und Handlungsfeldern wird mehrheitlich nicht gesehen.

3.3 GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

Mit Unterzeichnung der LRV wurden in allen Bundesländern Strukturen zur Steuerung und Koordination der Aktivitäten unter dem Dach der LRV festgelegt. In einigen Bundesländern wurde an bereits bestehende Strukturen

der Gesundheitsförderung und Prävention angeknüpft, in anderen Bundesländern sind neue Strukturen geschaffen worden. Die Gremienstrukturen zur Steuerung und Koordination unterscheiden sich zwischen den Bundesländern deutlich, z. B. bezüglich des Vorhandenseins von Untergremien und Arbeitsgruppen. Gleichwohl gibt es Gemeinsamkeiten: In 15 Bundesländern wurde ein **Gremium zur Steuerung und Koordination der Umsetzung der LRV** eingerichtet. Typischerweise sind dort alle an der Rahmenvereinbarung Beteiligten im Sinne § 20f Abs. 1 SGB V vertreten, die im regelmäßigen Turnus zusammenkommen.

Das Gremium gibt einen grundsätzlichen Rahmen für die Umsetzung der LRV vor, indem es unter anderem Handlungsziele und Schwerpunkte festlegt, Handlungsbedarfe identifiziert, Handlungsempfehlungen ausspricht und die Zielerreichung der LRV überprüft. Zudem können die Mitglieder der Gremien mit der Beratung und Beschlussfassung zu Fördermöglichkeiten von Maßnahmen und Projekten, der Erweiterung von Kooperationen mit Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention oder mit der Zieleplanung und Weiterentwicklung der landesweiten Präventionsstrategie betraut werden. Die Tagungsfrequenz der Gremien variiert zwischen jährlich und vierteljährlich.

Unterstützend für die Arbeit der Gremien wurde in sieben Bundesländern eine **Geschäftsstelle** eingerichtet. Die Geschäftsstellen sind in der Regel bei den Landesvereinigungen bzw. Landeszentralen/-zentren für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung (LVG bzw. LZG) angesiedelt. Als Schnittstelle sind sie sowohl Ansprechpartner für die Beteiligten der LRV als auch für weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention. In sieben Bundesländern sind **dauerhafte Arbeitsgruppen** eingerichtet, in denen die LRV-Beteiligten in der Regel gemeinsam mit externen Institutionen und Expertinnen und Experten unter anderem zu bestimmten Themen arbeiten, themenspezifische Ziele der LRV formulieren und inhaltlichen Input in das Gremium der LRV-Beteiligten geben. Zusätzlich zu dauerhaft eingerichteten Arbeitsgruppen nutzen die LRV-Beteiligten auch **temporäre Arbeitsgruppen**, die z. B. zur Vorbereitung von Veranstaltungen, zur Ausarbeitung von Strategiepapieren oder zur Betreuung bestimmter Projekte, Programme oder Initiativen eingerichtet werden.

Um weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in den Austausch und die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV einzubinden, haben die LRV-Beteiligten in sieben Bundesländern ein **Veranstaltungs-**

format eingerichtet. Dabei handelt es sich um meist eintägige Veranstaltungen, die in regelmäßigen Abständen, typischerweise jährlich, stattfinden. In vier Bundesländern gibt es neben dem Gremium der LRV-Beteiligten eine **weitere Arbeitsebene**. Die Funktionen dieser zweiten Ebene sind unter anderem die inhaltliche Vor- und Nachbereitung des Gremiums der LRV-Beteiligten und die Koordination der Umsetzung von Aktivitäten. Entsprechend ihrer Funktion setzt sich die Ebene aus verschiedenen LRV-Beteiligten zusammen. Häufig werden wichtige Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sowie weitere Landesbehörden in die Arbeit unter dem Dach der LRV hinzugezogen.

Der zweite NPK-Präventionsbericht enthält im Abschnitt 3.3.1 eine Abbildung zur idealtypischen Architektur der Gremien zur Steuerung und Koordination.

In der standardisierten Online-Befragung beurteilen die LRV-Beteiligten die Steuerungsgremien und deren Arbeit weitgehend positiv. Besonders große Zustimmung findet die Aussage: „In dem Gremium arbeiten alle relevanten Akteure zusammen.“

3.4 ZUSTÄNDIGKEITEN UND SCHNITTSTELLEN

Alle Partner der LRV bringen sich mit ihrer Fachexpertise in die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV ein. Zudem arbeiten alle Partner in den Steuerungsgremien der LRV mit. Sofern LRV-Beteiligte Projekte und Programme unter dem Dach der LRV fördern, sind insbesondere die Krankenkassen engagiert. Regelmäßig beteiligt sich auch das Land an Förderungen, seltener die weiteren Beteiligten. Insbesondere die Krankenkassen und das Land übernehmen den Vorsitz bzw. die Federführung in Gremien der LRV. In einigen Ländern beziehen die zuständigen Ministerien weitere Ministerien für die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV ein und tragen so zu einem „Health in All Policies“-Ansatz bei.

In vielen Bundesländern arbeiten die LVG bzw. LZG sowie die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit eng mit den LRV-Beteiligten zusammen. Neben ihrer Funktion als Geschäftsstelle fördern sie sowohl den fachlichen Austausch als auch die Kooperation und Vernetzung unter den Akteuren. Ihre Aufgaben können dabei sehr vielfältig sein und reichen von der Unterstützung und Beteiligung an Gremiensitzungen in beratender Funktion bis hin zur Rolle als Antragsstelle, bei der Projektkonzepte oder Förderanträge eingereicht und beraten werden können. In einigen Ländern werden

LVG, LZG und KGC auch mit der Entwicklung und/oder Beratung bei der Umsetzung von Projekten und Programmen beauftragt.

In fünf Bundesländern gibt es eine Anlaufstelle zur Einreichung von Anträgen für Projekte und Programme, die im Rahmen der LRV gefördert werden sollen. Sie sind bei der KGC oder LVG angesiedelt. Als Antragsstelle für Förderanträge übernehmen diese Institutionen die Beratung und Begleitung bis hin zur Prüfung der Förderfähigkeit der Anträge.

Für die Koordinierung von Leistungen können zwischen den jeweils beteiligten Partnern und Beigetretenen der LRV Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden (§ 20f Abs. 2 SGB V). Diese können sich auf einzelne Maßnahmen beziehungsweise Projekte beziehen oder Grundsätze zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten beinhalten. In allen LRV ist vorgesehen, dass an den Kooperationsvereinbarungen mindestens eine Krankenkasse und/oder ein Landesverband und/oder ein Träger der Rentenversicherung und/oder ein Träger der Unfallversicherung sowie mindestens ein Verantwortlicher für die Lebenswelt, in der die Aktivität durchgeführt wird, zu beteiligen sind. Laut standardisierter Online-Befragung partizipieren 60 % der LRV-Beteiligten an solchen Kooperationsvereinbarungen. Unter den Partnern der LRV sind die Krankenkassen am häufigsten beteiligt: 75 % der Befragten geben stellvertretend für ihre Krankenkasse/ihren Krankenkassenverband an, dass diese an mindestens einer Kooperationsvereinbarung beteiligt sind. Die Länder partizipieren zu 54 %, die SPV zu 53 % an mindestens einer Kooperationsvereinbarung. Die Befragten der RV- und UV-Träger geben zu 40 beziehungsweise 39 % an, dass ihre Organisation an einer oder mehreren Kooperationsvereinbarungen beteiligt ist. Im Schnitt partizipieren die LRV-Beteiligten an 6,6 Kooperationsvereinbarungen. Die durchschnittliche Anzahl der Kooperationsvereinbarungen ist seit der ersten Erhebung im Jahr 2018 hierzu deutlich angestiegen: von 3,6 auf 6,6.

3.5 AKTIVITÄTEN UNTER DEM DACH DER LRV

Zur Umsetzung der LRV sind die LRV-Beteiligten an verschiedenen Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinschaftlich im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten beteiligt.

Unter dem Dach der LRV werden in vielen Bundesländern Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte und/oder vul-

nerable Zielgruppen gefördert. Die LRV-Beteiligten fördern diese mit Mitteln in verschiedenen Konstellationen. Antragstellende oder an einer Antragstellung Interessierte werden durch die LRV-Beteiligten während des gesamten Prozesses der Antragstellung begleitet, der unter Umständen mit einer ersten Idee für ein Projekt beginnt und mit der formalen Einreichung des Antrags endet.

Zu den Aktivitäten der LRV gehört die Vernetzung von Institutionen, kommunalen Akteuren und Organisationen. Für die Vernetzung spielen die Arbeitsgruppen der jeweiligen Gremienstruktur eine besondere Rolle, da diese häufig Akteure einbeziehen, die nicht zu den LRV-Beteiligten gehören. Auch die verschiedenen Veranstaltungsformate der LRV tragen zur Vernetzung relevanter Akteure im Land bei. Die Entwicklung landesspezifischer Strategien und Ziele ist eine weitere Aktivität der LRV. Dazu gehören die Formulierung gemeinsamer Präventionsziele, die strategische Ausrichtung der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV oder die Veröffentlichung entsprechender Eckpunkte papiere.

3.6 KOOPERATION MIT KOMMUNALEN AKTEUREN UND AKTEUREN DER ARBEITSWELT

Die LRV-Beteiligten arbeiten auf verschiedene Weise mit den Kommunen zusammen. Die Zusammenarbeit kann so aussehen, dass einzelne Kommunen bzw. kommunale Akteure wie das Gesundheitsamt Projekte durchführen, die durch die Beteiligten der LRV gefördert werden und die auf einem Projektantrag bei der LRV beruhen. Die Zusammenarbeit zwischen den LRV-Beteiligten und der Kommune gestaltet sich dann wie die zwischen Fördermittelgebenden und Projektnehmenden. Eine wichtige Funktion der Kommune in diesem Zusammenhang ist, dass sie als kommunales Dach-Setting weitere Akteure wie Vereine, Schulen und Kindertagesstätten für das Projekt mobilisiert.

Ein anderes Modell der Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten mit Kommunen besteht dort, wo die LRV ein kommunales Gesundheitsförderungsprogramm umsetzt bzw. umsetzen lässt, für das Kommunen bedeutsame Kooperationspartner sind. Neben der Zusammenarbeit anhand konkreter Projekte nutzen die LRV-Beteiligten verschiedene Möglichkeiten, die Kommunen und kommunalen Akteure in ihre Gremienstrukturen einzubinden. Der Beitritt der kommunalen Spitzenverbände wird von den LRV-Beteiligten als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit mit den Kommunen gesehen. Umgekehrt wird, wo diese nicht Beteiligte der LRV geworden sind,

ihr Fehlen bedauert. In der standardisierten Online-Befragung drücken die befragten LRV-Beteiligten ihren Wunsch nach mehr Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren aus.

Als Zugangsweg zu Akteuren der Arbeitswelt eignen sich die regionalen Koordinierungsstellen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Die BGF-Koordinierungsstellen sensibilisieren durch die Zusammenarbeit mit Unternehmensverbänden zum Thema BGF und informieren mit verschiedenen Formaten und Methoden insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen über die Notwendigkeit von BGF. In manchen Bundesländern werden Akteure der Arbeitswelt, z. B. die örtliche Industrie- und Handelskammer, in die Gremienstrukturen der LRV eingebunden.

3.7 ERFOLGSFAKTOREN UND HANDLUNGSBEDARFE

Der Erfolg der Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV kann durch die Vereinbarung allein nicht gewährleistet werden, sondern ist von verschiedenen Bedingungen abhängig. Die Fallstudien zeigen, dass sogenannte weiche Faktoren eine große Rolle spielen, darunter bestimmte Haltungen und Kompetenzen aufseiten der beteiligten Personen, die in Vertretung ihrer jeweiligen Institution in den Steuerungsgremien der LRV arbeiten. Insbesondere das gegenseitige Verständnis der Beteiligten für die gesetzliche Grundlage, den Auftrag und den Handlungsrahmen der jeweils anderen Sozialversicherungsträger und des Landes gehört dazu. Eine gelingende Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV verlangt von allen Beteiligten, die Unterschiedlichkeit der Institutionen wahrzunehmen und die Rahmenbedingungen, insbesondere die gesetzliche Grundlage, aller Beteiligten zu akzeptieren.

Eine bestimmte Qualität der Beziehung zwischen den Beteiligten ist ein weiterer Erfolgsfaktor. Die Beziehungsebene der Akteure untereinander macht vieles möglich, das formal zwischen den Institutionen nicht möglich wäre. Von den LRV-Beteiligten häufig genannt werden Augenhöhe, ein kooperatives und wertschätzendes Miteinander, Transparenz, Vernetzung und regelmäßiger Austausch sowie gegenseitige Rücksichtnahme und der Verzicht auf Durchsetzung der eigenen Interessen. In kleineren Bundesländern kommen die kurzen Wege, die gegenseitige Bekanntheit und die Niedrigschwelligkeit der Kontaktaufnahmemöglichkeiten hinzu. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist den LRV-Beteiligten zufolge das Vorhan-

densein engagierter Einzelpersonen, die ein Vorhaben oder die Zusammenarbeit im Allgemeinen vorantreiben und koordinieren.

Die Geschäftsstelle der LRV, in der Regel bei einer LVG bzw. LZG angesiedelt, gilt als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit, vor allem durch die Moderation und Vor- und Nachbereitung von Sitzungen, aber auch durch die Expertise und Neutralität der LVG beziehungsweise LZG.

3.8 AUSWIRKUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE

Die COVID-19-Pandemie beeinflusste die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem ÖGD war deutlich erschwert - dies geben die LRV-Beteiligten in der standardisierten Befragung an. Eingeschränkt war auch die Zusammenarbeit mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe. Die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten untereinander war dagegen in vielen Ländern weitgehend so möglich wie vor der Pandemie, insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Gremiums blieb weitgehend erhalten. Die gute virtuelle Zusammenarbeit unter Pandemiebedingungen war möglich, weil man sich zu diesem Zeitpunkt schon gut aus den Präsenzveranstaltungen kannte und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bereits etabliert war. Als negative Auswirkungen für die Zusammenarbeit wurden fehlende persönliche Kontakte und Zufallsbegegnungen, die erschwerte Netzwerkarbeit, fehlende personelle und finanzielle Ressourcen und Verzögerungen genannt. Auch wenn die Zusammenarbeit der LRV-Beteiligten untereinander wenig eingeschränkt war, waren Aktivitäten und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention von stärkeren Einschränkungen betroffen. Aus Ländern, in denen die Förderung von Projekten eine Rolle für die LRV spielt, wurde teilweise berichtet, dass sie während der Pandemie weniger und phasenweise gar keine Förderanträge erhielten.

4 NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit

Die Nationale Präventionskonferenz hat sich zum Ziel gesetzt, im Zeitraum von 2021 bis 2026 modellhaft zu erproben, wie im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann und welche Ergebnisse erreichbar sind (NPK-Vorhaben). Mit dem NPK-Vorhaben wird dem Grundsatz der BRE Rechnung getragen, dass der Schutz vor Krankheiten und Unfällen sowie die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und gesellschaftlicher Teilhabe in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Verantwortlichen sind. Für die Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit wurden die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege (kurz: Pflege) und Psychische Gesundheit im familiären Kontext (kurz: Psychische Gesundheit) ausgewählt. Kapitel 4 des NPK-Präventionsberichts stellt das NPK-Vorhaben dar.

Beim NPK-Vorhaben zum Thema Pflege werden die Zielgruppen beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen in den Blick genommen. Beim NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit steht insbesondere die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen aus psychisch (einschließlich sucht-) belasteten Familien im Vordergrund. Im Rahmen des NPK-Vorhabens bedeutet gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit, dass die für ein bestimmtes Thema der Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Akteure Maßnahmen umsetzen, die auf ein oder mehrere gemeinsame Ziele ausgerichtet sind.

Zur Umsetzung des NPK-Vorhabens haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder zu den Themen Psychische Gesundheit und Pflege jeweils eine Vorhabensbeschreibung erstellt. Dabei wurden die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere für das jeweilige Thema relevante Akteure durch Workshops in den Entwicklungsprozess eingebunden. In den Vorhabensbeschreibungen werden unter anderem die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit definiert, die Aktivitäten beschrieben, mit denen die stimmberechtigten NPK-Mitglieder auf die Erreichung der Ziele hinwirken wollen und das Rollenverständnis der NPK hinsichtlich der Zusammenarbeit der föderalen Ebenen dargelegt. Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben den Rahmen für das NPK-Vorhaben und ermöglichen die Ausarbeitung spezifischer Ziele auf den Ebenen Bund, Länder und Kommunen. Die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere für das jeweilige Thema relevante Akteure wurden eingeladen, entsprechende Ziele zu formulieren, um ihr Handeln an diesen auszurichten.

4.1 HINTERGRUND UND ZIELE DES NPK-VORHABENS

Als global etablierter Handlungsansatz und normativer Rahmen zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist das Konzept Health in All Policies (HiAP) als wichtiger Hintergrund und Orientierungspunkt für das NPK-Vorhaben zu verstehen. HiAP wurde maßgeblich durch die WHO geprägt und beschreibt einen Handlungsansatz, der sich dadurch auszeichnet, dass politisches Handeln systematisch und ressortübergreifend ...

- die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt,
- nach Synergien zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung sucht und
- danach strebt, schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit zu vermeiden, um die Gesundheit der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Bedeutsame Determinanten von Gesundheit, z. B. Wohnverhältnisse, Zugang zu Bildung, Arbeitsbedingungen und die individuelle Lebensweise, stehen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status von Personen, sodass sozial benachteiligte Personengruppen geringere Gesundheitschancen haben als bessergestellte. Die Akteure des Gesundheitssektors können viele dieser Determinanten kaum oder gar nicht beeinflussen. Mit der Weiterentwicklung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geht daher die Chance einher, einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

4.2 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT ZUM THEMA GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PFLEGE

Die Fokussierung des Themas Pflege im Rahmen des NPK-Vorhabens ist unter anderem auf Empfehlungen der von der Bundesregierung initiierten Konzierten Aktion Pflege (KAP), die Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten Präventionsbericht der NPK sowie Empfehlungen der Präventionsforen 2020 und 2021 zurückzuführen.

Die Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zum Thema Pflege setzen sich aus drei übergeordneten Zielen sowie jeweils zwei Teilzielen zusammen. Die

übergeordneten Ziele des Vorhabens zum Thema Pflege beziehen sich auf die Zielgruppen beruflich Pflegenden, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen:

- Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe der beruflich Pflegenden sind gestärkt.
- Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe der pflegenden Angehörigen sind gestärkt.
- Die Gesundheit, die Sicherheit und die Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen sind gestärkt.

Auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK gemeinschaftliche Ziele und akteurspezifische Ziele des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene formuliert. Die gemeinschaftlichen Ziele der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für die Bundesebene lauten wie folgt:

- Die im Handlungsfeld relevanten Akteure auf Bundesebene sind mit ihren jeweiligen Aufgaben identifiziert und mit ihren jeweiligen Mitgliedsorganisationen zur aktiven Beteiligung am NPK-Vorhaben eingeladen.
- Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind untereinander transparent gemacht.
- Der Austausch zwischen den identifizierten Akteuren und deren Vernetzung sind gefördert.
- Die Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind ergänzt und ausgeweitet.

Die akteurspezifischen Ziele sind im NPK-Präventionsbericht im Abschnitt 4.2.1.2 aufgeführt.

In der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder neben den Zielen der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit unter anderem auch das Rollenverständnis der NPK hinsichtlich der Zusammenarbeit der föderalen Ebenen skizziert. Die Rolle der im Handlungsfeld relevanten Akteure der Bundesebene besteht zum einen darin, die Rahmenbedingungen einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu gestalten (insbesondere Anpassung und Entwicklung von Regelungen und Rechtsnormen, Vernetzung aller relevanten Akteure auf Bundesebene, Information und Aufklärung der Öffentlichkeit). Zum anderen wird die Rolle der Akteure auf Bundesebene dadurch bestimmt, dass sie Aktivitäten im Sinne der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit auf der Landesebene anregen und unterstützen. Die Koordination des Engagements auf Bundesebene obliegt den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern.

Folgende Aufgabenstellungen konkretisieren die Rolle der stimmberechtigten NPK-Mitglieder im NPK-Vorhaben:

- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen auf die Zielgruppen und ihre Bedarfe aufmerksam. Dazu sensibilisieren sie insbesondere ihre Mitgliedsorganisationen, die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK machen das Vorhaben bekannt und informieren zum aktuellen Stand des Vorhabens.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK begleiten das Vorhaben und entwickeln es bei Bedarf weiter.
- Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK unterstützen die Vernetzung und den Austausch in den entsprechenden Handlungsfeldern.
- Die stimmberechtigten Mitglieder unterstützen bei der Qualitätssicherung von Aktivitäten und Vorgehensweisen im Rahmen des Vorhabens.

Auf der Landesebene erfolgt über die Gremien der LRV die Konkretisierung der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und die daran anknüpfende Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit. Auf der kommunalen Ebene sollten Angebote in den Lebenswelten partizipativ (weiter)entwickelt werden. Bei Bedarf können kommunale Ziele formuliert werden, um Schwerpunkte – z. B. in bestimmten Lebenswelten – zu setzen und Verbindlichkeiten zu fördern.

In der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder Maßnahmen und Aktivitäten auf der Bundesebene festgelegt, mit denen ein Beitrag zur Erreichung der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geleistet werden soll. Im Sinne der Aktivierung und Partizipation sollen Workshops durchgeführt werden, um die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere für das Handlungsfeld relevante Akteure einzubinden, zu informieren und bei der Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit zu unterstützen. Die beratenden NPK-Mitglieder und weiteren Akteure werden zudem eingeladen, Unterstützungsbeiträge zum NPK-Vorhaben einzureichen und sich so mit konkreten Maßnahmen an der gemeinsamen Aufgabe zur Erreichung der Ziele zu beteiligen. Die Gesamtheit der eingereichten Unterstützungsbeiträge soll unter anderem einen groben Überblick über bestehende bzw. geplante Aktivitäten und Angebote im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben. Um die Bedarfe der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege zu erfassen, sehen die stimmberechtig-

ten Mitglieder der NPK vor, Akteure mit entsprechender wissenschaftlicher Expertise zu beauftragen, Berichte zur gesundheitlichen Lage sowie den Präventionsbedarfen und -potenzialen der Zielgruppen zu erstellen. Auf Grundlage der Analyseergebnisse können Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen des Vorhabens bedarfsgerecht geplant werden. Weitere Aktivitäten und Maßnahmen zur Erreichung der gesamtgesellschaftlichen Ziele betreffen die Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK, die Verfügbarmachung von Wissen zur Wirksamkeit von Interventionen, die kontinuierliche Begleitung des Vorhabens sowie entsprechende Berichterstattung und die Evaluation des Vorhabens. Neben Aktivitäten und Maßnahmen, die die stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemeinschaftlich durchführen, bringen sich die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder mit Aktivitäten und Maßnahmen ein, die sich aus ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen und Tätigkeitsfeldern ergeben. Diese sind im Bericht in Abschnitt 4.2.3 aufgeführt.

Seit dem Beginn des NPK-Vorhabens im Jahr 2021 haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder Maßnahmen und Aktivitäten im Sinne der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege durchgeführt, sodass entsprechende Zwischenergebnisse berichtet werden können.

Zur Aktivierung und Partizipation der beratenden Mitglieder der NPK sowie weiterer im Handlungsfeld relevanter Akteure wurden seit April 2021 fünf Workshops zum Thema Pflege durchgeführt. Im Rahmen der Workshops wurde die Einbindung von 18 Institutionen aus der Gruppe der beratenden Mitglieder in das NPK-Vorhaben zum Thema Pflege realisiert. Darunter z. B. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, der Deutsche Landkreistag und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen e. V. Aus der Gruppe der für das Handlungsfeld Pflege relevanten Akteure (keine Mitglieder der NPK) konnte die Einbindung von 17 Institutionen realisiert werden. Darunter z. B. der Deutsche Pflegerat e. V., der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD e. V. sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Hochschulen.

Infolge des Aufrufs zum Einreichen von Unterstützungsbeiträgen für das NPK-Vorhaben wurden bis zum 03.01.2022 50 Unterstützungsbeiträge für den Bereich berufliche Pflege, 26 für den Bereich informelle Pflege (Zielgruppe pflegende Angehörige) sowie 50 für den Bereich pflegebedürftige Menschen eingereicht. Für alle drei Bereiche ist zu berichten, dass die Unterstützungs-

beiträge größtenteils von Mitgliedsorganisationen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder eingereicht wurden (38 von 50 Unterstützungsbeiträgen im Bereich berufliche Pflege, 21 von 26 im Bereich informelle Pflege, 34 von 50 im Bereich pflegebedürftige Menschen). Die übrigen Unterstützungsbeiträge wurden von Bundes- und Landesministerien (21 Unterstützungsbeiträge), weiteren für die Handlungsfelder relevanten Akteuren (10 Unterstützungsbeiträge) sowie von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern selbst (2 Unterstützungsbeiträge) eingereicht.

Um den Bedarf der Zielgruppen zu analysieren, wurden drei Berichte zur Charakterisierung der Zielgruppen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege erstellt (jeweils ein Bericht für jede Zielgruppe; vgl. Anhang 1). Diese umfassen jeweils die Definition der Zielgruppe, Einflussfaktoren auf die Gesundheit der jeweiligen Zielgruppe, deren gesundheitliche Lage sowie Präventionsbedarfe und -potenziale.

Entsprechend der vorgesehenen Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK wurde das Verzeichnis der Unterstützungsleistungen für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu einem benutzerfreundlichen Filtermodul weiterentwickelt.

Ein weiteres Zwischenergebnis ist der im Bericht dargelegte Entwurf für ein Evaluationskonzept. Der Entwurf enthält unter anderem einen Ansatz zur systematischen Erfassung des Evaluationsgegenstands (Programmtheorie) und beschreibt wesentliche Anforderungen zur Durchführung einer Evaluation des NPK-Vorhabens.

4.3 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT ZUM THEMA PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT

Die Fokussierung des Themas Psychische Gesundheit im Rahmen des NPK-Vorhabens ist unter anderem auf Empfehlungen der von der Bundesregierung eingesetzten Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, auf die Stellungnahme der Bundesregierung zum ersten Präventionsbericht der NPK sowie Empfehlungen des Präventionsforums 2020 zurückzuführen.

Die in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit formulierten Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit setzen sich aus einem übergeordneten Ziel sowie zwei Teilzielen zusammen.

Das übergeordnete Ziel lautet: Kinder und Jugendliche aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien sind in ihrer Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe gestärkt.

Auf Grundlage der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit haben die stimmberechtigten Mitglieder der NPK gemeinschaftliche Ziele und akteurspezifische Ziele des NPK-Vorhabens auf der Bundesebene formuliert. Die gemeinschaftlichen Ziele der stimmberechtigten NPK-Mitglieder auf der Bundesebene lauten wie folgt:

- Die im Handlungsfeld relevanten Akteure auf Bundesebene sind mit ihren jeweiligen Aufgaben identifiziert und mit ihren jeweiligen Mitgliedsorganisationen zur aktiven Beteiligung am NPK-Vorhaben eingeladen.
- Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind untereinander transparent gemacht.
- Der Austausch zwischen den identifizierten Akteuren und deren Vernetzung sind gefördert.
- Die Aktivitäten und Angebote der identifizierten Akteure sind ergänzt und ausgeweitet.

Akteursspezifische Ziele wurden vonseiten der GKV, der SVLFG und der PKV formuliert. Sie sind im Bericht im Abschnitt 4.3.1 aufgeführt.

Analog zur Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit neben den Zielen der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit unter anderem auch das Rollenverständnis der NPK hinsichtlich der Zusammenarbeit der föderalen Ebenen skizziert. Die Ausführungen dazu entsprechen denen in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege. Bezüglich der Umsetzung auf der kommunalen Ebene wird ergänzt, dass die Umsetzung insbesondere familienorientierte Angebote in den Lebenswelten, die entlang der vorherrschenden Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen partizipativ (weiter)entwickelt werden sollten, umfasst und die Zielformulierungen auf Bundes- sowie Landesebene dabei als Grundlage dienen.

Ebenfalls analog zur Vorhabensbeschreibung zum Thema Pflege haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder in der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit Maßnahmen und Aktivitäten auf der Bun-

desebene festgelegt, mit denen ein Beitrag zur Erreichung der Ziele der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geleistet werden soll. Die Handlungsansätze entsprechen dabei weitgehend denen des NPK-Vorhabens zum Thema Pflege: Es werden Aktivitäten und Maßnahmen im Sinne der Aktivierung und Partizipation, der Bestandsaufnahme, der Bedarfsanalyse, der Weiterentwicklung des Internetauftritts der NPK, der Verfügbarmachung von Wissen zur Wirksamkeit von Intervention sowie der Berichterstattung und Evaluation vorgesehen. Zur Begleitung und Kommunikation des Vorhabens entwickeln die stimmberechtigten Mitglieder der NPK unter Einbezug der beratenden Mitglieder einen NPK-Handlungsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext mit Empfehlungen und abgestimmten Vorgehensweisen für Akteure auf der Bundesebene. Dieser Handlungsrahmen soll insbesondere der Einbindung, Aktivierung und Information relevanter Akteure im Handlungsfeld dienen und reiht sich neben entsprechenden Handlungsrahmen für die Landesebene und die kommunale Ebene⁷ ein.

Neben Aktivitäten und Maßnahmen, die die stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemeinschaftlich durchführen, bringen sich die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder mit Maßnahmen und Aktivitäten ein, die sich aus ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen und Tätigkeitsfeldern ergeben (vgl. Abschnitt 4.3.3 des NPK-Präventionsberichts).

Seit dem Beginn des NPK-Vorhabens im Jahr 2021 haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder Maßnahmen und Aktivitäten im Sinne der Vorhabensbeschreibung zum Thema Psychische Gesundheit durchgeführt, sodass entsprechende Zwischenergebnisse berichtet werden können.

Zur Aktivierung und Partizipation der beratenden Mitglieder der NPK sowie weiterer im Handlungsfeld relevanter Akteure wurden seit April 2021 drei Workshops zum Thema Psychische Gesundheit durchgeführt. Mit der Durchführung der ersten drei Workshops wurde die Einbindung von 16 Institutionen aus der Gruppe der beratenden Mitglieder in das NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit realisiert – darunter z. B. das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, der Deutsche Städtetag und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. Aus

⁷ Vgl. die entsprechenden Publikationen: <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/kinder-psychisch-und-suchterkrankter-eltern-handlungsrahmen-fuer-eine-beteiligung-der-krankenkassen/>

der Gruppe der für das Handlungsfeld relevanten Akteure (keine Mitglieder der NPK) konnte die Einbindung von 18 Institutionen realisiert werden, so z. B. die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern, das Deutsche Rote Kreuz e. V. und der Bundesverband der Familienzentren e. V.

Infolge des Aufrufs zum Einreichen von Unterstützungsbeiträgen für das NPK-Vorhaben zum Thema Psychische Gesundheit wurden bis zum 03.01.2022 81 Unterstützungsbeiträge eingereicht. Die Beiträge wurden überwiegend vonseiten der GKV (29 Unterstützungsbeiträge) sowie von Bundes- und Landesministerien (28 Unterstützungsbeiträge) eingebracht. Weitere für das Handlungsfeld relevante Akteure beteiligten sich mit 22 Unterstützungsbeiträgen (die meisten davon durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern). Jeweils ein Beitrag wurde durch einen Träger der NPK und einen regionalen Träger der GRV eingebracht.

Im Sinne der Bedarfsanalyse wurde ein Bericht zur Charakterisierung der Zielgruppe Kinder aus psychisch (einschließlich sucht-)belasteten Familien erstellt. Dieser umfasst die Definition der Zielgruppe, Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Zielgruppe, deren gesundheitliche Lage sowie Präventionsbedarfe und -potenziale.

Der im Bericht dargelegte Entwurf für ein Evaluationskonzept bezieht sowohl das Thema Psychische Gesundheit als auch das Thema Pflege ein und ist als Zwischenergebnis der Aktivitäten zur Evaluation des NPK-Vorhabens zu verstehen.

5 Weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes

Gegenstand von Kapitel 5 des NPK-Präventionsberichts sind weitere Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Dabei handelt es sich um die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention der GKV, um individuelle verhaltensbezogene Leistungen der GKV, um die ärztlichen Präventionsempfehlungen sowie die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention der SPV in stationären Pflegeeinrichtungen.

5.1 WEITERENTWICKLUNG DES LEITFADENS PRÄVENTION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands nach § 20 Abs. 2 SGB V definiert einheitliche Handlungsfelder und Qualitätskriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung.⁸ Er steckt damit den thematischen Rahmen möglicher Leistungen der Krankenkassen ab, regelt die inhaltlichen und methodischen Anforderungen an diese Leistungen und enthält darüber hinaus die von der GKV in der Gesundheitsförderung und Primärprävention verfolgten Ziele. Der Leitfaden wird vom GKV-Spitzenverband jeweils unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen verschiedener Organisationen, darunter wissenschaftliche Fachgesellschaften, sowie in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiterentwickelt.

Im Berichtszeitraum hat der GKV-Spitzenverband drei neue Auflagen des Leitfadens Prävention erstellt und veröffentlicht, mit denen unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen der Leistungskatalog der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention zielgerichtet weiterentwickelt wurde.

Fassung vom 14.12.2020 (in Kraft getreten am 01.07.2021): Mit dieser Fassung wurden unter anderem die Möglichkeiten für digitale Anwendungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention erweitert. Neben den bereits seit 2003 geförderten E-Kursen wurden erstmals Qualitätskriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote ohne persönliche Kursleitung wie Internet- und mobile Anwendungen/Apps aufgenommen, die Versicherte mit einer Förderung durch die Krankenkassen nutzen können.

Fassung vom 27.09.2021 (in Kraft getreten am 01.04.2022): Zu den Änderungen und Erweiterungen gehören Kriterien für digital unterstützte Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben sowie eine grundlegende Überarbeitung der Ausführungen zum Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement und eine Erweiterung um Maßnahmen zur Förderung gesunden Schlafs als dem wichtigsten körper-eigenen Erholungsprozess.

Fassung vom 21.12.2022 (in Kraft getreten am 01.01.2023): Mit der Neuauflage erweitert die GKV die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Verhütung der mit dem Klimawandel einhergehenden Gesundheitsgefahren. An zentraler Stelle wurde der „OneHealth“- bzw. „Planetary Health“-Ansatz verankert, der von der Verbundenheit der Gesundheit alles Lebendigen und der Bedeutung der Intaktheit der weltweiten Ökosysteme als Bedingung auch der individuellen Gesundheit ausgeht.

5.2 INDIVIDUELLE VERHALTENSBEZOGENE LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Alle gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die Teilnahme ihrer Versicherten an individuellen verhaltensbezogenen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V (individuelle verhaltensbezogene Prävention). Individuelle verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen, vorwiegend sogenannte Präventionskurse, sollen die Motivation und Kompetenz für eine gesunde Lebensführung stärken.

Die Handlungsfelder, Inhalte und Qualitätskriterien von Präventionsmaßnahmen legt der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen im Leitfaden Prävention mit Wirkung für alle gesetzlichen Krankenkassen fest. Die Umsetzung des Leitfadens Prävention in die Prüfpraxis erfolgt seit 2014 einheitlich und kontinuierlich durch die Zentrale Prüfstelle Prävention. Im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen werden in der Prüfstelle jährlich über 100.000 Präventionsmaßnahmen nach dem Leitfaden Prävention geprüft und bei Erfüllung der Anforderungen mit dem Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet. Das Qualitätssiegel signalisiert den Versicherten, dass die Maßnahme nach

⁸ Aktuelle Fassung: GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2023). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V in der Fassung vom 21.12.2022. Berlin.

fachlich-wissenschaftlichen Standards konzipiert ist und von allen Krankenkassen in Deutschland anteilig finanziell unterstützt wird. Die Höhe der Unterstützung regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen jeweils autonom, wobei nach dem Leitfaden Prävention eine Höchstgrenze von zwei bezuschussungsfähigen Präventionsmaßnahmen pro Versicherter/Versicherten und Jahr gilt.

Förderfähig sind Leistungen aus den folgenden vier Handlungsfeldern (fett) mit jeweils zwei Präventionsprinzipien:

Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stress- und Ressourcenmanagement

- Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
- Förderung von Entspannung und Erholung

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Risikoarmer Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

Präventionskurse können sowohl in Präsenz als auch unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) als sogenannte Online- oder E-Kurse durchgeführt werden. Ferner können gemäß Kapitel 7 Leitfaden Prävention digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wie Internet-Interventionen (Online-Gesundheitstrainings), mobile Anwendungen (Apps) und hybride Trainingskonzepte, deren gesundheitlicher Nutzen belegt ist, von den Krankenkassen in allen Handlungsfeldern gefördert werden.

Personen, denen es nicht möglich ist, an regelmäßigen wöchentlichen Treffen teilzunehmen (z. B. Schichtarbeitende, pflegende Angehörige), können Präventionskurse bei gleichem Gesamtumfang auch als sogenannte Kompaktangebote an ein bis zwei Wochenenden durchführen. Somit bieten die Krankenkassen ihren Versicherten eine Bandbreite an unterschiedlichen Präventionsmaßnahmen. Alle durch die Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierten und damit qualitätsgeprüften Präventions-

maßnahmen sind auf den Webseiten der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbands veröffentlicht und mit Eingabe einer Postleitzahl in unmittelbarer Nähe recherchierbar.

Der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst Bund dokumentieren die Inanspruchnahme von Präventionskursen im jährlichen GKV-Präventionsbericht. Im Berichtszeitraum ist die Teilnahme bis 2019 zunächst auf 1,8 Millionen Kursteilnahmen angestiegen. 2020 und 2021 ist die Inanspruchnahme der Präventionskurse um jeweils rund ein Drittel gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Infolge der Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie konnten Präventionskurse vielfach nicht in Präsenz durchgeführt werden. Um den Rückgang abzumildern, hat der GKV-Spitzenverband während der COVID-19-Pandemie ab März 2020 bis Ende 2022 ermöglicht, als Präsenzkurs zertifizierte Kurse auch online live durchzuführen.

5.3 ÄRZTLICHE PRÄVENTIONSEMPFEHLUNGEN

Durch das Präventionsgesetz wurde das SGB V um Regelungen für eine ärztliche Präventionsempfehlung ergänzt, die in Form einer schriftlichen Bescheinigung ausgestellt wird (§§ 20 Abs. 5, 25 Abs. 1 Satz 2 und 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Näheres dazu wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelt. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte die schriftlichen Präventionsempfehlungen, sofern sie medizinisch angezeigt sind, im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemäß §§ 25 und 26 SGB V sowie im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung ausstellen. Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für Erkrankungen mit besonderer epidemiologischer Bedeutung zu senken und den Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten zu stärken.

Vorgesehen ist die Empfehlung individueller verhaltensbezogener Leistungen zur Primärprävention, also von sogenannten Präventionskursen. Bereits seit Mitte 2017 steht ein durch Bundesmantelvertragspartner vereinbartes Formular zur Verfügung, auf dem Vertragsärztinnen und -ärzte die empfohlenen Maßnahmen zur individuellen Prävention angeben können. Nach Ausstellen der Präventionsempfehlung sind die Versicherten gebeten, sich bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse über zertifizierte Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen

zu informieren. Die Krankenkassen berücksichtigen gemäß § 20 Abs. 5 SGB V die ärztliche Präventionsempfehlung bei ihrer Förderentscheidung.

Durch die im Januar 2022 durchgeführte Beschäftigtenbefragung für den DAK-Gesundheitsreport⁹ liegen aktuelle Daten darüber vor, inwieweit Versicherte Kenntnis über ärztliche Präventionsempfehlungen haben. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch über vier Jahre nach Einführung der ärztlichen Präventionsempfehlung diese nur einer kleinen Zahl von Versicherten ausgesprochen wird. Für die Bewertung dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass keine Daten zum tatsächlichen Verordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte vorliegen, dass der tatsächliche Bedarf an ärztlichen Präventionsempfehlungen unbekannt ist und außerdem nicht bekannt ist, inwieweit die Ärzteschaft um die ärztliche Präventionsempfehlung weiß. Die gesetzlichen Krankenkassen werden weiterhin ihre Versicherten über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme und den Nutzen von Präventionskursen informieren und einen möglichst niedrigschwelligen Zugang ermöglichen.

Ergebnisse wurden Ende 2022 veröffentlicht. Die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI ist für das Jahr 2023 vorgesehen.

5.4 WEITERENTWICKLUNG DES SPV-LEITFADENS PRÄVENTION IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Die Pflegekassen setzen seit 2016 Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen um. Im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI sind die Kriterien für die Gesundheitsförderung und Prävention im stationären Pflegesetting definiert. Die letzte fachliche Aktualisierung des Leitfadens fand unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise im Jahr 2018 statt, 2020 erfolgte eine redaktionelle Anpassung. Damit der leistungsbezogene Gestaltungsrahmen der Pflegekassen auch mit Blick auf die Handlungsfelder aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention im stationären Setting genügt, wurde fünf Jahre nach Beginn der Leistungserbringung eine erste Gesamtevaluation der präventiven Leistungen gemäß § 5 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben. Die Evaluation wurde von Mai 2021 bis August 2022 unter Beteiligung der Pflegekassen und ihrer Verbände, der Wissenschaft, der Pflegeeinrichtungen und ihrer Verbände sowie der Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen mit Blick auf die Partizipation an der Gestaltung und Umsetzung präventiver Maßnahmen durchgeführt. Die

9 Beschäftigtenbefragung für den DAK-Gesundheitsreport 2022. Unveröffentlichte Ergebnisse.

6 Ausgaben

Kapitel 6 des NPK-Präventionsberichts gibt einen Überblick über die Ausgaben der stimmberechtigten und - soweit möglich - der beratenden NPK-Mitglieder für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Entsprechend § 20d Abs. 4 SGB V enthält das Kapitel auch Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Richt- und Mindestwerte für die Ausgaben der GKV.

6.1 GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

Im Gegensatz zu den Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder werden die Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen nicht gesondert erfasst. Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts gibt jedoch Auskunft über Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsschutz“. Für die öffentlichen Haushalte betragen diese Ausgaben im Jahr 2020 3,5 Milliarden Euro, für die Arbeitgeber 1,6 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.

6.2 ROUTINEDATEN DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER

In § 20d Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Träger der NPK und die PKV - so sie ihr Stimmrecht wahrnehmen - 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 entsprechend ihren gesetzlichen Aufgaben bzw. - im Falle der PKV - ihrer freiwilligen Verpflichtung für Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (Kapitel 2). Im Jahr 2021 betragen die relevanten Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder wie folgt: GUV 1,2 Milliarden

Euro, GKV 538 Millionen Euro¹⁰, SVLFG¹¹ 70 Millionen Euro, PKV 28 Millionen Euro, SPV 25 Millionen Euro und GRV 10 Millionen Euro.

Die Ausgaben nahmen von 2017 bis 2019 jedes Jahr zu. Von 2019 auf 2020 gingen sie pandemiebedingt zurück, 2021 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen, wobei teilweise das Niveau des Jahres 2019 wieder erreicht bzw. übertroffen wird.

6.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG DER AUSGABENWERTE DER GKV

Sowohl für die Leistungen der BGF/Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, für die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten als auch für die GKV-Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention nach §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b/c SGB V insgesamt gilt, dass in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie erhebliche Aufwüchse der Ausgaben zu verzeichnen waren. In allen drei Bereichen führte die Pandemie zu Rückgängen in den Ausgaben, die derzeit durch die Krankenkassen aufgeholt werden. Es wird empfohlen,

- den Mindestausgabewert für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung/Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in seiner derzeitigen Höhe (3,43 Euro) unverändert zu belassen und die Koppelung an die Veränderung der Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung beizubehalten,
- den Mindestausgabewert für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in seiner derzeitigen Höhe (2,34 Euro) unverändert zu belassen und seine Koppelung an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung beizubehalten,
- den Ausgabenrichtwert für die GKV-Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention nach §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b/c SGB V insgesamt in seiner Höhe (2023: 8,19 Euro) unverändert zu belassen und seine Koppelung an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung für die zukünftige Steigerung beizubehalten. Er ist eine dynamische, durch die gesetzlichen Krankenkassen auch überschreitbare Orientierungsgröße.

¹⁰ Gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts verausgabte die GKV im Jahr 2020 insgesamt 6,4 Milliarden Euro für „Prävention und Gesundheitsschutz“.

¹¹ Als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und als Alterssicherung der Landwirte. Ausgaben als Kranken- bzw. Pflegekassen sind unter GKV bzw. SPV verbucht.

Die geltenden Regeln bilden einen verlässlich planbaren, wachsenden und zugleich flexiblen Ressourcenrahmen für die Krankenkassen zur Förderung von Gesundheitsförderung und Primärprävention in den kommenden Jahren, sodass über die aufgrund der geltenden Regelungen erfolgenden Anpassungen hinaus kein Bedarf für eine Anhebung besteht.

7 Lebenswelt- und sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der COVID-19-Pandemie

In Kapitel 7 des NPK-Präventionsberichts werden auf Basis eines Rapid Reviews (schneller systematischer Literaturüberblick) und Interviews mit Expertinnen und Experten die Folgen der COVID-19-Pandemie für zwei ausgewählte Bereiche von Gesundheitsförderung und Prävention skizziert: Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen/Quartieren unter Einbezug des Themas digitale Gesundheitskompetenz sowie Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich um einen Gastbeitrag.¹²

7.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PANDEMIE: VORBEMERKUNGEN

Den Analysen ist ein Überblick über die möglichen Folgen der COVID-19-Pandemie für Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen vorangestellt. Hierzu gehört die Beobachtung, dass der Bedarf nach wirkungsvoller Gesundheitsförderung und Prävention während der Pandemie hoch war. Dem steht der Umstand gegenüber, dass die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in nahezu allen Bereichen erschwert war. Die ohnehin bestehende gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich auch bei den Pandemiefolgen, insofern dass z. B. Menschen in benachteiligten sozialen Lagen schwerere COVID-19-Verläufe zeigten. Zugleich haben sich auch neue Chancen ergeben und vorhandene Stärken der Prävention sind sichtbar geworden als zuvor – hierzu gehören beispielsweise die Nutzung digitaler Angebote und innovativer analoger Zugangswege.

7.2 FRAGESTELLUNG

Anhand zweier exemplarisch analysierter Bereiche werden pandemiebedingte Veränderungen im präventiven Verhalten der Bevölkerung sowie deren Zugang zu und die Inanspruchnahme von Angeboten der lebenswelt- und sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Anbieterseitige Reaktionen werden ebenfalls beschrieben und in ihrer Wechselwirkung mit dem Nutzerverhalten diskutiert. Als Querschnittsthemen werden zudem die Digitalisierung, speziell die Entwicklung der digitalen Gesundheitskompetenz, sowie die gesundheitliche Chancengleichheit behandelt.

7.3 METHODEN

Primär wurde eine schnelle systematische Literaturrecherche unter Einbezug verschiedener Datenbanken (sogenanntes Rapid Review) durchgeführt. Eine weitere Quelle stellten zehn qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Praxis aus verschiedenen Regionen Deutschlands dar. Die Interviewten arbeiteten beispielsweise in Gesundheitsämtern oder leiteten Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen.

7.4 LEBENSWELT- UND SOZIALLAGENBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN KOMMUNEN/ QUARTIEREN

Der Gastbeitrag beleuchtet verschiedene Bereiche der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention: Der gesundheitsförderliche **Breitensport** wurde stark eingeschränkt, zum Teil konnte aber mit Neuangeboten reagiert werden, z. B. solche mit einem Fokus auf Sportaktivitäten draußen. Die **LVG** stellten vielfach auch auf digitale Projekte und Arbeitsmethoden um. Vorhandene Konzepte wurden auf die COVID-19-Pandemie angepasst.

In der Allgemeinmedizin bzw. **vertragsärztlichen Versorgung** beeinflussten Kontaktbeschränkungen die Präventionsarbeit, dennoch gab es positive Entwicklungen bei bestimmten präventiven Leistungen. Im Bereich psychischer Gesundheit wurde Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe mit höherer Priorität identifiziert. Die Arbeit der **Gesundheitsämter** war während der Pandemie auf Krisenmanagement und Infektionsschutz fokussiert. Wichtige andere Public Health-Aufgaben konnten während der Zeit nicht immer im nötigen Umfang erfüllt werden. Für die **Gesundheitsbildung an Volkshochschulen** galt, dass die Anzahl der vhs-Kurse deutlich reduziert war. Dies konnte teilweise durch eine fortlaufende Digitalisierung während der COVID-19-Pandemie aufgefangen werden. Grundsätzlich wurden Angebote zum Thema Gesundheit während der Pandemie vermehrt nachgefragt.

¹² Der Gastbeitrag wurde von den Autorinnen und Autoren Nico Dragano (1), Hajo Zeeb (2), Simone Weyers (1), Marieke Gerstmann (2), Jannis Trümmler (1) und Claudia Pischke (1) verfasst. [(1) Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; (2) Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH Bremen, Abt. Prävention und Evaluation]

Die **Forschung** zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention litt unter Einschränkungen bei der Durchführung von Forschungsprojekten. Diese können zu Lücken in der Evidenz führen und Folgen für den Wissenstransfer haben.

7.5 LEBENSWELT- UND SOZIALLAGENBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die **Inanspruchnahme von U-Untersuchungen** ist insgesamt während der Pandemie kaum zurückgegangen. Die Arztkontakte sozial benachteiligter Familien sind hingegen temporär gesunken. Die **Kariesprophylaxe** bei Kindern und Jugendlichen ging massiv zurück. Gleichzeitig wurden neue Formate entwickelt, z. B. Gartenzaun- oder Fenstergespräche mit Eltern oder Lehr-Videos und vertiefendes Informationsmaterial. Die **Kita-Untersuchung** wurde vermutlich reduziert durchgeführt. **Schulzuganguntersuchungen** sind zurückgegangen, häufig ohne Alternativangebote. Teils wurden aber Kinder mit Risikofaktoren priorisiert untersucht.

Bei **Familienbildungs- und Familienberatungsangeboten** gab es Einschränkungen in Angebot und Nachfrage, aber es wurden auch innovative Lösungsansätze entwickelt. Im Bereich der **Frühen Hilfen** hatten Fachkräfte Sorge, Probleme zu übersehen, wenn persönliche Kontakte ins Digitale verlegt wurden. **Kinderschutz** musste mitunter auf kritische Fälle beschränkt werden. Bei digitalen Kommunikationswegen bestehen Zugangshürden, z. B. durch fehlende technische Ausstattung bei den Zielgruppen. Die **offene Kinder- und Jugendarbeit** war während der Pandemie häufig aufsuchend tätig. Eine Rückkehr zur offenen Kinder- und Jugendarbeit wird als wichtig erachtet, damit Kinder und Jugendliche aus eigener Motivation heraus teilnehmen und es ihnen ermöglicht wird, sich aktiv einzubringen.

In **Kitas** hatten pädagogische Kernaufgaben mit Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert. In **Schulen** wurden Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lehr-, Lern- und Arbeitsbedingungen und der schulischen Gesundheitsförderung reduziert.

7.6 DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ

Die digitale Gesundheitskompetenz hat sich dem Rapid Review zufolge im Rahmen der COVID-19-Pandemie leicht verbessert. Unterschiede nach Alter und nach verschiedenen Bevölkerungsgruppen bleiben jedoch weitgehend bestehen. Gerade sozial benachteiligten Menschen fehlen häufig sowohl digitale Kompetenzen als auch die technische Infrastruktur, um Präventionsangebote im Netz zu nutzen. Allgemein ist die digitale Gesundheitskompetenz noch sehr verbesserungsfähig.

In Abschnitt 7.7 des zweiten NPK-Präventionsberichts werden die im Rahmen des Gastbeitrags erzielten Ergebnisse ausführlich diskutiert.

8 Fazit und Ausblick

Der NPK-Präventionsbericht schafft Transparenz bezüglich Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland. Nachdem die Nationale Präventionskonferenz (NPK) 2019 mit dem ersten NPK-Präventionsbericht eine umfassende Bestandsaufnahme vorgelegt hat, zeigt sie nun mit den Ausführungen in den Kapiteln 2-7 Entwicklungen und Verstärkungen auf. Der Berichtszeitraum besteht etwa zur Hälfte aus den beiden Jahren vor (2018/2019) und den beiden Jahren während der COVID-19-Pandemie (2020/2021). Um die Folgen der Pandemie zu analysieren und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, hat die NPK die Expertise „Lebenswelt- und sozialogenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie“ beauftragt.

Die NPK setzt den Rahmen für erfolgreiche Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten (Bundesrahmenempfehlungen), ist Impulsgeber für relevante Themen und unterstützt die Implementierung in den Ländern über die Landesrahmenvereinbarungen. Sie fördert seit ihrem Bestehen eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Leistungsbereiche und setzt sich für eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention ein. Mit dem NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit greift die NPK zwei Themen von hoher Public-Health-Relevanz auf (Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sowie psychische Gesundheit im familiären Kontext). Ziel des Vorhabens ist es, alle relevanten Akteure einzubinden und zu aktivieren, ihr Engagement zu verstärken und auf gemeinsame Ziele hin auszurichten. 2022 hat sich die NPK intensiv dem Thema „Gesundheit und Klima“ gewidmet. Das Thema ist auf die Agenda für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie gesetzt worden.

8.1 STAND DER UMSETZUNG DER NATIONALEN PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Die Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung standen in den beiden Jahren 2020/2021 erheblich unter dem Einfluss der Folgen der COVID-19-Pandemie. Durch die Pandemie veränderte Priorisierungen und Rahmenbedingungen in den nicht-betrieblichen Lebenswelten und der Arbeitswelt führten zu einer veränderten Inanspruchnahme von Leistungen.

Gleichzeitig konnten Leistungen teilweise nur eingeschränkt umgesetzt werden (beispielsweise aufgrund von Kita- und Schulschließungen, Kontaktverboten und Kurzarbeit). Der Bericht verdeutlicht, dass notwendige Maßnahmen getroffen wurden, um auch unter veränderten Rahmenbedingungen die Leistungen zur Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung aufrechtzuerhalten. Es wurden neue Ansätze pilotiert, umgesetzt und innovative Kommunikations- und Umsetzungskonzepte realisiert. Gerade in Krisenzeiten sind Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung und können die individuelle, organisationale und gesellschaftliche Resilienz fördern und stützen. Auf Einflüsse der COVID-19-Pandemie und Lehren aus dieser Krise wird detailliert in Abschnitt 8.3 eingegangen.

8.1.1 BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

Die erstmals im Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen (BRE) wurden im August 2018 weiterentwickelt. Sie setzen mit den darin vereinbarten gemeinsamen Zielen von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), gesetzlicher Unfallversicherung (GUV), gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) und sozialer Pflegeversicherung (SPV) den Rahmen für die Umsetzung der Aktivitäten. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) hat sich auf freiwilliger Basis verpflichtet, an der Umsetzung der BRE mitzuwirken. Die in den BRE bereits integrierten Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Bewegungsförderung und Gemeinschaftsverpflegung) unterstützen die Einbindung aller zuständigen Akteure. Im Berichtszeitraum wurden mit verschiedenen Aktivitäten für ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken¹³ Vorarbeiten für eine Weiterentwicklung der BRE geleistet, die nach Veröffentlichung des zweiten NPK-Präventionsberichts geplant ist.

Das in Kapitel 2 berichtete Engagement der Sozialversicherungsträger, des PKV-Verbands, des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der Zivilgesellschaft und weiterer Akteure zeigt, dass sich die BRE bewähren und dass die NPK-Mitglieder ihre Aktivitäten im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags auf die Ziele der BRE hin ausrichten. Viele der Aktivitäten konnten in den Jahren 2018 und 2019 ausgeweitet und/oder noch stärker im Sinne der BRE ausgerichtet werden, bevor dann die COVID-19-Pandemie zu starken Einschränkungen führte

¹³ Hierzu ist das NPK-Papier „Gesundheit und Klima“ zu zählen, das Anwendungsbeispiel Qualitätsorientierte Suchtprävention sowie das NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit einschließlich der Vorhabensbeschreibungen und des Handlungsrahmens zur Förderung der psychischen Gesundheit im familiären Kontext.

und die Rahmenbedingungen für Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung deutlich verschlechterte. Insgesamt tragen die BRE zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bei und unterstützen bei der Umsetzung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Rente“. Es wurden Kooperationen ausgebaut, die im besten Falle Synergieeffekte für die Gesundheitsförderung und Prävention nach sich ziehen.

Zur Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen haben die NPK-Träger vereinbart, präventive sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Leistungen, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungsauftrag haben, im Sinne der Inklusion barrierefrei zu gestalten. Sie verpflichten sich, bei gemeinsamen Vorhaben der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an und fortlaufend zu berücksichtigen.

8.1.2 NPK-VORHABEN ZUR ERPROBUNG EINER GESAMTGESELLSCHAFTLICHEN ZUSAMMENARBEIT

Der Schutz vor Krankheiten und Unfällen sowie die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe in Lebenswelten sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Verantwortlichen. Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention gilt es nachhaltig und gesamtgesellschaftlich zu gestalten und in allen Politikfeldern handlungsleitend zu verankern. Für Gesundheitsförderung und Prävention relevante Akteure bzw. jene, die einen Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit bzw. für die gesundheitlich bedeutsamen Bedingungen in den entsprechenden Lebenswelten haben, müssen eingebunden und aktiv werden. Um ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken bei diesen Aufgaben zu fördern, hat sich die NPK das Ziel gesetzt, im Zeitraum von 2021 bis 2026 modellhaft anhand der beiden Themen Pflege und Psychische Gesundheit zu erproben, wie im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann und welche Ergebnisse erreichbar sind (NPK-Vorhaben). Durch eine Evaluation sollen hemmende und förderliche Faktoren sowie Ansatzpunkte zur Stärkung gesamtgesellschaftlicher und politikfeldübergreifender Zusammenarbeit im Bereich von Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung identifiziert werden.

Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK laden die beratenden NPK-Mitglieder sowie weitere relevante Akteure ein, sich am Vorhaben zu beteiligen und zur Erreichung der Ziele beizutragen. Die NPK sendet mit dem NPK-Vorhaben einen Impuls aus, der zur Förderung von Health in All Policies auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene beitragen soll.

8.1.3 LANDESRAHMENVEREINBARUNGEN

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie haben die Sozialversicherungsträger und die in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene (LRV) geschlossen. Diese konkretisieren die Bundesrahmenempfehlungen unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse. Der NPK-Präventionsbericht hat auf Basis umfangreicher empirischer Untersuchungen gezeigt, dass sich im Rahmen der LRV nach mittlerweile etwa sechs- bis siebenjährigem Bestehen vielfältige Kooperationsstrukturen entwickelt haben. Die Beteiligten arbeiten unter dem Dach der LRV produktiv und vertrauensvoll zusammen. Sie tragen zur Vernetzung der relevanten Akteure in den Bundesländern bei und entwickeln - je nach Bundesland - strategische Linien und/ oder fördern Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags. Entsprechend wirken sie insbesondere auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit hin und berücksichtigen dies in den Landesrahmenvereinbarungen.

Dass sich unter dem Dach der LRV stabile Kooperationen etabliert haben, wurde durch die COVID-19-Pandemie deutlich. Mit nur geringen Einschränkungen konnte die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV auch während der Pandemie fortgesetzt werden.

8.1.4 PRÄVENTIONSFORUM

Das Präventionsforum ist eine jährlich stattfindende Veranstaltung, zu der die NPK bundesweit agierende Organisationen und Verbände einlädt, die sich maßgeblich in der Gesundheitsförderung und Prävention engagieren. Die Veranstaltung dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK, ihren Mitgliedsorganisationen und der Fachöffentlichkeit. Zudem berät das Präventionsforum die NPK. Die Ergebnisse des Präventionsforums werden dokumentiert, in der NPK beraten und in die Weiterentwicklung der BRE einbezogen. Die Präventionsforen haben sich aktuellen Themen und Zukunftsfragen gewidmet, die sowohl für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prä-

vention als auch der BRE und LRV relevant sind.¹⁴ Im Berichtszeitraum wurden mehr und verstärkt Akteure an den Aktivitäten der NPK beteiligt. Die Empfehlungen des Präventionsforums konnten durch eine gezielte Beratung seitens der Forumsbeteiligten verbessert werden. Im Jahr 2022 wurde das NPK-Papier „Gesundheit und Klima“ in einem breiten partizipativen Prozess entwickelt, im Präventionsforum diskutiert und auf Basis der Beratungsergebnisse weiterentwickelt.

8.2 STAND DER UMSETZUNG VON STRATEGIEN ZUR VERMINDERUNG DER UNGLEICHHEIT VON GESUNDHEITSCHANCEN¹⁵

Sozial bedingte Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zeigen, dass es eine erhebliche Ungleichheit von Gesundheitschancen gibt. Menschen mit niedrigem sozialem Status, der in der Regel anhand des Einkommens, des Berufsstatus und der Bildung gemessen wird, haben im Vergleich zu Menschen mit hohem sozialem Status ein erhöhtes Risiko für chronische Beschwerden und Erkrankungen sowie ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko. Es ist davon auszugehen, dass in den letzten 25 Jahren die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen fortbestand und dass die Unterschiede bezüglich Lebenserwartung und allgemeinem Gesundheitszustand sogar zugenommen haben (Lampert et al., 2019; Destatis et al., 2021).

Die Verminderung ungleicher Gesundheitschancen ist der NPK ein wichtiges Anliegen, das in den BRE fest verankert ist. Darüber hinaus ist die gesundheitliche Chancengleichheit auch Teil der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV in der Periode 2019 bis 2024. Sie ist damit ein verbindliches Ziel für Aktivitäten der Krankenkassen und des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Entsprechend konzentriert sich ein Teil des Engagements im Sinne der BRE auf solche Lebenswelten, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden können, ohne diese zu stigmatisieren. Ein Beispiel hierfür ist die Kooperation gesetzlicher Krankenkassen mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit an etwa 230 Standorten zur Verbesserung der gesundheitlichen

Situation arbeitsloser Menschen durch Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt.¹⁶

Insbesondere durch die Arbeit unter dem Dach der LRV wird das Ziel der Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit verfolgt. Die Ergebnisse einer Befragung der LRV-Beteiligten und Fallstudien zeigen, dass das Engagement zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit fest in den Gremien und den Aktivitäten der LRV verankert ist.

Die Expertise zu den Folgen der COVID-19-Pandemie (vgl. Kapitel 7) für die Gesundheitsförderung und Prävention hat gezeigt, dass sozial und gesundheitlich stark belastete Personengruppen besonders deutliche Nachteile durch die Folgen der COVID-19-Pandemie erfahren. Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen im Verlauf der COVID-19-Pandemie besonders stark beeinträchtigt wurde. Auswirkungen zeigen sich unter anderem im Bereich der psychischen Gesundheit, in der Adipositasprävalenz, beim Thema Bewegung sowie bei der sprachlichen und motorischen Entwicklung benachteiligter Kinder. Die COVID-19-Pandemie hat ein Schlaglicht auf eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention geworfen, die auch vor der Krise bestand: Vulnerable Gruppen sind besonders von gesundheitlichen Nachteilen betroffen, aber gleichzeitig oft schwer für die Gesundheitsförderung und Prävention erreichbar. Daher gilt es, die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten im Sinne einer netzwerkorientierten, partizipativen und niedrigschwelligen Gestaltung weiter auszubauen, um sozial benachteiligte Gruppen noch häufiger und verlässlicher zu erreichen, ohne sie zu stigmatisieren.

Außerdem wurde im Zuge der Pandemie noch deutlicher, wie wichtig die bevölkerungsweite Gewährleistung verlässlicher sozialer Rahmenbedingungen ist. Der „Health in All Policies“-Ansatz muss gestärkt werden, weil hierdurch alle Determinanten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, in den Blick genommen und beeinflusst werden können. Somit können jenseits von Einzelmaßnahmen größere und langwirkende Effekte erzielt werden, die zu einer Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen. Dies schließt unter anderem den Zugang zur Bildung und die Qualität des Bil-

¹⁴ <https://www.npk-info.de/die-npk/praeventionsforum>

¹⁵ Gesundheitsförderung und Prävention als Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung sollen zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Für die anderen NPK-Träger besteht hingegen keine vergleichbare gesetzliche Verpflichtung.

¹⁶ <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung/>

dungswesens sowie der sozialen und gesundheitlichen Versorgung ein. Die NPK setzt sich auch für die Umsetzung und Stärkung des „Health in All Policies“-Ansatzes ein und richtet Aktivitäten – wie viele der im NPK-Bericht beschriebenen Projekte und Maßnahmen – auch daran aus. Ob diese erfolgreich sein werden, hängt maßgeblich davon ab, ob die beratenden NPK-Mitglieder – insbesondere die Länder und Kommunen – sich auch mit verbindlichen Beiträgen daran beteiligen. Strategien zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen sollten bekannt gemacht und gezielt genutzt werden.¹⁷

8.3 COVID-19-PANDEMIE UND LEHREN AUS DER KRISE

Die COVID-19-Pandemie ließ eine Reihe von Problemen, die schon vor der Pandemie bestanden, nun besonders deutlich hervortreten. Die Folgen der Pandemie werden in Kapitel 7 dargestellt.

Viele Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention konnten aufgrund von Kontaktbeschränkungen nicht durchgeführt werden oder mussten gegenüber dringenden Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung zurückgestellt werden. Die Umstellung auf digitale oder hybride Formate hat diesen Rückgang zwar abmildern, aber nicht vollständig kompensieren können.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), dessen stärkeres Engagement in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentliches Ziel aller Beteiligten darstellt, fiel als Akteur über lange Zeiträume fast ganz aus, weil dort alle Ressourcen für die Bekämpfung der Pandemie benötigt wurden. Insbesondere den LRV-Beteiligten konnte es unter diesen Bedingungen kaum gelingen, Kooperationen mit dem ÖGD zu etablieren oder fortzusetzen. Gesundheitsförderung und Prävention stießen also auf zahlreiche pandemiebedingte Durchführungshemmnisse, sodass die Nachfrage und Inanspruchnahme der Zielgruppen stark zurückgingen, während gleichzeitig der Bedarf nach Gesundheitsförderung und Prävention stieg. Insbesondere die Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen verschlechterten sich durch die COVID-19-Pandemie (vgl. Abschnitt 8.2).

Eine Lehre aus der COVID-19-Pandemie ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesetzlich als Pflichtaufgaben der Kommunen und des ÖGD in den Ländern verankert werden müssen. Nur eine dauerhafte Verankerung gesundheitsförderlicher und präventiver Maß-

nahmen und eine damit verbundene ausreichende Finanzierung durch Steuermittel ermöglichen tragfähige Strukturen, die auch Krisen standhalten und bedarfsbezogene Unterstützung möglich machen.

Während die nichtbetriebliche Gesundheitsförderung und Prävention während der COVID-19-Pandemie durch Schul- und Kindertageseinrichtungsschließungen und Kontaktbeschränkungen stark eingeschränkt waren, konnte das System des Arbeitsschutzes, das Aufsuchen der Betriebe sowie das Engagement der Unternehmen, Betriebe und betrieblichen Akteure während der COVID-19-Pandemie weitgehend aufrechterhalten bleiben. Unfallversicherungsträger sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV; in einer koordinierenden Rolle) konnten rasch und branchenspezifisch mit entsprechenden Unterstützungsleistungen reagieren und die Anforderungen des Arbeitsschutzes an die COVID-19-Pandemie anpassen. Einer von mehreren Ansätzen, der sich während der Pandemie für alle Sozialversicherungsträger als hilfreich erwiesen hat, um weiterhin Präventionsleistungen umsetzen zu können, war das Angebot digitaler oder hybrider Formate. Diese gilt es – wo sinnvoll – nachhaltig zu verankern, weiterhin voranzutreiben und auch in Zukunft für eine gelingende Zusammenarbeit zu nutzen.

8.4 WEITERENTWICKLUNG DER NATIONALEN PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Die NPK-Träger entwickeln die nationale Präventionsstrategie, gewährleisten ihre Umsetzung und schreiben sie im Rahmen der NPK fort (§ 20d SGB V). Der NPK-Präventionsbericht dient als Grundlage für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie.

Der zweite NPK-Präventionsbericht hat gezeigt, dass die stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufträge und ihrer Möglichkeiten als Akteure auf Bundesebene ihre sich aus dem Präventionsgesetz ergebenden Aufträge erfüllen und ihr Engagement fortlaufend weiterentwickeln. Sie engagieren sich im Sinne der BRE und erproben mit dem NPK-Vorhaben gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit zu zwei relevanten Public-Health-Themen. Unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarung haben sich in den Bundesländern lebendige und leistungsfähige Kooperationsstrukturen entwickelt.

17 Das GKV-Bündnis für Gesundheit stellt hierzu einen Leitfaden zur Verfügung: Sörensen et al. (2018).

Zugleich haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Berichtszeitraum die Initiative ergriffen und Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext des Klimawandels auf die Agenda gesetzt. In einem partizipativen Prozess mit den beratenden Mitgliedern sowie weiteren maßgeblichen Akteuren wurde ein Papier „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“ erarbeitet. Damit möchte die NPK einen Beitrag dazu leisten, den mit dem Klimawandel einhergehenden gesundheitlichen Risiken frühzeitig durch lebensweltbezogene wirksame und zweckmäßige Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung unter Nutzung der besten verfügbaren Evidenz zu begegnen. Dies erfordert eine Koordination der Anstrengungen durch alle Zuständigen, die konsequente Beachtung der vorhandenen Schutznormen, gesundheitsfördernde Strukturen im Sinne der Verhältnisprävention sowie eine Sensibilisierung und Befähigung (Empowerment) der Verantwortlichen sowie der Menschen in den Lebenswelten. In dem Papier werden Handlungsmöglichkeiten, Handlungsnotwendigkeiten und insbesondere Unterstützungsbeiträge der verschiedenen Akteure aufgabenbezogen zusammengetragen und transparent gemacht. Das Papier wurde im Präventionsforum 2022 beraten und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Forum finalisiert. Es ist für alle Lebenswelten einschließlich der Arbeitswelt relevant und soll in die Bundesrahmenempfehlungen integriert werden (NPK, 2022).

Im Rahmen der Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen werden die sich aus diesem Bericht ergebenden Weiterentwicklungs- und Handlungsbedarfe ausführlich beraten und diskutiert.

8.4.1 WEITERENTWICKLUNG GEMEINSAMER ZIELE

Die gemeinsamen übergeordneten Ziele auf Bundesebene, die die NPK in den BRE formuliert, sind Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie, Gesund im Alter. Diese Zielformulierungen stellen durch ihren Allgemeingrad sicher, dass alle Lebenswelten berücksichtigt und Menschen in jeder Lebensphase adressiert werden können. Ziele für speziellere Zielgruppen und Lebenswelten können in diese Zielesystematik integriert werden. Die NPK beobachtet kontinuierlich, ob sich ein Bedarf zur Definition weiterer Zielgruppen ergibt.

Seit der 2018 erfolgten Überarbeitung der BRE enthalten diese ein übergreifendes Struktur- und Prozessziel sowie speziellere Ziele für die Zielgruppen Erwerbstä-

tige und arbeitslose Menschen. Die NPK-Träger laden die beratenden Mitglieder ausdrücklich ein, sich in die zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten einzubringen, da insbesondere das Engagement der Verantwortlichen für die Betriebe und der Träger von Lebenswelten sowie der politisch Verantwortlichen für das Erreichen der Ziele unverzichtbar ist.

Die NPK wird Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext klimatischer Veränderungen in die Ziele aufnehmen und sieht außerdem geringfügigen Anpassungsbedarf hinsichtlich der Verortung der Lebenswelt Hochschule und der Zielgruppe der Studierenden in der Zielesystematik der BRE. Zudem wird die NPK prüfen, ob das übergeordnete Struktur- und Prozessziel für die lebensweltbezogene Prävention sowie die Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung noch stärker herauszustellen ist. Gemäß diesem Ziel wird angestrebt, dass die für die unterschiedlichen Lebenswelten Verantwortlichen Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen für Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung etablieren (vgl. Abschnitt 2.4).

8.4.2 WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND KOORDINATION

Bereits vor der Einführung der NPK durch das Präventionsgesetz haben sich die NPK-Träger für die Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger und ein koordiniertes Vorgehen an den Schnittstellen ihrer Leistungsbereiche eingesetzt. Dieses Engagement ist wesentlicher Motor der Aktivitäten unter dem Dach der Bundesrahmenempfehlungen. Für den Zeitraum von 2019 bis 2024 wird das Ziel Gesund leben und arbeiten der BRE unter anderem mit einem Prozessziel konkretisiert, das dahingehend zusammengefasst werden kann, dass die Träger der NPK abgestimmte und koordinierte Vorgehensweisen bei der Leistungserbringung fokussieren.

Kapitel 2 zum Stand der Umsetzung der BRE zeigt unter anderem die Kooperation und die Koordination von Leistungen der stimmberechtigten NPK-Mitglieder in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auf (vgl. Abschnitt 2.1.1.2 zu den BGF-Koordinierungsstellen). Hier ist zum Beispiel dargestellt, dass die Lebensweltverantwortlichen und die Krankenkassen bei etwas mehr als der Hälfte der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mit weiteren Kooperationspartnern zusammenarbeiten. Auch in der BGF gibt es viele Kooperationen: An knapp 40 % der

in den Jahren 2017 bis 2020 durchgeführten Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung waren sowohl Krankenkassen, Betriebe als auch weitere Kooperationspartner beteiligt. Allerdings gingen die in Kooperation durchgeführten BGF-Aktivitäten danach pandemiebedingt auf 25 % zurück. Sowohl in nichtbetrieblichen als auch in betrieblichen Lebenswelten ist anzustreben, die Kooperationen und damit auch die Koordination von Leistungen auszubauen.

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Beschäftigten der Einrichtung zu adressieren. Hierfür werden bereits Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V mit Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI verknüpft. Diese Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger sollte weiter ausgebaut werden. Durch Informations- und Aufklärungsstrategien sollten mehr Pflegeeinrichtungen für die Umsetzung von präventiven Maßnahmen gewonnen werden. Durch das NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit geben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder einen zusätzlichen Impuls für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Der jährlich erscheinende GKV-Präventionsbericht veröffentlicht seit 2021 die Entwicklung der koordiniert erbrachten Leistungen von Kranken- und Pflegekassen.¹⁸ Auch andere Akteure wie die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) beteiligen sich an Aktivitäten und tragen zur deren Erfolg bei.

An der Schnittstelle zwischen den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung in der Lebenswelt Betrieb haben die NPK-Träger vielfältige Aktivitäten zur Förderung von Vernetzung und Kooperation durchgeführt. Dabei wurden auch andere Akteure der Prävention mit einbezogen, z. B. wenn es darum geht, Präventions- und Rehabilitationsbedarfe in der betrieblichen Lebenswelt frühzeitig zu erkennen.

Ob es um die Unterstützung der Betriebe bei der Gefährdungsbeurteilung geht, um das Angebot der BGF-Koordinierungsstellen, das insbesondere die Sensibilisierung und Erstberatung von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zur Förderung von Gesundheit und einem Gesundheitsbewusstsein in der Arbeitswelt zum Ziel hat, oder um Leistungen der medizinischen Prävention für Beschäftigte: Bei der Verbreitung und Ausgestaltung

dieser Themen arbeiten die Sozialversicherungsträger in fast allen Bundesländern – unter anderem auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen – zusammen.

Ein weiteres Beispiel für die Kooperation von Sozialversicherungsträgern ist die Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ von DGUV und Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) aus dem Jahr 2016. Aufgrund dieser Erklärung sind vielfältige Kooperationen wie gemeinsame Modellprojekte, die Zusammenarbeit bei der Beratung von Unternehmen, die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit entstanden. Eine von der DGUV veröffentlichte „Landkarte der Unterstützenden“ hilft den Aufsichtspersonen und weiteren Präventionsfachkräften dabei, ihrer Lotsenfunktion gerecht zu werden und bei betrieblichen Bedarfen auf Unterstützungsleistungen anderer Sozialleistungsträger hinzuweisen. Darüber hinaus stellt die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) eine wesentliche Plattform der sozialversicherungsträgerübergreifenden Zusammenarbeit der Unfall- und Krankenversicherung sowie themenspezifisch mit der DRV zur Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt dar (vgl. Kapitel 2.1).

Diese – hier beispielhaft aufgeführten und in Kapitel 2 ausführlicher dargestellten – Koordinierungen und Kooperationen der Sozialversicherungsträger sollten weiter ausgebaut werden.

Potenzial für den Ausbau weiterer Kooperationen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie liegt in der stärkeren Integration und Verpflichtung der beratenden Mitglieder zu sachlichem, personellem und finanziellem Einsatz. Hiermit würden der „Health in All Policies“-Ansatz gestärkt und Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich ein höherer Stellenwert beigemessen. Abstimmungen sollten hierbei auf allen Ebenen möglichst konkret und mit dem Ziel einer nachhaltigen Ausrichtung von Projekten und Aktivitäten erfolgen, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Ressourcen effizient einzusetzen.

Kooperationen sollten zudem gestärkt werden, indem z. B. die in den Fallbeispielen der LRV offengelegten Hemmnisse abgebaut werden. Hierzu gehört die fehlende gesetzliche Verpflichtung weiterer Akteure, insbesondere der öffentlichen Hand und allen voran der Kommunen, zur Gesundheitsförderung und Prävention

18 Beispielsweise der GKV-Präventionsbericht 2022 mit Sonderteil Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege.

beizutragen. Die fehlende Verpflichtung gilt als wesentlicher hemmender Faktor für die Zusammenarbeit mit den Kommunen unter dem Dach der LRV. In der Kommune kann der „Health in All Policies“-Ansatz besonders gut gelebt werden. Durch mehr Kooperationen und eine Steigerung des gemeinsamen Engagements in Netzwerken, z. B. regionalen Netzwerken zur Förderung von Betriebsnachbarschaften, Präventionsketten oder gemeinsamer Beteiligung an Modellprojekten, sind Gesundheitsförderung und Prävention zu intensivieren bzw. auszuweiten.

Zur Stärkung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung sollten die NPK-Träger noch stärker auf anschlussfähige Konzepte im Sinne einer Verknüpfung der Themen Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, betrieblicher Gesundheitsförderung und medizinischer Leistungen der Prävention hinwirken. Ein Impuls zur Weiterentwicklung von Kooperationen ist vom NPK-Vorhaben zur Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit zu erwarten. Hier wollen die NPK sowie die einzelnen stimmberechtigten Mitglieder die im jeweiligen Themenfeld relevanten Akteure zu Aktivitäten und Kooperationen anregen. Durch die Evaluation des Vorhabens sollen Erkenntnisse zu förderlichen und hemmenden Faktoren der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit gewonnen werden, die in der Folge zur Verbesserung von Kooperationen genutzt werden können.

Die NPK-Träger streben an, eine Weiterentwicklung der BRE noch stärker mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) abzustimmen. Außerdem sprechen sie sich dafür aus, die LRV noch stärker mit den BGF-Koordinierungsstellen zu verzahnen. Zudem wird das Präventionsforum 2023 einen arbeitsweltbezogenen Schwerpunkt haben.

8.4.2.1 Stärkung der Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie des „Health in All Policies“-Ansatzes

Das Engagement der NPK unterliegt erheblichen Limitationen, solange der ÖGD nicht personell besser ausgestattet und stärker in die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden wird. Dies gilt insbesondere für die kommunale Lebenswelt, wo das Engagement der NPK-Mitglieder darauf angewiesen ist, dass ein Kooperationspartner vor Ort als Verantwortliche zur Verfügung steht, die lokalen Bedarfe ermit-

telt und sich mit den eigenen Kompetenzen einbringt. Diese Rolle kommt dem ÖGD zu.¹⁹ Die finanzielle und personelle Ausstattung des ÖGD sollte an den steigenden Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention angepasst werden. Dies wäre auch eine wichtige Voraussetzung für eine stärkere Zusammenarbeit der Beteiligten der LRV mit dem ÖGD. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention darf zudem nicht von Prioritäten in anderen Aufgabenfeldern abhängig sein. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, welche Ressourcen gerade strukturschwache und sozioökonomisch benachteiligte Regionen und Kommunen benötigen. Diese Ressourcen sind über den Pakt für den ÖGD oder auf anderem Wege aus Steuermitteln zur Verfügung zu stellen.

Keinem Akteur ist es bisher zufriedenstellend gelungen, die Funktion eines Motors für den „Health in All Policies“-Ansatz zu erfüllen (vgl. Abschnitt 4.1.3). Auch die NPK kann eine solche Aufgabe auf Basis des Präventionsgesetzes nur eingeschränkt wahrnehmen, solange im Gesetz nur die Sozialversicherungsträger verbindlich verpflichtet werden. Sozial bedingt schlechtere Gesundheitschancen können nicht allein durch die Sozialversicherungsträger und im Gesundheitsbereich gelöst werden. Eine gesamtgesellschaftlich gestützte Präventionsstrategie, die alle Einflussfaktoren auf die Gesundheit in den Blick nimmt, erfordert insbesondere eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen. Auf kommunaler Ebene sowie auf Länder- und Bundesebene sollte der ÖGD der „Motor“ für die Förderung des „Health in All Policies“-Ansatzes sein. Dafür ist es erforderlich, dass der ÖGD auf kommunaler Ebene in die Entscheidungsstrukturen eingebunden wird, um seine Public Health-Expertise einbringen und ressortübergreifendes Handeln sicherstellen zu können, und dass Maßnahmen mit den dafür notwendigen Ressourcen hinterlegt werden.

Darüber hinaus ist ein Ausbau des „Health in All Policies“-Ansatzes auf Bundesebene zu organisieren. Für den weiteren Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention sind auch hier bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Aktuelle Reformvorhaben, wie die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, die Einrichtung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit, die Entwicklung eines Nationalen Präventionsplans, einer Ernährungs- und Klimaanpassungsstrategie sowie der

¹⁹ Zuletzt hatte das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023) auf das Potenzial des ÖGD als Träger der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene hingewiesen.

„Pakt für den ÖGD“ bieten Synergiepotenziale und Möglichkeiten für einen entscheidenden Ausbau des „Health in All Policies“-Ansatzes.

8.4.2.2 Weiterentwicklung der Zusammenarbeit unter dem Dach der NPK und der LRV

Der Bericht hat gezeigt, dass in den Bundesländern die Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV weit entwickelt ist. Weiteres Potenzial bieten eine länderübergreifende Vernetzung sowie eine Vernetzung zwischen den LRV-Vertretungen und der NPK. Innerhalb der Bundesländer ist es wünschenswert, dass weitere relevante Akteure Ressourcen einbringen und es damit ermöglichen, zusätzliche Partnerschaften zu begründen und auszubauen, um Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune noch stärker umzusetzen und als integralen Bestandteil zu verankern. Die NPK würde es begrüßen, wenn die Einladung an den ÖGD zur Zusammenarbeit unter dem Dach der LRV stärker angenommen würde. Die Kommunen sind ebenfalls eingeladen, ihr Engagement unter dem Dach der LRV zu intensivieren, beispielsweise durch den Ausbau von Partnerschaften.

Auch in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Arbeitsweltbezug besteht weiteres Potenzial, Kooperationen und Netzwerke unter dem Dach der LRV auszubauen. Zur weiteren Stärkung der bereits etablierten arbeitsweltbezogenen Aktivitäten sollten die LRV und die BGF-Koordinierungsstellen noch stärker als bisher als Verzahnungs- und Kooperationsplattformen auch für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden. Die Arbeitsschutzakteure in den Ländern sollten stärker in die LRV-Strukturen eingebunden werden.

Vernetzung schafft Mehrwert. Dazu bietet die NPK als Plattform für ihre stimmberechtigten und beratenden Mitglieder eine geeignete Basis, die auf Landesebene in den Strukturen der LRV ihre Entsprechung findet. Die NPK legt mit dem übergreifenden Ziel zur verstärkten Etablierung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen, insbesondere auf kommunaler Ebene, einen besonderen Fokus auf die Vernetzung.

8.4.2.3 Verstärkte Nutzung von Daten und Indikatoren

Strategien und Aktivitäten der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind evidenzinformiert und auf regionale Bedarfe abgestimmt zu

planen und umzusetzen. Sie sollten zudem auf Basis von Daten zur Bevölkerungsgesundheit regelmäßig überprüft werden.

Es sind aktuelle, vergleichbare und möglichst kleinräumige Daten aus einer Präventionsberichterstattung erforderlich, damit Länder und Kommunen Bedarfe feststellen, ressortübergreifend planen und gezielt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen können. Dies würde auch einen besonderen Fokus auf solche Lebenswelten ermöglichen, in denen insbesondere Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden können. Die NPK begrüßt daher die Entwicklung von Präventionsindikatoren durch die Gesundheitsministerkonferenz bzw. die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (vgl. Abschnitt 2.2.5). Sie sieht darin ein großes Potenzial zur Bedarfserhebung und Umsetzung der genannten Anforderungen.

Auch die stimmberechtigten NPK-Mitglieder verfügen über Daten und Berichte, aus denen sich Risiken und mögliche Gesundheitsgefahren für bestimmte Personengruppen - wie z. B. arbeitsbedingte Gefährdungen für Berufsgruppen - ermitteln lassen und die einen Beitrag zur Planung, Umsetzung sowie zum Monitoring und zur Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention leisten können. Sie prüfen daher die Eignung und Machbarkeit der sozialversicherungsträger-übergreifenden Nutzung dieser Daten und Berichte für ihre gemeinsamen Bedarfsanalysen und um ihrerseits Forschung für die Präventionsarbeit anzustoßen.

Weiterhin wird die NPK die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts nutzen. Sie würde es begrüßen, wenn diese gezielt weiterentwickelt würde, um die Aussagekraft bezüglich der Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder für Maßnahmen im Sinne der BRE zu verbessern.

8.4.3 AUSBLICK AUF DEN DRITTEN PRÄVENTIONSBERICHT DER NPK

Die NPK wird die Offenheit für Methoden und Inhalte, die über die gesetzlich festgelegten Bestandteile gemäß § 20d Abs. 4 SGB V hinausgehen (NPK-Vorhaben, Gastbeitrag), auch im dritten NPK-Präventionsbericht beibehalten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erarbeitung des NPK-Berichts eines angemessenen Zeitraums bedarf. Um für den dritten Bericht erneut die erforderlichen empirischen Erhebungen, Recherchen und Analysen durch-

führen zu können, sollte die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) innerhalb einer kurzen und verlässlichen Frist erfolgen.

Präventionsaspekte und -aufgaben finden sich in allen Lebens(welt)bereichen und gehen weit über die Aufgaben der NPK-Träger hinaus. Die NPK setzt sich seit ihrem Bestehen auch für eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit ein und fordert auch alle anderen maßgeblichen Akteure auf, die in ihren Zuständigkeitsbereichen liegenden Aufgaben engagiert umzusetzen und auszubauen. 2027 wird vertieft über die Ergebnisse der Erprobung gesamtgesellschaftlicher Zusammenarbeit bei den Themen Pflege sowie Psychische Gesundheit berichtet. Die NPK wird daraus, sowohl in Bezug auf diese beiden Themen als auch themenübergreifend, Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie ziehen.

Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung insbesondere auch im Kontext des Klimawandels sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und können aufgrund der Größe und Dringlichkeit der damit verbundenen Herausforderungen nur dann erfolgreich und nachhaltig umgesetzt werden, wenn sie auch auf Landes- und kommunaler Ebene ausreichend mit Steuermitteln finanziert werden. Die NPK wird Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext klimatischer Veränderungen in die Bundesrahmenempfehlungen integrieren und über die Umsetzung berichten.

Die sich abzeichnenden politischen und gesetzgeberischen Aktivitäten (z. B. Novellierung der §§ 20 SGB V sowie Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, Nationaler Präventionsplan, Einrichtung des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit) sollen im dritten Präventionsbericht berücksichtigt werden.



9 Abkürzungsverzeichnis

BG BAU	Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BRE	Bundesrahmenempfehlungen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HiAP	Health in All Policies
IG BAU	IG Bauen-Agrar-Umwelt
KGC	Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
LRV	Landesrahmenvereinbarungen
LVG	Landesvereinigung für Gesundheit
LZG	Landeszentrale/-zentrum für Gesundheit
NPK	Nationale Präventionskonferenz
NPK-Vorhaben	NPK-Vorhaben zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
SGB	Sozialgesetzbuch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
VHS	Volkshochschule
WHO	World Health Organization

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

